

# Kuntoutuks

# 2017

3-4

Sopeutumisvalmennuskurssin koetut hyödyt ja vaikutukset

Vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet ja psyykinen hyvinvointi neuropsykiatrisesti oireilevien lasten huoltajilla

Asiakkaan kokemuksia fysioterapeutin suoravastaanotosta selkäkipujen varhaisvaiheessa

Työssä jatkaminen ja eläkkeelle siirtyminen ikääntyvien työntekijöiden pohdinnoissa



# SISÄLTÖ

## PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN Kuntoutus-lehti on tärkeä kotimainen tieteellis-ammattillisen kuntoutustiedon levittäjä	3
--	---

## TIETEELLINEN ARTIKKELI

KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ, AILA JÄRVIKOSKI, ANU KIPPOLA-PÄÄKKÖNEN JA ILONA AUTTI-RÄMÖ Sopeutumisvalmennuskurssin koetut hyödyt ja vaikutukset	5
--	---

MIIKA VUORI, ANNAMARI TUULIO-HENRIKSSON JA ILONA AUTTI-RÄMÖ Vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet ja psyykinen hyvinvointi neuropsykiatrisesti oireilevien lasten huoltajilla	20
--	----

EIRA KARVONEN, MARKKU PAATELMA JA ARI HEINONEN Asiakkaan kokemuksia fysioterapeutin suoravastaanotosta selkäkipurjen varhaisvaiheessa	34
--	----

RIITTA-LIISA KINNI, HELENA TASKINEN, ELSA PARONEN, KATJA PESONEN JA SARI RISSANEN Työssä jatkaminen ja eläkkeelle siirtyminen ikääntyvien työntekijöiden pohdinnoissa	45
---	----

## KATSAUS

LEENA UOSUKAINEN JA JOHANNA HIRVONEN Toimintakyvyn mittaaminen kuntouttavassa luontolähtöisessä toiminnassa	59
--	----

JAANA HALIN, KRISTIINA HELLSTÉN JA KATJA SUOMINEN Yhteistyöstä kumppanuudeksi – Turun kaupunki ja järjestöt hyvinvointia edistämässä	64
---	----

## KOULUTUSESITTELY

SANNA HAUTALA, SANNA LÄHTEINEN, RIITTA GRANFELT JA KIRSI JUHILA Uudistunut Kuntouttavan sosiaalityön erikoistumiskoulutus	70
---	----

## HANKE-ESITTELY

NIINA TANNER, JENNAMARIA LEHTOLA, MARJA HEIKKILÄ JA ARI VEHMAS Työttömäksi jääneen osatyökykyisen polku työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon	74
--	----

KUNTOUTUKSESSA TAPAHTUU	81
-------------------------	----

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUS-NEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto; Salla Sipari, Metropolia AMK; Heikki Suoyrjö, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhaluoma, Mila Gustavsson-Lilius, Matti Tuusa. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Irtonumero á 14 € + postimaksu **JULKAISIJA** Kuntoutussäätiö | 40. vuosikerta | ISSN 0357-2390 **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Forssa Print

KUNTOUTUSSÄÄTIÖ ON KUNTOUTUKSEN TUTKIJAJA, KEHITTÄJÄ, ARVIOIJAJA, KOULUTTAJAJA, TIEDOTTAJAJA KUNTOUTUSPALVELUIDEN TUOTTAJA. ERITYISIÄ OSAAMISALUEITA OVAT KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄN TOIMIVUUTEEN, KUNTOUTUSTARPEESEEN, TOIMINTAKYKYYN, TYÖHYVINVOINTIIN SEKÄ OSALLISUUTEEN JA SYRJÄYTYMISEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET. TYÖ RAKENTUU VAHVOILLE KUMPPANUUKSILLE ALAN TOIMIJOIDEN KANSSA.

# KUNTOUTUS–LEHTI ON TÄRKEÄ KOTIMAINEN TIETEELLIS–AMMATILLISEN KUNTOUTUSTIEDON LEVITTÄJÄ

---

## PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Jo neljäkymmenen vuoden ajan Kuntoutussäätiön julkaisemana ilmestynyt Kuntoutus on edelleen ainoa kotimainen, pelkästään kuntoutukseen keskittynyt valtakunnallinen tiedelehti. Sinä aikana lehti on etsinyt muotoaan kuntoutuksen ammatillisesta julkaisusta tieteellisempään suuntaan, painotusten vaihdellessa hienoisesti vuosien varrella. Kuntoutus on tieteellisille artikkeleille ainoa koko kuntoutusalan kattava julkaisufoorumi Suomessa. Artikkeleita tarjotaan vuosi vuodelta yhä runsaammin, mikä kertoo paitsi lehden merkityksestä yleisesti ja nuorten tutkijoiden meritoitumisväylänä, myös siitä, että kuntoutuksen tutkimusta on alettu tehdä Suomessa yhä enemmän. Samalla Kuntoutus-lehden sisältö ja asema heijastavat koko kuntoutuksen erityislaatuista: monialaisuutta ja monitieteisyyttä.

Tilaaajamaksut ovat muodostaneet ja muodostavat edelleen Kuntoutus-lehden taloudellisen perustan. Näiden lisäksi julkaisuutoimintaan on tarvittu muuta rahoitusta. Tähän asti Kuntoutus-lehden julkaisemisen mahdollistanut Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustusosaston (STEA) lehdelle kohdennettu avustusosuus päättyy tämän vuoden lopussa. Tästä syystä lehden toimitus on kuluvan vuoden aikana suunnitellut ja toteuttanut useita sopeuttamistoimenpiteitä sekä etsinyt lehdelle yhteistyökumppaneita. Tavoite on ollut koko ajan selvä: Kuntoutus jatkaa toimintaansa kuntoutusalaa palvelevana tieteellis-ammattillisena julkaisuna.

Lehden monialaisen luonteen vahvistamiseksi sekä jatkon turvaamiseksi lehti on saanut kuluvan syksyn aikana tärkeän yhteistyötahon. Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry on päättänyt syyskokouksessaan 6.10.2017 ryhtyä Kuntoutus-lehden osajulkaisijaksi yhdessä Kuntoutussäätiön kanssa. Kutke ry:lle tärkeitä teemoja ovat kuntoutuksen tieteellisen sekä kehittämistoiminnan edistäminen samoin kuin kuntoutusalan koulutuksen kehittäminen. Kuntoutus-lehden ja Kutken välillä on ollut yhteistyötä jo pidemmältä ajalta. Kuntoutus on Kutken jäsenlehti ja lehden on voinut tilata osana Kutke ry:n jäsenmaksua. Tämä käytäntö säilyy jatkossakin. Suosittelemme kuntoutusalan toimijoita liittymään Kutkeen, sitä kautta voi kätevästi tilata myös Kuntoutus-lehden ([www.kutke.fi](http://www.kutke.fi)). Lehteä voi toki tilata entiseen tapaan myös suoraan Kuntoutussäätiöstä lehden tilausohjeiden mukaisesti.

Lehden kustantajat Kuntoutussäätiö ja Kutke ry ovat hakeneet avustuksia ja apurahoja lehden varsinaisen toiminnan turvaamiseksi vuoden 2018 alusta. Apurahoja on haettu myös lehden digitaalisen ver-

sion kehittämiseen. Kutke ry on Tieteellisten seurain valtuuskunnan (TSV) jäsen, ja tämän jäsenyyden puitteissa Kutke on hakenut avustusta tieteelliseen julkaisutoimintaan. Lehden perustoimintaan tarkoitettu TSV:n apuraha on Kuntoutuksen nykymuotoisen jatkumisen kannalta elintärkeä, ja lopputulos tulee vaikuttamaan jossain määrin painetun lehden ulkoasuun. Toivomme lukijoilta ymmärrystä kustannussyistä tarpeellisia, ulkoasuun liittyviä muutoksia kohtaan.

Tämä vuoden 2017 viimeinen numero ilmestyy poikkeuksellisesti kaksoisnumerona. Tieteellisten artikkelien ja katsausten määrä kaksoisnumerossa vastaa kuitenkin kahden erikseen ilmestyvän numeron sisältöjä, emmekä tingi laadusta. Arvioimme kaksoisnumerokokeilun tuloksia myöhemmin.

Tässä numerossa tarjoamme lukijoillemme neljä korkeatasoista tieteellistä artikkelia ja kaksi mielenkiintoista katsausta. Kuntoutusasiakkaan äänen huomioiva tutkimusnäkökulma näyttää vahvistuvan kuntoutuksen tutkimuksessa, mikäli pidämme kriteerinä Kuntoutus-lehden viimeaikaisia tutkimusartikkeleita. Asiakasnäkökulma on keskeisesti esillä kaikissa tämän lehden tieteellisissä artikkeleissa, vaikka tutkimusten kohderyhmät eroavat toisistaan: niitä ovat eri ryhmille suunnatun sopeutumisvalmennuksen asiakkaat, fysioterapeutin suoravastaanotolla käyneet selkävivusta kuntoutuvat asiakkaat, neuropsykiatrisesti oireilevien lasten huoltajat sekä ikääntyvät työntekijät. Katsauksissa nostetaan kiinnostavasti esiin uusia kuntoutuksen aihepiirejä, kuten luontolähtöistä kuntouttavaa toimintaa sekä kokemuksia julkisen tahon ja järjestöjen yhteistyön tiivistämisestä. Koulutusesittelymme tämänkertaisena aiheena on kuntouttavan sosiaalityön yliopistollinen erikoistumiskoulutus. Kuntoutuksessa tapahtuu -palstalla esittelemme jälleen ajankohtaisia kuntoutuksen tuulia, tässä numerossa voitte lukea esimerkiksi kuntoutuksen uudistamiskomitean uunituoreen raportin linjauksista.

Kuntoutus-lehti jatkaa toimintaansa entiseen tapaan julkaisemalla kuntoutuksen eri näkökulmia edustavia korkeatasoisia tieteellisiä tutkimuksia ja ammatillisia kirjoituksia vuoden 2018 aikana ilmestyvissä neljässä numerossaan.

**Erja Poutiainen**

*Kuntoutus-lehden päätoimittaja*

# SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSIN KOETUT HYÖDYT JA VAIKUTUKSET

## Johdanto

Sopeutumisvalmennusta on kuvattu toimintana, jonka avulla pyritään tukemaan kuntoutujien mahdollisuuksia elää hyvää arkea ja löytää oma paikkansa yhteisön jäsenyydessä: sen avulla ihminen rakentaa uudestaan suhdetta itseensä ja ympäristöönsä (esim. Streng 2014a). Tässä prosessissa tarvitaan osallistujien toisilleen antamaa, tasavertaisuuteen perustuvaa tukea, ja henkilökuntaa, joka tukee heitä tässä muutosprosessissa, tarjoaa heille vaihtoehtoja ja rohkaisee vuorovaikutukseen ja osallistumiseen.

Sopeutumisvalmennus on nähty suomalaisena innovaationa, joka eroaa ryhmämuotoisesta kuntoutuskurssista ja sosiaalisesta lomatoiminnasta. Se ei ole kertamuotoinen interventio, vaan prosessi. (Streng 2014b; ks. myös Kantola 2014, Niskanen 2014, Streng 2014a, 339–342). Perinteisesti sopeutumisvalmennusta on toteutettu internaattimuotoisena, mutta myös avomuotoisten toimintamallien kehittämistä on pidetty tärkeänä (Ahlgren & Poikkeus 2014, Jalava & Mykrä 2014). Ulkomaiset vertailukohteet löytyvät lähinnä avomuotoisista, vertaistukea hyödyntävistä psykososiaalisista tai psykoedukaatiivisista ryhmäkuntoutusjaksoista, jotka usein ovat vähemmän intensiivisiä mutta kestoaltaan pidempiä.

Sopeutumisvalmennuksen ja psykososiaalisen kuntoutuksen merkitystä voidaan tarkastella valtaistumisen tai voimaantumisen (*empowerment*) käsitteen avulla (esim. Homan-

Helenius 2005, Härkäpää ym. 2016). Valtaistumisella tarkoitetaan usein henkilökohtaisen hallinnan vahvistumista, tietoa ja tietoisuutta omasta tilanteesta ja kokemusta mahdollisuuksista vaikuttaa omaan elämäänsä (Tengland 2008, Christens 2012). Valtaistuminen voidaan tulkita myös prosessina, jonka myötä kuntoutujan tai palvelunkäyttäjän mahdollisuudet henkilökohtaisiin valintoihin, oman palvelujensa suunnitteluun ja niitä koskevaan päätöksentekoon vahvistuvat (Masterson & Owen 2006).

Sopeutumisvalmennusta järjestävät Suomessa Kela, STEA (aik. RAY:n avustusosasto) ja terveydenhuolto. Vuonna 2015 Kelan sopeutumisvalmennukseen osallistui 3466 henkilöä (77 % yli 20-vuotiaita) harkinnanvaraisena ja 923 henkilöä (5 % yli 20-vuotiaita) vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena. Aikuisten yleisimmät sairauspääryhmät olivat tule-sairaudet, kasvaimet, hermoston sairaudet sekä umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet. (Tilastotietokanta Kelasto.)

Tässä seurantatutkimuksessa selvitetään Kelan järjestämän sopeutumisvalmennuksen vaikutuksia ja koettuja hyötyjä kolmessa ryhmässä, fibromyalgiaa, syöpää ja tyypin 1 diabetesta sairastavilla aikuisilla kuntoutujilla. Tutkimus on osa laajempaa arviointitutkimusta, jonka Lapin yliopisto toteutti yhteistyössä Kelan kanssa. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Kelan tutkimuseettisessä toimikunnassa syksyllä 2013.

## **Psykososiaaliset ryhmäinterventiot tutkimuksen sairausryhmissä**

Psykososiaalisten interventioiden vaikutuksia on tutkittu 2000-luvulla sekä syöpää, fibromyalgiaa että diabetesta sairastavilla.

Syöpää sairastavien psykoedukatiivisista tai psykososiaalisista interventioista on tehty useita systemaattisia katsauksia ja meta-analyyseja. Faller ym. (2013) arvioivat psykoedukatiivisilla interventioilla olevan jonkin verran myönteisiä vaikutuksia elämänlaatuun sekä stressioireiden ja masennuksen väheneemiseen. Diengin ym.:iden (2016) mukaan useilla psykososiaalisilla interventioilla oli vaikutuksia kuntoutujan psyykkiseen tilaan ja elämänlaatuun ja myös kustannusvaikuttavuutta. Myös asiantuntijajohtoisella tukiryhmätöinnillä on Gottliebin ja Wachalan (2007) mukaan vaikutuksia kuntoutujien elämänlaatuun ja palveluja koskevaan tyytyväisyyteen. Forsin ym.:iden (2010) mukaan sairauden hoitovaiheen jälkeen annetulla psykososiaalisella kuntoutuksella ei ollut olennaisia vaikutuksia rintasyöpää sairastavien elämänlaatuun tai mielialaan. Edellä mainittuihin katsauksiin valitut tutkimukset perustuivat kokonaan tai osittain satunnaistettuun koasetelmaan. Pääosa alan tutkimuksesta on kohdistunut akuuttiin hoitovaiheeseen; harvemmin on tutkittu interventioita, joissa pyritään vaikuttamaan sairauden uusiutumisen pelkoihin ja jälkiseurausten hallintaan (McCorkle ym. 2011). Vertaistukiryhmien mahdollisuuksia valtaistumisen ja hallinnan tukemisessa on tutkittu myös laadullisin menetelmin (esim. Ussher ym. 2006).

Fibromyalgiaa sairastavien psykoedukatiivisia interventioita on tutkittu vähemmän. Fyysisiä harjoituksia ja kasvatuksellisia menetelmiä yhdistävä interventio tuotti myönteisiä vaikutuksia toimintakykyyn ja pystyvyyskäsitteisiin (Rooks ym. 2007). Psykoedukaatioita ja rentoutusharjoituksia yhdistävä ohjelma vähensi masennusta, ahdistuneisuutta ja väsymystä ja lisäsi niin sanottujen hyvien päivien lukumäärää (Luciano ym. 2011, 2013). Internetissä toteutetuilla self-management- ja vertaistukiryhmillä havaittiin olevan jonkin verran myönteisiä vaikutuksia pystyvyyden tunteeseen (Lorig ym. 2008a,b). Laadullisissa

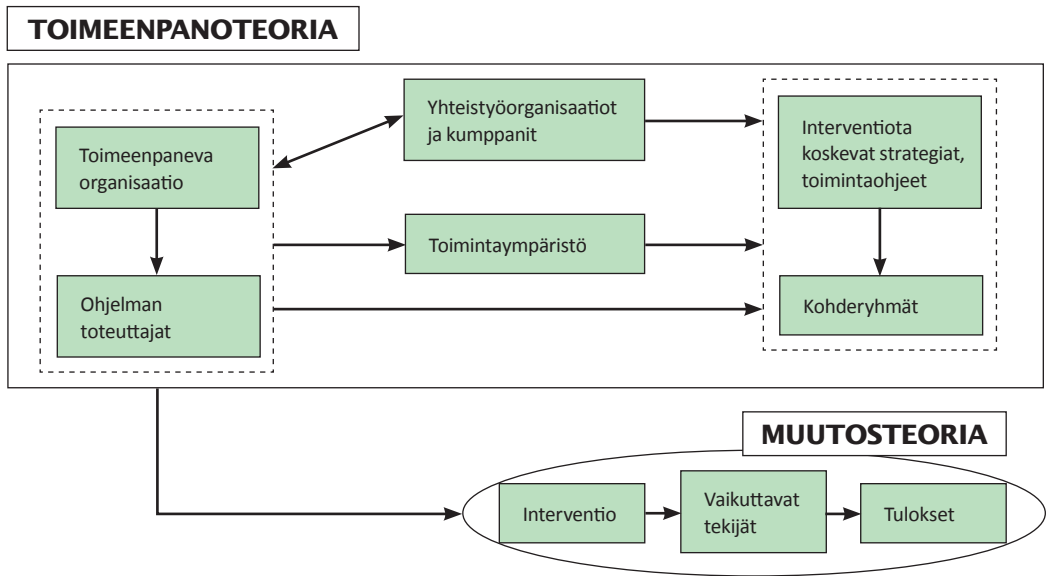
tutkimuksissa on selvitetty psykososiaalisen intervention ja internetin tukiryhmien vaikutuksia pystyvyyden tunteeseen ja valtaistumiseen (esim. Rasmussen ym. 2017, van Uden-Kraan ym. 2008).

Diabetesta sairastavilla on tutkittu varsinkin psykoedukatiivisia ja itsehoito-ohjelmia. Tyypin 1 diabeteksen hallintaan painottuvalta 5-päiväisellä ohjelmalla on saatu hyviä tuloksia sokeritasapainon hallinnassa ja yleisessä hyvinvoinnissa (Dafne Study Group 2002). Sisällöltään monipuolisemman 2,5 päivän ohjelman tulokset eivät eronneet tavanomaisesta hoidosta sokeritasapainon hallinnassa mutta olivat paremmat valtaistumisen ja hoitotyytyväisyyden osalta (George ym. 2008). Viime aikoina on korostettu asenteiden, motivaation ja sosiaalisten tekijöiden merkitystä pyrittäessä pitkäaikaisiin vaikutuksiin ja hallinnan tunteen vahvistumiseen (Keers ym. 2006, Booker ym. 2008, Kousoulis ym. 2014). Steedin ym.:iden (2003) katsauksen mukaan masennusoireet helpottuivat psykologisissa interventioissa, kun taas elämäntapainterventioissa havaittiin elämänlaadun paranemista. Myös vertaistuella voi Dalen ym.:iden (2012) katsauksen mukaan olla myönteisiä vaikutuksia mm. masennusoireisiin ja pystyvyyteen, mutta tutkimusnäyttö oli osin ristiriitainen. Steinsbekkin ym.:iden (2012) katsauksen mukaan self-management -ohjelmat tukivat tyypin 2 diabetesta sairastavien valtaistumista, pystyvyyden tunnetta ja tyytyväisyyttä mutta eivät tilastollisesti merkitsevästi elämänlaatua. Bookerin ym.:iden (2008) raportoima ohjelma sisälsi kolme viikkotuntia kahdeksan viikon aikana; osallistujien haastattelut viittasivat selviytymiskeinojen löytymiseen ja hallinnan vahvistumiseen.

## **Arviointitutkimuksen lähtökohdat**

Arvioinnissa sovelletaan kahta teoriaperusteista lähestymistapaa, toisaalta teorialähtöistä (Chen 2005), toisaalta realistista arviointia (Pawson & Tilley 1997, Dalkin ym. 2015), joiden yhtäläisyyksiä ja eroja on jonkin verran analysoitu (esim. Blamey & MacKenzie 2007, Marchal ym. 2012).

# OHJELMATEORIA



Kuvio 1. Ohjelmateorian viitekehys (Chen 2005, 2006).

Chenin (2005, 2006) ohjelmateoria muodostuu kahdesta toisistaan täydentävästä osasta, toimeenpanoteoriasta (action model) ja muutosteoriasta (change model). Toimeenpanoteoria on hahmotelma siitä, millaisten ratkaisujen avulla interventio toteutetaan. Muutosteoria puolestaan sisältää oletuksia siitä, millaisten mekanismien kautta interventio tuottaa tavoiteltuja tuloksia.

Tutkimuksen kohteena olevan sopeutumisvalmennuksen toimeenpanoa voidaan Chenin mallia mukaillen kuvata seuraavasti (kuvio 1). Kyseistä toimintaa rahoitava ja toimeenpaneva organisaatio on Kela. Se määrittelee, millaisille asiakasryhmille sopeutumisvalmennusta vuosittain tarjotaan. Kuntoutuksen palveluntuottajat ovat ohjelman käytännön toteuttajia. Kela valitsee sopeutumisvalmennuksen palveluntuottajat tarjouskilpailuissa, joissa vaikuttavia tekijöitä ovat palvelun laatu ja hinta.

Kelan järjestämän sopeutumisvalmennuksen perusteet, toimintaohjeet, on kuvattu Kelan avo- ja laitospuolisen kuntoutuksen standardeissa. Standardin yleisessä osassa

määritellään kaikkia palvelulinjoja koskevat yleiset laatuvaatimukset. Palvelulinjakohtaisissa standardeissa määritellään tarkemmin kurssien tavoitteet sekä muun muassa kurssien rakenne, sisältö ja toteutus. Voimavarojen vahvistuminen, elämäntilanteen hallinta sekä selviytyminen työssä ja arjessa kuuluvat tyypillisiin tavoitteisiin. Standardeissa todetaan myös kurssien pääteemat, joiden puitteissa palveluntuottajilla voi olla erilaisia, omien interventioteorioidensa mukaisia painotuksia.

Yhteistyökumppaneita toiminnassa ovat kunnat, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä sekä alan järjestöt. Sopeutumisvalmennukseen pääsy edellyttää terveydenhuollossa laadittua kuntoutussuunnitelmaa.

Kuntoutuksen piirissä on käytössä monenlaisia tieteellisiä ja käytäntöteorioita toiminnalla tavoiteltavista muutoksista sekä niitä määrittävistä tekijöistä ja tuottavista mekanismeista (esim. Järvikoski & Härkäpää 2014, Salminen ym. 2016). Tällaiset teoriat ovat pohjana myös sopeutumisvalmennusta koskevissa kirjoituksissa (Streng 2014a) ja Kelan standardeissa. Tutkimuksen lomakkeet laadittiin näiden teorioi-

SISÄLLÖT		MEKANISMIT, VÄLITULOKSET		PÄÄTETULOKSET
sairautta ja sen kanssa selviytymistä koskeva asiantuntija- ja kokemustieto	→	tietoisuus hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä	→	omasta hyvinvoinnista huolehtiminen
	→	realistinen tilannekuva, tiedon puutteeseen liittyvien pelkojen väheneminen	→	tiedollinen valtaistuminen
vertaistuki, kokemusten jakaminen ja vaihto	→	kokemusten reflektointi, kokemuksista oppiminen	→	psykososiaalinen valtaistuminen
	→	kokemus sosiaalisen tuen saatavilla olosta	→	sosiaalisten verkostojen vahvistuminen
	→	stigmakokemusten väheneminen	→	sosiaalinen identiteetti, sosiaalinen luottamus
	→	kuulluksi tulemisen kokemus	→	
uusien coping-keinojen kokeilu ja harjoittelu (mm. pelkojen käsittely)	→	coping-keinojen hallinta	→	hyvinvointia tukevien keinojen soveltaminen arkielämässä
			→	pystyvyyden tunne, optimismi, levollisuus

Kuvio 2. Oletuksia sopeutumisvalmennuksen sisältöjen ja tulosten yhteyksistä.

den ja olettamusten pohjalta. Kuviossa 2 on kuvattu oletuksia kuntoutuksen sisällön ja lopputuloksen yhteyttä välittävistä mekanismeista. Niitä voidaan täydentää myös palveluntuottajien edustajien fokusryhmien tiedoilla.

Realistisessa arvioinnissa keskeinen kysymys on, mikä toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa, ja vastaavasti, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa suotuisia tuloksia ei saavuteta. Siinä painotetaan Chenin teorialähtöistä arviointia näkyvämmiin kontekstin merkitystä (vrt. Blamey & Mackenzie 2007). Lähtökohtana on, että konteksti ehdollistaa aina intervention vaikutuksia: konteksti vaikuttaa siihen, käynnistyvätkö potentiaaliset muutosta synnyttävät mekanismit yksittäisen henkilön tai ryhmän kohdalla. Kontekstitekijät ovat joko yksilöllisiä tai ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat kuntoutujan mahdollisuuksiin saada hyötyä toiminnasta.

### Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen kohteena on kolmelle asiakasryhmälle järjestetty sopeutumisval-

mennus. Syöpä-, fibromyalgia- ja diabetesryhmät poikkeavat toisistaan paitsi sairauden laadun myös elämäntilanteensa puolesta. Myös sopeutumisvalmennuskurssien sisältö ja teemat vaihtelevat asiakasryhmän tarpeiden mukaan. Tutkimuksessa pyritään selvittämään sopeutumisvalmennuksen hyötyjä ja vaikutuksia käyttäen sellaisia yleisiä muuttujia, joiden katsottiin soveltuvan keskenään erilaisten asiakasryhmien tilanteeseen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää

- 1) sopeutumisvalmennuksen koettuja hyötyjä osallistujien arkielämässä ja sen eri osa-alueilla,
- 2) terveyden liittyvässä valtaistumisessa ja hallinnan tunteessa sekä koetussa terveydessä, psyykkisissä voimavaroissa ja toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia sekä
- 3) niitä yksilöllisiä ja kuntoutujan elämäntilannetta kuvaavia kontekstitekijöitä, jotka ovat yhteydessä koettuun hyötyyn ja valtaistumisessa tapahtuvaan muutokseen.



## Menetelmä

Menetelmänä on yksinkertainen seurantatutkimus ilman erillistä vertailuryhmää. Kaikkiin 377 henkilöä antoi tietoon perustuvan kirjallisen suostumuksensa osallistua tutkimukseen ja vastasi alkukyselylomakkeeseen ennen kurssin alkua. Välittömästi kurssin päätyessä osallistujat vastasivat loppukyselyyn. Puoli vuotta sopeutumisvalmennuksen päättymisen jälkeen Kela lähetti kuntoutujille seurantakyselylomakkeen, jonka kuntoutujat palauttivat suoraan tutkijoille. Syöpäkurssit olivat kestoltaan viisi päivää, kun taas fibromyalgia- ja diabeteskurssit toteutettiin kahtena viiden päivän jaksona, joiden väli oli 6 kuukautta. Alku- ja seurantakyselyn välinen aika oli siten syöpäkurssille osallistuneilla noin 6 kuukautta, muilla kurseilla noin 12 kuukautta. Uusintakysely tehtiin noin kuukausi ensimmäisen kyselyn jälkeen.

Seurantakyselyyn vastasi 80 % (n = 303) kaikista alkukyselyyn vastanneista.

## Osallistujat

Syöpäkursseihin osallistui 198 henkeä, fibromyalgiakurssille 100 ja diabeteskurssille 79. Valtaosa osallistujista oli naisia (77 %), joiden suhteellinen osuus oli suurin fibromyalgiaryhmässä (91 %). Osallistujien keski-ikä oli 56 vuotta, syöpäkurssilla muita ryhmiä korkeampi. Diabetesryhmästä lähes kolme neljänestä oli työssä, kun taas syöpäkurssille osallistuneista lähes puolet oli vanhuuseläkkeellä. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli 13 % osallistujista. (Taulukko 1.)

## Sopeutumisvalmennuskurssit

Kullekin kurssille osallistui enintään 10 kuntoutujaa. Työryhmän tai erityistyöntekijöiden toteuttamaan kuntoutusohjelmaan (noin 5 tuntia päivässä) kuuluvat yksilölliset haastattelut, tapaamiset ja loppukeskustelut, ryhmätoiminta (ohjatut ryhmäkeskustelut, käytännön harjoitukset ja toiminnalliset menetelmät), eri teemoja käsittelevät luennot ja liikunta. Kuntoutusohjelman sisällöt pyritään muokkaamaan ryhmän tarpeiden ja kykyjen

mukaan. Teemojen painotukset valitaan kullakin kurssilla yhdessä henkilöstön ja kuntoutujien kesken. Valinnaisia teemoja ovat muun muassa tieto ja ohjaus terveyteen liittyvissä asioissa, ravitsemusohjaus, fyysinen aktivointi ja ohjaus, arjessa toimiminen, psykososiaalinen ohjaus ja neuvonta sekä opiskelussa ja työelämässä selviytyminen. Kurssista vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat lääketieteen, hoitoalan, psykologian ja fysioterapian tai ravitsemusterapian edustajat. Eriytyistyöntekijöihin kuuluvat muun muassa sosiaali- tai kuntoutusalan, liikunnanohjauksen tai seksuaaliterapian edustajat.

Viimeisen kurssijakson päätyessä tehdystä loppukyselyssä lähes kaikki osallistujat ilmoittivat ohjelmaansa kuuluneen asiantuntijaluentoja ja kyselytunteja, keskusteluryhmiä, ohjattuja toiminnallisia tuokioita ja vertaisten antamaa tukea. Perheenjäsenet olivat mukana ainakin osan aikaa lähes kolmella neljänneksellä syöpäkurssille osallistuneista ja noin neljänneksellä muille kurseille osallistuneista. Henkilökohtaisia keskusteluja olivat käyneet kaikki diabeteskurssilaiset sekä 90 % syöpäkurssille ja 95 % fibromyalgiakurssille osallistuneista. Syöpäkurssilaisista 18 % ja fibromyalgiaryhmästä 13 % katsoi, että kurssilla ei otettu huomioon henkilökohtaisia tarpeita. (Härkääpää ym. 2017.)

## Muuttujat

Sopeutumisvalmennuksen vaikutuksia tutkittiin valtaistumista, hallinnan tunnetta, terveydentilaa, koettua hyvinvointia ja toimintakykyä koskevilla mittareilla ja itsearviointeilla, jotka sisältyivät sekä alku- että seurantakyselyyn.

*Terveyteen liittyvän valtaistumisen mittari* sisältää 11 osiota, ja sen reliabiliteetti (alfa) on 0.79 (Härkääpää ym. 2016). Kolme ala-asteikkoa ovat a) Sairauden ja palvelujen tiedollinen hallinta (4 osiota, alfa = 0.78), b) Psykososiaalinen hallinta ja valmius kokemusten vaihtoon (5 osiota, alfa = 0.69) sekä c) Tasa-arvoinen suhde asiantuntijoihin (2 osiota; Spearman-Brown -reliabiliteetti = 0.64). Mittarin ja ala-asteikkojen vaihteluväli on 1–5,

Taulukko 1. Alkukyselyn taustatietoja kurssiryhmittäin ja ryhmien välisten erojen tilastolliset merkitsevyydet.

	kurssiryhmä				p
	syöpä (n = 198)	fibromyalgia (n = 100)	diabetes (n = 79)	kaikki (n = 377)	
Sukupuoli, naisia %	73.6	91.0	66.7	76.8	<.001
Ikä, ka (sd)	63.0 (9.7)	48.5 (11.0)	46.1 (11.6)	55.6 (13.1)	<.001
Elämäntilanne, %					<.001
- työssä	29.1	55.6	71.8	45.0	
- sairauspäiväraha, kuntoutus, työtön	9.7	24.2	14.1	14.5	
- työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki	12.8	15.2	9.0	12.6	
- muu eläke	48.5	5.1	5.1	27.9	
	100.	100.	100.	100.	
Koettu terveydentila, %					<.001
hyvä/melko hyvä	35.7	13.1	52.6	33.2	
keskitasoinen	51.0	42.4	30.3	44.5	
melko huono/huono	13.3	44.4	17.1	22.4	
	100.	100.	100.	100.	
Fyysiset ja psyykkiset rajoitukset, ka (sd)	3.82 (1.38)	4.73 (1.17)	3.31 (1.35)	3.95 (1.41)	<.001
Masennusoire, %	45.1	63.5	51.9	51.4	.013
Hallinnan tunne, ka (sd)	19.0 (3.9)	18.9 (4.6)	20.2 (4.4)	19.2 (4.2)	.068
Terveyteen liittyvä valtaistuminen, ka (sd)	3.8 (0.5)	3.4 (0.6)	3.7 (0.5)	3.7 (0.6)	<.001

jossa suurempi numero merkitsee vahvempaa valtaistumista.

*Hallinnan tunnetta* selvitettiin Pearlinin ja Schoolerin (1978) Sense of Mastery -kyselyllä. Mittarin vaihteluväli on 7–28; korkeampi pistemäärä merkitsee vahvempaa hallintaa. Mittarin reliabiliteetti (alfa) oli aineistossa 0.79.

*Koettua terveydentilaa* arvioitiin 5-portaisella asteikolla (1 = hyvä, 5 = huono). *Fyysisien ja psyykkisten rajoitusten astetta* selvitettiin summamuuttujalla, jonka osioissa arvioitiin rajoitusten määrää a) omassa kodissa ja b) kodin ulkopuolella toimiessa. Summamuuttujan vaihteluväli on 2–8; korkeampi arvo merkitsee suurempia rajoituksia. *Psyykkisiä voimavaroja* selvitettiin Työterveyslaitoksen työkykyindeksin voimavaroja kuvaavien osioiden summapistemäärällä (vaihteluväli 0–12; ks. Järvelin-Pasanen 2014). *Masennusoireilua* selvitettiin CIDI-SF-haastattelun kahdella kysymyksellä; vähintään toiseen annettu myöntävä vastaus tarkoittaa todennäköistä

masennusta (Kessler ym. 1998, Forsman ym. 2009, 23). *Sosiaalista luottamusta* selvitettiin kolmella osiolla (esim. ”Minulla on liian vähän ihmisiä, joihin voin luottaa”), joihin otettiin kantaa 5-portaisella asteikolla. Mittarin vaihteluväli on 1–5 (korkeampi arvo tarkoittaa vahvempaa luottamusta) ja reliabiliteetti (alfa) 0.77 (Härkäpää ym. 2016). *Tyytyväisyyttä omaan elämäntilanteeseen* selvitettiin 8-osioisella kysymyssarjalla, jossa elämän eri osa-alueiden tyydyttävyyttä arvioitiin asteikolla 4–10 (4 = huono, epätydyttävä, 10 = erinomainen); summamuuttujan reliabiliteetti (alfa) on 0.87.

Seurantakyselyssä vastaajia pyydettiin myös arvioimaan sellaista *sopetumisvalmennuksesta saatua hyötyä*, joka tukee heidän selviytymistään seurantahetkellä (5-portainen asteikko: 1 = erittäin paljon, ..., 5 = ei lainkaan), sekä *kokemuksia sopetumisvalmennuksen merkityksestä* heidän nykyisen arkensa kannalta seitsemän väittämän avulla (esim. ”Hyödynnän paremmin terveellisiä elä-

mäntäpoja arjessa”, 5-portainen asteikko: 1 = samaa mieltä, ..., 5 = eri mieltä).

### Analyysit

Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS Statistics -ohjelman versiolla 22. Menetelminä olivat jakautumien ja ristiintaulukointien lisäksi yksisuuntainen varianssianalyysi, riippuvien ryhmien t-testi, riippuvien ryhmien McNemarin testi sekä logistinen regressioanalyysi.

Seurantakyselyyn katoanalyysi tehtiin vertaamalla vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden jakautumia keskenään (Khiin neliötesti). Vastausprosentti oli syöpäkurseilla 86.9 % (n = 174), fibromyalgiakurseilla 70.0 % (n = 69) ja diabeteskurseilla 74.7 % (n = 60). Vastanneet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi vastaamatta jättäneistä sukupuolen, koulutuksen, sairauden arvioidun kulun eivätkä masennusoireiden esiintymisen suhteen, mutta vanhemmat vastasivat nuoria useammin, vanhuuseläkeläiset ja työssä olevat muita ryhmiä useammin sekä vähemmän fyysisiä ja psyykkisiä rajoituksia ilmoittaneet useammin kuin niitä enemmän ilmoittaneet. Loppukyselyssä ilmoitettujen hyötyjen osalta seurantakyselyyn vastanneet eivät eronneet vastaamatta jättäneistä tilastollisesti merkitsevästi.

Koettuun hyötyyn yhteydessä olevia tekijöitä tutkittiin aluksi ristiintaulukoinnilla (Khiin neliötesti). Muuttujat, joiden yhteys hyötyyn oli tilastollisesti merkitsevä, otettiin selittäviksi muuttujiksi logistiseen regressioanalyysiin. Analyyseja varten koettu hyöty dikotomisoitiin (1 = enintään jonkin verran, 2 = melko tai erittäin paljon hyötyä). Myös terveyteen liittyvässä valtaistumisessa tapahtunutta muutosta selittäviä tekijöitä selvitettiin logistisilla regressioanalyseilla. Muutos dikotomisoitiin jakamalla osallistujat kahteen yhtä suureen osaan (2 = myönteinen muutos yli 0.25 p., 1 = muutos enintään 0.25). Ensiksi selvitettiin kunkin selittävän muuttujan yhteyden selitettävään muuttujaan erikseen. Muuttujat, joilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys selitettävään muuttujaan, otettiin sen jälkeen yhteiseen analyysiin.

### Tulokset

Fibromyalgiaryhmä koki ennen kurssin alkua terveydentilansa huonoksi tai melko huonoksi useammin kuin muut ryhmät ja sairauteen liittyvät fyysiset ja psyykkiset rajoitukset muita ryhmiä vaikeammiksi. Myös terveyteen liittyvä valtaistuminen oli fibromyalgiaryhmään kuuluvilla heikompi kuin muissa ryhmissä. (Taulukko 1.)

Seurantakyselyyn vastanneista 17 % koki saaneensa erittäin paljon arjessa selviytymistä tukevaa hyötyä sopeutumisvalmennuksesta, 41 % melko paljon ja 34 % jonkin verran. Alle kymmenesosa hyötyi melko vähän tai ei lainkaan. Diabetesryhmässä 72 % hyötyi erittäin tai melko paljon, fibromyalgiaryhmässä 51 % ja syöpäryhmässä 56 %. Ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä (p=.033).

Miehet raportoivat erittäin tai melko paljon hyötyä suhteellisesti useammin kuin naiset (69 vs. 55 %; p=.044). Työssä olevat (63 %) ja vanhuuseläkeläiset (61 %) saivat hyötyä useammin kuin työttömänä tai sairauspäivärahalla olevat (35 %) tai työkyvyttömyyseläkkeellä (48 %) olevat (p=.016). Hyötyä kokivat useammin myös ne, joilla alkukyselyssä oli vahvempi hallinnan tunne (65 vs. 48 %; p=.005), paremmat psyykkiset voimavarat (67 vs. 40 %; p<.001) ja vahvempi sosiaalinen luottamus (65 vs. 52 %; p=.024). Ikä, koulutus ja masennusoireiden esiintyminen eivät olleet yhteydessä koettuun hyötyyn. Ne, joilla sairauteen liittyvät rajoitteet olivat pysyneet alkukyselyä edeltäneen vuoden aikana muuttumattomina, kokivat sopeutumisvalmennuksesta olleen hyötyä useammin kuin ne, joilla rajoitteet olivat muuttuneet tai luonteeltaan vaihtelevia (67 vs. 53 %; p=.040). Logistisessa regressioanalyysissä tilastollisesti merkitseviksi selittäjiksi jäivät sukupuoli (p=.018; miehet hyötyivät suhteellisesti useammin), kurssiryhmä (p=.050; diabetesryhmä hyötyi useammin) ja psyykkiset voimavarat (p=.009; enemmän voimavaroja omaavat hyötyivät useammin).

Sopeutumisvalmennuksen koettua merkitystä koskevat väittämät on esitetty taulukossa 2. Noin 80 % vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että he hyödyntävät terveellisiä elintapoja ja tuntevat omat voi-

Taulukko 2. Sopeutumisvalmennuskurssin merkitys eri osa-alueilla kaikilla vastanneilla ja kurssiryhmittäin, %.

		täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	vaikea sanoa	täysin/osittain eri mieltä	yhteensä
Hyödynnän paremmin terveellisiä elämäntapoja	syöpä	22	59	14	5	100
	fibromyalgia	17	66	9	8	100
	diabetes	20	64	15	2	100
	kaikki	20	62	13	5	100
Tunnistan paremmin omat voimavarani	syöpä	14	66	15	5	100
	fibromyalgia	21	64	6	8	100
	diabetes	15	64	20	2	100
	kaikki	16	65	14	5	100
Tunnen itseni levollisemmaksi ja toiveikkaammaksi elämäntilanteeni suhteen	syöpä	16	50	28	6	100
	fibromyalgia	10	54	21	14	100
	diabetes	12	57	26	5	100
	kaikki	14	52	26	8	100
Tunnen selviytyväni sairauden jne. kanssa arjessa helpommin	syöpä	17	54	22	7	100
	fibromyalgia	11	53	21	14	100
	diabetes	10	66	20	5	100
	kaikki	14	56	22	8	100
Kurssi antoi rohkaisua, että voin itse vaikuttaa omaa elämääni koskeviin valintoihin	syöpä	17	59	17	7	100
	fibromyalgia	20	44	25	12	100
	diabetes	30	54	13	3	100
	kaikki	20	54	18	8	100
Olen saanut tietoa kotikuntani palveluista...	syöpä	8	42	27	22	100
	fibromyalgia	6	14	24	55	100
	diabetes	10	23	33	34	100
	kaikki	8	32	28	32	100
Sosiaalinen tukiverkkoni on vahvistunut	syöpä	15	37	27	21	100
	fibromyalgia	16	39	21	24	100
	diabetes	13	43	30	15	100
	kaikki	15	39	26	20	100

mavaransa aikaisempaa paremmin. Noin 70 % arvioi vastaavalla tavalla toiveikkauttaan elämäntilanteensa suhteen ja selviytymistään sairauden ja toimintarajoitteiden kanssa. Kolme neljästä katsoi kurssin rohkaisseen mahdollisuuksia vaikuttaa elämän valintoihin, ja yli puolet koki sosiaalisen verkostonsa vahvistuneen. Kotikunnan palveluja koskevia tietoja koki saaneensa joka toinen syöpäryhmästä, mutta vain viidennes fibromyalgiaa sairastavista.

Vastaajilta tiedusteltiin myös, oliko sopeutumisvalmennuskurssista jotakin sellaista haittaa, joka on hankaloittanut arkea. Yhteensä 21 vastaajaa (7 %) mainitsi jonkin haitan; puolet heistä määritteli sen kuitenkin vähäi-

seksi. Muutama kertoi joutuneensa näkemään, mitä kaikkea oma sairaus voi tuoda mukanaan. Fibromyalgiaryhmässä seitsemällä jalakaterä, kyynärnível, lonkka tai selkä oli kipeytynyt liikuntaharjoitusten tai kuntotestin aikana; parilla kivut olivat jääneet pysyviksi. Kaikki eivät täsmentäneet aiheutunutta haitta.

Terveysteen liittyvä valtaistuminen vahvistui kaikissa kurssiryhmissä tilastollisesti merkitsevästi. Osa-asteikoista tiedollinen hallinta parani kaikissa kurssiryhmissä. Ryhmät erosivat muutoksen suhteen tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p < .001$ ); fibromyalgiaryhmässä muutos oli suurempi kuin muissa ryhmissä. Psykososiaalinen hallinta parani fibromyalgia- ja diabetesryhmissä. Kolman-

Taulukko 3. Terveyteen liittyvä valtaistuminen ja sen osa-asteikot alku- ja seurantatilanteessa, seuranta- ja alkutilanteen erotus, parittaisten keskiarvovertailujen t-testit sekä muutoksen tilastollinen merkitsevyys (p).

		Alkutilanne		Seuranta		Muutos			
Summamuuttuja		ka	sd	ka	sd	ka	sd	t	p
Terveyteen liittyvä valtaistuminen	syöpä	3.80	0.50	3.94	0.54	0.14	0.46	4.01	<.001
	fibromyalgia	3.45	0.56	3.87	0.54	0.42	0.48	7.12	<.001
	diabetes	3.69	0.49	3.96	0.40	0.28	0.42	4.78	<.001
	kaikki	3.70	0.53	3.93	0.52	0.23	0.47	8.36	<.001
<b>Osa-asteikot</b>									
Tiedollinen hallinta	syöpä	3.48	0.65	3.79	0.65	0.31	0.65	6.17	<.001
	fibromyalgia	2.86	0.91	3.67	0.83	0.81	0.81	8.25	<.001
	diabetes	3.44	0.69	3.85	0.50	0.41	0.64	4.89	<.001
	kaikki	3.33	0.77	3.77	0.67	0.45	0.72	10.66	<.001
Psykososiaalinen hallinta	syöpä	4.00	0.61	4.03	0.65	0.04	0.53	1.02	.308
	fibromyalgia	3.62	0.59	3.89	0.57	0.27	0.54	4.18	<.001
	diabetes	3.77	0.63	4.04	0.53	0.27	0.52	3.90	<.001
	kaikki	3.87	0.63	4.01	0.61	0.14	0.54	4.42	<.001
Tasa-arvoinen suhde asiantuntijoihin	syöpä	3.93	0.76	3.99	0.70	0.06	0.53	0.99	.323
	fibromyalgia	4.16	0.75	4.19	0.59	0.03	0.78	0.39	.697
	diabetes	3.97	0.69	4.06	0.62	0.09	0.64	1.04	.301
	kaikki	3.99	0.75	4.05	0.67	0.06	0.78	1.36	.175

nessa osa-asteikossa positiivista muutosta ei havaittu. (Taulukko 3.)

Logistisella regressioanalyysillä selvitetiin valtaistumisen muutokseen yhteydessä olevia tekijöitä yksi kerrallaan. Alkutilanteen korkeampi valtaistumispistemäärä oli yhteydessä vähäisempään muutokseen ( $p<.001$ ). Tilastollisesti merkitseviä selittäjiä olivat myös ikä ( $p=.019$ ; nuoremmilla muutos oli myönteisempi), kurssiryhmä (fibromyalgia- ja diabetesryhmissä muutos oli myönteisempi kuin syöpäryhmässä;  $p<.001$  ja  $p=.025$ ) sekä masennusoireiden esiintyminen ( $p=.020$ ; oireita kokevilla muutos oli myönteisempi kuin muilla). Yhteismallissa ainoastaan alkutilanteen valtaistumismuuttuja jäi tilastollisesti merkitseväksi.

Todennäköinen masennus väheni kaikilla vastaajilla 49 %:sta 42 %:iin ( $p=.050$ ). Diabetesryhmässä muutos oli tilastollisesti merkitsevä (52 % vs. 37 %;  $p=.022$ ) ja fibromyalgiaryhmässä suuntaa antava (60 % vs. 44 %;  $p=.052$ ); syöpäryhmässä muutosta ei tapah-

tunut (44 % vs. 43 %). Psykkiset voimavarat paranivat kaikilla osallistujilla ( $p=.003$ ), mutta kurssiryhmittäisessä tarkastelussa vain diabetesryhmässä tilastollisesti merkitsevästi ( $p=.020$ ). Koettu terveydentila parani kaikilla vastaajilla ( $p<.001$ ) ja kurssiryhmistä syöpäryhmässä ( $p=.005$ ) ja diabetesryhmässä ( $p=.012$ ). Hallinnan tunteessa, fyysisten ja psyykkisten rajoitusten asteessa ja tyytyväisyydessä omaan elämäntilanteeseen ei tapahtunut muutoksia.

### Pohdinta

Tutkimuksessa selvitettiin kolmen kuntoutu-jaryhmän kokemuksia sopeutumisvalmennuksen hyödyistä sekä tapahtuneita muutoksia valtaistumisessa ja hyvinvoinnissa. Tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää. Kuntoutuja-ryhmät erosivat toisistaan paitsi pääasiallisen sairautensa myös elämäntilanteen, odotusten ja sopeutumisvalmennuksen keston suhteen. Syöpäkurssit olivat viiden päivän mittaisia,

kun taas fibromyalgiaa ja diabetesta sairastavien sopeutumisvalmennus koostui kahdesta viiden päivän jaksosta. Ryhmien tuloksia tarkasteltiin artikkelissa rinnakkain, ja eroja testattiin myös tilastollisin testein. On kuitenkin syytä korostaa, että erilaisia tuloksia selittäviä tekijöitä on paitsi interventioissa myös ryhmien elämäntilanteiden eroissa, mikä on otettava huomioon tulkintoja tehtäessä.

Noin kuusi kymmenestä koki hyötynensä kurssista erittäin tai melko paljon, ja diabetesryhmässä hyötyjiä oli suhteellisesti eniten. Erittäin paljon hyötyä kokeneita oli kuitenkin vain alle viidennes. Tulos poikkeaa esimerkiksi vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta koskevan tutkimuksen tuloksesta, jonka mukaan yli puolet sopeutumisvalmennuksessa olleista arvioi sen olleen erittäin hyödyllinen (Hokkanen ym. 2009). Arviointimenetelmät erosivat kuitenkin toisistaan. On myös otettava huomioon, että vaikeavammaisia henkilöitä koskevassa tutkimuksessa oli usein kyse pysyvistä vammasta. Jos kyseessä on sairaus, joka etenee omasta toiminnasta ja hallinnan tunteesta riippumatta, hyötykokemuksen perusta on erilainen kuin vakiintuneemmassa tilanteessa. Myös tässä tutkimuksessa ne, jotka arvioivat sairauten tai vammaan liittyvät rajoitteet vakiintuneiksi, kokivat hyötynensä sopeutumisvalmennuksesta jonkin verran useammin kuin ne, jotka olivat havainneet ja odottivat muutoksia.

Realistisessa arviointitutkimuksessa kontekstitekijöillä tarkoitetaan sellaisia yksilöllisiä tai ympäristötekijöitä, jotka voivat vaikuttaa myönteisiä tuloksia tuottaviin mekanismeihin ja siten kuntoutujan mahdollisuuksiin saada hyötyä toiminnasta. Tutkimuksessa useilla tekijöillä oli yhteys seurantahetkellä koettuun hyötyyn. Ne, joilla yleinen elämäntilanne oli sopeutumisvalmennukseen tullessa vakaampi – työssä tai vanhuuseläkkeellä olevat – ja joilla psyykkiset voimavarat olivat hyvät, arvioivat hyötynensä valmennuksesta selvästi enemmän kuin epävakaa tilanteessa olevat. Ne, joilla hallinnan tunne ja sosiaalinen luottamus oli heikko, hyöttyivät sopeutumisvalmennuksesta harvemmin kuin vahvaa hallinnan tunnetta ja yhteisyyden tunnetta

kokeneet. Sekä hallinnan tunne että sosiaalinen luottamus kuvastavat yksilön ja ympäristön vuorovaikutussuhdetta, ja niillä on yhteyksiä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin (esim. Gadalla 2009, Giordano & Lindström 2011). Tällaiset tulokset ovat kuntoutuksessa tavallisia kuntoutusmuodosta riippumatta (vrt. van der Hulst ym. 2005, Gould ym. 2012). Miksi ne tulevat esiin myös sopeutumisvalmennuksessa? Kyse voi olla siitä, että myös sopeutumisvalmennuksessa toiset syrjäytyvät ryhmätilanteista jääden sujuvasti kommunikoivan ydinryhmän tai henkilökohtaisen ammatillisen tuen ulkopuolelle. Se merkitsisi, että kyseiset kontekstitekijät vaikuttavat itse kuntoutustilanteessa niin, että erilaiset syrjäytymis- tai avuttomuuskokemukset estävät myönteisesti vaikuttavien mekanismien käynnistymisen. Tällaisista prosesseista oli viitteitä vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta koskevassa tutkimuksessa, jossa huonommassa taloudellisessa tilanteessa olleet tai enemmän kommunikaatiovaikeuksia omanneet kuntoutujat kokivat tullessa kuulluksi kuntoutuksen aikana keskimääräistä harvemmin (Järvikoski ym. 2015). Tässä tutkimuksessa erityisesti syöpä- ja fibromyalgiaryhmissä oli kuntoutujia, jotka olisivat kaivanneet henkilökohtaisempaa ohjausta eivätkä kokeneet tullessa riittävästi kuulluksi. Tämän tulinnan mukaan kurssitilanteissa olisi pyrittävä vielä nykyistä tarkemmin huolehtimaan myös ryhmätilanteissa helposti syrjään vetäytyvien osallisuudesta.

Vaikeassa elämäntilanteissa olevien hyötykokemusten vähäisempi määrä voi kuitenkin johtua myös siitä, että heillä arkielämän ongelmat peittävät reaali maailmaan palatesa kuntoutukseen liittyvät myönteiset kokemukset. Se voisi merkitä, että vaikka myönteiseen suuntaan vaikuttavat mekanismit ovat kuntoutuksen aikana käynnistyneet, arkielämän realiteettien kohtaaminen voi estää niiden toiminnan. Tällaisessa tilanteessa intensiiviset kuntoutusjaksot eivät riitä, vaan niiden rinnalla tai sijasta tarvitaan jatkuvampaa tukea, jonka avulla voidaan helpottaa arkielämän stressiä ja parantaa mahdollisuuksia omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Kun



toiminnan tavoitteena on auttaa ihmistä löytämään paikkansa yhteisön jäsenenä ja rakentamaan suhdetta ympäristöönsä (vrt. Strong 2014a), pitempikestoisella avomuotoisella ryhmätoiminnalla voi olla siihen tällaisen vaativan kuntoutujaryhmän kohdalla paremmat mahdollisuudet.

Kaikissa ryhmissä havaittiin selvä myönteinen muutos terveyteen liittyvässä valtaistumisessa, erityisesti tiedollisen hallinnan osalta. Psykososiaalisessa ryhmäkuntoutuksessa valtaistumisen tai pystyvyyden muutoksia on selvitetty melko harvoin; toisinaan niitä on havaittu melko kevyidenkin interventioiden yhteydessä (esim. Steinsbeek ym. 2012). Viime aikoina on usein todettu (esim. Keers ym. 2006), että pelkästään tiedon jakaminen ei riitä varsinkaan jos sairauteen liittyy uhkia ja tulevaisuuden pelkoa. Tengland (2008) korostaa, että tiedon saamista tärkeämpää on tietoisuuden lisääntyminen, ihmisen lisääntyvä ymmärrys omasta tilanteestaan ja siinä vaikuttavista tekijöistä. Sopeutumisvalmennuksessa asiantuntija- ja kokemustiedon yhdistelmä voi olla keskeinen tekijä sairauteen liittyvän hallinnan tunteen muodostumisessa. Tässä tutkimuksessa tiedollinen valtaistuminen vahvistui eniten fibromyalgiaa sairastavilla, joilla valtaistuminen oli ennen kuntoutusta heikompaa kuin muilla. Heillä oli myös paljon odotuksia sairautta ja sen kanssa selviytymistä koskevasta tiedosta (Härkäpää ym. 2016), mitä selittää myös se, että fibromyalgian diagnosointia ja sopivien hoitomuotojen löytämistä pidetään usein haasteellisena (Perrot ym. 2012).

Tutkimuksessa ei havaittu myönteistä muutosta sellaisessa yleisessä hallinnan tunteessa tai elämänhallinnassa, jota Pearlinin ja Schoolerin (1978) mittari kuvaa. Sen sijaan terveyteen liittyvä valtaistuminen oli vahvistunut diabetes- ja fibromyalgiaaryhmissä myös psykososiaalisen valtaistumisen osalta. Kuntoutujat kokivat tuntevansa sairautensa ja ymmärtävänsä siihen vaikuttavia tekijöitä aikaisempaa paremmin, mutta myös pystyvänsä käsittelemään sairauteen liittyviä ongelmia ja olevansa valmiita tukemaan myös muita näissä asioissa. Syöpäryhmässä vastaavaa muutosta ei tapahtunut. Tulos voi selittyä kurs-

sijakson lyhyydellä tai sillä, että syöpää sairastavilla lähtötaso psykososiaalisessa valtaistumisessa oli parempi kuin muissa ryhmissä.

Muista muutoksista merkittävimpänä voidaan pitää masennusoireilussa tapahtunutta muutosta, joka näkyi fibromyalgia- ja diabetesryhmässä, jälkimmäisessä selvemmin. Masennus on vähentynyt myös erilaisten psykoedukatiivisten ohjelmien yhteydessä muun muassa fibromyalgiaa (Luciano ym. 2011) ja syöpää (Dieng ym. 2016) sairastavilla. Tässä tutkimuksessa masennusoireilu säilyi ennaltaan syöpäryhmässä, jossa alku- ja seurantakyselyn välinen aika oli vain puoli vuotta; koettu terveydentila oli syöpää sairastavilla kuitenkin parantunut.

Diabetesryhmässä myönteisiä muutoksia tapahtui usealla eri osa-alueella, ja tulokset olivat kokonaisuutena jonkin verran paremmat kuin muissa ryhmissä. Kurssin päätyessä tehdyn loppukyselyn mukaan (Härkäpää ym. 2017) diabetesryhmässä henkilökohtaiset keskustelut ohjaajan kanssa olivat toteutuneet hyvin ja kurssilaiset kokivat, että heidän henkilökohtaisia tarpeitaan oli otettu kurssilla hyvin huomioon. Syöpä- ja fibromyalgiaaryhmässä oli enemmän niitä, joiden mukaan henkilökohtaisia tarpeita ei kurssilla otettu huomioon tai jos otettiin, sitä ei pidetty hyödyllisenä. Tulos voitaisiin tulkita niin, että yksilöllisen, omia tietoja ja voimavaroja tukevan ohjelman ja ryhmämuotoisen vertaistukea hyödyntävän ohjelman yhdistelmä toteutui diabetesryhmiä järjestävillä palveluntuottajilla jonkin verran paremmin kuin muilla. Tärkeäksi koettu asiantuntijatieto voi myös olla yhtenäisempää ja sen antaminen vähemmän vaikeaa tyyppin 1 diabeteksen kuin syövän tai fibromyalgian kohdalla. Suoraviivaisia johtopäätöksiä ei kuitenkaan voida tehdä kurssiryhmien sairauksien ja taustojen erilaisuuden ja kurssien erilaisen keston vuoksi.

Johtopäätösten teko perustuu tutkimuksen vahvuuksien ja rajoitusten arviointiin. Tiedonkeruu onnistui pääosin hyvin, ja kuntoutujat vastasivat lomakkeisiin huolellisesti. Seurantakyselyn vastausprosenttia voidaan pitää kohtalaisen hyvänä. Katoanalyysi osoitti, että vastanneet olivat vanhempia, useam-

min työssä tai vanhuuseläkkeellä ja ilmoittivat vähemmän fyysisiä ja psyykkisiä rajoitteita kuin vastaamatta jättäneet, minkä vuoksi vaikutuksia koskevia tuloksia on syytä pitää vain suuntaa antavina. Vertailuryhmä olisi antanut vanhemman perustan johtopäätöksille.

Tutkimuksen kohteena olleet asiakasryhmät valittiin Kelan sopeutumisvalmennusasiakkaiden kolmesta suuresta sairauspuuryhmästä. Tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää koskemaan kaikkia Kelan sopeutumisvalmennusta saaneita aikuisia. Sopeutumisvalmennuksen vaikutukset näkyivät kaikissa ryhmissä paitsi koettuina hyötyinä myös sairautteen liittyvänä valtaistumisena. Epävakaassa elämäntilanteessa olevilla hyötykokemukset olivat kuitenkin selvästi keskimääräistä harvinaisempia. Tulokset viittaavat siihen, että osalla valmennukseen osallistujista kurssi jää irralliseksi toimenpiteeksi, joka ei nivoudu osaksi muita tukimuotoja tai hoitoketjua. Sopeutumisvalmennuksen kehittämisen näkökulmasta olisi tarpeen kiinnittää riittävästi huomiota myös osallistujien elämäntilanteeseen ja asuinpaikkakunnalla tarjolla olevan tuen jatkuvuuteen, tukitoimien saatavuuteen sekä tukijärjestelmien toimivuuteen ja keskinäiseen yhteistyöhön.

**Tulosten merkitys:** Tutkimus antaa uutta tietoa sopeutumisvalmennuksen hyödyistä ja merkityksestä siihen osallistuneiden asiakkaiden näkökulmasta. Epävakaassa elämäntilanteessa olevat hyötyivät sopeutumisvalmennuksesta keskimääräistä harvemmin. Sopeutumisvalmennusta kehitettäessä olisi syytä varmistaa myös tuen jatkuvuus asuinpaikkakunnalla sitä tarvitseville sekä parantaa tukijärjestelmien keskinäistä yhteistyötä.

## Tiivistelmä

Sopeutumisvalmennuksen tavoitteena on tukea kuntoutujaa vamman tai pitkäaikaisen sairauden hallinnassa ja tarjota mahdollisuus vertaistukeen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sopeutumisvalmennuksen koettuja hyötyjä sekä terveydentilassa, toimintakyvyssä, hallinnan tunteessa ja valtaistumisessa tapahtuneita muutoksia ja niihin yhteydessä olevia kontekstitekijöitä. Tutkimukseen osallistui syöpää, fibromyalgiaa ja tyyppin 1 diabetesta sairastavia kuntoutujia, jotka vastasivat ennen kurssin alkua lomakekyselyyn (n = 377) ja puoli vuotta kurssin päättymisen jälkeen seurantakyselyyn (n = 303). Kuntoutujista 58 % ilmoitti saaneensa valmennuksesta erittäin tai melko paljon hyötyä arjessa selviytymiseen: diabetesta sairastavat useammin kuin muut. Hyötykokemukset olivat epävakaa elämäntilanteessa olevilla muita kuntoutujia harvinaisempia. Terveysteen liittyvä valtaistuminen oli vahvistunut kaikissa kuntoutuja-ryhmissä, erityisesti tiedollisen hallinnan osalta. Tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää, mikä on otettava huomioon tuloksia arvioitaessa.

*Avainsanat:* sopeutumisvalmennus, koetut hyödyt, valtaistuminen

## Abstract

*Subjective benefits, empowerment and psychological well-being after psychosocial rehabilitation*

Adaptation training is psychosocial rehabilitation that aims to empower clients to cope with their illness or disability. The aim of the study was to examine subjective benefits as well as changes in subjective health, func-



tional capacity, sense of mastery and health-related empowerment and contextual factors connected with these changes. The study group consisted of persons with cancer, fibromyalgia and Type 1 diabetes answering a pre-treatment questionnaire (n = 377) and six months after the intervention a mailed follow-up questionnaire (n = 303). Of the respondents, 58 % reported positive gains for their daily life from the intervention, those with diabetes more often than other groups. Those in disadvantaged life situations reported gains more seldom than the other groups. Health-related empowerment had strengthened in all study groups. There was no comparison group in the study which must be taken into account when assessing the results.

**Keywords:** psychosocial rehabilitation, subjective benefits, empowerment

**Kristiina Härkäpää, FT, professori, kuntoutustiede, Lapin yliopisto**

**Aila Järvikoski, YTT, professori, kuntoutustiede, Lapin yliopisto**

**Anu Kippola-Pääkkönen, YTM, tutkija, Lapin yliopisto**

**Ilona Autti-Rämö, johtava ylilääkäri, tutkimusprofessori, Kansaneläkelaitos**

## Lähteet

- Ahlgren T, Poikkeus L (2014) Kela. Sopeutumisvalmennus. Teoksessa Streng H (toim.) Sopeutumisvalmennus - suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Helsinki, 331–337.
- Blamey A, Mackenzie M (2007) Theories of change and realistic evaluation: peas in a pod or apples and oranges? *Evaluation* 13, 439–455.
- Booker S, Morris M, Johnson A (2008) Empowered to change: evidence from a qualitative exploration of a user-informed psycho-educational programme for people with type 1 diabetes. *Chronic Illness* 4, 1, 41–53.
- Chen HT (2005) Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness. Sage, Thousand Oaks.
- Chen HT (2006) A theory-driven evaluation perspective on mixed methods research. *Research in the Schools* 13, 1, 75–83.
- Christens BD (2012) Toward relational empowerment. *Am J Community Psychol* 50:114–128.
- Dafne Study Group (2002) Training in flexible, intensive insulin management to enable dietary freedom in people with type 1 diabetes: dose adjustment for normal eating (DAFNE) randomized controlled trial. *BMJ* 325, 7367, 746–50.
- Dale JR, Williams SM, Bower V (2012) What is the effect of peer support on diabetes outcomes in adults? A systematic review. *Diabetic Medicine* 29, 11, 1361–1377
- Dalkin SM, Greenhalgh J, Jones D, Cunningham B, Lhussier M (2015) What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *Implementation Science* 10:49.
- Dieng M, Cust AE, Kasparian NA, Mann GJ, Morton RL (2016) Economic evaluations of psychosocial interventions in cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology* 25: 1380–1392.
- Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R (2013) Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology* 31, 6, 782–93.
- Fors EA, Bertheussen GF, Thune I ym (2010) Psychosocial interventions as a part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-Oncology* 20(9):909–18.
- Forsman A, Herberts K, Aromaa E, Tuulari J, Wahlbeck K (2009) Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Mene-  
telmäraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki.
- Gadalla TM (2009) Sense of mastery, social support, and health in elderly Canadians. *Journal of Aging and Health* 21, 581–595.
- George JT, Valdovinos AP, Russell I, Dromgoole P, Lomax S, Torgerson DJ, Wells T, Thow JC (2008) Clinical effectiveness of a brief educational intervention in Type 1 diabetes: results from the BITES (Brief Intervention in Type 1 diabetes, Education for Self-efficacy) trial. *Diabetic Medicine* 25, 1447–1453.
- Giordano GN, Lindstrom M (2011) Social capital and change in psychological health over time: a panel study. *Soc Sci Med* 72, 1219–1227.
- Gottlieb BH, Wachala ED (2007) Cancer support groups:

- a critical review of empirical studies. *Psycho-oncology* 16, 5, 379–400.
- Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (2012) Mitä kuntoutuksen jälkeen? Teoksessa Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (toim) *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012*, Helsinki, 193–228.
- Hokkanen L, Nikkanen P, Notko T, Puumalainen J (2009) Kokemukset kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä. Teoksessa Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim.) *Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80*, Helsinki.
- Homan-Helenius P (2005) Empowering families of children with asthma through adaptation training. *Annales Universitatis Turkuensis. Turun Yliopisto*, Turku.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A, Martin M, Autti-Rämö I (2016) Sairauskäsitykset, elämänhallinta ja sopeutumisvalmennusta koskevat odotukset. *Kuntoutus* 39, 3, 6–20.
- Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, Buchert U, Järvikoski A (2017) Sopeutumisvalmennusprojektin loppuraportti (julkaisematon käsikirjoitus).
- Jalava J, Mykrä P (2014) Sopeutumisvalmennuksen neljännesvuosisata RAY:n avustusjärjestelmässä. Teoksessa Streng H (toim.) *Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys*, Helsinki, 317–330.
- Järvelin-Pasanen S (2014) Työajat ja sykevälivaihtelu opetus- ja hoitotyötä tekeillä naisilla. *Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 256*. Kuopio.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2014) Teoreettisia näkökulmia psykososiaaliseen sopeutumiseen ja sopeutumisvalmennukseen. Teoksessa: Streng H (toim.) *Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys*, Espoo, 101–147.
- Järvikoski A, Puumalainen J, Härkäpää K (2015) Client participation in medical rehabilitation for adults with severe disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research* 17, 3, 240–57.
- Kantola S (2014) Vertaisryhmätyö sopeutumisvalmennuksessa. Teoksessa Streng H (toim.) *Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys*, Helsinki, 227–250.
- Keers JC, Bouma J, Links TP ym. (2006) One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education and Counseling* 60, 16–23.
- Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun TB, Wittchen H-U (1998) The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 7, 4, 163–171.
- Kousoulis AA, Patelarou E, Shea S ym. (2014) Diabetes self-management arrangements in Europe: a realist review to facilitate a project implemented in six countries. *BMC Health Services Research* 14, 453.
- Lorig K, Ritter PL, Villa FJ, Armas J (2008a) Community-based peer-led diabetes self-management. *The Diabetes Educator* 35, 4, 641–651.
- Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD, Plant K (2008b) The internet-based arthritis self-management program: a one-year randomized trial for patients with arthritis or fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism* 59, 7, 1009–17.
- Luciano JV, Martinez N, Penarrubia-Maria ym. (2011) Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients. A randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain* 27, 5, 383–91.
- Luciano JV, Sabes-Figuera R, Cardena E ym. (2013) Cost-utility of a psychoeducational intervention in fibromyalgia patients compared with usual care. An economic evaluation alongside a 12-month randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain* 29, 8, 702–11.
- Marchal B, van Belle S, van Olmen J, Hoerée T, Kegels G (2012) Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation* 18, 192–212.
- Masterson S, Owen S (2006) Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health* 15, 19–34.
- McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M ym. (2011) Self-management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 61, 50–62.
- Niskanen M (2014) Sopeutumisvalmennus käytännössä. Teoksessa Streng H (toim.) *Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys*, 251–278.
- Pawson R, Tilley N (1997) *Realistic evaluation*. Sage, London.
- Pearlin L, Schooler C (1978) The structure of coping. *Journal of Health & Social Behavior* 19, 2–21.
- Perrot S, Choy E, Petersel D, Ginovker A, Kramer E (2012) Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Services Research* 12, 356–363.

- Rasmussen MU, Amris K, Rydahl-Hansen S (2017) How can group-based multidisciplinary rehabilitation for patients with fibromyalgia influence patients' self-efficacy and ability to cope with their illness: a grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*.
- Rooks DS, Gautam S, Romeling M (2007) Group exercise, education and combination self management in women with fibromyalgia. A randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 167, 2, 2192–2200.
- Salminen A-L, Järvikoski A, Härkäpää K (2016) Teoriat, viitekehukset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa: I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Duodecim, Helsinki, 20–36.
- Steed L, Cooke D, Newman S (2003) A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling* 51, 5–15.
- Steinsbekk A, Rygg LO, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A (2012) Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research* 12, 213.
- Streng H (2014a) (toim.) *Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus*. Raha-automaattiyhdistys, Helsinki.
- Streng H (2014b) Johdanto. Teoksessa Streng H (toim.) *Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus*. Raha-automaattiyhdistys, Helsinki, 5–11.
- Tengland P-A (2008) Empowerment: a conceptual discussion. *Health Care Analysis* 16, 2, 77–96.
- Ussher J, Kirsten L, Butow P, Sandoval M (2006) What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine* 62, 2565–76.
- van der Hulst M, Vollenbroek-Hutten MMR, Jzermen MJI (2005) A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation or back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. *Spine* 30, 813–25.
- van Uden-Kraan CF, Taal E, Shaw BR, Seydel ER, van de Laar MAFJ (2008) Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia. *Qualitative Health Research* 18, 3, 405–17.

# VANHEMMUUTEEN LIITTYVÄT HUOLENAIHEET JA PSYKKINEN HYVINVOINTI NEUROPSYKIATRISESTI OIREILEVIEN LASTEN HUOLTAJILLA

---

## Johdanto

Vanhemmukseen liittyviä huolenaiheita esiintyy monissa lapsiperheissä (Östberg & Hagekull 2000; Perälä ym. 2011; Halme & Perälä 2014). Lievä huolestuneisuus saattaa vahvistaa aikuisen herkkyyttä tunnistaa lapsen tarpeita. Vanhemmuuteen liittyvä merkittävä huoli on sen sijaan erityinen psyykkisen kuormittuneisuuden muoto, joka viittaa lapsen ja huoltajan välisen suhteen haasteisiin (Deater-Deckard 1998). Lapsen psyykkisen ja neuropsykiatrisen oireilun on havaittu lisäävän myös huoltajien mielialaoireita (Barlow ym. 2012). Huoltajan psyykinen kuormittuneisuus saattaa puolestaan lisätä kielteistä reagoitua lapsen haastavaan käyttäytymiseen (Karst & Van Hecke 2012; Hayes & Watson 2013), mikä ylläpitää lapsen ja huoltajan keskinäisen vuorovaikutuksen ja lapsen käyttäytymisen ongelmia (Johnston & Mash 2001; Kawabata ym. 2011; Faraone ym. 2015). Näistä syistä huoltajien hyvinvointia estävät tekijät tulee huomioida neuropsykiatrisesti oireilevien lasten hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (ADHD: Käypä hoito -suositus 2017).

Huoltajien hyvinvoinnin vahvistaminen on erityisen tärkeää niissä perheissä, joissa lapset tarvitsevat toimintakykynsä tueksi tavallista intensiivisempää hoitoa ja kuntoutusta. Lapsen kliinisesti merkittävän neuropsy-

kiatrisen oireilun, esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD), yhteydessä esiintyy usein samanaikaisia tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeuksia (Kanne & Mazurek 2011; Frick & Nigg 2012; Faraone ym. 2015; Vuori ym. 2017). Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että lapsen neuropsykiatrisen oireilun yhteydessä esiintyvät samanaikaiset uhmakkuus- ja käytös-oireet ovat yhteydessä huoltajien kokemaan voimakkaampaan psyykkiseen kuormittuneisuuteen, kun heitä on verrattu huoltajiin, joiden lapsilla esiintyy ainoastaan neuropsykiatrisia ydinoireita (Johnston & Mash 2001; Deault 2010; Kippola-Pääkkönen ym. 2016). Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös havaittu, että poikien vanhemmat tuovat voimakkaammin esille vanhempana toimimiseen liittyviä haasteita kuin tyttöjen vanhemmat. Lapsen iän ei sen sijaan havaittu kliinisten tutkimusaineistojen meta-analyyseissä olevan yhteydessä vanhempien kokemuksiin kasvatushaasteisiin. (Theule ym. 2013.) Äitien ja isien keskinäiset vertailut ovat osoittaneet, että huoli vanhemmuudesta ja psyykinen kuormittuneisuus ovat äideillä voimakkaampia kuin isillä (Karst & Van Hecke 2012; Hinshaw ym. 2015).

Perhelähtöisten psykososiaalisten hoitomuotojen – erityisesti strukturoidun vanhem-

painohjauksen – on havaittu vähentävän lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ongelmia (Sanders ym. 2014; Fabiano ym. 2015), vanhemmuuteen liittyviä huolia (Battagliese ym. 2015) ja huoltajien mielialaoireita (Barlow ym. 2012; Furlong ym. 2012). Vanhempainohjaus myös vahvistaa myönteisiä kasvatuskäytäntöjä (Daley ym. 2014; Sanders ym. 2014). Toisaalta huoltajien hyvinvointia estävien tekijöiden tunnistaminen hoitoa suunniteltaessa on tärkeää, sillä huoltajien psyykkisen kuormittuneisuuden on havaittu heikentävän heidän hoitoon sitoutumistaan ja hoidon tulokellisuutta (Menting ym. 2013; Hinshaw ym. 2015). Perheet voivat hyötyä erityisesti haastavissa tilanteissa yksilöllistetyistä tuesta, jossa yhdistyvät vanhempainohjaus ja huoltajien tarpeet huomioiva yksilö- ja perheterapeuttinen työskentely (Chronis ym. 2007; Weisz & Kazdin 2010; Battagliese ym. 2015; Bearss ym. 2015; Bjørnebekk ym. 2015; Lindhiem ym. 2016; Ng & Weisz 2016). Tämä havainto on tehty myös ADHD:n psykososiaalisen hoidon suosituksiin merkittävästi vaikuttaneessa pohjoisamerikkalaisessa MTA-seurantatutkimuksessa (Multimodal Treatment of ADHD Study; ks. Hinshaw ym. 2015). Kotimainen ADHD:n hoitosuositus korostaakin monimuotoisen tuen tärkeyttä lapsen ADHD:n hoidossa (ADHD: Käypä hoito -suositus 2017).

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjattujen lasten huoltajien kokemia, vanhempana toimimiseen liittyviä huolenaiheita ja psyykkistä kuormittuneisuutta lasten kuntoutuksen alkaessa. Lähtökohtana on, että lapsen ja huoltajan keskinäiseen vuorovaikutukseen yhteydessä olevat haasteet ovat perhelähtöiseen hoitoon hakeutumisen ja ohjautumisen taustalla (Theule ym. 2013; Karjalainen ym. 2016). Tutkimuksella etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Kuinka yleisiä vanhemmuuteen liittyvät huolet ovat monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjattujen lasten huoltajilla?
- 2) Kuinka yleistä on huoltajien mielialaoireilu?
- 3) Mitkä lapsi-, huoltaja- ja perhekohtaiset

tekijät selittävät vanhemmuuteen liittyvien huoltien vaihtelua?

- 4) Kuinka voimakasta on vanhemmuuteen liittyvien huoltien yhteys huoltajien psyykkiseen kuormittuneisuuteen?

Oletamme, että omasta vanhemmuudesta koettu huoli on voimakkaampaa kliinisessä tutkimusaineistossamme kuin yleisväestölle suunnatuissa perhetutkimuksissa. Merkittävän huolestuneisuuden esiintyvyys (esimerkiksi syyllisyyden ja riittämättömyyden tunne vanhempana sekä maltin menettäminen risti-riitatilanteissa lapsen kanssa) on lapsiperhekselyissä ollut noin 3–7 prosenttia (Perälä ym. 2011; Halme & Perälä 2014). Saman perheen huoltajien keskinäisten erojen ei oleteta muodostuvan suuriksi. Sen sijaan lapsen uhmakkuus- ja käytösoireiden oletetaan olevan yhteydessä huoltajien voimakkaampaan huoleen vanhemmuudestaan (Johnston & Mash 2001; Deault 2010). Merkittävän vanhemmuuteen liittyvän huolen oletetaan lisäksi heikentävän huoltajien kokemaa hyvinvointia laajemmin (Barlow ym. 2012; Theule ym. 2013).

## Aineisto ja menetelmät

### Tutkimusongelma

Kelassa on käynnissä vuosina 2010–2018 monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämistyö. Perhekuntoutuksen ohjatuilla (5–12-vuotiailla) lapsilla on diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö ja mahdollisesti samanaikaisia tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä. Lapsilla tulee olla pitkäkestoisen tuen tarve, ja perheiden tulee olla sitoutuneita kuntoutukseen. Poissulkukriteerejä ovat akuuttia sairaalahoitoa vaativa lapsen psyykinen oireilu, huoltajan vakava päihdeongelma tai lastensuojelun toimenpiteet (lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle).

### Hoito-ohjelmien kuvaus

Perhekuntoutuksen kesto on 12 kuukautta (LAKU) tai 18 kuukautta (Etä-LAKU). LAKU-hoito-ohjelmassa lapsia ja perheitä voidaan

tavata palveluntuottajan toimipisteessä tai kotona. Etä-LAKU-hoito-ohjelmaa tarjotaan haja-asutusalueilla asuville lapsille ja perheille, ja työntekijät jalkautuvat poikkeuksetta perheiden kotiin. Hoito-ohjelmat sisältävät perhetapaamisia ja vanhempainohjausta (14–18 tapaamiskertaa), lapsen yksilötapaamisia (9–13 tapaamiskertaa) ja lähettävän tahon sekä päiväkodin tai koulun kanssa tehtävää yhteistyötä (7 tapaamiskertaa). Erilliset perheviikonloput (korkeintaan kaksi viikonloppua) hoito-ohjelman aikana mahdollistavat vertaistukeen ja toiminnallisiin elementteihin perustuvan työskentelyn. Lisäksi LAKU-ohjelma sisältää mahdollisuuden erilliseen psykoedukatiiviseen vanhempainryhmään (10 tapaamista), mutta tämä puuttuu etämallista. Kuntoutusta voidaan jatkaa lisäkäynneillä (10–15 tapaamista), jolloin kokonaiskesto on noin 24 kuukautta. Toteutus on kansallisen hoitosuosituksen mukaisesti monimuotoista (ADHD: Käypä hoito -suositus 2017). Toimintasisällöissä on havaittavissa tiettyä samankaltaisuutta kansainvälisiin hoitomalleihin verrattuna, mutta LAKU- ja Etä-LAKU-hoito-ohjelmien muutosteoriaa ja sisältöä ei ole määritelty yhtä täsmällisesti kuin empiirisesti tuetuissa hoitomalleissa (Weisz ja Kazdin 2010; Battagliese ym. 2015; Hinshaw ym. 2015). Intervention kuvaus on esitetty myös Kelan kehittämistoiminnan verkkosivuille ladatussa hankesuunnitelmassa (<http://www.kela.fi/neuropsykiatrinenkuntoutus>).

### Tutkimusasetelma ja aineisto

Kyseessä on praktinen havaintotutkimus, joka käynnistettiin vuoden 2013 syksyllä. Kahteen aktiiviseen perhekuntoutuksen hoito-ohjelmaan osallistuneista perheistä kerättiin harkinnanvaraiset näytteet (March ym. 2005). Tutkimuksen toteutus on kuvattu tarkemmin protokolla-artikkelissa (Vuori ym. 2015). Tämän artikkelin tutkimusaineiston muodostavat hoito-ohjelmiin ohjattujen lasten huoltajille suunnatut aloituskyselyt. Hoito-ohjelmiin ohjattiin tutkimukseen rekrytoinnin aikana yhteensä 232 perhettä, joista 30 kieltäytyi tutkimuksesta (kuvio 1). Neljä perhettä

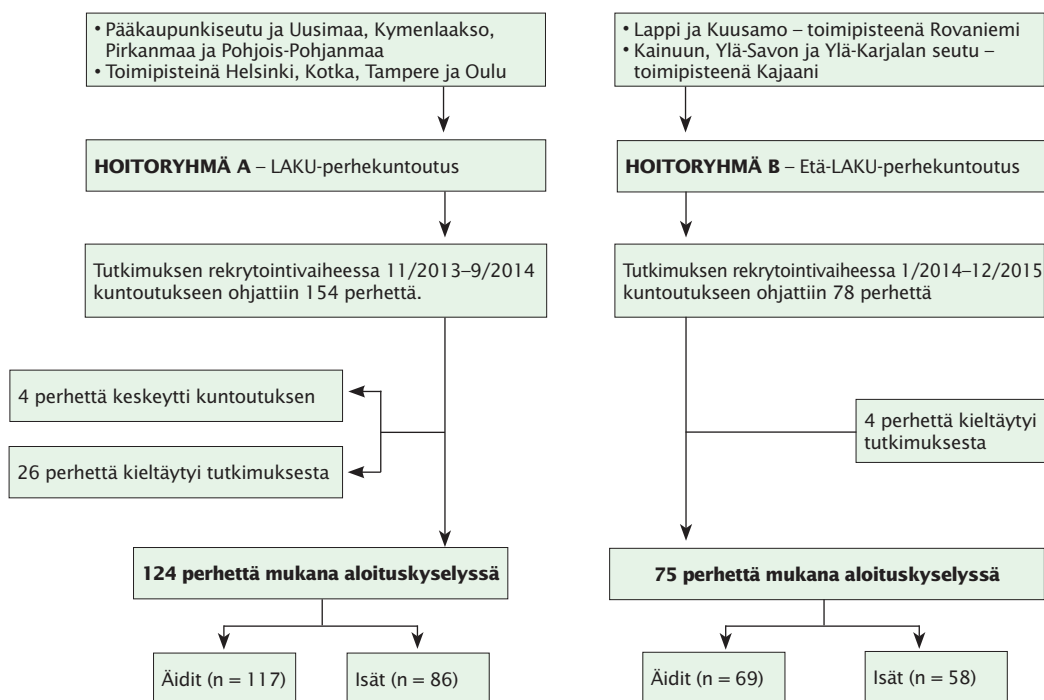
keskeytti kuntoutuksen jo alkuvaiheessa. Loput puuttuvat havainnot selittyvät yksittäisillä kieltäytymisillä ja etenkin perhemuotojen eroilla. Tutkimusaineistossamme on mukana 186 äitiä ja 144 isää yhteensä 198 perheestä.

Tutkimusaineiston lasten keski-ikä oli 8,9 vuotta (kh = 1,9). Tutkimukseen osallistuneista lapsista 15 prosenttia oli tyttöjä (n = 29) ja 85 prosenttia poikia (n = 169). Tyttöjen ja poikien keski-ikä ei eronnut toisistaan. Lasten diagnoosit perustuvat ICD-10-luokitukseen. Suurimman ryhmän muodostivat lapset, joilla oli diagnosoitu ADHD (54 %, n = 106). Toiseksi suurimman ryhmän (19 %, n = 37) muodostivat lapset, joilla oli diagnosoitu ADHD:n lisäksi uhmakkuus- tai käytöshäiriö tai hyperkineettinen käytöshäiriö. Noin joka kuudennella aineistomme lapsella (16 %, n = 31) oli diagnosoitu laaja-alainen kehityshäiriö. Aineiston pienestä koosta johtuen ryhmään muut häiriöt luokiteltiin kuuluvaksi ne lapset (11 %, n = 23), joilla oli päädiagnoosina esimerkiksi monimuotoinen kehityshäiriö, lapsuudessa tai nuoruudessa alkava sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö tai nykimishäiriö. Kahteen eri hoito-ohjelmaan ohjattujen lasten ikä- ja sukupuolijakaumat ja diagnoosiryhmien vaihtelu eivät eronnut toisistaan aineistossamme. Tutkimukseen osallistuneiden äitien keski-ikä (38,5 vuotta, kh = 6,0) oli tilastollisesti merkitsevästi (p = 0,001) alhaisempi kuin isien keski-ikä (40,7 vuotta, kh = 6,7).

### Vanhemmuuteen liittyviä huolia mittaavat osiot

*Vanhemmuuteen liittyviä huolenaiheita* mitattiin viiden osion avulla Terveystieteen ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Tilastokeskuksen toteuttamia lapsiperhekselyjä hyödyntäen (Perälä ym. 2011; Halme & Perälä 2014). Tutkittavilta tiedusteltiin nelipohtaisilla asennevääntämällä, missä määrin seuraavat vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet ”kuvaavat heidän viimeaikaisia kokemuksiaan”: (a) oma jaksaminen; (b) johdonmukainen rajojen asettaminen lapselle; (c) maltin menettäminen ristiriitatilanteissa lapsen kanssa; (d) jatkuva syyllisyyden ja riittämättömyyden tunne van-





Kuvio 1. Tutkimusaineiston (N = 198 perhettä) muodostuminen.

Huom. Äiti ja isä tarkoittavat tässä tutkimuksessa lapsen biologista vanhempaa tai äiti-/isäpuolta.

hempana, ja (e) yksinäisyys ja vastuun kantaminen yksin vanhempana, (1 = ”en ole ollut lainkaan huolissani”, 2 = ”olen ollut vähän huolissani”, 3 = ”olen ollut melko paljon huolissani”, 4 = ”olen ollut erittäin huolissani”). Huoli on inhimilliseen elämään kuuluva ilmiö, mutta intensiteetiltään voimakkaamman huolen (arvot 3–4) katsotaan kertovan merkittävästä vanhemmuuteen liittyvästä huolesta (Theule ym. 2013; Gladstone & Parker 2003).

**Huoltajien psyykkistä hyvinvointia mittaavat osiot**

*Huoltajien psyykkistä kuormittuneisuutta* kartoitettiin viisi osiota sisältävällä Mental Health Inventory:lla (MHI-5). MHI-5 on standardoitujen elämänlaatukyselyjen pohjalta kehitetty aikuisten psyykkistä hyvinvointia ja mielialaa kartoittava geneerinen mittari. (Kelly ym. 2008.) MHI-5 ei siis ole oirespesifi mutta soveltuu aikaisempien tutkimusten perusteella erityisesti mielialaoireiden kartoittamiseen

(Vester Thorsen ym. 2013). Osioiden yhteenlaskettu summapistemäärä muutettiin ohjeiden mukaisesti asteikolle 0–100. Matalammat arvot viittaavat psyykkiseen kuormittuneisuuteen (Kelly ym. 2008). MHI-5:n luokittelukykyä tarkastelevat tutkimukset ovat tuottaneet erilaisia raja-arvoja, joten MHI-5:n käyttö tutkimuksessa vaihtelee (Kelly ym. 2008; Vester Thorsen ym. 2013). THL:n Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) kliinisesti merkittävän psyykkisen kuormittuneisuuden raja-arvo on 52 pistettä. Tämä on todennäköisesti yleisimmin käytetty katkaisukohta (Vester Thorsen ym. 2013; Murto ym. 2017). Toisaalta kansainvälisissä tutkimuksissa on hyödynnetty myös useampia katkaisukohtia. Esimerkiksi 60 ja 68 pisteen raja-arvot tavoittavat aikaisempien tutkimusten perusteella myös lievän mielialaoireilun (Yamazaki ym. 2005; Vester Thorsen ym. 2013). Tästä syystä tutkimusaineistomme kuvauksessa hyödynnetään kolmea katkaisukohtaa:  $\leq 52$ ,  $\leq 60$  ja  $\leq 68$ . Mittarin reliabiliteetti oli tutki-

musaineistossamme korkea (Cronbachin  $\alpha = 0,86$ ). Osiot korreloivat voimakkaasti mittarin kokonaispistemäärän kanssa [0,60–0,76].

*Koettua elämänlaatua* mitattiin WHO8-EUROHIS-mittarin yleiskysymyksen avulla: "Millaiseksi arvioit elämänlaatusi?" Vastausvaihtoehtoja oli yhteensä viisi (1 = "erittäin huono", 2 = "huono", 3 = "kohtalainen", 4 = "hyvä", 5 = "erittäin hyvä"). *Yksinäisyyden* indikaattori perustuu yleiskysymykseen: "Tunnetko itsesi yksinäiseksi?" Vastausvaihtoehtoja oli yhteensä viisi (1 = "en koskaan", 2 = "hyvin harvoin", 3 = "joskus", 4 = "melko usein", 5 = "erittäin usein"). Edellä luetellut osiot ovat mukana myös Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Murto ym. 2017). *Subjektiiivista ahdistuneisuutta* mitattiin Raimo Raitasalon Suomen oloihin kehittämään depressiokyselyyn sisältyvällä yksittäisellä osiolla. Subjektiiivista ahdistuneisuutta mitattiin väittämällä: "Oletko mielestäsi yleensä ahdistunut tai jännittynyt?" Muuttuja perustuu viisiportaiseen asteikkoon. Ahdistuneisuutta kuvaava dikotominen muuttuja muodostettiin ohjeistuksen mukaisesti: 0 = ei ahdistunut ("Pidän itseäni melko hyvähermoisena enkä ahdistu kovinkaan helposti", "En tunne itseäni ahdistuneeksi tai huonohermoiseksi"), 1 = ahdistunut ("Ahdistun tai jännityn melko helposti", "Tulen erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi", "Tunnen itseni jatkuvasti ahdistuneeksi ja tuskaiseksi, kuin hermoni olisivat loppuun kuluneet"; ks. Raitasalo 2007).

### Kontrollimuuttajat

Vanhemmuden huolten vaihtelua selittäviä lapsikohtaisia kontrollimuuttajia tutkimuksessa olivat lapsen ikä, sukupuoli ja ICD-10-tautiluokituksen diagnoosien pohjalta muodostetut neljä diagnoosiryhmää. Muita lapsikohtaisia kontrollimuuttajia olivat huoltajan ilmoittama lapsen oireiden ilmaantumisikä ja mahdollinen lääkehoito. Hoitohistorian osalta huomioitiin huoltajan ilmoittamat erikoissairaanhoidon osastohoitojaksot ja lastensuojelun perhetyö. Huoltaja- ja perhekoh- taisia kontrollimuuttajia olivat huoltajan ikä

ja perhemuoto (ydinperhe, uusperhe ja yksinhuoltaja). Interventiotason kontrollimuuttajana on käytetty hoito-ohjelman tyyppiä (LAKU versus Etä-LAKU).

### Aineiston analysointi

Analyysit suoritettiin käyttäen SPSS-tilasto-ohjelman versiota 23. Kolme henkilöä ei ollut vastannut vanhemmuuteen liittyviä huolia mittaaviin osioihin, joten nämä havaintoyksiköt jätettiin pois lopullisista analyyseista. Puuttuvia arvoja ei imputoitu. Analyysimenetelminä käytettiin Pearsonin riippumattomuustestiä ( $\chi^2$ ) ja hierarkkista lineaarista regressioanalyysia (HLM). HLM on regressioanalyysin laajennus, jossa huomioidaan se, että yksittäiset havainnot – tässä tapauksessa huoltajat samasta perheestä – muodostavat klustereita ja hierarkkisen aineistorakenteen. Havaintoyksiköiden riippumattomuusoletus ryhmien sisällä ei täyty, mikä tulee huomioida mallinnuksessa. (Garson 2013.) Havaintoyksiköiden samankaltaisuutta ryhmän sisällä tarkasteltiin sisäkorrelaation (Intraclass correlation = ICC) avulla, joka vaihtelee välillä 0–1. Tämän tutkimuksen kontekstissa ICC on tulkittavissa siten, että kun sisäkorrelaatio on 1, samojen perheiden äidit ja isät ovat arvioineet itsensä täysin samankaltaisiksi vanhemmuuteen liittyvän huolestuneisuuden osalta. Vanhemmuuteen liittyvien huolten vaihtelu selittyy tässä tapauksessa ryhmien (perheiden) välisillä eroilla. Mikäli sisäkorrelaatiota ei havaita lainkaan (ICC = 0), samojen perheiden äitien ja isien arvioiden välillä ei havaita keskinäistä lineaarista riippuvuutta. Kyseessä on tällöin yksilötason ilmiö. (Ellonen 2008; Garson 2013.) Tämän lisäksi tutkimuksessa analysoitiin vanhemmuuteen liittyvien huolten yhteyttä huoltajien psyykkiseen hyvinvointiin korrelaatiotarkastelujen ( $r$  = Pearsonin tulomomenttikorrelaatio) avulla. Korrelaatiotarkastelut tehtiin äideille ja isille erikseen.

### Eettiset huomiot

Tutkimuksella on Kelan tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkimus on re-



Taulukko 1. Tutkimusaineiston huoltajien kokemat vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet.

	"En ole ollut lainkaan huolissani"	"Olen ollut vähän huolissani"	"Olen ollut melko paljon huolissani"	"Olen ollut erittäin huolissani"	$\chi^2$ (df) (p-arvo)
	<b>% (n)</b>				
<b>Oma jaksaminen</b>					
Huoltajat yhteensä, n = 326	21,2 % (69)	48,2 % (157)	23,9 % (78)	6,7 % (22)	
Äidit, n = 185	12,4 % (23)	49,7 % (92)	27,6 % (51)	10,3 % (19)	$\chi^2 = 25,86_{(3)}$ (p<0.0001)
Isät, n = 141	32,7 % (46)	46,1 % (65)	19,1 % (27)	2,1 % (3)	
<b>Rajojen asettaminen</b>					
Huoltajat yhteensä, n = 326	34,7 % (113)	46,9 % (153)	16,9 % (55)	1,5 % (5)	
Äidit, n = 185	30,8 % (57)	46,5 % (86)	21,1 % (39)	1,6 % (3)	$\chi^2 = 6,14_{(3)}$ (p = 0,0464)
Isät, n = 141	39,7 % (56)	47,5 % (67)	11,3 % (16)	1,4 % (2)	
<b>Maltin menettäminen</b>					
Huoltajat yhteensä, n = 326	26,1 % (85)	48,5 % (158)	19,0 % (62)	6,4 % (21)	
Äidit, n = 185	21,1 % (39)	49,2 % (91)	20,5 % (38)	9,2 % (17)	$\chi^2 = 9,6_{(3)}$ (p = 0,0216)
Isät, n = 141	32,5 % (46)	47,5 % (67)	17,0 % (24)	2,8 % (4)	
<b>Syällisyyden tunne</b>					
Huoltajat yhteensä, n = 326	14,4 % (47)	44,5 % (145)	27,6 % (90)	13,5 % (44)	
Äidit, n = 185	9,2 % (17)	37,2 % (69)	34,1 % (63)	19,5 % (36)	$\chi^2 = 30,77_{(3)}$ (p<0.0001)
Isät, n = 141	21,3 % (30)	53,9 % (76)	19,1 % (27)	5,7 % (8)	
<b>Yksinäisyys huoltajana</b>					
Huoltajat yhteensä, n = 326	51,2 % (167)	29,8 % (97)	14,1 % (46)	4,9 % (16)	
Äidit, n = 185	36,2 % (67)	36,2 % (67)	20,0 % (37)	7,6 % (14)	$\chi^2 = 41,50_{(3)}$ (p<0.0001)
Isät, n = 141	70,9 % (100)	21,3 % (30)	6,4 % (9)	1,4 % (2)	

Äitien ja isien jakaumavertailut on toteutettu Pearsonin  $\chi^2$ -yhteensopivuustestillä (df = vapausasteet). Huom. <sup>a</sup> "melko paljon" ja "erittäin paljon" huolestuneiden ryhmät yhdistetty toisiinsa Pearsonin  $\chi^2$ -yhteensopivuustestin laskemista varten.

kisteröity yleisesti hyväksytyyn tietokantaan (ClinicalTrials.gov # NCT02250339).

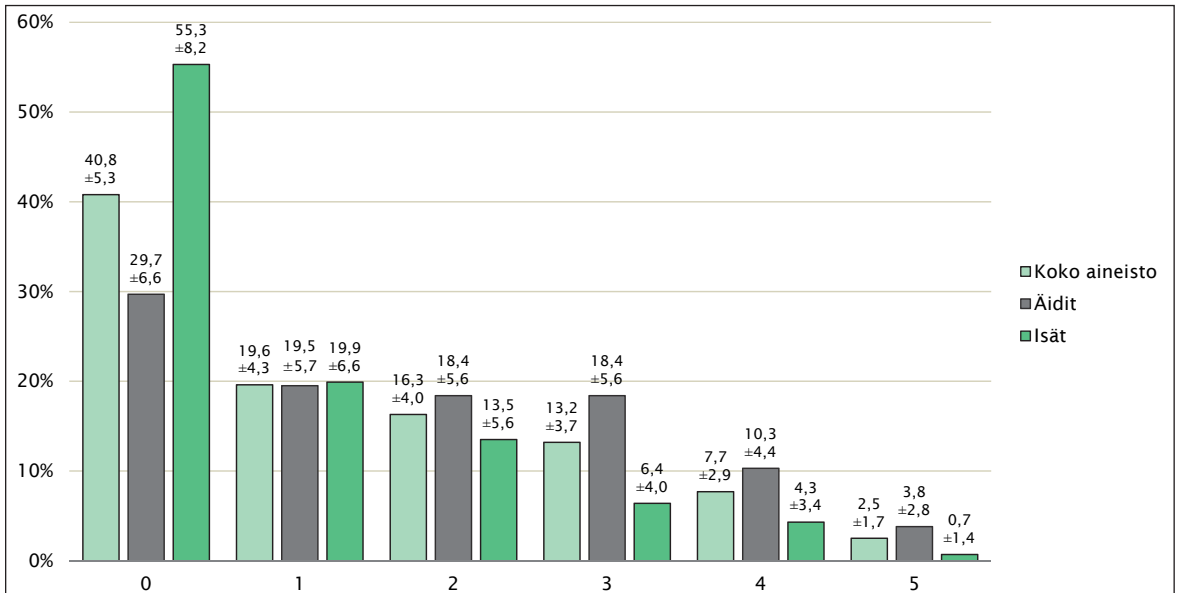
## Tulokset

### Vanhemmuuteen liittyvät huolet

Vanhemmuuteen liittyvien huoltien jakaumissa ei havaittu eroja hoito-ohjelmien (LAKU ja Etä-LAKU) välillä, joten tulokset on esitetty koko tutkimusaineistolle ja äideille sekä isille erikseen (taulukko 1). Tulosten mukaan valtaosa tutkimusaineiston äideistä ja isistä ilmaisi vanhemmuuteen liittyviä huolenaiheita, mutta huolet olivat pääsääntöisesti korkeintaan lieviä ("olen ollut vähän huolissani"). Noin puolet tutkimusaineiston äideistä ja neljäsosa isistä ilmaisi vähintään melko paljon syällisyyden ja riittämättömyyden tunteeseen liittyvää huolta. Toiseksi yleisintä äideillä (38 %)

ja isillä (21 %) oli huoli omasta jaksamisesta neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempana. Vajaa kolmasosa aineistomme äideistä (30 %) ja noin joka viides isistä (20 %) oli vähintäänkin melko paljon huolissaan lapsen kanssa esiintyvien ristiriitatilanteiden yhteydessä esiintyvistä oman maltin menettämisestä. Huoltajien keskinäisiä eroja tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla.  $\chi^2$ -riippumattomuustestin tulokset on esitetty taulukon 1 viimeisessä sarakkeessa. Tulokset osoittivat, että äitien ja isien huoltien jakaumat poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan.

Seuraavaksi tarkastelimme vanhemmuuteen liittyvien huoltien kumuloitumista (kuviot 2). Edellä esitettyjen yksittäisten osioiden "ei lainkaan" ja "vähän" huolestuneiden osuudet saivat arvon 0. Merkittävää huolta ilmaisseet vastaajat ("melko paljon" ja "erittäin paljon" huolestuneet) saivat arvon 1. Vanhemmuuteen



Kuvio 2. Vanhemmuuteen liittyvän merkittävän huolen kumuloituminen (prosenttiosuudet).

Merkittävä huoli koostuu "melko paljon" ja "erittäin paljon" huolestuneiden vastaajien kumulatiivisesta jakaumasta (vaihteluväli 0–5). Kuviossa on esitetty myös prosenttiosuuksille lasketut 95 %:n luottamusvälit.

liittyvän merkittävän huolen kumuloituminen vaihteli täten välillä 0–5. Tulosten mukaan vajaalla kolmasosalla tutkimukseen osallistuneista äideistä (30 %) ja enemmistöllä isistä (55 %) ei esiintynyt merkittävää vanhemmuuteen liittyvää huolta. Toisaalta noin viidesosalla äideistä ja isistä korostui yksi merkittävä vanhemmuuteen liittyvä huolenaihe. Reilulla neljäsosalla äideistä ja viidesosalla isistä puolestaan esiintyi 2–3 samanaikaista vanhemmuuteen liittyvää merkittävää huolta. Huolten voimakas kumuloituminen (4–5 huolta) oli vähäisempää. On kuitenkin huomionarvoista, että 14 prosenttia tutkimusaineiston äideistä ja 5 prosenttia isistä ilmaisi laaja-alaisesti merkittävää vanhemmuuteen liittyvää huolta.

#### Huoltajien psyykinen hyvinvointi

Huoltajien psyykkisen hyvinvoinnin jakaumissa ei havaittu eroja hoito-ohjelmien välillä, joten tulokset esitetään jälleen koko tutkimusaineistolle ja huoltajien mukaan eriteltyinä. Tutkimushavainnot antoivat viitteitä

siitä, että noin 17 prosentilla äideistä ja 11 prosentilla isistä saattaa olla kliinisesti merkittävää mielialaoireilua (MHI-5,  $\leq 52$  pistettä) (taulukko 2). Käytettäessä 52 pisteen raja-arvoa äitien ja isien psyykkisen kuormittuneisuuden jakaumat eivät poikenneet toisistaan ( $\chi^2_{(1)} = 2,29$ ,  $p = 0,15$ ). Sen sijaan tarkasteltaessa huoltajien psyykkistä kuormittuneisuutta 60 ja 68 pisteen raja-arvoja hyödyntäen havaittiin, että äitien kokema lievä psyykinen kuormittuneisuus oli yleisempää kuin isien kokema psyykinen kuormittuneisuus. 60 pisteen raja-arvon perusteella huoltajien jakaumat poikkesivat toisistaan melkein merkitsevästi ( $\chi^2_{(1)} = 6,49$ ,  $p = 0,012$ ). 68 pisteen raja-arvoa käytettäessä äitien ja isien psyykkisen kuormittuneisuuden jakaumat poikkesivat toisistaan erittäin merkitsevästi ( $\chi^2_{(1)} = 11,65$ ,  $p = 0,0006$ ).

Enemmistö tutkimusaineiston äideistä (57 %,  $n = 105$ ) ja isistä (66 %,  $n = 92$ ) arvioi elämänlaatunsa vähintään hyväksi. Ainoastaan 6 prosenttia äideistä ( $n = 11$ ) ja 5 prosenttia isistä ( $n = 7$ ) arvioi elämänlaatunsa huonoksi tai erittäin huonoksi. Huoltajien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Sen

Taulukko 2. Huoltajien psyykinen kuormittuneisuus Mental Health Inventoryn (MHI-5) perusteella.

	MHI-5 (52)		MHI-5 (60)		MHI-5 (68)	
	% (n) [95 % LV]	$\chi^2$ (df) (p-arvo)	% (n) [95 % LV]	$\chi^2$ (df) (p-arvo)	% (n) [95 % LV]	$\chi^2$ (df) (p-arvo)
<b>Huoltajat yhteensä</b> (n = 320)	14,4 % (46) [± 3,9 %]		27,8 % (89) [± 4,9 %]		40,0 % (128) [± 5,4 %]	
<b>Äidit</b> (n = 183)	16,9 % (31) [± 5,4 %]	$\chi^2 = 2,29_{(1)}$ (p = 0,15)	33,3 % (61) [± 6,8 %]	$\chi^2 = 6,49_{(1)}$ (p = 0,012)	48,1 % (88) [± 7,2 %]	$\chi^2 = 11,65_{(1)}$ (p = 0,0006)
<b>Isät</b> (n = 137)	10,9 % (15) [± 5,2 %]		20,4 % (28) [± 6,8 %]		29,2 % (40) [± 7,6 %]	

Taulukossa on esitetty psyykkisesti kuormittuneiden huoltajien prosenttiosuudet, havaintomäärät ja prosenttiosuuksille lasketut luottamusvälit.

Psyykkisesti kuormittuneiden huoltajien osuudet on laskettu kolmea eri katkaisukohtaa hyödyntäen: ≤ 52 pistettä, ≤ 60 pistettä ja ≤ 68 pistettä.

Äitien ja isien jakaumavertailut on toteutettu Pearsonin  $\chi^2$ -yhteensopivuustestillä (df = vapausasteet). Puuttuvat havainnot: äidit (n = 3), isät (n = 7).

sijaan huoltajien kokeman yksinäisyyden jakaumat poikkesivat toisistaan ( $\chi^2_{(1)} = 15,79$ ,  $p = 0,001$ ). Äideistä 31 prosenttia (n = 57) ilmoitti tuntevansa joskus yksinäisyyttä, ja 13 prosenttia (n = 24) ilmoitti tuntevansa vähintään melko usein yksinäisyyttä. Isien osalta vastaavat osuudet olivat 21 prosenttia (n = 30) ja 4 prosenttia (n = 6). Äitien ilmoittama subjektiivinen ahdistuneisuus oli melko yleistä, sillä 42 prosenttia (n = 77) ilmoitti ahdistuvansa yleensä vähintään melko helposti. Isien osalta subjektiivista ahdistuneisuutta ilmaisi 14 prosenttia (n = 19) vastanneista. Huoltajien subjektiivista ahdistuneisuutta kuvaavat jakaumat poikkesivat toisistaan tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $\chi^2_{(1)} = 31,25$ ,  $p < 0,001$ ).

#### Kontrollimuuttujien yhteys vanhemmuuteen liittyviin huoliin

Seuraavaksi muodostimme taulukossa 1 esitetyistä huoli-osioista summamuuttujan, jonka kokonaispistemäärä (min. = 5 pistettä; max. = 20 pistettä) vaihteli tutkimusaineistossamme välillä 5–19 ( $M = 10,20$ ; 95 % LV = 9,87–10,53). Summamuuttujan reliabiliteetti oli kohtalaisen korkea (Cronbachin  $\alpha = 0,77$ ). Yksittäiset huolta mittaavat osiot korreloivat hyvin summamuuttujan kokonaispistemäärän

kanssa [ $r = 0,39$ – $0,63$ ]. Jakauman visuaalisten tarkastelujen ja vinous- ja huipukkuuskerrotoimien perusteella normaalijakaumaoletukset olivat voimassa.

Hierarkkinen lineaarinen regressiomallinnus aloitettiin niin sanotun nollamallin avulla (mukana analyysissä ainoastaan vakiotermit ja virhetermit), jossa tarkasteltiin vanhemmuuteen liittyvien huolten varianssin jakautumista yksilö- ja ryhmätasolle. Nollamallin perusteella ryhmätason (perhe) varianssin samankaltaisuus oli aineistossamme heikkoa (sisäkorrelaatio [ICC] = 0,09): havainnon mukaan perheiden väliset erot selittivät melko vähän (9 %) vanhemmuuteen liittyvien huolten kokonaisvaihtelusta. Seuraavaksi lisäsimme malliin kiinteäksi selittäväksi tekijäksi sen, oliko vastaajana lapsen äiti vai isä. Tulosten mukaan äidit ( $M = 11,1$ ; 95 % LV = 10,7–11,5) ilmaisivat 1,6–2,7 pistettä enemmän vanhemmuuteen liittyviä huolia kuin isät ( $M = 9,0$ ; 95 % LV = 8,5–9,4). Keskiarvojen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $t = 7,9$ ,  $p < 0,001$ ). Huoltajien välisten erojen huomiointi kasvatettiin merkittävästi myös sisäkorrelaatiota aineistossamme (ICC = 0,31). Toisin sanoen äitien ja isien keskinäisten erojen kontrolloinnin myötä vanhemmuuteen liittyvät huolet näyttäytyivät aineistossamme voimakkaammin ryhmä-

tason ilmiönä. Huoltajien keskinäisten erojen kontrolloinnin jälkeen perheiden väliset erot selittivät jo 31 prosenttia vanhemmuuteen liittyvien huolten kokonaisvaihtelusta. Päävaikutusanalyysien perusteella lapsikohtaiset kontrollimuuttujat, kuten lapsen sukupuoli, ICD-10-diagnoosiryhmä ja hoitohistoria, eivät sen sijaan olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vanhemmuuteen liittyvien huolten vaihteluun. Analyysit tehtiin myös äitien ja isien aineistoille erikseen, mutta tilastollisesti merkitseviä päävaikutuksia ei havaittu.

### Vanhemmuuteen liittyvien huolten yhteys huoltajien psyykkiseen hyvinvointiin

Lopuksi tarkastelimme vanhemmuuteen liittyvien huolten ja huoltajien psyykkistä hyvinvointia kuvaavien muuttujien lineaarista riippuvuutta (taulukko 3). Muuttujien keskinäiset korrelaatiot olivat tutkimusaineistomme äideillä ja isillä hyvin samankaltaisia. Voimakkaampi huoli vanhemmuudesta korreloi kohdittaisesti äitien [ $r = -0,59$ ] ja isien [ $r = -0,53$ ] ilmoittaman psyykkisen kuormittuneisuuden kanssa. Lisäksi kohonnut huoli vanhemmuudesta oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä äitien [ $r = 0,50$ ] ja isien [ $r = 0,36$ ] heikompaan koettuun elämänlaatuun, voimakkaampaan yksinäisyyden tunteeseen [ $r = 0,33$  ja  $0,27$ ] ja koettuun subjektiiviseen ahdistuneisuuteen [ $r = 0,38$  ja  $0,40$ ].

### Pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin neuropsykiatrisesti oireilevien (5–12 vuotiaiden) lasten huoltajien psyykkistä hyvinvointia. Tutkimusaineisto koostui Kelassa kehitteillä oleviin perhelähtöisiin hoito-ohjelmiin ohjattujen lasten huoltajien itsearvioista. Enemmistölle hoitoon ohjatuista lapsista (75 %) oli asetettu ADHD-diagnosi. Lasten huoltajat toivat hoidon alkaessa esille erilaisia neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempana toimimiseen liittyviä haasteita. Vanhemmuuteen liittyvien huolten vaihtelu oli aineistossamme kuitenkin melko suurta. Osalla vastaajista huoli omasta vanhemmuudesta oli korkeintaan lievää.

Voimakkaampi huoli oli yhteydessä äitien ja isien mielialaoireiluun, heikompaan elämänlaatuun, yksinäisyyteen ja ahdistuneisuuteen.

Tutkimuksemme mukaan huoltajat ilmaisivat etenkin syyllisyyden tunnetta (yleisyys 40 %) ja huolta omasta jaksamisestaan (yleisyys 30 %). Yleisväestölle suunnatuissa lapsiperhekyselyissä tämän tyyppisten huolten yleisyys on ollut noin 5–7 prosenttia (Perälä ym. 2011; Halme & Perälä 2014). Tutkimuksemme vahvistaa näkemystä, että merkittäviä vanhemmuuteen ja kasvatukseen liittyviä haasteita esiintyy etenkin psyykkisesti ja neuropsykiatrisesti oireilevien lasten huoltajilla (Karst & Van Hecke 2012). Tulosten perusteella vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet – kuten myös mielialaoireilu, yksinäisyys ja ahdistuneisuus – olivat johdonmukaisesti voimakkaampia äideillä kuin isillä. Tämä on havaittu myös kansainvälisissä meta-analyysissä ja systemoiduissa katsauksissa, vaikkakin huoltajien keskinäiset erot eivät ole tulleet yksittäisissä tutkimuksissa aina yhtä selkeinä esiin (Theule ym. 2013). Toisaalta tuloksemme ja aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että voimakkaampi vanhemmuuden stressi on yhteydessä äitien ja isien psyykkiseen kuormittuneisuuteen, kuten mielialaoireiluun ja ahdistuneisuuteen (Barlow ym. 2012).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että lapsen tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat eli uhmakkuus- ja käytösoireet lisäävät usein huoltajien psyykkistä kuormittuneisuutta, mikä saattaa heijastua kielteisesti lapsen ja huoltajan keskinäiseen vuorovaikutukseen (Deault 2010; Kanne & Mazurek 2011). Tässä tutkimuksessa lasten ICD-10-tautiluokituksen mukaisten diagnoosien ei kuitenkaan havaittu olevan yhteydessä vanhemmuuteen liittyvän huolen vaihteluun. Tämä saattaa selittyä osaksi sillä, että lapsen tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteet ovat tyyppillisesti erityistason perheinterventioihin ohjaamisen taustalla (Daley ym. 2014; Sanders ym. 2014; Fabiano ym. 2015). Aiemmassa tutkimuksessa havaitsimmekin, että tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen vaikeudet olivat melko yleisiä tutkimusaineistomme lapsilla (Vuori ym. 2017). Kansainvälisten katsausartikkelien pe-

Taulukko 3. Vanhemmuuteen liittyvien huoltien yhteys huoltajien psyykkiseen hyvinvointiin.

	HU	MHI-5	QoL	YKS	AHD
<b>Huolisumma (HU)</b>	—	-,59**	,50**	,33**	,38**
<b>MHI-5 0–100 (MHI-5)</b>	-,53**	—	-,73**	-,53**	-,52**
<b>QoL</b>	,36**	-,62**	—	,37**	,36**
<b>Yksinäisyys (YKS)</b>	,27**	-,34**	,24**	—	,27**
<b>Ahdistuneisuus (AHD)</b>	,40**	-,47**	,31**	,20*	—

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

Tulkintaohje: Äidit ( $n = 181-183$ ) diagonaalin yläpuolella ja isät ( $n = 137-141$ ) diagonaalin alapuolella.

$r \approx \pm 0,3$  (muuttujien välillä on heikko lineaarinen yhteys);  $r \approx \pm 0,5$  (muuttujien välillä on kohtalainen lineaarinen yhteys);  $r \approx \pm 0,7$  (muuttujien välillä on melko voimakas lineaarinen yhteys).

Huom. Suuremmat arvot merkitsevät voimakkaampaa vanhemmuuteen liittyvää huolta (HU), alhaisempaa psyykkistä kuormittuneisuutta (MHI-5), heikompaa koettua elämänlaatua (Quality of Life = QoL), useammin koettua yksinäisyyttä (YKS) ja voimakkaampaa subjektiivista ahdistuneisuutta (AHD).

rusteella diagnoositarkastelua saattaisi edistää esimerkiksi lapsen oirekuvan haitta-asteen tarkempi määrittely (Theule ym. 2013).

Tutkimushavaintomme ovat ajankohtaisia myös lapsiperhepalvelujen kehittämisen näkökulmasta. Tulokset vahvistavat kotimaisen ADHD:n hoitosuosituksen ydinsanomaa: (a) koko perheen tukeminen on tärkeää neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa, ja (b) lasten ja perheiden tukemisen tulee olla monimuotoista (ADHD: Käypä hoito -suositus 2017). Käytännössä lasten psykososiaalisessa hoidossa yhdistyvät sekä kotiin että kouluun suuntautuvat tukimuodot (Fabiano ym. 2015). Koska neuropsykiatrisesti oireilevilla päiväkotij- ja alakouluikäisillä lapsilla ilmenee usein myös tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmia (Kanne & Mazurek 2011; Faraone ym. 2015), perhelähtöinen psykososiaalinen tuki on tutkimustiedon valossa aiheellista rakentaa kognitiivis-behavioraaliseen terapiaviitekehykseen pohjautuvan vanhempainohjauksen ympärille (Weisz & Kazdin 2010; Menting ym. 2013; Daley ym. 2014; Pfiffner & Haack 2014; Battagliese ym. 2015; Fabiano ym. 2015). Toisaalta huoltajien psyykkisen kuormittuneisuuden vaihtelusta seuraa, että tietyt toteutustavat saatta-

vat soveltua tiettyyn tilanteeseen paremmin kuin toiset. Vanhempainohjaus tapahtuu kansainvälisissä käytännöissä usein ryhmämuotoisesti. Perheiden hyvinvoinnin tukemisessa on kuitenkin tärkeää pohtia myös erillisten lapsi- ja huoltajakohtaisten terapeuttisten elementtien hyödyntämistä, jotta esimerkiksi huoltajan mielialaoireilusta johtuviin yksilöllisiin tuen tarpeisiin pystytään vastaamaan laadukkaammin (Chronis ym. 2007; Barlow ym. 2012; Sanders ym. 2014; Lindhiem ym. 2016; Ng & Weisz 2016). Tämä on myös pohjoisamerikkalaisen MTA-tutkimuksen keskeisiä johtopäätelmiä (Hinshaw ym. 2015).

Psykososiaalisten perheinterventioiden kehitystyötä on tehty ja tehdään eri puolilla Suomea. Valitettavasti kokonaiskuva lapsiperheiden palvelujen järjestämisestä on epäselvä (Karjalainen ym. 2016). Tuoreiden tutkimusten perusteella erilaiset vanhempainohjaukseen perustuvat hoitomenetelmät soveltuvat hyvin myös pohjoismaiseen toimintaympäristöön (Bjørnebeck ym. 2015; Sourander ym. 2016). Tulevissa analyyseissa tarkastellaan tarkemmin sitä, missä määrin monimuotoinen perhekuntoutus vahvistaa huoltajien psyykkistä hyvinvointia kliinisesti rajatussa kohderyhmässä.

Tiedon kerääminen molemmilta huoltajilta on tämän tyyppisessä tutkimusasetelmassa haaste ja johtaa herkästi siihen, että havain-toja jää puuttumaan esimerkiksi perhemuotojen moninaisuuden takia. Toinen merkittävä heikkous tutkimuksessamme on se, että vanhemmuuden stressin mittaaminen ei perustunut kansainvälisesti käytössä oleviin vakiintuneisiin mittareihin. Standardoidut mittarit ovat melko pitkiä ja usein maksullisia (Theule ym. 2013). Tutkimuksessa käyttämämme osiot ovat kuitenkin sisällöltään samankaltaisia kuin standardoitujen mittareiden osiot ja tarkastelevat yhtä vanhemmuuden stressin keskeistä osa-aluetta. Toisaalta vahvuus on se, että osiot ovat vertailukelpoisia kotimaisten lapsiperhekyselyjen kanssa (Perälä ym. 2011; Halme & Perälä 2014). Lisäksi osioista muodostettu summamuuttuja osoittautui reliaabeliksi. Lasten ICD-10-tautiluokituksen mukainen diagnoosiryhmittelymme puolestaan on todennäköisesti liian karkea. Yksittäinen diagnoosi, esimerkiksi ADHD, ei sinänsä kerro oireiden haitta-asteen vaihtelusta diagnoosiryhmän sisällä (Karst & Van Hecke 2012; Faraone ym. 2015). Kansainvälisissä tutkimuskäytännöissä oirekuvien vaihtelua on lisäksi pyritty täsmentämään lasten ADHD:n ja kliinisissä tutkimusaineistoissa ADHD:n yhteydessä yleisesti esiintyvien uhmakuus- ja käytöshäiriöiden alatyypit huomioiden (Frick & Nigg 2012; Faraone ym. 2015). Aineiston pienestä koosta johtuen emme myöskään pystyneet kontrolloimaan tarkemmin keskeisiä interaktiovai- kutuksia (esimerkiksi lapsen sukupuoli x ICD-10-diagnoosi).

Yhteenvetona toteamme, että erityistason perhelähtöisiin hoito-ohjelmiin ohjattujen lasten huoltajien kokemat kasvatushaasteet ja psyykkinen kuormittuneisuus tulee tunnistaa. Kokonaisvaltaisen hoidon sisällön suunnittelussa ja terapeuttien työskentelytapojen valinnassa on tärkeää huomioida voimakkaamman vanhemmuuteen liittyvän huolen laaja-alainen yhteys huoltajien psyykkisen hyvinvoinnin heikentymiseen.

**Tulosten merkitys:** Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten huoltajilla esiintyy erilaisia vanhempana toimimiseen liittyviä huolia. Merkittävä huoli vanhemmuudesta on yhteydessä huoltajien heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin kuten mielialaoireiluun. Perheiden hyvinvoinnin tukemisessa on tärkeää pohtia yksilö- ja perheterapeuttien elementtien hyödyntämistä, jotta esimerkiksi huoltajan mielialaoireilusta johtuviin yksilöllisiin tuen tarpeisiin pystytään vastaamaan asianmukaisesti.

### **Tiivistelmä**

**Lähtökohdat.** Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin äitien ja isien vanhempana toimimiseen liittyviä huolia ja psyykkistä hyvinvointia tilanteessa, jossa lapsella esiintyy kliinisesti merkittävää neuropsykiatrista oireilua ja samanlaisia tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmia.

**Menetelmät.** Tutkimusaineisto kerättiin perhelähtöisen hoito-ohjelman alkaessa. Hoito-ohjelma on tarkoitettu lapsille (5–12-vuotiaat), joille on asetettu neuropsykiatrinen diagnoosi, ja heidän perheenjäsenilleen. Poikkileikkausaineistoon perustuvassa kuvailevassa tutkimuksessa hyödynnettiin lasten huoltajille suunnattua aloitusvaiheen lomakekyselyä, johon vastasi 198 perhettä. Kyselyt toteutettiin varsinaisen hoitoprosessin alkaessa ja niihin vastasi 186 äitiä ja 144 isää.

**Tulokset.** Vanhemmuuteen liittyvien huolenaiheiden esiintyvyys oli yleistä tutkimusaineistossamme. Osalla äideistä (n. 30 %) ja isistä (n. 55 %) huoli vanhemmuudesta oli korkeintaan lievä. Huoltajien esille tuoma merkit-



tävä huoli vanhemmuudesta ei vaihdellut esimerkiksi lapsen ICD-10-tautiluokituksen mukaisten diagnoosiryhmien mukaan. Huoltajien keskinäiset erot muodostuivat tärkeimmäksi tekijäksi aineistossamme. Äidit ilmaisivat enemmän vanhemmuuteen liittyviä huolenaiheita, mielialaoireita, yksinäisyyttä ja ahdistuneisuutta kuin isät. Toisaalta voimakkaampi huoli omasta vanhemmuudesta oli yhteydessä äitien ja isien mielialaoireiluun, heikompaan koettuun elämänlaatuun, yksinäisyyteen ja ahdistuneisuuteen.

**Päätelmät.** Neuropsykiatristen oireiden ja samanaikaisten tunne-elämän ja käyttäytymisen pulmien johdosta hoitoon ohjattujen lasten huoltajien kasvatushaasteet ja psyykinen kuormittuneisuus tulee tunnistaa. Huoli omasta vanhemmuudesta on yhteydessä huoltajien heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin, mikä on tärkeää ottaa huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

*Avainsanat:* aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, Aspergerin oireyhtymä, vanhemmuus, psykologinen stressi, poikkileikkaustutkimus

## **Abstract**

*Parenting related worry and self-expressed psychological wellbeing among parents of children with neuropsychiatric disorders*

**Background.** The present study examines parenting related worry and its association with psychological wellbeing in parents enrolled to family intervention. Multi-systemic intervention program is designed for children (aged 5–12) with neuropsychiatric disorders

and possible comorbid disruptive behavior problems, and their family members.

**Methods.** We utilized pen-and-paper questionnaires in this correlational and cross-sectional study design. Altogether 186 mothers and 144 fathers from 198 families participated in the study.

**Results.** Parenting related concerns were relatively common in our study sample. Yet, for some parents the concerns were at most mild. Surprisingly, parenting related worry was not related to child-related factors (e.g. ICD-10 diagnostic groups). Mothers expressed more parenting stress than fathers. Mothers were also more likely to express depressiveness, loneliness and anxiety when compared to fathers. Importantly, however, increased parenting related worry was associating with depressiveness, decreased quality of life, loneliness and anxiety among mothers and fathers in a similar way.

**Conclusions.** Children's neuropsychiatric disorders and possible comorbid disruptive behavior problems are associating with the increased parenting related concerns and difficulties. The relatively strong association between parenting related worry and decreased parental psychological wellbeing should be acknowledged when providing personalized care for children and their families.

*Keywords:* attention-deficit/hyperactivity disorder, Asperger's syndrome, parenting, psychological stress, cross-sectional study

**Miika Vuori, VTT, sairaanhoitaja AMK, erikoistutkija, Kelan tutkimus, Kansaneläkelaitos**

**Annamari Tuulio-Henriksson, FT, neuropsykologian dosentti, tutkimusprofessori, Kansaneläkelaitos; yliopistonlehtori, psykologian ja logopedian osasto, Helsingin yliopisto**

**Ilona Autti-Rämö, johtava ylilääkäri, tutkimusprofessori, Kansaneläkelaitos**

## Lähteet

- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito-suositus (2017) Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (viitattu 11.9.2017). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Barlow J, Smailagic N, Huband N, ym. (2012) Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev* 6:CD002020.
- Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, ym. (2015) Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: a meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther* 75, 60–71.
- Bearss K, Burrell TL, Stewart LM, Scahill L (2015) Parent training in autism spectrum disorder: What's in a name? *Clin Child Fam Psychol Rev* 18, 2, 170–82.
- Bjørnebekk G, Kjøbli J, Ogden T (2015) Children with conduct problems and co-occurring ADHD: behavioral improvements following parent management training. *Child Fam Behav Ther* 37, 1, 1–19.
- Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, ym. (2007) Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol* 43, 1, 70–82.
- Daley D, van der Oord S, Ferrin M, ym. (2014) Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53, 8, 835–47.
- Deater-Deckard K (1998) Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clin Psychol-Sci Pr* 5, 314–32.
- Deault LC (2010) A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* 41, 2, 168–92.
- Ellonen N (2008) Monitasoanalyysit ja niiden soveltaminen sosiaalitieteissä. *Janus* 14, 2, 127–138.
- Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, ym. (2015) A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev* 18, 1, 77–97.
- Faraone S, Asherson P, Banaschewski T, ym. (2015) Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 6, 1.
- Frick PJ, Nigg JT (2012) Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 8, 77–107.
- Furlong M, McGilloway S, Bywater T, ym. (2012) Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD008225.
- Garson GD (2013) Hierarchical linear modeling – guide and applications. London: SAGE.
- Gladstone G, Parker G (2003) What's the use of worrying? Its function and its dysfunction. *Aust N Z J Psychiatry* 37, 3, 347–54.
- Halme N, Perälä ML (2014) Lapsiperheiden huoli ja avunsaanti. Kirjassa: Lammi-Taskula J, Karvonen S (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 216–27.
- Hayes SA, Watson SL (2013) The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children With and Without Autism Spectrum Disorder (2013) *J Autism Dev Disord* 43, 3, 629–42.
- Hinshaw SP, Arnold LE, MTA Cooperative Group (2015) ADHD, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 6, 39–52.
- Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 4, 3, 183–207.
- Kanne SM, Mazurek MO (2011) Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *J Autism Dev Disord* 41, 7, 926–937.
- Karjalainen P, Santalahti P, Sihvo S (2016) Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käyttöhäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? *Duodecim* 132, 3, 967–74.
- Karst JS, Van Hecke AV (2012) Parent and family impact of autism spectrum disorder: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev* 15, 3, 247–77.
- Kawabata Y, Alink LRA, Tseng WL, ym. (2011) Maternal and paternal parenting styles associated with



- relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Dev Rev* 31, 4, 240–78.
- Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K, Fone DL (2008) Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. *BMC Psychiatry* 8, 10.
- Kippola-Pääkkönen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Autti-Rämö I (2016) Sopeutumisvalmennuskursseille osallistuvien lasten vanhempien arvioita hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja kussiodotuksista. *Kuntoutus* 1, 6–21.
- Lindhiem O, Bennett CB, Orimoto TE, Kolko DJ (2016) A meta-analysis of personalized treatment goals in psychotherapy: a preliminary report and call for more studies. *Clin Psychol* 23, 2, 165–176.
- March JS, Silva SG, Compton S, ym. (2005) The case for practical clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 162, 5, 836–846.
- Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W (2013) Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 33, 8, 901–13.
- Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, ym. (2017) Aikuisten terveyst-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017. Verkojulkaisu: [www.thl.fi/ath](http://www.thl.fi/ath)
- Ng MY, Weisz JR (2016) Annual Research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 57, 3, 216–36.
- Piffner LJ, Haack LM (2014) Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 23, 4, 731–746.
- Perälä ML, Salonen A, Halme N, Nykänen S (2011) Mitä lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Raportti 36. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Raitasalo R (2007) Mielialakysely: Suomen oloihin Beckin depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Kela, Helsinki.
- Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ (2014) The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev* 34, 4, 337–57.
- Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T, ym. (2016) Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children. *JAMA Psychiatry* 73, 4, 378–87.
- Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM (2013) Parenting Stress in Families of Children with ADHD: A Meta-Analysis. *J Emot Behav Disord* 21, 1, 3–17.
- Vester Thorsen S, Rugulies R, Hjarsbech PU, Bjorner JB (2013) The predictive value of mental health for long-term sickness absence: the Major Depression Inventory (MDI) and the Mental Health Inventory (MHI-5) compared. *BMC Medical Research Methodology* 13, 115.
- Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I (2015) Monimuotoisen neuropsykiatrisen perhekuntoutuksen seuranta tutkimus. Tutkimusprotokolla. Työpapereita 82. Kelan tutkimusosasto, Kansaneläkelaitos.
- Vuori M, Autti-Rämö I, Junttila N, ym. (2017) Discrepancies between self- and adult-perceptions of social competence in children with neuropsychiatric disorders. *Child Care Health Dev* 43, 5, 670–78.
- Weisz JR, Kazdin AE (2010) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. London: The Guildford Press.
- Yamazaki S, Fukuhara S, Green J (2005) Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. *Health Qual Life Outcomes* 3, 48.
- Östberg M, Hagekull B (2000) A Structural Modeling Approach to the Understanding of Parenting Stress. *J Clin Child Psychol* 29, 4, 615–25.

# ASIAKKAAN KOKEMUKSIA FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTOSTA SELKÄKIPUJEN VARHAISVAIHEESSA

---

## Retrospektiivinen kuvaileva kyselytutkimus

### Johdanto

Suomessa sosiaali- ja terveysalan uudistukset ovat hallinnollisten kysymysten lisäksi tuoneet ajankohtaisiksi kysymykset asiakkaan hoidon joustavasta linjauksesta, terveydenhuollon kustannusten järkevästä kohdentamisesta ja henkilöstön mielekkäästä työnjaosta (Ylinen & Nikander 2014). Terveydenhuollon kustannusten sairauskohtaisessa jakautumisessa tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat mielenterveys sairauksien ohella tilaston kärjessä (Pohjolainen ym. 2007). Selkäkivut ja niiden pitkittyminen, uusiutuminen ja kroonistuminen on nähty yhtenä tärkeänä haasteena terveydenhuollon toimintojen kehittämisessä (Pohjolainen ym. 2015).

Suomen terveyskeskuksissa on usean vuoden ajan kehitetty toimintaa, jossa selkäkipuisten asiakkaiden ensikontakti on fysioterapeutti sen jälkeen, kun vakavat sairaudet on seulottu pois vakioitujen kyselyiden avulla (Suominen 2015; Helsingin kaupunki, SOTE/fysioterapia 2011). Suomen Fysioterapeuttien vuonna 2007 toteuttaman selvityksen mukaan fysioterapeuttien laajennettua tehtäväkuvaa oli toteutettu 29:ssä perusterveydenhuollon fysioterapiayksikössä (Kukka 2010). Toimintaa on kehitetty järjestämällä fysioterapeuteil-

le eri mittaisia täydennyskoulutuksia vastamaan suoravastaanoton tuomiin haasteisiin tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta (Lähteenmäki & Leppänen 2016). Toiminnasta on tehty henkilökunnan kokemuksiin perustuvia selvityksiä, ja asiakkaiden kokemuksista on tehty pilottikyselyjä (Suoyrjö ym. 2016, Ylinen 2015, Kinnunen & Karvonen 2015, Ropponen & Troberg 2010, Kangas ym. 2015, Kylänen ym. 2015). Tulosten mukaan sekä henkilökunta että asiakkaat ovat olleet toimintaan tyytyväisiä. Näyttää siltä, että asiakkaat ovat kokeneet saaneensa selkäkivun hallintaan saamallaan ohjeilla. Lisää tutkimustietoa kuitenkin tarvitaan selkäkivun mahdollisesta uusiutumisesta ja sen syistä. Aiemmassa tutkimuksessamme selvitimme suoravastaanotto toimintaan osallistuvien fysioterapeuttien täydennyskoulutustiedon siirtymistä fysioterapeuttien suoravastaanotto toimintaan (Karvonen ym. 2015). Tulokset osoittivat, että kahdeksan päivän koulutuksen sisällön siirtymisen käytäntöön asiakkaan kliinisen tutkimisen ja johtopäätösten osalta oli hyvää tasoa.

Fysioterapian suoravastaanotto toimii selkäkipuasiakkaan kohdalla siten, että hoidon tarvetta arvioidaan Suomessa kehitetyn mallin mukaan (Suoyrjö ym. 2016, Ylinen 2015). Mallin mukaan ajanvarauksessa pyritään

kirjallisen ohjeistuksen avulla tunnistamaan vakavien sairauksien merkit eli se, pitääkö selkäkipuisen asiakkaan ensin käydä lääkärin vastaanotolla vai voiko hän mennä suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. Fysioterapeutin suoravastaanotolla noudatetaan Käypä hoito -suositusta (Pohjolainen ym. 2015) ja Näyttöön perustuvaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien ohjeistusta selkävivun varhaisvaiheessa (Häkkinen ym. 2014). Suosituksena ovat:

1. Hyvä kliininen tutkiminen
2. Selkeä, ymmärrettävä selitys kivun mahdollisista syistä
3. Ohjaus kivun hoitoon
4. Nopea toimintakyvyn palauttaminen ja vaivojen uusiutumisen ehkäisy
5. Sairauslomatarpeen arviointi

Epäspesifin, akuutin selkävaivan spontaania paranemista tuetaan yksilöllisellä ohjauksella, jossa selän kuormitusta kevennetään ja paranemisen edetessä turvallisesti lisätään. Spontaania paranemista hidastavia kuormitustekijöitä voivat olla aikaisempaan selkäkipuun liittyvät negatiiviset kokemukset tai aikaisemmin saatu virheellinen tai puutteellinen tieto kivun syystä ja hoidosta (Linton & Shaw 2011).

On olemassa selkeitä argumentteja suoravastaanoton puolesta ja sitä vastaan. Uusimman tutkimuksen valossa nykyistä käytäntöä olisi kuitenkin syytä tarkastella perusteellisesti muun muassa kustannustehokkuuden osalta. (Foster ym. 2012.) Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan nykykäytäntö, jossa selkävivun varhaisessa vaiheessa on toteutettu aktiivista fysioterapiaa, on tehokkaampaa kuin pelkkä ohjeistus, kun tulospittarina pidetään sairauspäivien määrää (Paatelma 2011). Tutkimuksessa ei ole kuitenkaan analysoitu kustannusvaikuttavuutta.

Fysioterapeutin varhaiselle interventiolle asetetut tavoitteet perustuvat tutkimuksiin, joita on tehty selkävivun pitkittymisen syistä ja seurauksista, kuten liikkeen pelon vaikutuksesta ja liikkeiden hallinnan heikkoudesta (Moseley 2004, Moseley ym. 2004, Nijs & Van Houdenhove 2009, Comerford & Mottram 2001, O'Sullivan 2005, Luomajoki ym. 2008).

Varhain aloitettu fysioterapiainterventio selkävivussa kaipaa kuitenkin lisää korkeatasoisia satunnaistettuja tutkimuksia kustannus-analyyseineen (Ojha ym. 2016).

Kipulääkkeiden osalta noudatetaan fysioterapeuttien suoravastaanoton toiminnan periaatteita toimipaikan vastuulääkärin antamien ohjeiden mukaan (Ylinen 2015, Kinnunen & Karvonen 2015, Ropponen & Troberg 2010). Seurantakäynnillä arvioidaan mahdolliset toimintakykyä heikentävät tekijät ja ohjataan tarvittavat harjoitteet toimintakyvyn palauttamiseksi ja mahdollisimman nopean työhön paluun mahdollistamiseksi (Paatelma 2011).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiakkaan tilannetta ja kokemuksia noin kolmen kuukauden kuluttua hänen käynnistään fysioterapeutin suoravastaanotolla. Kirjallisella kyselyllä selvitettiin selkävivun mahdollista uusiutumista, asiakkaan käsityksiä uusiutumisen syistä, kivun hoito-ohjeiden ja omaharjoitteiden toteutumista, selkäkipuun liittyvän pelon vähenemistä, uudelleen fysioterapeutille tai lääkärille hakeutumista sekä sairauslomalla oloa.

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimus oli retrospektiivinen, kuvaileva kyselytutkimus, joka toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella (liite).

Sataviisikymmentä (15–82-vuotiasta) selkäkipuasiakasta poimittiin järjestyksessä niiltä pääkaupunkiseudun terveysasemilta, joilla fysioterapeuttien suoravastaanotto oli jo vakinaistettu. Vastausten analysoinnissa asiakkaat jaettiin kolmeen ryhmään: eläkeläisiin, työttömiin sekä työssä olevien tai opiskelevien ryhmään. Ryhmittely perustui työmarkkina-aseman statukseen sillä perusteella, että työssä olevat ja opiskelijat muodostavat niin sanotun aktiivisen populaation verrattuna työttömiin sekä eläkeläisiin. Asiakkaiden ensikäynnistä fysioterapeutin vastaanotolla oli kyselyyn valinnan aikaan kulunut kolme kuukautta. Asiakkaiden poiminnan asiakasrekisteristä teki kevään 2015 aikana terveyskeskuksen osastonhoitaja, jolla oli tähän terveyskeskuksen hallinnolta saatu lupa. Kun määräaikaan men-

Taulukko 1. Kyselytutkimukseen vastanneiden ja ei-vastanneiden vertailu taustatietojen mukaan.

Tausta	Eläkkeellä vastanneet n = 26 68 (13), [54-82]	ei-vastanneet n = 9 64 (10), [34-67]	Työttömänä vastanneet n = 15 46 (16), [28-59]	ei-vastanneet n = 14 33 (10), [20-56]	Työssä/opiskelemissa vastanneet n = 39 39 (13), [15-69]	ei-vastanneet n = 37 34 (10), [20-57]
Ikä ka. (kh), [min-maks]						
Sukupuoli						
Nainen (%)	54	71	80	45	64	62
Mies (%)	46	29	20	55	36	38
Koulutus						
Peruskoulutus (%)	46	34	27	49	28	24
Keskiaste (%)	46	30	46	40	31	59
Opisto/korkea (%)	8	36	27	11	41	37
Selkäivun kesto						
3 kk tai alle (%)	77	66	73	71	87	86
yli 3 kk (%)	23	34	27	29	13	14
Aikaisempi käynti selkävaivan vuoksi lääkärillä tai fyysioterapeutilla (%)	58	65	63	70	55	50

nessä vastauksia oli palautunut 45 prosenttia, lähetettiin kaikille uusintakysely ja vieraskielisille asiakasnimille kyselyn ohjeistus myös englanninkielisenä. Kyselyt postitettiin terveyskeskuksesta, jonne vastaukset myös palautettiin. Kyselyyn vastattiin nimettömästi. Tutkimuksen suorittamiseen saatiin terveyskeskuksen hallinnolta eettisen arviointikäytännön mukainen lupa (HEL 2015-000350 T 130201).

Aineiston tilastoanalyysit tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Ryhmien välisiä järjestysasteikollisia muuttujia testattiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Oneway Anova), joka varmistettiin nonparametrisellä testillä (Kruskal-Wallis). Kahden ryhmän tapauksessa testattiin riippumattomien otosten t-testillä ja vastaavalla nonparametrisellä testillä (Mann-Whitney). Luokitteluasteikolliset muuttujat testattiin ristiintaulukoinnilla ja khii toiseen-riippumattomuustesteillä. Muuttujien välistä korrelaatiota tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella. Avointen kysymysten vastaukset litteroitiin ja niitä ryhmiteltiin temaattiseksi kokonaisuudeksi.

## Tulokset

Vastauksia palautettiin määräaikaan mennessä 80 (53 %). Kyselyn saaneista noin 20 prosenttia oli muualta maahan muuttaneita, joiden äidinkieli ei ollut suomi tai englanti. Kyselyyn vastanneet ja vastaamatta jättäneet eivät eronneet taustamuuttujien osalta tilastollisesti toisistaan. Taulukossa 1 on vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden (ei-vastanneiden) taustatiedot ryhmittäin: eläkeläiset, työttömät sekä työssä olevat tai opiskelijat.

### Ryhmien välinen vertailu

**Käynnit lääkärin tai fysioterapeutin luona.** Vastanneiden ja ei-vastanneiden ryhmien välillä ei ollut eroa aikaisemman selkävaivan vuoksi lääkärin tai fysioterapeutin vastaanotolla käyneissä (taulukko 1). Yli puolet vastaajista oli käynyt joskus aiemmin fysioterapeutin luona ja kaksi kolmesta lääkärin luona (kysymykset 12 ja 13, taulukko 2). Esitietolo-

makeeseen merkitty kivun kesto vaihteli eri ryhmissä yhdestä viikosta yli kolmeen kuukauteen. Eniten kivun kestoltaan akuutteja ja subakuutteja vaivoja oli työssä olevien ja opiskelijoiden ryhmässä (taulukko 1).

**Käynnistä koettu apu selkävaivaan.** Kaikissa vastanneiden ryhmissä neljä viidestä (80 %) koki saaneensa paljon tai kohtalaisesti apua selkävaivaansa (kysymys 15, taulukko 2).

**Kivun hoito-ohjeiden ja harjoitteiden noudattaminen.** Asiakkaat kaikissa ryhmissä ilmoittivat toteuttaneensa fysioterapeutin antamia kivunhoito-ohjeita hyvin tai kohtalaisesti (ryhmittäin 85–87 %) (kysymys 17, taulukko 2). Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa,  $p=0,965$ . Kuitenkin noin puolet niistä, jotka eivät kokeneet saaneensa apua selkävaivaansa, ilmoitti jättäneensä noudattamatta saamiensa kivunhoito-ohjeita. Fysioterapeutin antamia harjoitteita oli noudatettu yli 80-prosenttisesti kaikissa ryhmissä (kysymys 22, taulukko 2). Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa,  $p=0,888$ .

**Selkäkipuun liittyvä pelko.** Noin kolmasosa kaikissa ryhmissä ei kokenut selkäkipuun liittyvää pelkoa. Fysioterapeutilla käynnin jälkeen pelko oli pääsääntöisesti vähentynyt niillä, jotka olivat kokeneet pelkoa (11–26 %) (kysymys 19, taulukko 2),  $p=0,707$ . Pelkoa kokeneista eläkeläisistä ja työssä olevista/opiskelijoista 71–80 prosenttia kertoi päässeensä pelosta, mutta pelkoa kokeneista työttömistä 40 prosenttia ilmoitti, ettei pelko ollut poistunut fysioterapeutin luona käynnin jälkeen.

**Kivun uusiutuminen fysioterapeutilla käynnin jälkeen.** Kolmen kuukauden aikana selkäkipuun uusiutuminen oli vähäisintä työssä olevien ja opiskelijoiden ryhmässä (15 %) ja suurinta eläkeläisten ryhmässä (30 %),  $p=0,503$  (kysymys 25, taulukko 2). Kysyttäessä asiakkaan käsityksiä kivun uusiutumisen syistä (kysymys 34, liite) vastauksissa tuotiin esille laiskuus tehdä harjoitteita, heikot vatsalihakset, vähäinen liikunta, kulumat ja huono ryhti.

**Sairauspoissaolot ja uudelleen vastaanotolle hakeutuminen.** Työssä olevien ja opiskelijoiden ryhmästä vain yksi henkilö ilmoitti olevansa kyselyhetkellä sairauslomalla (kysymys 28, taulukko 2). Saman selkäongelman vuoksi asiakkaista hakeutui uudelleen fysioterapeutille 4–15 prosenttia ja lääkärille 0–11 prosenttia (kysymys 30 ja 31, taulukko 2),  $p=0,882$ .

**Selkäkipuun uusiutuminen, selkäkipuun liittyvä pelko ja harjoittelu.** Kolmen kuukauden aikana selkäkipuun uusiutuminen oli vähäistä. Kipu oli uusiutunut 17:llä kaikista kyselyyn vastanneista 80 henkilöstä. Yhteistä heille oli, ettei fysioterapeutilla käynti vähentänyt heidän selkäkipupelkoaan, ja samat henkilöt ilmoittivat käyneensä myös aikaisemmin selkäkipunsa vuoksi lääkärillä ja/tai fysioterapeutilla. Näistä seitsemästätoista henkilöstä kuusi ilmoitti, ettei ollut tehnyt saamiaan harjoitteita tai että oli jättänyt noudattamatta saamiensa kivunhoito-ohjeita. Aikaisempi selkäkipu oli tilastollisesti merkitsevin selittävä tekijä selkäkipuun uusiutumiselle ( $p=0,011$ ).

**Särkylääkkeiden käyttö selkäkipuun.** Särkylääkkeiden käytössä selkäkipuun hoidossa oli eroja. Eläkeläisistä ja työttömistä käytti satunnaisesti tai päivittäin särkylääkkeitä 62–67 prosenttia, kun taas työssä olevista ja opiskelijoista 29 prosenttia (kysymys 33, taulukko 2),  $p=0,446$ .

#### Tulosten tarkastelu

Suurin osa kysymyksistä oli dikotomisista (1 = kyllä, 2 = ei), ja ne kolmiportaiset kysymykset (kysymykset 15, 17, 19, 25 ja 33), joita tutkimuksessa tarkasteltiin (1 = paljon, 2 = kohtalaisesti, 3 = ei lainkaan) muutettiin kaksiportaisiksi (1 = paljon/kohtalaisesti, 2 = ei lainkaan) raportoinnin yksinkertaistamiseksi.

Suurin osa kyselyyn vastanneista, fysioterapeuttien suoravastaanotolla käyneistä selkäkipuasiakkaista koki hyötывänsä fysioterapeutin kivunhoito-ohjeista ja muusta paranemista tukevasta sekä toimintakykyä ylläpitävästä neuvonnasta ja ohjauksesta, joka

Taulukko 2. Vastausten jakaumat ryhmittäin keskeisten kysymysten osalta.

Kysymys	Eläkeläiset n = 26		Työttömät n = 15		Työssä/opisk. n = 39		ryhmäerot p-arvo
	Kyllä % (n)	Ei % (n)	Kyllä % (n)	Ei % (n)	Kyllä % (n)	Ei % (n)	
12. Oletteko käynyt aiemmin selkävaivan vuoksi lääkärillä?	62 (16)	38 (10)	73 (11)	27 (4)	56 (22)	44 (17)	0,893
13. Oletteko käynyt aiemmin selkävaivan vuoksi fysioterapeutilla?	54 (14)	46 (12)	53 (8)	47 (7)	54 (21)	46 (18)	0,882
15. Oliko käynnistä fysioterapeutin vastaanotolla apua selkävaivassanne?	81 (21)	19 (5)	80 (12)	20 (3)	82 (32)	18 (7)	0,893
17. Oletteko pystynyt toteuttamaan fysioterapeutin teille neuvomia kivunhoitotapoja?	85 (22)	15 (4)	87 (13)	13 (2)	85 (33)	15 (6)	0,965
19. Vähensikö fysioterapeutin luona käynti selkäkipuun liittyvää pelkoa?	89 (23)	11 (3)	74 (11)	26 (4)	80 (31)	20 (8)	0,707
22. Oletteko tehneet fysioterapeutin teille ohjaamia harjoitteita?	85 (22)	15 (4)	93 (14)	7 (1)	87 (34)	13 (5)	0,902
25. Onko selkävaivanne/ -kipunne uusiutunut fysioterapeutilla käyntinne jälkeen?	30 (8)	70 (18)	20 (3)	80 (12)	15 (6)	85 (33)	0,503
28. Oletteko nyt sairauslomalla saman selkävaivan vuoksi?	4 (1)	96 (25)	0 (0)	100 (15)	3 (1)	97 (38)	0,603
30. Oletteko hakeutunut uudelleen fysioterapeutin vastaanotolle uusiutuneen selkävaivanne vuoksi?	4 (1)	96 (25)	13 (2)	87 (13)	15 (6)	85 (33)	0,882
31. Oletteko hakeutunut uudelleen lääkärille uusiutuneen selkävaivanne vuoksi?	11 (3)	89 (23)	0 (0)	100 (15)	10 (4)	90 (35)	0,806
33. Käytättekö selkäkipuunne nyt särkylääkkeitä?	16 (62)	10 (38)	10 (67)	5 (33)	11 (29)	28 (71)	0,446

oli yksilöity fysioterapeutin kliinisten tutkimustulosten mukaan. Ainoastaan 13 prosenttia vastaajista joutui hakeutumaan uudelleen fysioterapeutille ja 15 prosenttia lääkärille uusiutuneen selkävaivan vuoksi kolmen kuukauden aikana. Vain yksi henkilö työssä olevien ja opiskelijoiden ryhmästä oli sairauslomalla kyselyyn vastaamisen aikaan. Merkitsevin selittävä tekijä kivun uusiutumiseen oli aikaisempi selkäkipu. Mielenkiintoista olisi tarkastella seurantakyselyllä mahdollista kivun uusiutumista vielä, kun on kulunut vuosi fysioterapeutilla käynnistä. Tuoreessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todetaan selkävivun uusiutumisen riskin olevan 33 prosentin luokkaa, mutta uusiutumisen syitä ei tässä katsauksessa pystytty selvittämään (da Silva ym. 2017).

Tutkimuksemme tulokset vahvistavat aiempia pilottitutkimusten tuloksia asiakkaiden tyytyväisyydestä fysioterapeuttien suoravastaanottoon (Kinnunen & Karvonen 2015). Asiakkaiden omat maininnat kivun uusiutumisen mahdollisista syistä, kuten laiskuus tehdä harjoitteita tai vähäinen liikunta, antavat aiheen panostaa ohjauksessa entistä enemmän liikunnan harrastamisen motivaatioon. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan selkävivun uusiutumisen ja harjoitteiden suorittamatta jättämisellä näyttäisi olevan yhteys. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa tärkeinä toimintakyvyn ylläpitämisen keinoina on esitetty terapeuttinen harjoittelu ja säännöllinen liikunta (Pohjolainen ym. 2015). Tuloksia tulokittaessa näyttäisi siltä, että fysioterapeuttien suoravastaanotossa selkäkipuasiakas on kokenut saaneensa apua selkävaivaansa, mutta ohjauksessa pitäisi tehostaa vielä enemmän asiakkaan motivoimista pitkäkestoiseen harjoitteluun. Tämä havainto korostaa suoravastaanotto toiminnan seurantakäyntien tärkeyttä. Ensimmäisellä tapaamiskerralla tavoitteena on hyvä kliininen tutkiminen, selkeä, ymmärrettävä selitys kivun mahdollisista syistä ja yksilöllisten kivunhoito-ohjeiden antaminen. Vasta seurantakerralla voidaan ohjata harjoitteet kivun uusiutumisen ehkäisemiseksi. Tähän asti toteutunut fysioterapeuttien lisäkoulutuksen sisältö on painottunut tutki-

miseen ja ohjaukseen alle kolme kuukautta kestäneissä selkävaivoissa. Tutkimusryhmässä oli kuitenkin mukana yli kolme kuukautta kipua kokeneita yhteensä 17 prosenttia. Tällä saattaa olla merkitystä, kun pohditaan toteutuneen ohjauksen sopivuutta tai riittävyttä kyseiselle kohderyhmälle. Jatkossa olisi kiinnostavaa tutkia fysioterapian toteutusta ja vastetta kivun keston mukaan. Samoin jatkossa voitaisiin selvittää, onko kipualueella, koetun kivun voimakkuudella ja koetulla henkilöllä kuormittumisella vaikutusta fysioterapeutin vastaanotolla koettuun hyötyyn ja kivun uusiutumiseen.

Leena Niemistön ym.iden (2005) tutkimustulosten tarkastelussa krooniset selkäkipuiset jaettiin kolmeen ryhmään, jotka olivat selviytyvät (active copers), masentuneisuuteen taipuvaiset (interpersonally distressed) ja toimintakyvyltään heikot (dysfunctional patients). Näistä ryhmistä fysioterapiasta eniten hyötyivät toimintakyvyltään heikot. STaRT Back -seulontakyselyssä selkäkipuiset jaetaan kolmeen ryhmään selkävivun uusiutumisen riskin mukaan. Terapiasuosituksena matalan ja keskikorkean riskin ryhmässä painottuu fysioterapian toteutus, ja korkean uusiutumisen riskin ryhmässä suositellaan moniammatillista lähestymistä. (Robinson & Dagfinrud 2017.) Tutkimuksemme poissulkukriteereinä olivat ainoastaan Käypä hoito -suosituksessa mainitut punaiset liput (Pohjolainen ym. 2015).

Selkävivun aiheuttamaa liikkumisen ja liikkeen pelkoa on esitetty yhdeksi kivun pitkittymisen ja kroonistumisen syyksi (Koho ym. 2011, Cook ym. 2006, Lundberg ym. 2004). Tässä tutkimuksessa lähes puolet ilmoitti, että fysioterapeutilla käynti vähensi selkävivun pelkoa hyvin, mutta keskimäärin noin viidesosalla pelkoa kokeneista pelko ei helpottanut. Se, että selkävivun pelolla, kivun uusiutumisen ja aikaisemmillä selkävaivoilla näyttää olevan yhteys, painottaa entistä enemmän sitä, että pelkoa tulisi käsitellä fysioterapeutin vastaanotolla jo heti ensimmäisellä kipuajaksoilla (Linton & Shaw 2011). Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe olisi selvittää, onko samanlainen selkävaiva uusiutunut juuri niillä, jotka nyt ilmoittivat toteuttavansa ohjattuja



harjoitteita epäsäännöllisesti. Ohjattujen harjoitteiden toteutus yksilöllisesti kullekin asiakkaalle saa tukea Lehtolan tutkimusryhmän (2016) tuloksista.

Jyväskylän ja Kuopion yliopistoissa tehdyissä fysioterapeuttien suoravastaanottoon liittyvissä kustannus-hyöty-tutkimuksissa esitetään, että hyvin toteutetulla fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnalla saadaan yhteiskunnalle vuosittain huomattavat säästöt (Lautamäki ym. 2016, Lakka 2008). On myös esitetty, että se, että fysioterapeutit määräävät sairauspoissaoloja yksilöllisen tarpeen mukaan, vähentää sairauslomia siihen nähden, mikä on ollut aiempi käytäntö esimerkiksi työterveyshuollossa. Tämä tuottaa suurta kustannushyötyä. (Miranda 2016, Miranda ym. 2017.) Koska tähänastisten tutkimusten taso on ollut vielä melko heikko, tarvitaan korkeatasoisia ja pitkäkestoisia seuranta-tutkimuksia, jotka antaisivat tietoa mahdollisten hyötyjen pysyvyydestä (Ojha ym. 2016).

### Tulosten luotettavuus

Tämän tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää vastaamatta jättäneiden suurta määrää (47 %). Vastaamattomien taustatiedot ja selkävai-vaan liittyvät tiedot eivät kuitenkaan näyttäneet poikkeavan kyselyyn vastanneiden tiedoista. Kyselyn saaneista osa oli maahan muualta muuttaneita, joiden äidinkieli ei ollut suomi eikä englanti, mikä on saattanut vaikeuttaa vastaamista. Tutkimuksen suunnittelussa olisi pitänyt paremmin ottaa huomioon eri kulttuuri- ja kielitautat. Vastaamatta jättäneistä suurin ryhmä oli opiskelijoita, joten voidaan olettaa, että ajan puute tai postiosoitteen muuttaminen ovat voineet olla syynä vastaamattomuuteen. Lisäksi tutkimuksen heikkoutena on aineiston suhteellisen pieni koko, jolloin on mahdollisuus tyyppin 1 virheeseen (so. tutkimuksen tulosten näyttö on riittävä, mutta aineiston pieni koko ei tilastollisesti tue sitä riittävästi). Kohtalaisen suuret erot ryhmien välillä (esimerkiksi 15 prosenttiyksikön ero kivun uusiutumisessa työssä olevien ja opiskelijoiden ja toisaalta eläkeläisten välillä) eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

### Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että fysioterapeutin suoravastaanotolla käyneet asiakkaat ovat tyytyväisiä toimintaan ja ovat kokeneet saaneensa apua selkävai-vaansa. Tulokset tukevat fysioterapeutin suoravastaanottotoiminnan kehittämistä, kun suunnitellaan tulevaa sosiaali- ja terveysalan uudistusta sekä toimivaa työnjakoa selkäkipuasiakkaan hoitolinjaukseen ja terveydenhuollon kustannusten vähentämiseen. Silloin, kun arvioidaan asiakkaan terapian tarvetta ja sisältöä, tulisi vielä tarkemmin kartoittaa asiakkaan mahdollisia psykososiaalisia kuormitustekijöitä (Linton & Shaw 2011). Ohjauksellista kehitettävää on myös siinä, miten asiakas saadaan paremmin motivoitumaan pitkäkestoiseen fysioterapeuttiseen harjoitteluun ja liikkumisen lisäämiseen. Uusintakäyntien ja sairauspoissaolojen vähenemisen pysyvyyttä ja niiden vähenemisen tuomaa mahdollista kustannushyötyä voitaisiin tarkastella vielä pidemmällä seuranta-ajalla. Tutkimus olisi myös aiheellista toistaa suuremmalla tutkimusjoukolla.

**Tulosten merkitys:** Tutkimuksen tuloksia fysioterapeuttien suoravastaanotosta voidaan hyödyntää suunniteltaessa terveydenhuoltohenkilöstön toimivampaa työnjakoa ja selkäkipuasiakkaan nopeampaa vastaanotolle pääsyä. Entistä enemmän tulee kiinnittää huomiota asiakkaan yksilölliseen ohjaukseen ja kivun hoitoon jo selkävai-vaan varhaisvaiheessa sekä mahdollisten psyko-sosiaalisten kuormitustekijöiden varhaiseen tunnistamiseen selkävai-vojen kroonistumisen ehkäisemiseksi.

*Kiitokset terveystieteiden maisteri, osastonhoitaja Jaana Ulaskalle, joka osallistui kyse-lylomakkeiden suunnitteluun ja laatimiseen, sekä Jyväskylän yliopiston ATK-erikoisasian-tuntija Jukka-Pekka Kesoselle, joka ohjasi artikkelin tekijöitä oikeiden tilastomenetelmien valinnassa.*



## Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää alaselkäkipuisten asiakkaiden kokemuksia käynnistään terveyskeskuksessa fysioterapeutin suoravastaanotolla.

Tutkimus on retrospektiivinen, kuvaileva kyselytutkimus, joka toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella kolme kuukautta fysioterapeutin vastaanotolla käynnin jälkeen. Lomakkeella selvitettiin selkävun lievitymisestä, ohjattujen harjoitteiden toteutumisesta, kivun uusiutumisesta, asiakkaan käsityksistä uusiutumisen syistä, kipuun liittyvästä pelosta, uudelleen hakeutumisesta lääkärin tai fysioterapeutin vastaanotolle ja työssäkäyvien sairauspoissaoloista. Lähetettyyn 150 kyselyyn vastasi 80 henkilöä (53 %), jotka jakaantuivat kolmeen ryhmään: 1. eläkeläiset (n = 26), 2. työttömät (n = 15) ja 3. työssä olevat/opiskelijat (n = 39). Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla ja avointen kysymysten vastaukset litteroitiin ja luokiteltiin yhtäläisyyksien mukaan.

Tulokset osoittivat, että 80–82 prosenttia asiakkaista kaikissa ryhmissä koki hyötывnsä fysioterapeutilla käynnistään paljon tai kohtalaisesti. Kolmen kuukauden aikana selkävun uusiutuminen oli vähäisintä työssä olevat/opiskelijat -ryhmässä (5 %) ja suurinta eläkeläisten ryhmässä (30 %). Saman selkäongelman vuoksi vain 10 prosenttia vastanneista hakeutui uudelleen fysioterapeutille tai lääkärille. Työssä olevien ja opiskelijoiden ryhmässä ainoastaan yksi henkilö ilmoitti olevansa kyselyhetkellä sairauslomalla.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että fysioterapeutin suoravastaanotolla käyneet asiakkaat ovat tyytyväisiä toimintaan ja ovat kokeneet saaneensa apua selkävunsa. Yhteiskunnallisen kustannus-hyöty ajattelun mukaan vähäiset uusintakäynnit fysio-

terapeutin tai lääkärin vastaanotolla, sekä alhaiset sairauspoissaolot vaikuttavat merkittävästi. Jatkossa tarvitaan korkeatasoisia, pidemmällä seuranta-ajalla toteutettuja satunnaistettuja tutkimuksia kustannusanalyseineen fysioterapian varhaisesta toteuttamisesta.

*Avainsanat:* fysioterapia, suoravastaanotto, selkävun, asiakkaan tyytyväisyys

## Abstract

*Patients' experiences of their visit to direct access physiotherapists in the early phase of low back pain: A retrospective descriptive survey*

The purpose of the study was to investigate the experiences of low back pain patients regarding their visit to direct access physiotherapists at a health center.

The study is a retrospective descriptive survey conducted in a structured questionnaire three months after a visit to a physiotherapist. The questionnaire included questions, in particular, information on the relief of back pain, the management of the instructed exercises, the recurrence of back pain, patients' perceptions of the causes of pain, the fear of pain, reasons for a repeat visit to a doctor or physiotherapist, and eventual absences due to sickness. The questionnaire was sent to 150 people who were picked up from the health care centers. Eighty (53%) low back pain patients responded. They were divided into three groups: retired people (n=26); unemployed people (n=15); and students and employed people (n=39). The data were analyzed using SPSS statistical software. The open answers were transcribed and the similarities of the answers were combined.

The results showed that 80-82% of patients in all groups experienced the

benefits from their visit to a physiotherapist as being great or moderate. During the three months after their visit, the recurrence of back pain was at its lowest among students and employed people (5%) and the highest among retired people (30%). Only 10% of the respondents made a repeat visit to a physiotherapist or doctor for the same back problem. Only one person in the students and employed people group was on sick leave.

The results show that the patients viewed the early visit to a physiotherapist as useful in the treatment of back pain and in the prevention of new episodes. From a social cost-benefit point of view the results; the low need for repeat visits to the physiotherapist or to the doctor, and the low rates of absence due to sickness let us assume those to be notable. Additional high-quality research involving longer prospective randomized designs and economic impact analyses is required to further investigate the outcomes associated with early initiation of physiotherapy.

*Keywords:* physiotherapy, direct access, low back pain, patients' experiences

**Eira Karvonen, TtM, tohtorikoulutettava, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos**

**Markku Paatelma, TtT, ft OMT, Auron Oy**

**Ari Heinonen, LitT, professori, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitoksen johtaja**

## Lähteet

- Comerford M, Mottram S (2001) Movement and stability dysfunction-contemporary developments. *Man Ther* 1, 15–26.
- Cook A, Brawer P, Vowles K (2006) The fear-avoidance model of chronic pain: validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain* 80, 329–339.
- da Silva T, Mills K, Brown BT, Herbert RD, Maher CG, Hancock MJ (2017) Risk of Recurrence of Low Back Pain: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther* 5, 305–313.

- Foster N, Hartvigsen J, Croft P (2012) Taken responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Research & Therapy* 14, 1–9.
- Helsingin kaupunki, SOTE/fysioterapia (2011) Avo-fysioterapian uusi toimintamalli. Hankkeen seurantaraportti.
- Häkkinen A, Korniloff K, Aartolahti E, Tarnanen S, Nikander R, Heinonen A (2014) Näyttöön perustuva tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutus. Kela, Työpapereita 68.
- Kangas H, Vuori J, Luoto S (2015) Fysioterapeuttien suoravastaanotot – työnjaolla työhön tuottavuutta ja mielekkyyttä? *Fysioterapia* 62, 4–9.
- Karvonen E, Paatelma M, Kesonen J, Heinonen A (2015) Knowledge translation from continuing education to physiotherapy practice in classifying patients with low back pain. *J Manual and Manip Ther* 23, 68–74.
- Kinnunen M, Karvonen E (2015) Selkäkipu haltuun työfysioterapeutin vastaanotolla. *Fysioterapia* 62, 36–39.
- Koho P, Orenius T, Kautiainen H (2011) Association of fear of movement and leisure-time physical activity among patients with chronic pain. *Journal of Rehabilitation Med* 43, 794–799.
- Kukka A (2010) Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtäväkuvista ja tehtäväsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit - Finlands Fysioterapeuter ry.
- Kylänen M, Vuori J, Kangas H (2015) Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä. Grano Oy, Kuopio.
- Lakka M (2008) Selkäkipupotilas akuuttivastaanotolla. Vaikuttavuuden, käyntikohtaisten kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja asiakastytyvyyden vertailu lääkärintervastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton välillä. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden pro gradu-tutkielma.
- Lautamäki L, Salo P, Mustalampi S (2016) Fysioterapeutin suoravastaanotto – keino alentaa terveydenhuollon kustannuksia? *Fysioterapia* 5, 4–9.
- Lehtola V, Luomajoki H, Leinonen V, Gibbons S, Airaksinen O (2016) Sub-classification based specific movement control exercises are superior to general exercise in sub-acute low back pain when both are combined with manual therapy: A randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord* 17, 135.
- Linton SJ, Shaw WS (2011) Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther* 91, 700–11.

- Lundberg M, Styf J, Carlsson S (2004) A psychometric evaluation of the Tamba Scale of Kinesiophobia – from physiotherapeutic perspective. *Physiother Theory Pract* 20, 121–133.
- Luomajoki H, Kool J, Bruin ED, Airaksinen O (2008) Movement control tests of the low back; evaluation of the difference between patients with low back pain and healthy controls. *BMC Musculoskeletal Disord* 9, 170.
- Lähteenmäki M-L, Leppänen P (2016) Asiantuntija-fysioterapeutteja suoravastaanotto toiminnan toteuttajiksi. *Tamkjournal.tamk.fi*.
- Miranda H (2016) Kipuoireinen asiakas työterveyshuollossa – entä jos lääkkeet, leikkaus ja sairausloma eivät autakaan? *Työterveyslääkäri* 1, 57–62.
- Miranda H, Teerimäki R, Toikka T (2017) Uusi innovaatio kivun hoitoon ja työkyvyn tukeen. *Työterveyslääkäri* 2, 46–49.
- Moseley G (2004) Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *Eur J Pain* 1, 39–45.
- Moseley G, Nicholas M, Hodges P (2004) A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clin J Pain* 5, 324–30.
- Niemistö L, Rissanen P, Sarna S, Lahtinen-Suopanki T, Lindgren KA, Hurri H (2005) Cost-effectiveness of combined manipulation, stabilizing exercises, and physician consultation compared to physician consultation alone for chronic low back pain: a prospective randomized trial with 2-year follow-up. *Spine* 30, 1109–15.
- Nijs J, Van Houdenhove B (2009) From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther* 1, 3–12.
- Ojha HA, Wyrsta NJ, Davenport TE, Egan WE, Gellhorn AC (2016) Timing of Physical Therapy Initiation for Nonsurgical Management of Musculoskeletal Disorders and Effects on Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther* 2, 56–70.
- O'Sullivan P (2005) Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther* 4, 242–55.
- Paatelma M (2011) Physiotherapy in early phase of low back pain. *Orthopedic Research and Reviews* 3, 23–29.
- Pohjolainen T, Leinonen V, Malmivaara A (2015) Alaselkäkipu (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, (viitattu 27.04.2015).
- Pohjolainen T, Seitsalo S, Sund R (2007) Mitä selkävaiva maksaa? *Duodecim* 123, 2110–5.
- Robinson HS, Dagfinrud H (2017) Reliability and screening ability of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in physiotherapy practice, a cohort study. *BMC Musculoskeletal Disord* 18, 232. doi: 10.1186/s12891-017-1553-x.
- Ropponen M, Troberg A (2010) Varhaisvaiheen alaselkäpotilaan vastaanotto toiminta tehtävänsiirtona fysioterapeuteille perusterveydenhuollossa – kolmen ammattiryhmän kokemuksia. Opinnäytetyö, Metropolia ammattikorkeakoulu. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/>
- Suominen S (2015) Suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. *Fysioterapia* 62, 2.
- Suoyrjö H, Mäkinen E, Lehtimäki P, Joutila M (2016) Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [www.epshp.fi/files/9462/Selkapotilaan\\_palveluketju.pdf](http://www.epshp.fi/files/9462/Selkapotilaan_palveluketju.pdf).
- Ylinen J (2015) Selkäpotilaan hoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitoketjut, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. <http://www.ks-shp.fi/tules-kartta/Selkikipupotilaanhoitoperusterveydenhuollossajaerikoissairaanhoidossa.pdf>
- Ylinen J, Nikander R (2014) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus. *Lääkärilehti* 39, 2429.

LIITE. Asiakaskysely

	taustatiedot
1-8. Sukupuoli, ikä, paino, pituus, koulutus ym.	
9. Onko yleinen terveydentilanne omasta mielestänne tällä hetkellä	1-5 (1=erittäin hyvä, 5=erittäin huono)
10. Onko teillä ollut joitain muita sairauksia kuin selkävaiva?	1-2 (1=ei, 2=kyllä)
11. Mikäli vastasitte kyllä, niin kirjoittakaa mitä sairauksia:	
12. Oletteko joskus aikaisemman elämänne aikana käyneet selkävaivanne vuoksi lääkärillä?	1-2 (1=ei, 2=kyllä)
13. Oletteko joskus aikaisemman elämänne aikana käyneet selkävaivanne vuoksi fysioterapeutilla?	1-2 (1=ei, 2=kyllä)
14. Oletteko mielestänne liikunnallisesti aktiivinen?	1-3 (1=erittäin, 2=kohtalaisen, 3=en lainkaan)
15. Oliko viimeisistä käynnistänne fysioterapeutin vastaanotolla apua selkävaivassanne?	1-3 (1=paljon, 2=kohtalaisesti, 3=ei lainkaan)
16. Kertoiko fysioterapeutti ymmärrettävästi selkävaivanne mahdollisista syistä?	1-5 (1=erittäin hyvin, 5=ei lainkaan)
17. Oletteko pystynyt toteuttamaan fysioterapeutin teille neuvomia kivunhoitotapoja?	1-3 (1=hyvin, 2=kohtalaisesti, 5=en lainkaan)
18. Olivatko fysioterapeutilta saamanne ohjeet ymmärrettäviä?	1-3 (1=kyllä, 2=osittain, 3=ei)
19. Vähensikö käynti fysioterapeutin luona mahdollista selkäkipuun liittyvää pelkoa?	1-3 (1=kyllä, 2=ei, 3=en ollut pelokas)
20. Kuinka monta kertaa kävitte fysioterapeutin vastaanotolla?	1-4 (1=yhden, 2=kaksi, 3=kolme, 4=enemmän kuin kolme)
21. Ohjasiko fysioterapeutin teille seurantakäynnillä toimintakykyne parantamiseen liittyviä harjoitteita?	1-2 (1=kyllä, 2=ei)
22. Oletteko tehneet fysioterapeutin teille ohjaamia harjoitteita?	1-2 (1=kyllä, 2=ei)
23. Oletteko käyttäneet selkäkipuunne jotain muita harjoitteita tai hoitoja kuin fysioterapeutin ohjaamia?	1-2 (1=kyllä, 2=ei)
24. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, niin kuvatkaa lyhyesti mitä harjoitteita tai hoitoja käytitte:	
25. Onko selkävaivanne/ -kipunne uusiutunut fysioterapeutilla käyntinne jälkeen?	1-3 (1=kyllä, 2=vain osittain, 3=ei)
26. Jos vastasitte kyllä, niin kertokaa, kuinka pian selkäkipunne uusiutui ensimmäisen fysioterapeutilla käyntinne jälkeen?	
27. Mikäli sama selkävaivanne on uusiutunut, oletteko pystynyt käyttämään fysioterapeutin aikaisempia ohjeita?	1-3 (1= hyvin, 2=kohtalaisesti, 3=en ollenkaan)
28. Oletteko nyt sairauslomalla saman selkävaivan vuoksi?	1-2 (1=kyllä, 2=ei)
29. Jos olette nyt sairauslomalla, kuvatkaa lyhyesti missä toiminnoissa selkäkipunne haittaa:	
30. Oletteko hakeutunut uudelleen fysioterapeutin vastaanotolle uusiutuneen selkävaivanne vuoksi?	1-2 (1=kyllä, 2=ei)
31. Oletteko hakeutunut lääkärin vastaanotolle uusiutuneen selkävaivanne vuoksi fysioterapeutilla käyntinne jälkeen?	1-2 (1=kyllä, 2=ei)
32. Mikäli vastasitte kyllä niin mitä hoitoja lääkäri teille määräsi?	
33. Käytättekö selkäkipuunne nyt särkylääkkeitä	1-3 (1=en lainkaan, 2=satunnaisesti, 3=päivittäin)
34. Mikäli selkävaivanne on edelleen jatkunut tai uusiutunut niin mistä itse arvelette sen johtuvan? Kertokaa omin sanoin:	
35. Muita ajatuksianne, joita haluatte tuoda tietoomme toimintamme kehittämiseksi:	

# TYÖSSÄ JATKAMINEN JA ELÄKKEELLE SIIRTYMINEN IKÄÄNTYVIEN TYÖNTEKIJÖIDEN POHDINNOISSA

## Johdanto

Suomessa työntekijät siirtyvät eläkkeelle vieläkin melko varhain, vaikka työurien pidentäminen ja eläköitymisen myöhentäminen onkin ollut viime vuosikymmeninä maassamme yksi keskeinen yhteiskuntapoliittinen (ks. Järnefelt ym. 2014) ja samalla kuntoutuksen tavoite (STM 2016). Tilastotietojen mukaan työurien pituus on kuitenkin ollut vähitellen kasvava. Vuonna 2015 eläkkeellesiirtymisiän odote työeläkejärjestelmässä oli 61,1 vuotta, mikä on 0,1 vuotta laskua edellisvuodesta. Vastaava luku vuonna 2005 oli 59,1 vuotta. (Kannisto 2016.)

Eläkkeellesiirtymisaikeita on tutkittu runsaasti erilaisista teoreettisista näkökulmista monilla tieteenaloilla. Eläkkeelle siirtymistä on tutkittu esimerkiksi päätöksentekoprosessina, rooli- ja identiteetin muutoksen sekä rationaalisen valinnan teorian näkökulmista (Beehr 1986, Dufva 2012, ks. myös Schalk ym. 2010, Wang & Shi 2014). Varhaisemmat eläkkeelle siirtymisen selittäjät keskittyivät lähinnä yksilötason ilmiöihin joko kielteisenä työelämästä työntävinä (push) tai myönteisenä eläkkeelle vetävinä (pull) tekijöinä ja niiden vaikutukseen yksilön eläköitymispäätökseen (esim. Beehr 1986, Shultz ym. 1998). Uusimmissa tutkimuksissa on jatkettu tätä dikotomista tarkastelua (van Solinge & Henkens 2014) kiinnittäen huomiota esimerkiksi perhetilanteen tai johtamisen (Dufva 2012,

Järnefelt ym. 2014) merkitykseen. Suomessa vuonna 2005 tapahtuneen eläkeuudistuksen jälkeen tutkimuksen näkökulma laajeni työssä jatkamisen kysymyksiin, kun eläkepolitiikan tavoitteeksi tuli työurien pidentäminen; kiinnostuksen kohteena ovat olleet erityisesti tekijät, jotka vaikuttavat työssä jatkamiseen vanhuuseläkeikään saakka tai sen alarajan yli (Pekka 2010, Takala ym. 2010).

Työurien pidentyminen edellyttää työntekijöiltä riittävää työkykyä ja jaksamista. Työurien jatkamista koskevien asenteiden muutoksen lisäksi koetussa työkyvyssä on havaittu myönteistä kehitystä (Kauppinen ym. 2013). Enemmän kuin neljä viidesosaa 30–64-vuotiaista ja yli puolet 65–74-vuotiaista arvioi itsensä täysin työkykyiseksi vuonna 2011 Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi -tutkimuksessa (Gould ym. 2012). Samassa tutkimuksessa 45–74-vuotiaista miehistä kuntoutusta arvioi tarvitsevansa noin neljännes ja naisista lähes kolmannes (Pensola ym. 2012). Tulevaisuudessa väestön ikärakenteesta ja työelämän erilaisista muutoksista johtuen työkykyä uhkaavien tekijöiden on ennakoitu säilyvän tai jopa lisääntyvän. Työkyvyn heikkenemisen riskitekijöistä suuri osa on senkaltaisia, että niihin sekä voidaan että kannattaa puuttua. (Pasternack ym. 2015.)

Kuntoutus on ollut Suomessa keskeinen keino edistää työssä jaksamista ja ylläpitää työkykyä (Aalto ym. 2015). Jaana Kuoppalan

ja Anne Lamminpään (2008) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan erilaisilla varhaisvaiheen kuntoutuksilla on vaikutusta, kun taas työkyvyn alenemisen lisääntyessä tarvitaan erilaisten kuntoutusmuotojen yhdistämistä. Työpaikan integrointia kuntoutukseen on pidetty välttämättömänä keinona pidentää työuria (Hinkka ym. 2015). Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksessa on katsottu ongelmalliseksi, että vaikuttavuutta on seurattu vain muutaman vuoden päähän interventiossa (Tuloksellisuustarkastuskertomus 2013; ks. myös esim. Vartiainen 2009), joten luotettavaksi katsottua näyttöä työurien pitenemiseen ei nähdä olevan (Aalto ym. 2002).

Suomalaisessa KELA:n ammatillisen kuntoutuksen järjestelmässä on viime vuosina tapahtunut muutoksia: ASLAK-kuntoutuksesta luovuttiin vuoden 2015 lopussa eikä tilalle kehitettyä AURA-kuntoutusta (ks. esim. Seppänen-Järvelä ym. 2015) päästy koskaan aloittamaan. Myös työkykyä ylläpitävän ja parantavan TYK-kuntoutuksen myöntäminen on lopetettu. Tilalle luotu KIILA-kuntoutus edellyttää työkyvyn heikentymistä, ja se suunnitellaan yksilöllisesti yhteistyössä työnantajan kanssa. (Ammatillinen KIILA-kuntoutus työssäoleville; Vainiemi 2015.) Kuntoutusjärjestelmän muutosta on myös edessä, sillä kuntoutuksen uudistamiskomitean aikajänne ulottuu ainakin syksyyn 2017 (STM 2016). Uudistuksen lähtökohtana ovat olleet kuntoutuksen järjestämisen ja rahoittamisen kysymysten lisäksi yksilöiden erilaiset kuntoutustarpeet.

Tässä artikkelissa analysoidaan kategoria-analyysin keinoin sitä, millaisina ikäänntyvät haastateltavat näkevät itsensä eläkkeelle jääjinä tai työssä jatkajina. Tavoitteena on ymmärtää näitä ilmiöitä yksilöiden näkökulmista. Lisäksi tarkastellaan, miten työkykyyn, terveyteen tai kuntoutukseen liittyvät teemat tulevat esille haastattelupuheissa. Kategoria-analyysiä on hyödynnetty muun muassa ikä-kategorioiden (Nikander 2002) ja pitkäaikais-työttömyyden (Välimaa 2011) tutkimuksessa, mutta tiedonhakumme ei tavoittanut tutkimusta, jossa menetelmää olisi käytetty eläköitymisen tai työurien jatkamisen tutkimiseen.

## **Eläkkeelle jääminen ja työssä jatkaminen tutkimuskohteena**

Yksilöä työelämästä eläkkeelle työntävät voimat muodostuvat organisaatioon, työrooliin tai työympäristöön liittyvistä kielteisistä tekijöistä. Vastaavasti eläkeläisrooliin liittyvät myönteiset piirteet vetävät yksilöä pois työelämästä. (Ks. esim. Beehr 1986, Shultz ym. 1998, Barnes-Farrell 2003.) Usein työelämästä työntävät tekijät ovat eläköitymispäätökseen vahvemmin vaikuttavia (Shultz ym. 1998). Janet Barnes-Farrell (2003) tuo esille mahdollisuuden soveltaa työntävien ja vetävien tekijöiden tarkastelua työroolissa pysymisen ja työelämässä jatkamisen näkökulmasta. Päätös jatkaa työelämässä on työntävien ja vetävien voimien punninnan lopputulos.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan eläkkeellesiirtymispäätöstä ennakoivat vahvasti yksilön henkilökohtaiset tekijät, kuten terveys ja taloudellinen tilanne (Beehr 1986, Barnes-Farrell 2003, Gaillard & Desmette 2008, Dufva 2012). Samat syyt on todettu tärkeimmiksi myös työssä jatkamista harkittaessa (Perkiö-Mäkelä ym. 2012). Usein tärkein eläkkeelle työntävä tekijä on kuitenkin työntekijän heikentynyt terveys tai työkyky (Salokangas ym. 2005, Shultz & Wang 2007, Karisalmi ym. 2008, De Wind ym. 2013). Terveystilan ja työkyvyn parantuessa myös eläkkeelle siirtyminen myöhentyy (mm. Huuhtanen & Tuomi 2006, von Bonsdorff 2009, Järnefelt 2010, Perhoniemi 2016). Kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu myös päinvastaisia tuloksia: Astrid de Wind kollegoineen (2013) totesi hyvän terveyden vaikuttaneen varhaiseen eläköitymiseen.

Myös ikä ja koulutus ovat yhteydessä eläkkeellesiirtymispäätökseen: mitä iäkkäämpi, sitä halukkaampi yksilö on jäämään eläkkeelle, sen sijaan korkea koulutus ennakoii todennäköisyyttä jatkaa työssä vanhuuseläkeikään (Järnefelt 2010) tai 63 ikävuoden jälkeen (Tuominen ym. 2010). Työntekijän sosioekonomisella asemalla on myös yhteyttä eläkkeelle jäämisen aikeisiin. Noora Järnefeltin ja kumppaneiden (2014) tutkimuksessa ylemmät toimihenkilöt ennakoivat muita useammin myö-



hempää eläkkeelle jäämistä (myös Perkiö-Mäkelä ym. 2012). Eläkkeelle siirtymisen ajatusten on todettu olevan myös sukupuoliriippuvaisia (mm. von Bonsdorff ym. 2009), tosin asiasta on saatu ristiriitaisia tuloksia (Gaillard & Desmette 2008). Esimerkiksi Jean A. Talaga ja Terry A. Beehr (1995) totesivat miesten eläköityvän naisia aikaisemmin, mutta hoivarooli perheessä oli yhteydessä naisten varhaiseen eläköitymiseen. Monika E. von Bonsdorffin (2009) tutkimuksessa yksin asuvilla naisilla eläkeaikeita oli vähemmän, työllä oli yksinelävien naisten hyvinvointia ja jatkuvuuden tunnetta ylläpitävä merkitys. Vastaavasti parisuhhteessa elämisen on todettu olevan yhteydessä varhaisiin eläkeaikeisiin (Tuominen ym. 2010).

Johtamisen ja työntekijöiden eläkkeelle siirtymisen yhteyttä on tutkittu lisääntyvästi (esim. von Bonsdorff 2009, Laine ym. 2010, Manka & Nuutinen 2013, Järnefelt ym. 2014, van Solinge & Henkens 2014). Työntekoon motivoivan, innostavan ja työntekijöitä tukevan johtamistavan (esim. Laine ym. 2010, van Solinge & Henkens 2014) on koettu edistävän työssä jatkamista. Järnefeltin ja kumppaneiden (2014) tutkimuksessa erityisen merkityksellistä työssä jatkamiselle oli eri-ikäisten tasapuolinen kohtelu, mikä liittyy oikeudenmukaiseen johtamiseen (Lind & Tyler 1988). Vastaavasti epäoikeudenmukaiseksi koetun johtamisen on todettu lisäävän eläköitymisajatoksia (Heponiemi ym. 2008, Sulander ym. 2016). Marja-Liisa Mankan ja Sanna Nuutisen (2013) tutkimuksessa työyhteisön toimivuus ja ilmapiiiri olivat keskeisiä työssä jatkamiseen kannustavia tekijöitä (myös Laine ym. 2010, Pekka 2010). Seuraavaksi eniten työssä jatkamista edistivät mielekkäät työtehtävät, lähijohdon tuki ja kannustus sekä palkitsemisjärjestelmä. Kerstin G. Reeuwijk tutkijaryhmineen (2013) havaitsi eläkkeelle työntävinä tekijöinä osaamisen puutteellisen hyödyntämisen sekä hallowuuden koulutukseen ja osaamisen lisäämiseen. Työn stressaavuuden tai työtaakan on myös todettu lisäävän eläköitymisaikeita (mm. Elovainio ym. 2005).

Edeltävä katsaus osoittaa, että eläkkeelle siirtymiseen liittyvä tutkimus on sekä kansallisesti että kansainvälisesti monipuolista.

Tässä artikkelissa halutaan korostaa erityisesti ikääntyvien työntekijöiden omia näkemyksiä eläkkeelle siirtymisestä ja työssä jatkamisesta kategoria-analyysillä hyödyntäen. Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että joustavan eläkejärjestelmän taloudelliset kannustimet eivät yksinomaan riitä työssä jatkamisen motiivointikeinoiksi (Tuominen ym. 2010, Alasoini 2012). Kategoria-analyysillä on mahdollista nostaa esille ihmisten erilaisia arkielämän moraalisia järkeilytapoja (Juhila ym. 2012a ja 2012b), jotka vaikuttavat heidän päätöksiinsä työssä jatkamisesta ja eläkkeelle siirtymisestä.

## Aineisto

Artikkeli pohjautuu ESR-rahoitetussa Toimintakyvyn vaikutus työelämään (TOVA) -hankkeessa vuosina 2013–2014 toteutettuihin neljän yrityksen henkilöstöjen haastatteluihin. Yritykset olivat erikokoisia itäsuomalaisia teollisuus-, pankki- ja kaupan alan yrityksiä. Aineistoon otettiin mukaan ikääntyvien, vähintään 40-vuotiaiden, henkilöiden haastattelut, joiden käytölle tieteellisen artikkelin aineistona oli saatu haastateltavien lupa (n = 35).

Haastattelut toteutettiin (ensimmäinen kirjoittaja) yksilöhaastatteluina puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Teemat käsittelivät haastateltavien käsityksiä omasta työhyvinvoinnistaan ja tulevaisuuden näkymistään eläköitymisen ja jaksamisen osalta. Johtoasemassa olevilta haastatelluilta kysyttiin myös yleisesti työhyvinvoinnista ja eläköitymisestä yrityksessä. Haastattelut kestivät 20 minuuttia yhteen tuntiin, ja niistä kertyi litteroitua tekstiä (neljäs kirjoittaja) yhteensä 151 sivua.

Työnantaja määritteli kolmessa yrityksessä hankkeeseen, ja sitä kautta haastatteluun, osallistujat. Yhdessä yrityksessä henkilökunnan jäsenet ilmoittautuivat hankkeeseen itse. Haastatelluista 13 oli työntekijöitä ja 22 toimihenkilöitä, joista kaksi oli ylempiä toimihenkilöitä. Naisia oli 21 ja miehiä 14. Iältään haastatellut olivat 41–59-vuotiaita keski-ikä ollessa 51 vuotta.

Eniten (29 %) aineistossa oli 50–59-vuotiaita toimihenkilönaisia. Aineiston ainoat

ylemmät toimihenkilöt olivat 50–59-vuotiaita miehiä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna aineistosta huomattava osa (71 %) oli vanhemman ikäryhmän, 50–59-vuotiaiden, naisten ja miesten haastatteluja.

## Aineiston analysointi

Haastatteluaineisto analysoitiin jäsenkategorisoinnin analyysin (MCA) avulla. MCA on diskursiivisiin eli puheen tutkimuksen menetelmiin lukeutuva laadullinen analyysimenetelmä (Juhila 2004). Se pohjaa etnometodologiseen ajatukseen siitä, että ihmiset luokittelevat eli kategorisoivat jatkuvasti arkielämän toiminnassaan asioita ja ihmisiä. Käytetyt kulttuuriset kategoriat ovat kulttuuriin kuuluville jäsenille itsestäänselvyyksiä, joten kategorisointia tehdään olettaen, että vuorovaikutuksessa muut ymmärtävät asiat samalla tavalla. Tämä mahdollistaa arkisen vuorovaikutuksen. (Garfinkel & Sacks 1986, Juhila ym. 2012a.)

Analyysimenetelmän avulla on mahdollista selvittää, millaisia ominaisuuksia ja toimintoja eli kategoriapiirteitä kategorioihin liitetään (Antaki & Widdicombe 1998, Kinni 2011, Jokinen ym. 2012). Kun puhumme esimerkiksi eläkeläisestä, oletamme, että kuulijamme ymmärtää, mitä se tarkoittaa ja millaisia ominaisuuksia ja toimintoja eläkeläisenä olemiseen kuuluu. Eläkeläisen ajatellaan esimerkiksi olevan eläkeikäinen eikä hänen ajatella käyvän palkkatyössä, muutoin hän rikkoo moraalista kulttuurista järjestystä, minkä johdosta voi joutua selontekovelvolliseksi (Juhila 2012). Kategoriat sisältävät siis runsaasti päätelmiä niihin liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista (Jayyusi 1984, Sacks 1989, Juhila ym. 2012b).

Aineisto luettiin useaan kertaan ja siitä valittiin tarkempaan analyysiin kohdat, joissa haastateltavat puhuivat itsestään eläkkeelle siirtyjinä tai työelämästä pois jääjinä. Nämä aineistokohdat analysoitiin aineistolähtöisesti jäsenkategorisoinnin analyysillä. Aineistosta etsittiin työssä jatkamiseen ja eläkkeelle siirtymiseen liitettyjä piirteitä eli toimintoja, ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia.

Näiden perusteella nimettiin neljä kategoriaa, joiden jäsenillä on tietynlainen moraalinen asennoituminen työhön, eläkkeelle jäämiseen ja työuran jatkamiseen. Esimerkiksi aineistotteesta *"Kunhan tässä nyt pärjää ja pystyy velvoitteensa hoitamaan ja saa ruokansa"* voi päätellä, että puhujan moraalisen järjestyksen mukaisesti työssä käymisen tarkoituksena on lähinnä taloudellisen toimeentulon hankkiminen. Nämä piirteet sisältyvät kategoriaan, joka on tässä tutkimuksessa nimetty leiväntienaaajan kategoriaksi.

## Tulokset

Aineiston neljä kategoriaa nimettiin seuraavasti: leiväntienaaajat, velvollisuudentuntoiset, tekemistä tarvitsevat ja työstä nauttivat. Velvollisuudentuntoisia (13 henkilöä) ja leiväntienaaajia (12 henkilöä) oli haastatellussa joukossa eniten. Tekemistä tarvitseviin kategorisoitui kolme ja työstänsä nauttiviin kuusi haastateltavaa. Leiväntienaaajissa oli tasaisesti naisia sekä miehiä ja työntekijöitä sekä toimihenkilöitä. Velvollisuudentuntoisissa oli myös tasaisesti työntekijöitä ja toimihenkilöitä, yhdeksän naista ja neljä miestä. Tekemistä tarvitsevat olivat työntekijä- ja toimihenkilönaisia. Työstä nauttivat olivat kaikki toimihenkilöitä, sekä miehiä että naisia.

### Leiväntienaaajat

Leiväntienaaajat tekevät työtään lähinnä taloudellisen toimeentulon hankkimiseksi. Tähän kategoriaan kuuluva *"haluaa ruokaa ja rahaa"*, joten *"tuloja pitää olla työstä"*. Osa leiväntienaaajista ilmaisi työssä käymisen motiivinsa 52-vuotiaan miestyöntekijän tapaan hyvin suorasukaisesti: *"No, rahahan se ratkasee. Se on ainut työntöon motiivi mulla."*

Työllä on välineellinen merkitys, eikä työn sisältöä tai sen kehittämistä nähdä itselle tärkeänä. Ei haittaa, vaikka työ onkin jo uran mittaan muodostunut rutiinimaiseksi suorittamiseksi. Tärkeämpää on, että työtä ja siitä saatavaa toimeentuloa on, kuten käy ilmi seuraavasta 50-vuotiaan miestyöntekijän haastattelukatkelmasta.

*"Työtehtävät on jo rutiinia, ei ne sillä tavalla anna, että ne nyt vaan suoritetaan nimimerkillä alta pois."*

*"Kaipaisitko haasteita tai jotain uutta?"*

*"No ei välttämättä, minä oon ihan tyytyväinen tähän tilanteeseen. Toivottavasti vain talossa riittää töitä jatkosakin."*

Koska taloudellisen toimeentulon hankkiminen on oleellista, on tärkeää, että töitä riittää. Leiväntienaajat nostivatkin esille huolensa työn jatkumisesta. Lisäksi, jotta töissä jaksaisi käydä, on oman työkyvyn säilyttävä. Haastateltavat toivat esille iän tuomat vaivat ja lisääntyneen töistä palautumisen tarpeen. Työelämän vaatimusten koetaan kasvaneen. Kuntoutus nähdäänkin tärkeänä, jotta elannon ansaitseminen olisi mahdollista. Seuraavassa katkelmassa 50-vuotias miestyöntekijä pohtii jaksamista:

*"Nyt on herätty tähän jaksamiseen. Kaikkien pitäisi päästä jonkinlaiseen rätätälöityyn kuntoutukseen, koska meidän halutaan olevan työkykyisiä mahdollisimman pitkään. Sitä ei edistetä vain eläkeikää nostamalla tai vähentämällä mahdollisuutta sapativuoteen."*

Leiväntienaajalle työelämässä jatkaminen eläkeiän jälkeen ei ole vaihtoehto. Häntä *"eläkeiän nosto ei kiinnostaa"* ja hän haluaa eläkeiän saavutettuaan nauttia, *"jos siihen asti ollut töissä, niistä eläkepäivistäkin terveenä ja hyvässä kunnossa"*.

Leiväntienaajalla on palkkatyön lisäksi toinenkin mahdollisuus hankkia elantonsa: lottovoitto. Seuraava 50-vuotiaan miestyöntekijän kommentti kuvastaa leiväntienaajien suhtautumista työuran jatkamiseen: *"Arvaa, jääkö eläkkeelle heti, jos saisin lottovoiton!"*

Päätöksenteko ei kuitenkaan ole yksioikoista, ja osa lottovoitosta haaveilevista epäroikin työelämästä kokonaan luopumista elämän säännöllisyyden ja sosiaalisten tekijöiden takia:

*"Jos saisi rahaa, niin varmaan jäisi heti (pois töistä). Ei kokonaan. Säännöllisyys pitää ihmisen kasassa ja terveenä."*

Yllä oleva 55-vuotiaan miestoimihenkilön pohdinta kuvaa hyvin, kuinka ihmiset sijoittelevat itseään ja toisiaan eri kategorioihin ja niistä pois (Billig 1996). Puntarointi johtaa harkitsemaan ristiriitaisiakin vaihtoehtoja. Seuraavassa haastattelukatkelmassa lottoaamisesta kertonut 45-vuotias naistoimihenkilö miettii vaihtoehtojaan:

*"Jäisitkö, jos saisit lottovoiton ensi lauantaina, kokonaan pois töistä?"*

*"En, jotenkin tuntuu, että tämä on henkireikä. Tosin voisin ruveta neuvottelemaan vuorotteluvapaita tai jotakin lyhennettyä työaikaa tai tämmöstä. Mutta en mä usko, että jäisin pois kokonaan. Sen mitä on näitä lomautuksia ollut, kyllä se on niin välillä orpo olo ollut, kun ei oo työkavereita nähnyt, ne on semmonen toinen perhe."*

Leiväntienaajan suhtautumista työhön kuvastaa, että työ nähdään vain yhtenä tekijänä elämän kokonaisuudessa. *"Työ on vain osa elämää"*, kuten eräs 50-vuotias miestyöntekijä totesi. Harrastusten merkitystä elämässä korostetaan. *"Paljon harrastuksia, ei aika nyt riitä"*, totesi eräs haastateltava, ja toinen: *"Siis se vapaa-aika on mulle se tärkeä"*. Harrastusten ja vapaa-ajan tärkeyden korostuminen on ymmärrettävää, jos työllä ei ole merkitystä elämän sisältönä.

Leiväntienaajat kertoivat käyvänsä töissä ansaitakseen elantonsa, eikä työ rakennu heille sisällöllisesti merkitykselliseksi. Huoli työkyvyn säilymisestä ja jaksamisesta eläkeikään saakka liittyy huoleen taloudellisesta toimeentulosta. Kategoriaan liittyvän moraalisen järkeilyn mukaan työ ei saa olla liian tärkeällä sijalla ihmisen elämässä. Töiden jatkamista varsinaisen vanhuuseläkeiän savuttamisen jälkeen ei siten nähdä tavoiteltavana vaihtoehtona. Lottovoitto mahdollistaisi työelämästä pois jäämisen jo ennen eläkeikää.

Tästä moraalisesta järjestyksestä poikkeamista puolustetaan selonteilla siitä, kuinka työ tuo elämään säännöllisyyttä ja työyhteisö tarjoaa sosiaalista vuorovaikutusta ja ryhmän jäsenyyttä.

### Velvollisuudentuntoiset

Velvollisuudentuntoisen kuuluu mielestään käydä töissä siihen asti, kuin on säädetty. Näin toimiminen nähdään luonnollisesti olemassa olevana elämän tosiasiana – niin luonnollisena, että sitä ei edes pohdita tai kyseenalaisteta (Juhila 2012a). Seuraavissa aineisto-otteissa on 50- ja 51-vuotiaiden työntekijänaisten ajatuksia työelämässä jatkamisesta vanhuuseläkeikään saakka.

*”En minä ole ajatellut, että haluanko minä olla vai enkö minä halua olla. Eikös sitä yleensä olla? Olen pitänyt itsestään selvyytenä, että sitä ollaan.”*

*”Koska on se työvelvollisuus, kyllä mä haluaisin terveenä olla, että sais tehdä työvuodet täyteen.”*

Eläkejärjestelmä kulttuurisena moraalise-  
na instituutiona rakentaa voimakkaasti vel-  
vollisuudentuntoisten suorittajien ajatusta sii-  
tä, että on oikeutettua siirtyä pois työelämäs-  
tä vasta eläkeikäisenä. 63 vuoden eläkeikära-  
ja toistui velvollisuudentuntoisten puheessa.  
Vanhuuseläkeikä on selkeä rajapyykki, joka  
oikeuttaa ihmisen siirtymisen työssä käyvän  
kategoriasta eläkkeellä olevan kategoriaan.

Velvollisuuden täyttäjät odottaa, että palk-  
kiona uurastuksesta hän saa nauttia eläkkees-  
tä hyväkuntoisena. 50-vuotias naistyönteki-  
jä pohti:

*”Sitten se on sallittua se semmonen,  
minun päässä sallittua, vielä ei ole. Tä-  
män ikäisenä ei ole vielä sallittua, et-  
tä on poissa töistä. Mutta 63-vuotiaa-  
na, vähäkö on mukava jäädä eläkkeelle.  
Hyvinvoivana ehkä matkustella, olla.”*

Työuran jatkaminen ei houkuttele vel-

vollisuudentuntoistakaan. Oikeutta eläkkeel-  
lä oloon perustellaan 57-vuotiaan miestoimi-  
henkilön tapaan velvollisuuden täyttämistä  
pitkällä työuralla:

*”Mä oon alottanu 16-vuotiaana työn-  
teon, mulla on yli 40 vuotta työhisto-  
riaa takana. Sitä oon miettinytkin ai-  
na, että kun pääministeri puhuu, että  
työurat pitäis pidentää, niin että jos mä  
oon siihen 63, niin mulle tulee työhis-  
toriaa lähes 46 vuotta. Kyllä siinä luu-  
lis jo yhdelle miehelle olevan.”*

Ennen varsinaista vanhuuseläkeikää työ-  
elämästä pois jääminen rikkoo moraalista  
järjestystä ja vaatii selontekoja. Perheeseen  
liittyvät hoivavelvollisuudet riittävät ohitta-  
maan työntekovelvollisuuden. Hoivavelvoit-  
teesta puhuneet haastateltavat olivat seura-  
van katkelman 50-vuotiaan toimihenkilön ta-  
paan kaikki naisia:

*”Jos mun mies sairastus, ja sit haluis  
viettää yhteistä aikaa. Puhumattakaan  
jos lapsille tai lapsenlapsille jotain sat-  
tus. Perhe on tosi tärkeä, ja jos jotain  
tämmöstä perhesyytä olis, niin silloin  
mä kyllä työstä irrottaudun.”*

Lisäksi ”liian aikaiselle” työelämästä ve-  
täytymiselle tarjottiin perusteluna oikeutta  
nauttia ansaitusta vapaudesta terveenä työ-  
uran jälkeen. Velvollisuutta pysyä työelämäs-  
sä ja oikeutta nauttia ansaitusta vapaasta pun-  
taroitiin 58-vuotiaan naistoimihenkilön ta-  
paan:

*”Voisiko kuusikymppisenä olla sopiva  
ikä jäähä, kun sitä ajattelee, kun on  
joitakin tapauksia tuttavapiirissä, että  
sitten kun eläkeikä koittaa, niin sit-  
tenpä siitä ei kerree nauttia, tai jo en-  
nen sitä terveys pettää taikka jopa kuo-  
lema tulee? Niin sit aina miettii sitä,  
että entäs jos jäiskin jo aiemmin, että  
kerkeis nauttia.”*

Velvollisuudentuntoisten eläkeratkaisuihin vaikuttaa lähinnä eläkeikäraja. Heidän työssä jatkamiseensa vaikuttaa tämän perusteella eniten se, mihin eläkeikäraja yhteiskunnassa asetetaan. Tämä moraalinen järjestys kuitenkin rakoilee, ja velvollisuudentuntoistenkin tulkitsee muuttuvia elämäntilanteitaan ja arvojärjestyksensä (Juhila ym. 2012a). Velvollisuudentuntoiset tuovat voimakkaasti esille terveyden merkitystä sekä ennen että jälkeen eläkeiän.

### Tekemistä tarvitsevat

Tekemistä tarvitsevien puheessa korostui työssä käymisen merkitys elämään rutiineja ja mielekkyyttä rakentavana sekä sosiaalisia suhteita ylläpitävänä tekijänä. Tekemistä tarvitsevat kertoivat, että ovat lapsesta saakka tottuneet siihen, että aina on jotain tehtävää, kuten 46-vuotias naistoimihenkilö kuvailee:

*”Jotainhan sitä pitää tehdä, että saa päivän kulumaan sillä lailla sujuvasti ja hyvin, ja on mielekästä tekemistä. Pienestä pitäen tottunut tekemään töitä. Kyllä mulla varmaan tekemistä ois kotonakin, mutta se vois käydä yksitoikkoseks. Kun sä oot töissä ja jossain yhteisössä mukana, sulla on siellä erilaisia ystävyysuhteita ja muita. Se tuo niin erilaisen sisällön elämään, ja toisaalta pysyy sitten päivässä rytmikin.”*

Tekemistä tarvitsevat eivät puhuneet aineistossa työn sisällöstä. Tärkeämpää on työssä käyminen arjen jäsentäjänä ja kuuluminen työyhteisöön. Myös hoiva on heille mielekäs vaihtoehto, se on tässäkin kategoriassa naisten asia. Seuraavan katkelman 57-vuotias naistoimihenkilö odotti lastenlapsia hoidettavaksi ja kokee vanhempien hoitamisen velvollisuudeksi.

*”Oon aina sanonu, että jos minulle tulee lastenlapsia, niin sitten vois olla semmonen vaihtoehto, että jos siellä tarvii hoitajaa, et mikä ettei sitten vaikka osa-aikaistakin eläkettä tai jotain. Vanha isäni asuu [X:ssa], käyn siellä*

*joka toinen viikonloppu, hoidan hänen asioitaan. Semmonen tehtävä on.”*

Tekemistä tarvitsevat haluavat olla töissä eläkeikänsä, eikä tekemisen tarve johda työuran jatkamiseen. Jaksaminen ja terveys nostettiin esille tässäkin kategoriassa. Seuraavan haastattelukatkelman 50-vuotias naistyöntekijä pohti erilaisia mahdollisuuksia:

*”Minä oon aatellu, että aina oon ollut niin pienipalkkasessa työssä, että eläke ei ois iso, jos joutuis aikasempaan jäämään. Että kyllä rahallisestikin oon ihan siihen loppuun asti.”*

*”Mikä olisi tarpeeksi hyvä tai riittävä syy jäädä ennen sitä?”*

*”Sairaus. Jos et jaksais tai et pysty tekemään. Tai sitten joku läheinen jos sairastuu ja se tarvii, niin se on taas sitten eri asia. Mutta en muuten.”*

Työ ja työyhteisö ovat tekemistä tarvitseville yksi vaihtoehto mielekkäiden tekemisten joukossa. Joutilaisuutta ei nähdä hyvänä asiana. Työssä pysymisen velvollisuus sinällään tai palkkatulojen tarve ei korostunut heidän puheessaan niin voimakkaasti kuin velvollisuudentuntoisilla tai leiväntienaaajilla. Mikäli tarjolla olisi muuta mielekästä tekemistä, se voisi korvata palkkatyön. Läheisten hoitaminen näyttäytyy sellaisena palkkatyön vaihtoehtona. Eläkeiän jälkeen heidän eivät ole valmiita jatkamaan työssä.

### Työstä nauttivat

Työstä nauttivalle työllä sinällään on merkitystä. Ammattitaito ja uralla kehittyminen rakentavat työn merkityksellisyyttä.

*”Kun aamulla herätään ja töihin lähetään, niin sen pitää olla mielekästä ja semmonen tuntu, että menee mielellään työpaikalle. Se onni ollut, kun pitkä ura, että työtehtävät ovat vaihtuneet. Sitä kautta en ole millonkaan kokenu semmosta uupumisen tunnetta. Päinvastoin, hyvin on mielenkiintoisia teh-*



täviä ollut. Minä tykkään työstä, minä nautin. Ja sitten, kun päivät ei oo sitä konttorityöaika, niin sinä jaksat sen kautta, kun sinä koet sen työn mielekkäänä. Kaikki muu tulee sitten siinä mukana. Kovaa ammattitaitoa vaatii.”

”Oikeestaan aina oon ollu hirveen tyytyväinen työhöni. Että en tiedä sitten, jos etenemismahdollisuuksia ei ois ollu. Se on minusta itsestäni kiinni, että oon lähteny niihin haasteisiin.”

Yllä olevien otteiden ylempi toimihenkilö mies ja toimihenkilönäinen ovat ylpeitä ammattitaidostaan, aikaansaannoksistaan ja uskaltautumisestaan haasteisiin. Työssä on saatu aikaan ja edetty. Taloudellisista tekijöistä ei puhuta työn ensisijaisena motiivina. Toimihenkilö mies totesi: ”*Ei se raha oo ainut autuus tässä maailmassa, ei missään muotoa*”. Työ sisältöineen tuntuu luovan heille hyvinvointia ja lisäävän jaksamista.

Työelämä on haasteellista, mutta koska se on niin mielekästä ja motivoivaa, siitä ei silti haluta luopua. Työstänsä nauttiva henkilö voikin olla hyvin vastuullisessa ja paineisessa asemassa, mutta motivaatio voittaa paineet: ”*On tekijöitä, jotka motivoi. Kun on synkkää, ajattelee, että pääsis [eläkkeelle]. [Työ on] stressaavaa, superstressaavaa.*”

Työstä nauttiva haluaa tehdä mielekästä työtä, jolla on merkitystä – ja jatkaa tällaista työtä vanhuuseläkeikärajaa ylikin. Hän on ylpeä ammattitaidostaan ja uskoo, että se voi kehittyä vielä ikääntyvänäkin niin, että siitä on hyötyä työnantajalle, kuten seuraavat nais-toimihenkilöt kuvasivat:

”*Mä tykkään työstäni ja oon jopa aatelut, että jos terveys on yhtä hyvä kuin nyt ja muuta, voin jatkaakin ihan sillä tavalla kun itse haluan, jos se on mahdollista. Asiakkaiden kanssa työskenteleminen on niin antoisaa, ja nytkin on jo hyvä ammattitaito, niin luulen, että siitä on paljonkin hyötyä.*”

”*Pystyn, pystyn sinällään [kuvittelemaan, että jatkaa töissä 68-vuotiaaksi]. Et jos vain kokee, että sillä, mitä tekee on merkitystä. Silleen en halua missään nimessä jäädä ikään kuin vaan roikkumaan. Että mä haluan olla töissä, mutta silleen mitään merkitystä työnantajan kannalta, niin en mä selasta halua.*”

Työstä nauttivat pystyvät vaikuttamaan työhönsä ja arvostavat sitä mahdollisuutta. He puhuivat itseään oman elämänsä vaikuttajiksi. Terveytesä he eivät kuitenkaan katsooneet voivansa täysin vaikuttaa. Ylempi mies-toimihenkilö mietti: ”*Pahin vaihtoehto, että terveys ei kestä.*”

Työstä nauttivan moraaliseen kulttuuriin järjestykseen kuuluu, että työssä kehitetään ja jaksetaan yrittää raskainakin aikoina. Työhön suhtaudutaan antaumuksellisesti, omaa ammattitaitoa arvostetaan ja kehitetään, myös ikäännyttäessä. Asioihin voidaan vaikuttaa itse. Työstänsä nauttijat ovat tässä aineistossa toimihenkilöitä tai ylempiä toimihenkilöitä. Heille varsinainen eläkeikä ei ole itsestään selvä rajapyykki eläkkeelle siirtymiseen. Mielekäs ja merkityksellinen työ, johon voi itse vaikuttaa, kokemus, että on hyödyksi työnantajalle, ja mahdollisuudet kehittyä ja edetä työssä edistävät tämän ryhmän pysymistä työelämässä ja jatkamista eläkeiän jälkeen. He ovat aineiston ainoa ryhmä, joka ilmaisi halua jatkaa työelämässä varsinaisen eläkeiän jälkeen – mikäli terveyttä riittää.

## Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli analysoida, millaisina tutkimuksen ikääntyvät työntekijät näkevät itsensä eläkkeelle jääjinä tai työssä jatkajina. Lisäksi tavoitteena oli tarkastella, miten työkykyyn, terveyteen tai kuntoutukseen liittyvät teemat tulevat esille haastateltavien puheissa. Haastatellut yli 40-vuotiaat tulivat neljästä eri yrityksestä yhden maakunnan alueelta. He olivat sosioekonomiselta taustaltaan lähinnä työntekijöitä tai toimihenkilöitä – joukossa oli vain kaksi ylempää toimihen-



kilöä. Haastattelut osoittivat, että he jäsentävät eri tavoilla suhdettaan työhön, eläköitymiseen ja jäljellä olevaan työuraan. Analyysissä haastateltavat sijoittuivat tämän suhteen neljään kategoriaan eli leiväntienaajiin, velvollisuudentuntoisiin, tekemistä tarvitseviin ja työstä nauttiviin. Ainoastaan työstä nauttivat toimihenkilöt olivat kiinnostuneita jatkamaan työelämässä eläkeiän jälkeen. Puheissa tuotiin esille terveyden, työssä jaksamisen ja työyhteisön merkitys jatkamiselle.

Saatuja tutkimustuloksia on mahdollista suhteuttaa aikaisempaan tutkimusnäyttöön työelämästä työntävistä ja eläkkeelle vetävistä tekijöistä tai Barnes-Farrellia (2003) soveltaen työelämään vetävistä tekijöistä. Leiväntienaa- jien osalta kytkös aikaisempaan tutkimukseen on selkeä. Heidän osaltaan työssä jatkaminen on keskeisesti yhteydessä taloudelliseen tilanteeseen (ks. Beehr 1986, Gaillard & Desmette 2008, Dufva 2012, Perkiö-Mäkelä ym. 2012). Ansiotulojen välttämättömyys pitää leiväntienaaajan työelämässä, muu tapa saada elantoa, esimerkiksi lottovoitto, vetäisi eläkkeelle. Työyhteisön toimivuus ja ilmapiiri voivat vahvistaa tähän ryhmään kuuluvien henkilöiden työssä jaksamista eläkeikään saakka (ks. Manka & Nuutinen 2013), samoin kuin työkyvyn ylläpitäminen ja työhyvinvoinnin kehittäminen (ks. Salokangas ym. 2005, Karisalmi ym. 2008, Väänänen-Tomppo 2010, de Wind ym. 2013). Tässä ryhmässä tarvitaan kuntoutusta työkyvyn ylläpitoon ja työn räätälöintiin taloudellisen toimeentulon varmistamiseksi.

Velvollisuudentuntoisuus ei ole korostunut aikaisemmassa tutkimuksessa työelämään vetävänä tekijänä. Tässä tutkimuksessa kolmasosa haastateltavista korosti selkeästi velvollisuuttaan jatkaa asetettuun normiin eli eläkeikään asti. Tämän ryhmän osalta todennäköisesti myös jatkossa virallinen eläkeikä määrittää eläkkeelle siirtymistä. Velvollisuudentuntoiset olivat tässä pienessä haastattelujoukossa lähinnä 50–59-vuotiaita naisia. Tutkimuksen muidenkin tulosten tapaan tämäkin tulos on aineistosta ja tutkimusmenetelmästä johtuen kontekstisidonnainen, joten sen yleisyyttä olisi kiinnostavaa tarkastella laajalla pitkäaikaistutkimuksella. Tässäkin ryhmässä terveyttä edistävä ja työky-

kyä ylläpitävä toiminta sekä niiden lisäksi joustava työaika auttaisivat pysymään työelämässä ainakin vanhuuseläkeikään saakka.

Haastatelluista edellä käsiteltyjä ryhmiä pienempi osa jäseni itsensä tekemistä tarvitseviin tai työstä nauttiviin. Näissä molemmissa ryhmissä tekemisellä on keskeinen rooli yksilön elämässä. Tekemistä tarvitsevien ryhmässä on mahdollista, että tekeminen suuntautuu muuhunkin kuin työhön. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että moraalinen velvoite hoivaan on edelleen varsin vahva, ja suurimman osuuden kaikista hoivasta tekevät läheiset ja omaiset palkatta (Anttonen ym. 2009, Anttonen & Zechner 2009). Hoiva-velvollisuus voikin vetää tekemistä tarvitsevan lisäksi velvollisuudentuntoisen pois työelämästä. Joustavat työelämäratkaisut mahdollistaisivat työelämässä jatkamisen. Työstä nauttiville työn sisältöön, johtamiseen ja kehittämismahdollisuuksiin liittyvillä panostuksilla on todennäköisesti suurempi merkitys työssä jatkamiselle kuin tutkimuksen muille kategorioille (ks. Manka & Nuutinen 2013). Mielekkääksi koettuun työhön voi liittyä stressiä aiheuttavia tekijöitä, joihin tulisi pystyä vaikuttamaan varhaisessa vaiheessa.

Yllättävä tulonlähde, kuten lottovoitto, rakentaa tässä tutkimuksessa haavetta toimeentulosta ja valinnanmahdollisuuksista. Lottovoitto näyttäytyy voimakkaana työelämästä pois työntävänä tekijänä. Toisaalta puhe lottovoitosta nostaa näkyville ristiriitaisuutta ja pohdintaa, jota työelämästä vetäytymiseen yksilötason päätöksenteossa liittyy. Vaikka saisin lottovoiton eikä työllä ole minulle sisällöllistä merkitystä, haluaisinko kuitenkin jäädä pois työstä ja luopua sen tuomasta rutiinista ja työyhteisöstä? Monitahoisuus ilmeni analyysitasollakin, sillä saman haastateltavan puheesta oli löydettävissä piirteitä eri kategorioista. Kategoriat eivät ole valmiiksi annettuja vaan puheessa rakentuneita ja tutkijoiden nimeämiä sen perusteella, mitkä toiminnot ja merkitykset nousivat voimakkaimmin esiin haastatteluaineistosta (Ju-hila ym. 2012b).

Kokonaisuudessaan tämä tutkimus osoittaa aikaisempien tutkimusten tapaan, ettei

työssä jatkamista ja eläkkeelle siirtymistä voi arvioida yhdestä näkökulmasta (ks. Perhoniemi 2016). Työelämässä jatkamiseen liittyvät kannustimet ovat erilaisia työhön ja eläköitymiseen eri tavoilla suhtautuvilla. Täten myös kannustejärjestelmiä ja -ohjelmia sekä työelämässä jatkamiseen tähtäävää kuntoutusta pitäisi pystyä henkilökohtaistamaan työntekijöiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, huomioimaan varhainen mukaantulo ja työelämäintegraatio (ks. Aalto ym. 2015, Vainiemi 2015) sekä monialaisten toimijoiden vahva kuntoutuskumppanuus (ks. Hinkka ym. 2015). Työurien pidentämisen kannalta korostuu työhyvinvointijohtaminen (Karttunen ym. 2017). Tutkimustuloksina saatuja kategorisointeja on mahdollista käyttää yksilöiden henkilökohtaistettua kuntoutusta suunniteltaessa. Tällöin syntyisi myös mielekkäitä tutkimuskohteita kannustejärjestelmien ja -ohjelmien sekä kuntoutuksen vaikuttavuudesta eri kategoriarhmissä.

**Tulosten merkitys:** Työelämässä jatkamiseen liittyvät kannustimet ovat erilaisia työhön ja eläköitymiseen eri tavoilla suhtautuvilla. Siksi kannustejärjestelmiä ja kuntoutusta työelämässä jatkamiseen tulisi räätälöidä ennalakoivasti sekä yksilöiden erilaisten tarpeiden mukaisesti. Tämä haastaa erityisesti työhyvinvoinnin johtamista.

### **Tiivistelmä**

Ikääntyvien työurien odotetaan pitenevän niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Aikaisempi tutkimus on tarkastellut monipuolisesti työurien pitenemiseen yhteydessä olevia yksilö- ja organisaatiotason tekijöitä. Tässä artikkelissa kuvaamme jäsenkategorisoinnin analyysin keinoin, millaisina ikääntyvät työntekijät näkevät itsensä eläkkeelle jääjinä tai työssä jatkajina. Lisäksi tarkastelemme, näkyvätkö työkykyyn, terveyteen tai kuntoutukseen liittyvät teemat kategorisoinneissa. Tavoitteena on

ymmärtää työelämässä jatkamiseen tai eläkkeelle siirtymiseen liittyviä tekijöitä yksilöiden näkökulmista.

Aineistona oli 35 yli 40-vuotiaan työntekijän tai toimihenkilön haastattelua neljästä eri yrityksestä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti jäsenkategorisoinnin analyysillä. Aineistosta löytyi neljä tapaa järkeillä suhdetta työhön ja eläköitymiseen: leiväntienaajien, velvollisuudentuntoisten, tekemistä tarvitsevien ja työstä nauttien. Nämä kategoriat sisältävät myös käsityksiä työkyvyn ja kuntoutuksen merkityksestä.

Ainoastaan työstä nauttivat ovat kiinnostuneita jatkamaan työuraa eläkeiän jälkeen. Heille työn sisällöllä on suuri merkitys. Leiväntienaajille työllä on välineellinen merkitys toimeentulon lähteenä – jonka myös lottovoitto toisi. Velvollisuudentuntoisille työelämässä pysyminen asetettuun eläkeikärajaan saakka näyttäytyy itsestäänselvytyksenä. Tekemistä tarvitsevilla taas esimerkiksi omaisten hoivaaminen voisi korvata työelämän.

Eri kategorioissa tehdään päätöksiä työssä jatkamisesta erilaisin perustein. Kaikissa kategorioissa tuotiin kuitenkin esille terveyden, työssä jaksamisen ja työkyvyn merkitys. Tutkimuksessa on tärkeä keskittyä arvioimaan erilaisten kannusteiden merkitystä työssä jatkamiselle erilaisissa ryhmissä. Jaksamisen tukemiseen sekä työkyvyn ylläpitoon ja parantamiseen tarvitaan henkilökohtaistettuja ratkaisuja.

*Avainsanat:* työssä jatkaminen, eläkkeelle siirtyminen, ammatillinen kuntoutus, jäsenkategorisoinnin analyysi

## Abstract

### *Ageing employees reasoning work and retirement*

Working careers of ageing employees are expected to extend in Finland, as well as internationally. Previous research has revealed various factors on individual and organisational level that have an impact on longer working careers. This article describes how ageing employees see themselves as retiring or continuing at work by the means of category analysis. It also explores if the themes of work ability, health or rehabilitation are found in categorisations. The aim of the study is to understand factors related to retiring or continuing work from the individual point of view.

The data consists of 35 interviews of employees 40 years of age or above in four enterprises. Data were analysed data-driven by membership category analysis. Four different ways to reason one's attitude to work and retirement were found: those of breadwinners, dutiful ones, those who need activities and those who enjoy working. These categories also include perceptions on the significance of an ability to work and rehabilitation.

Only those who enjoy working are interested to continue in working life beyond their retirement age. The content and meaning of work is very important to them. To a breadwinner work is instrumental in earning one's living – which would also be fulfilled by winning in lottery. Dutiful ones think it is self-evident to stay in working life until the institutional retirement age but not beyond. Those who need activities could compensate paid work for caring.

People in different categories make decisions on continuing in working life on different grounds. However, the significance of health, coping at work and ability to work were mentioned as

decisive factors in all categories.

It is suggested that it is important to focus on evaluating the meaning of incentives for continuing work in different groups. In addition, personalised solutions are needed in supporting workers to cope at work and also in maintaining and improving their working ability.

Relevance of the results: Categories include different moral views on continuing working careers and retirement, and it is possible to use categorisations in planning personalised rehabilitation for individual employees. This creates challenges for welfare management.

*Keywords:* continuing at work, retirement, vocational rehabilitation, membership category analysis

**Riitta-Liisa Kinni, YTT, yliopistonlehtori, Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto**

**Helena Taskinen, FT, yliopistotutkija, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto**

**Elsa Paronen, FT, projektipäällikkö, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto (3.10.2016 alkaen muutosjohtaja, Pohjois-Savon Liitto)**

**Katja Pesonen, KTM, projektitutkija, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto (1.8.2015 alkaen taloussihteeri, Itä-Suomen yliopiston talouspalvelut)**

**Sari Rissanen, YTT, TtL, dekaani, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto**

## Lähteet

- Aalto A-M, Heponiemi T, Elovainio M, Vehko T, Syrjä V (2015) Työssä, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä tapahtuneet muutokset työhölkuntoutujilla. *Kuntoutus* 37, 3, 11–27.
- Aalto A-M, Hurri H, Järviskoski A, Järvisalo J, Karjalainen V, Paatero H, Pohjolainen T, Rissanen P (toim.) (2002) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen kannattavuudesta. STAKES, Raportteja 267, Helsinki.
- Alasoini T (2012) Eväitä työssä jatkamiseen: kuinka

- suomalaisten työurat saadaan jatkumaan pidempään? Työpoliittinen Aikakauskirja 1:21–32.
- Ammatillinen KIILA-kuntoutus työssäoleville. KE-LA. <http://www.kela.fi/kiila-kuntoutus> Luettu 6.4.2017.
- Antaki C, Widdicombe S (1998) Identity as an Achievement and as a Tool. Teoksessa C Antaki, S Widdicombe (toim.) Identities in Talk. Sage, London.
- Anttonen A, Valokivi H, Zechner M (2009) Johdanto. Teoksessa A Anttonen, H Valokiva, M Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Vastapaino, Tampere.
- Anttonen A, Zechner M (2009) Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa A Anttonen, H Valokivi, M Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Vastapaino, Tampere.
- Barnes-Farrell JL (2003) Beyond Health and Wealth Attitudinal and Other Influences on Retirement Decision-Making. In GA Adams, TA Beehr (toim.) Retirement: Reasons, Processes, and Results. Springer Publishing Company, New York.
- Beehr TA (1986) The process of retirement: A review and recommendations for future investigation. *Personnel Psychology* 39, 1, 31–55.
- Billig M (1996) Arguing and thinking. A rhetorical approach to social psychology. Cambridge University Press, Cambridge.
- De Wind A, Geuskens GA, Reeuwijk KG, Westerman MJ, Ybema JF, Burdorf A, Bongers P, Van der Beek AJ (2013) Pathways through which health influence early retirement: a qualitative study. *BMC Publ Health* 13, 292, 1–9. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-292.pdf> Luettu 24.6.2015.
- Dufva H (2012) Eläkkeelle siirtymisen kynnyksellä – Eläkkeellesiirtymisilmion monitasoinen tarkastelu. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Kuopio.
- Elovainio M, Forma P, Kivimäki M, Sinervo T, Sutinen R, Laine M (2005) Job demands and job control as correlates of early retirement thoughts in Finnish social and health care employees. *Work Stress* 19, 84–92.
- Gaillard M, Desmette D (2008) Intergroup predictors of older workers' attitudes towards work and early exit. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 17, 4, 450–481.
- Garfinkel H, Sacks H (1986) On formal structures of practical actions. Teoksessa G Harold (toim.) Ethnomethodological studies of work. Routledge & Kegan Paul, London and New York.
- Gould R, Koskinen S, Sainio P, Blomgren J, Kivekäs J, Ilmarinen J, Husman P, Seitsamo J (2012) Työkyky. Teoksessa S Koskinen, A Lundqvist, N Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Heponiemi T, Kouvonen A, Vänskä J, Halila H, Sinervo T, Kivimäki M, Elovainio M (2008) Health, psychosocial factors and retirement intentions among Finnish physicians. *Occupational Medicine* 58, 406–412.
- Hinkka K, Aalto L, Toikka T (2015) Uudenlaisen Kellan työhönkuntoutukseen. Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134, Kela, Helsinki.
- Huhtanen P, Tuomi K (2006) Työ ja työkyky vakavien eläkeajatusten ennustajina: seurantatutkimus kunta-alalla 1981–92 sekä eläke ajatusten toteutuminen 1997. *Työ ja ihminen* 20, 1, 22–41. [http://www.ttl.fi/fi/tyo\\_ja\\_ihminen/Documents/Tyojaihminen\\_1\\_2006.pdf](http://www.ttl.fi/fi/tyo_ja_ihminen/Documents/Tyojaihminen_1_2006.pdf) Luettu 15.5.2017.
- Jayyusi L (1984) Categorization and the Moral Order. Routledge & Kegan Paul, Boston, London, Melbourne and Henley.
- Jokinen A, Juhila K, Suoninen E (2012) Esipuhe ja lukuohje. Teoksessa A Jokinen, K Juhila, E Suoninen (toim.) Kategoriat, kulttuuri ja moraali. Vastapaino, Tampere.
- Juhila K (2004) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia. *Janus* 12, 2, 155–183.
- Juhila K (2012) Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa A Jokinen, K Juhila, E Suoninen (toim.) Kategoriat, kulttuuri & moraali. Vastapaino, Tampere.
- Juhila K, Jokinen A, Suoninen E (2012a) Kategorianalyysin juuret. Teoksessa A Jokinen, K Juhila, E Suoninen: Kategoriat, kulttuuri & moraali. Vastapaino, Tampere.
- Juhila K, Jokinen A, Suoninen E (2012b) Kategorianalyysin teesit. Teoksessa A Jokinen, K Juhila, E Suoninen: Kategoriat, kulttuuri & moraali. Vastapaino, Tampere.
- Järnefelt N (2010) Education and Longer Working Lives. A longitudinal study on education differences in the late exit from working life of older employees in Finland. *Studies* 1. Finnish Centre for Pensions, Helsinki.
- Järnefelt N, Perhoniemi R, Saari P (2014) Työolot ja eläkeajatukset 2013. Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen raportteja 08, Helsinki.
- Kannisto J (2016) Eläkkeellesiirtymisikä Suomen työeläkejärjestelmässä. Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 03, Helsinki.

- Karisalmi S, Tuominen E, Kaliva, K (2008) Eläkeaikomukset ja eläkkeellesiirtyminen – Seurantatutkimus Joustava eläkeikä -tutkimuksen aineistosta. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Karttunen A, Sipponen J, Tukiainen T, Taskinen H, Hakulinen H, Kesti P, Laaksonen M, Lammin-takanen J (2017) Työhyvinvoinnin johtaminen. Käytäntöjä ja kokemuksia ELVO-hankkeesta. Publications of the University of Eastern Finland, General Series No 20, University of Eastern Finland, Kuopio. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2446-9/urn\\_isbn\\_978-952-61-2446-9.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2446-9/urn_isbn_978-952-61-2446-9.pdf) Luettu 26.9.2017.
- Kauppinen T, Mattila-Holappa P, Perkiö-Mäkelä M, Saalo A, Toikkanen J, Tuomivaara S, Uuksulainen S, Viluksela M, Virtanen S (toim.) (2013) Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kinni R-L (2011) Jäsenkategorisoinnin analyysi palvelutarpeen määrittelyssä. *Janus* 19, 1, 20–35.
- Kuoppala J, Lamminpää A (2008) Rehabilitation and work ability: A systematic literature review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 40, 796–804.
- Laine M, Laakso S, Wickström G (2010) Yli 50-vuotiaiden valmius jatkaa sosiaali- ja terveydenhuollon työssä. *Työelämän tutkimus* 8, 1, 3–12.
- Lind EA, Tyler T (1988) *The social psychology of procedural justice*. Plenum Press, New York.
- Manka M-L, Nuutinen S (2013) Sosiaalinen ja psykologinen pääoma työuran jatkamisen edistäjinä. *Työpoliittinen Aikakauskirja* 1, 29–41.
- Nikander, P (2002) Age in Action. *Membership Work and Stages of Life Categories in Talk*. Suomalaisen Tiedeakatemia toimituksia, Humaniora 321. Helsinki: Academia Scientiarum Fennica.
- Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J (2015) Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkene-misen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 19, Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Pekka T (2010) Keitä ne on ne työssä jatkajat? – Tutkimus eläkeaikeista ja työssä jatkamisen tukemisesta kunta-alalla. Teoksessa P Forma, R Kaartinen, T Pekka, J Väänänen (toim.) *Jaksaako jatkaa? Artikkeleita kuntatyön muutoksesta ja työssä jatkamisen tukemisesta kunta-alalla*. Kuntatyö 2010 -hanke, Kuntien eläkevakuutus, Kunnallinen työmarkkinalaitos, Suomen Kuntaliitto.
- Pensola T, Gould R, Autti-Rämö I, Kivekäs J, Luoma M-L (2012) Koettu kuntoutuksen tarve. Teoksessa S Koskinen, A Lundqvist, N Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa* 2011. Raportti 68. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Perhoniemi R (2016) Työn imun ja henkisen kuormittumisen yhteys eläkeaikeisiin työkyvyn mukaan. Teoksessa N Järnefelt (toim.) *Työolot ja työurat – tutkimuksia työurien vakaudesta ja eläkkeelle siirtymisestä*. Eläketurvakeskuksen Tutkimuksia 2016, Helsinki.
- Perkiö-Mäkelä M, Kauppinen T, Hirvonen M (2012) Suomalaisten työssä jatkamisen harkitseminen ja eläkeajatuksat. Teoksessa M Perkiö-Mäkelä, T Kauppinen (toim.) *Työ, terveys ja työssä jatkamisajatuksat*. Työterveyslaitos, Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 41, Helsinki.
- Reeuwijk KG, de Wind A, Westerman MJ, Ybema JF, van der Beek A, Geuskens G (2013) All those things together made me retire: qualitative study on early retirement among Dutch employees. *BMC Public Health*, 13 (516), 1–11. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-516.pdf> Luettu 15.5.2016.
- Sacks H (1989) Lecture Six. The M.I.R. Membership Categorization Device. *Human Studies* 12, 3/4, 271–281.
- Salokangas T, Vuori J, Huuhtanen P (2005) Kohti hallittua työuraa ja eläkeprosessia – Katsaus eläkkeelle siirtymiseen vaikuttaviin tekijöihin ja työuran jatkamisen edistämiseen. *Työ ja ihminen* 19, 3, 307–325.
- Schalk R, van Veldhoven M, de Lange AH, De Witte H, Kraus K, Stamov-Roßnagel C, Tordera N, van der Heijden B, Zappala’ S, Bal M, Bertrand F, Claes R, Crego A, Dorenbosch L, de Jonge J, Desmette D, Gellert FJ, Hansez I, Iller C, Kooij D, Kuipers B, Linkola P, van den Broeck A, van der Schoot E, Zacher H (2010) Moving European research on work and ageing forward: Overview and agenda. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 19, 1, 76–101.
- Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (2015) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan kuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 139. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Shultz KS, Morton KR, Weckerle JR (1998) The Influence of Push and Pull Factors on Voluntary and Involuntary Early Retirees’ Retirement Decision and Adjustment. *Journal of Vocational Behaviour* 53, 45–57.
- Shultz KS, Wang M (2007) The influence of specific physical health conditions on retirement decisions. *International Journal of Aging and Human Development* 65, 2, 149–161.

- STM (2016) Kuntoutuksen uudistamiskomitean asettamispäätös. Sosiaali- ja terveysministeriö 33:00/2016.
- Sulander J, Sinervo T, Elovainio M, Heponiemi T, Helkama K, Aalto A-M (2016) Does Organizational Justice Modify the Association Between Job Involvement and Retirement Intentions of Nurses in Finland? *Research in Nursing & Health* 39, 5, 364–374.
- Takala M, Karisalmi S, Tuominen E (2010) Tutkimuskatsaus. Teoksessa E Tuominen, M Takala, P Forma (toim.) Työolot ja työssä jatkaminen. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2, 19–30. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Talaga JA, Beehr TA (1995) Are there gender differences in predicting retirement decisions? *Journal of Applied Psychology*, 80, 1, 16–28.
- Tuloksellisuustarkastuskertomus (2013) Kuntoutus työurien pidentäjänä. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 2, Helsinki.
- Tuominen E, Takala M, Ahonen K, Karisalmi S (2010) Palkansaajien eläkeaikomukset 2000-luvulla. Teoksessa E Tuominen, M Takala, P Forma (toim.) Työolot ja työssä jatkaminen. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Vainiemi K (2015) Kehittämisen helmet käytäntöön: AURA-kuntoutuksen synty ja ”tuho”. *Kuntoutus* 37, 3, 6–10.
- van Solinge H, Henkens K (2014) Work-related factors as predictors in the retirement decision-making process of older workers in the Netherlands. *Ageing and Society*, 34, 9, 1551–1574
- Vartiainen V (2009) Parantuuko työkyky – piteneekö työura? Seurantatutkimus vuonna 2005 Tyk-valmennukseen osallistuneista kuntoutujista Siuntion hyvinvointikeskuksessa. Miina Sillanpään säätiö, C:16, Helsinki.
- von Bonsdorff M (2009) Intentions of early retirement and continuing to work among middle-aged and older employees. *Jyväskylän yliopisto. Studies in Business and Economics* 83, Jyväskylä.
- von Bonsdorff ME, Huuhtanen P, Tuomi K, Seitsamo J (2009) Predictors of employees’ early retirement intentions: an 11-year longitudinal study. *Occupational Medicine* 4, 59, 1–7.
- Välimaa O (2011) Kategoriat ongelman selontekoina. Pitkäaikaistyöttömyydestä neuvottelemisen ja sen rakentumisen haastattelupuheessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1589, Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Väänänen-Tomppo I (2010) Jotta jaksaisi ja jatkaisi työssä mahdollisimman pitkään. Teoksessa E Tuominen, M Takala, P Forma (toim.) Työolot ja työssä jatkaminen. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Wang M, Shi J (2014) Psychological Research on Retirement. *Annual Review of Psychology* 65, 209–233.



# TOIMINTAKYVYN MITTAAMINEN KUNTOUTTAVASSA LUONTOLÄHTÖISESSÄ TOIMINNASSA

---

## Katsaus Hoivafarmi-hankkeessa sovellettuihin toimintakykymittareihin

Luontolähtöisten hyvinvointipalvelujen kehittäminen on kansainvälisten esimerkkien myötä vauhdittunut viime vuosina Suomen hoiva- ja kuntoutuspalveluissa. Palveluiden kehittämisen rinnalla on noussut esiin tarve seurata palveluiden tuottamia hyvinvointivaikutuksia ja luontolähtöisellä toiminnalla aikaan saattavia muutoksia asiakkaiden toimintakyvyssä. Toimintaa on kehitetty maassamme muun muassa luonnon ja maaseudun hyvinvointivaikutuksiin perustuvaa palvelutoimintaa edistävän valtakunnallisen Green Care Finland ry:n sekä erilaisten hankkeiden avulla. Vuoropuhelu kehittäjien kesken on lisääntynyt sekä Suomessa että kansainvälisesti. Luonnon hyvinvointivaikutuksiin liittyvä tutkimus on monitieteistä, ja näin on saatu ymmärrystä hyvinvointivaikutusten moninäkökulmaisuuteen ja kokonaisvaltaisuuteen.

Green care näyttää vakiinnuttavan Suomessa asemaansa tavoitteellista ja ammatillista luontolähtöistä toimintaa kuvaavana käsitteenä. Yksi tapa jäsentää green care -palveluita on jaottelu luontolähtöiseen virkistykseen, hyvinvointimatkailuun sekä harrastus- ja kasvatustoimintaan pohjautuviin luontovoiman palveluihin sekä julkisen sektorin järjestämisvastuulle kuuluviin luontoympäristö- ja -elementtejä hyödyntäviin ammatillisen

hoivan, hoidon ja kuntoutuksen luontohoiva- palveluihin (Soini 2014).

Etelä-Savossa on Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun hallinnoimien tutkimus- ja kehittämishankkeiden muodossa kehitetty usean vuoden ajan luontolähtöisiä hyvinvointipalveluja. Viimeisimpänä kehittämisen kohteena on ollut maatiloilla tarjottava kuntouttava luontolähtöinen toiminta. Kehittämistyötä toteutettiin Euroopan sosiaalirahaston osarahoittamassa Hoivafarmi-hankkeessa vuosina 2014–2016. Yksi osa kehittämistyötä oli toimintakykymittarin laatiminen maatala-toimintaan osallistuvien asiakkaiden toimintakyvyn seurantaan. Asiakkaina oli mielenterveyskuntoutujia sekä kehitysvammaisia. Tässä katsauksessa kuvataan Hoivafarmi-hankkeessa asiakkaiden toimintakyvyn seurantaan sovellettuja toimintakykymittareita.

### **Kuntouttavan luontolähtöisen toiminnan kehittäminen ja vaikutusten mittaaminen**

Sosiaali-, terveys- ja laajemminkin hyvinvointipalvelualalla esiintyy kiinnostusta luontolähtöisten palvelujen kehittämiseen ja tuottamiseen. Green Care Finland ry:n ylläpitämään ja julkaisemaan palveluntuottajapor-

taaliin oli alkuvuoden 2017 tietojen mukaan ilmoittautunut 158 green care -palveluntuottajaa eri puolelta maata. Lisäksi lukuisat maassamme käynnissä olevat alan kehittämishankkeet ovat osoitus luontolähtöiseen toimintaan kohdistuvasta kiinnostuksesta.

Green care -toimintaa ja sen arvostamista vahvistaa ammatillista luontolähtöistä toimintaa toteuttaville alan yrittäjille ja muille palveluntuottajille suunnattu valtakunnallinen green care -laatumerkki, jonka haku avautui vuoden 2017 alussa ja jota hallinnoi Green Care Finland ry (Valtakunnallinen Green Care Koordinaatiohanke 2017). Laatumerkin saadakseen palveluntuottajan tulee osoittaa tarjoamansa luontolähtöisen palvelun lähtökohdat, tavoitteet, sisällöt ja keskeiset green care -laadunhallinnan välineet, kuten turvallisuus- ja omavalvontasuunnitelma.

Luontohoivan alueelle sijoittuvat kuntoutuspalvelut voivat olla hyvin moninaisia asiakkaiden tuen tarpeista, kuntoutuksen tavoitteista sekä palvelussa hyödynnettävistä luontoympäristöistä ja -elementeistä riippuen. Esimerkkejä kuntouttavasta luontolähtöisestä toiminnasta ovat erilaiset eläinavusteiset terapiat (esimerkiksi ratsastusterapia), hoivamaatilat, jotka toimivat kuntouttavina asumisyhteisöinä usein paljon ohjausta ja tukea tarvitseville nuorille ja aikuisille, ohjattu luontolähtöinen työ- ja päivätoiminta maatiloilla, sosiaalinen ja terapeuttinen puutarhatoiminta, puutarhaterapia tai vaikkapa ammatillinen metsäympäristöjen hyödyntäminen päihdetyössä (ks. Sámi Sister 2017).

Luontolähtöisten palvelujen kehittämisen rinnalla keskeinen kysymys liittyy palvelun vaikuttavuuteen. Käytännössä tämä näkyy green care -palveluntuottajien tarpeena löytää sellaisia seurannan ja arvioinnin työkaluja ja menetelmiä, jotka olisivat helposti sovellettavissa asiakastyön arjessa asiakkaiden toimintakyvyn ja siinä tapahtuvien muutosten seurantaan. Palvelunostajia, kuten kuntia tai sairaanhoitopiirejä, voi puolestaan kiinnostaa näyttö luontolähtöisen toiminnan vaikutuksista asiakkaan hyvinvointiin ja toimintaky-

kyyn. Kyse on kilpailutaloudellisten tekijöiden vahvistumisesta julkisessa palvelujärjestelmässä ja kasvaneista vaatimuksista saada sosiaali- ja terveyspalveluilta vastinetta niihin sijoitetulle julkiselle rahoitukselle (value for money -ajattelu, ks. Vedung 2003). Toisaalta tieto palvelun asiakasvaikutuksista voi auttaa tunnistamaan toimivia käytäntöjä ja arvioimaan palvelun kykyä tuottaa hyvinvointia ja vastata asiakkaan kuntoutustarpeisiin.

Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan soveltaa jo kehitettyjä ja testattuja toimintakykymittareita ja/tai kulloisenkin palvelun ja asiakasryhmän toimintakykyä huomioivia spesifejä ad hoc -mittareita<sup>1</sup>. Katsaus luontolähtöisten interventioiden vaikutusten arviointeihin kansainvälisissä tutkimuksissa osoittaa, että arvioinneissa on huomioitu fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä kognitiivisiin taitoihin liittyviä toimintakyvyn osa-alueita, ja hyvinvointitietoa on kerätty määrällistä tietoa tuottavien strukturoitujen kyselyjen lisäksi myös laadullisilla aineistonkeruumenetelmillä. (Hirvonen 2014, 16–23.)

Green Care Finland ry:n vuonna 2015 järjestämä luontolähtöisen toiminnan asiakasvaikutusten mittaamiseen liittyvä kansallinen seminaari lisäsi osaltaan tietoa viimeaikaisista luonnon hyvinvointivaikutuksiin liittyvistä tutkimushankkeista maassamme. Tiedonkeruu luontolähtöisen toiminnan asiakasvaikutuksista näyttää usein perustuvan asiakkaan ja ohjaajan tekemään havainnointiin. Joissakin luontolähtöisen toiminnan tutkimus- ja kehittämishankkeissa on toteutettu myös fysiologisia mittauksia. (Hirvonen & Uosukainen 2015.)

Luontolähtöisen toiminnan – puhumattaakaan rajatumminkin kuntouttavan luontolähtöisen toiminnan – asiakasvaikutusten mittaamisen käytännöt vaihtelevat suuresti. Nykytilannetta kuvannee hyvin se, että luontolähtöisen toiminnan vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn arvioidaan vaihtelevasti, ja seurannan ja arvioinnin tueksi laaditaan, testataan ja otetaan käyttöön tapauskohtaisesti erilaisia toimintakyvyn seurannan mittareita. Kuntouttavan luontolähtöisen toiminnan näkökulmasta

<sup>1</sup> Tiettyyn tarkoitukseen ja tilanteeseen sekä varta vasten tietyn tutkimusasetelman tarpeisiin räätälöity mittari.

laadittua spesifiä toimintakykymittaria ei ole saatavilla. Ongelmia sopivan mittarin laadintaan tuottaakin eri asiakasryhmien erilaisuus. Kuntouttavaa luontolähtöistä toimintaa voidaan toteuttaa täysin itsenäisesti toimivien asiakkaiden parissa ja toisaalta myös laitoksissa, joissa kohderyhmänä voivat olla autettavat henkilöt, kuten muistisairaavat vanhuksat.

### **Toimintakyvyn mittaaminen Hoivafarmi-hankkeessa**

Hoivafarmi-hankkeessa kehitettiin mautiloilla toteutettavaa erityisryhmien päivä- ja työtoimintaa yhteistyössä mautilojen sekä sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköiden kanssa. Mautila-avusteisten kuntouttavien luontolähtöisten palvelujen käyttöön laadittiin toimintakykymittarit, joiden avulla oli mahdollista kerätä tietoa toimintaan osallistuneiden henkilöiden toimintakyvystä ja hyödyntää tietoa toimintakyvyn muutosten seurannassa ja arvioinnissa.

Jo kehitettyjen toimintakykymittareiden läpikäyminen osoitti, että saatavilla ei ole useita varta vasten erilaisissa luontoympäristöissä tapahtuvaan luontolähtöiseen toimintaan kehitettyjä mittareita. Koska luonnon hyvinvointivaikutuksia on tutkimuksissa todennettu sekä fyysisen että psykososiaalisen ja myös kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueilla (Hirvonen 2014, 16–23), lähtökohtana oli nämä osa-alueet huomioivan mittarin löytäminen. Lisäksi mittarin avulla tuli voida arvioida ja seurata sekä ohjattuun yksilötyöskentelyyn että ryhmätyöskentelyyn osallistuvan henkilön toimintaa.

Kyselylomakkeen muodossa käytettävän toimintakykymittarin keskeinen sisältö rakentui luonnon hyvinvointivaikutuksia käsittelevän tutkimustiedon sekä puutarhaterapeutin työskentelyn ryhmätoimintojen arviointiin aiemmin kehitetyn kysymyspatteriston (New York University Medical Center, The Rusk Institute of Rehabilitation Medicine, Horticultural therapy group activity procedure, ks. Wichrowski ym. 1998, 94–95) pohjalta.

Toimintakykymittari räätälöitiin Hoivafarmi-hankkeessa ohjattuun mautilatyöskentelyyn osallistuneiden asiakkaiden toimintaky-

vyn arviointiin eikä näin ollen ole sovellettavissa täysin autettavien henkilöiden kanssa laitospäristössä toteutettavaan luontolähtöiseen toimintaan. Toimintakykylomakkeen voi täyttää joko asiakas itse, asiakkaan työskentelyä ja toimintaa havainnoiva luontolähtöisen toiminnan ohjaaja tai asiakas ja ohjaaja yhdessä.

Lomake on tarkoitettu täyttämään toimintapäivän lopussa, jolloin kysymyksiin vastataan kyseisen toimintapäivän työskentelyn pohjalta. Lomake sisältää toimintakyvyn neljä osa-aluetta, joiden toteutumista asiakkaan kohdalla arvioidaan 26 väittämällä viisiportaisella asteikolla (taulukko 1).

Yllä kuvatun toimintakyvyn mittarin lisäksi Hoivafarmi-hankkeessa hyödynnettiin varta vasten hankkeen tarpeisiin laadittua arviointilomaketta, jonka ohjaaja täyttää kunakin toimintapäivän jälkeen. Lähtökohtana oli saada käyttöön nopeasti täytettävä seurannan työväline, jossa niin ikään huomioitaisiin toimintakyvyn neljä osa-aluetta: fyysinen toimintakyky, kognitiiviset taidot, sosiaalinen vuorovaikutus sekä mieliala ja tunnetila. Toimintapäivän arviointilomake on muodoltaan numeerinen asteikko asteikolla 1–10, jonka ääriarvoina ovat huono päivä ja hyvä päivä. Numeerisella asteikolla ohjaaja arvioi asiakkaan työskentelyä seuraavilla ulottuvuuksilla:

- tehtävistä suoriutuminen ja työvälineiden käyttö,
- fyysinen jaksaminen työtehtävien aikana,
- ohjeiden vastaanottaminen ja niiden mukaan toimiminen,
- työtehtäviin keskittyminen,
- työskentely ja vuorovaikutus ohjaajan ja muiden ryhmäläisten kanssa sekä
- kiinnostus ja innostuneisuus työskentelyä kohtaan.

Numeerisen arvion lisäksi ohjaaja laati vapaamuotoisen sanallisen kuvauksen asiakkaan työskentelystä tekemistään havainnoista.

Toimintakykymittari ja ohjaajan arviointilomake käyttöohjeineen annettiin Hoivafarmi-hankkeessa mukana olleille toimijoille. Arviointilomake on otettu käyttöön muun

Taulukko 1. Hoivafarmi-hankkeessa sovelletun toimintakykymittarin osa-alueet.

<p><b>Fyysinen toimintakyky</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kykenee suoriutumaan kädentaitoja vaativista työtehtävistä.</li> <li>• Kykenee käyttämään pieniä työvälineitä (esim. oksasakset, käsihara).</li> <li>• Kykenee suoriutumaan fyysistä voimaa edellyttävistä työtehtävistä (esim. lapiointi).</li> <li>• Kykenee toimimaan kädet pään yläpuolella.</li> <li>• Kykenee kantamaan puolen kilon painoisia esineitä.</li> <li>• Kykenee huomioimaan tehtävien suorittamisessa omat fyysiset rajansa (ei suorita esim. kipua tuottavia ja väärässä asennossa työtehtäviä).</li> </ul>	<p><b>Kognitiiviset taidot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kykenee seuraamaan sanallisia ja kirjallisia ohjeita.</li> <li>• Kykenee toimimaan saamiensa ohjeiden mukaisesti.</li> <li>• Kykenee muistamaan tehtävät ja niiden suorittamisjärjestyksen.</li> <li>• Suorittaa työtehtävät kärsivällisesti loppuun saakka.</li> <li>• Kykenee keskittymään työtehtäviin 1 tunnin ajan.</li> <li>• Kykenee vaihtamaan työtehtävistä toiseen.</li> <li>• Osaa nimetä työtehtäviin liittyviä työvälineitä, kasveja tai eläimiä.</li> <li>• Kykenee toimimaan aikataulussa.</li> <li>• Kykenee selviytymään ongelmatilanteista.</li> </ul>
<p><b>Sosiaalinen vuorovaikutus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puhuu rohkeasti toisten seurassa.</li> <li>• Aloittaa helposti työskentelyn muiden kanssa.</li> <li>• Osallistuu mielellään keskusteluun ja yhteistyöhön, kun häntä lähestytään.</li> <li>• Toimii yhteistyössä muiden ryhmäläisten kanssa.</li> <li>• Ottaa kontaktia hoidettaviin eläimiin.</li> <li>• Vastaa asianmukaisesti esitettyihin kysymyksiin.</li> </ul>	<p><b>Mieliala ja käsitys itsestä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On innostunut ja halukas uusiin työtehtäviin.</li> <li>• Pyytää apua tarvittaessa.</li> <li>• Luottaa itseensä työtehtävien tekemisessä.</li> <li>• Työskentelee periksi antamatta vaikeissakin tehtävissä.</li> <li>• Kykenee ilmaisemaan tunteitaan rakentavasti ja ilman aggressiivisuutta.</li> </ul>

muassa yhden hanketoimijan, sosiaalipsykiatrista kuntoutusta ja asumispalvelua mielenterveyskuntoutujille tarjoavan Kotilo ry:n asiakkaiden parissa. Kotilon toiminnassa toimintakyvyn mittareita on tarkoitus hyödyntää maatilalla työskentelevien kuntoutujien alkukartoituksen lisäksi myös toimintakyvyn seurannassa.

**Tulosten merkitys:** Hoivafarmi-hankkeessa sovellettuja mittareita voidaan käyttää asiakastyössä alkukartoituksessa kuntoutujan työtehtävien suunnittelun tukena sekä asiakkaan toimintakykyä ja sen mahdollisia muutoksia koskevan pitkittäistiedon keräämisessä. Kyselylomakkeen muodossa toteutettavaa toimintakyvyn seuranta voidaan perustella asiakaslähtöisyydellä ja asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Näyttö luontolähtöisen toiminnan asiakasvaikutuksista on palveluntuottajalle keino tehdä palvelun hyö-

dyt näkyväksi. Näyttövaade korostuneententisestäään, mikäli monituottajuus, yksityinen palvelutuotanto, palvelujen kilpailutus sekä tilaajan ja tuottajan eriyttäminen vahvistuvat käynnissä olevassa sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksessa.

*Avainsanat:* green care, luontolähtöinen toiminta, luontohoiva, kuntoutus, toimintakyky, toimintakykymittari

**Johanna Hirvonen, FT, YTM, yliopettaja, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu**

**Leena Uosukainen, KT, THM, yliopettaja, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

Hirvonen J (2014) Luontohoivan asiakasvaikutukset. Mikkelin ammattikorkeakoulu, Julkaisusarja: A 86. Tutkimuksia ja raportteja. WWW-dokument-

- ti: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-588-413-8>.
- Hirvonen J, Uosukainen L (2015) Luonnon hyvinvointivaikutusten mittaaminen Hoivafarmihankkeessa. Teoksessa A Haapala (toim.) Kestävää hyvinvointia kehittämässä. Painoalan vuosijulkaisu 2015. Mikkelin ammattikorkeakoulu, Julkaisusarja: Vapaamuotoisia julkaisuja. D 65, s.140–145. WWW-dokumentti: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-588-537-1>.
- Soini K (toim.) (2014) Luonnosta hoivaa ja voimaa: Miten arvioida Green Care -toiminnan vaikuttavuutta. MTT julkaisuja. WWW-dokumentti: [www.mtt.fi/mttkasvu/pdf/mttkasvu21.pdf](http://www.mtt.fi/mttkasvu/pdf/mttkasvu21.pdf).
- Sámi Soster (2017) Mettäterapia Enontekiöllä. WWW-dokumentti: [www.samisoster.fi/toiminta/goikkanas-projekti/mettaterapia](http://www.samisoster.fi/toiminta/goikkanas-projekti/mettaterapia). Luettu 10.4.2017.
- Valtakunnallinen Green Care Koordinaatiohanke (2017) Green Care -laatuerojen haku avautui. Tiedote 27.1.2017. WWW-dokumentti: [www.gc-finland.fi/tiedostopankki/224/Tiedote-Green-Care-\\_laatuerojen-haun-avautumisesta-27.1.2017.pdf](http://www.gc-finland.fi/tiedostopankki/224/Tiedote-Green-Care-_laatuerojen-haun-avautumisesta-27.1.2017.pdf).
- Vedung E (2003) Arviointialto ja sen liikkeelle panevat voimat. Helsinki: Stakes, FinSoc Työpapereita 2/2003.
- Wichrowski M, Chambers NK, Ciccantelli LM (1998) Stroke, spinal cord and physical disabilities and horticultural therapy practice. Teoksessa SP Simson, MC Straus (toim.) Horticulture as therapy. Principles and practice. Haworth Press, s. 71–104.

# YHTEISTYÖSTÄ KUMPPANUUDEKSI – TURUN KAUPUNKI JA JÄRJESTÖT HYVINVOINTIA EDISTÄMÄSSÄ

Turku 2029 -kaupunkistrategiassa todetaan, että puitteet kaupunkilaisten hyvinvoinnille luodaan laaja-alaisella yhteistyöllä kolmannen sektorin kanssa. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala on rakentanut strategian mukaisesti osaltaan monipuolisesti julkisen ja kolmannen sektorin kumppanuuksia. Esimerkiksi Turun Kaupunkilähetys ry:n kanssa yhteistyötä kaupunkilaisten hyvinvoinnin eteen on tehty jo 130 vuoden ajan. Yhteistyö on tiivistynyt sopimuksin todennetuksi kumppanuudeksi.

Kolmas sektori on tärkeä yhteistyökumppani julkiselle hallinnolle. Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen (sote) ja maakuntauudistuksen rakentamiseksi kolmannen sektorin merkitys tulee kasvamaan, mutta vielä ei tiedetä, miten se konkretisoituu. Kolmas sektori palveluntuottajana on vahvasti esillä, mutta miten tulevaisuudessa hyödynnetään kansalaistoiminnan eri ulottuvuudet?

Tässä katsauksessa tarkastellaan julkisen ja kolmannen sektorin kumppanuuksien nykytilaa ja pohditaan, miten kumppanuuksia tulee soten aikakaudella kehittää. Erityishuomion kohteena ovat kuntoutukseen liittyvät kumppanuudet.

## Kumppanuus

Kumppanuus voidaan määritellä kahden tai useamman autonomisen toimijan väliseksi

pitkäjänteiseksi yhteistyöksi, jonka perustana on keskinäinen luottamus. Määritelmän mukaan osapuolet ovat toisiinsa nähden autonomisia eli riippumattomia – niin pitkälle kuin se on mahdollista. Kumppanit ovat itsenäisiä päätöksentekijöitä, ja ne voivat milloin tahansa päättää osallistua tai olla osallistumatta yhteistyöhön. Autonomisuudesta huolimatta pitkäjänteisyys liittyy hyvään kumppanuuteen, sillä toimijoiden välinen luottamus ei synny hetkessä. Toimijat voivat olla yksittäisiä ihmisiä, ihmisryhmiä tai kokonaisia organisaatioita ja näin yhteistyö voi siis olla ihmisten, ryhmien ja/tai organisaatioiden välistä. (Esimerkiksi Oravasaari & Järvensivu 2012.)

Kumppanuuksien rakentamisessa yksi tärkeä elementti on kahden ihmisen konkreettinen kohtaaminen, jonka jälkeen yhteistyö ja yhteydenotot puolin ja toisin tuovat konkretiaa työhön ja vievät asioita eteenpäin (vrt. esim. Alasoini 2011).

## Järjestöt kaupungin kumppanina

Järjestöjen ja kaupungin välinen kumppanuus voidaan jakaa operatiiviseen, taktiseen ja strategiseen kumppanuuteen. Jotta järjestötyön koko kapasiteetti saadaan käyttöön, tarvitaan pidemmän linjan suunnitelmia, jotka luovat vakautta sekä varmuutta työn jatkumiseen ja yhteistyöhön. Operatiivisesta ja taktisesta kumppanuudesta on aika siirtävä strategiseen



kumppanuuteen. (Maijanen & Haikara 2014.)

Kuntien ja järjestöjen välinen yhteistyö ja ennaltaehkäisevä työ tuovat kuntatoimijan lähemmäs asukkaitaan (Pakkanen 2013). Keskesteltaessa järjestöjen ja kaupungin kumppanuudesta tulee aina ottaa huomioon, että toiminta ei kehity organisaatio- tai työntekijäkeskeisesti ylhäältä alaspäin. Järjestötyön näkökulmasta työnkehittämisen lähtökohdanna on aina toiminnantaso eli ihmisten arjesta esiin nousevien kipupisteiden löytyminen ja näihin haasteisiin vastaaminen.

### **Turun Kaupunkilähetys ry Turun kaupungin kumppanina**

Turun Kaupunkilähetys ry on perustettu vuonna 1880 ja on Turun alueen vanhin toiminnassa oleva sosiaalialan järjestö, jolla on pitkät perinteet järjestöjen ja kunnan välisen yhteistyön kehittämisessä. Se on ollut aloittamassa 1900-luvun alkupuolella kouluruokailua Turussa. Nykyään järjestö tekee kansalaistoiminnan lähtökohdista työtä nuorten aikuisten ja yli 60-vuotiaiden parissa. Yhdistys omistaa myös Turun Iso-Heikkilässä sijaitsevan palvelutalo Iso-Heikin.

Vapaaehtoistyöntekijöiden työpanokseen perustuvien järjestöjen tulee olla järjestötoimijoina luotettavia ja niiden tulee pitää huolta vapaaehtoistyöntekijöistään. Järjestö ja sen vapaaehtoiset muodostavat yhteisön, joka tukee tuen tarvitsijan lisäksi omaa aikaansa antavan vapaaehtoistyöntekijän voimavaroja (vrt. esim. Harju & Niemelä 2011). Turun Kaupunkilähetys ry:n kokemuksen mukaan laadukkaaksi koettu vapaaehtoistyö edellyttää kuitenkin kokonaiskoordinoitua eli myös palkattua työntekijäresurssia (vrt. Valliluoto 2014).

Kansalaisyhteiskunta toteutuu parhaiten silloin, kun yhteistyöverkostot ja niiden väliset prosessit on pohdittu riittävän hyvin. Asiakastyön rajapinta, päätöksenteon prosessit ja vastuiden miettiminen ovat asioita, jotka tulee hoitaa hyvin, jotta toiminta on laadukasta. Näin ollen voidaan todeta, että vapaaehtoistoiminta ei ole ratkaisu väheneviin resurssikysymyksiin, vaan se on ja sen tulee olla myös tulevaisuu-

nessa oma itsenäinen kokonaisuutensa, jonka toiminta-alue on ongelmia ehkäisevä työ.

### **Kumppanuuden kehittämisprosessi**

Kumppanuuden kehittäminen on aina prosessi, joka etenee harvoin lineaarisesti. Prosessissa voidaan kuitenkin tunnistaa muutamia keskeisiä toisiaan vaiheittaisesti seuraavia vaiheita tai toimenpiteitä, joita ovat 1) yhteistyön tarpeen tunnistaminen, 2) tarvittavien kumppanien kartoittaminen ja rekrytointi kumppaneiksi, 3) yhteisten tavoitteiden ja toimintatapojen sopiminen, 4) yhteistyön käynnistäminen ja juurruttaminen sekä 5) toiminnan ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi ja seuranta yhdessä.

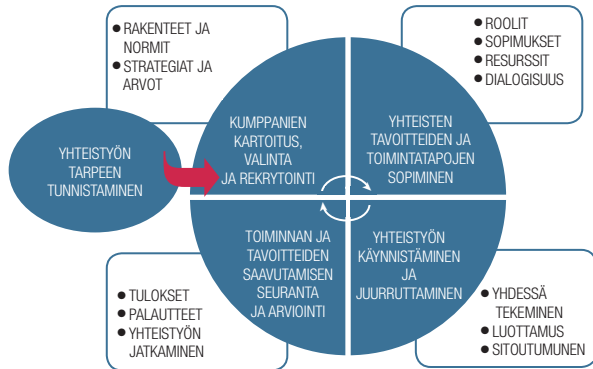
Kaikki edellä luetellut vaiheet tai toimenpiteet ovat tärkeitä, sillä yhdenkin toteuttaminen heikosti voi rapauttaa kumppanien välistä luottamusta ja sitoutumista. Luottamuksen ja sitoutumisen edistäminen ei näin ollen olekaan erityisesti minkään erillisen vaiheen tai toimenpiteen tavoite, vaan ne ovat jatkuvasti kumppanuusprosessin keskiössä.

Luottamuksen ja sitoutumisen edistäminen edellyttää oikeanlaisia rakenteita ja prosesseja, riittävästi aikaa, resursseja ja kannustimia yhteistyöhön sekä avoimeen dialogiin perustuvia toimintamalleja. Toimijoiden väliset suhteet ja roolit, vastuunjako ja päätöksentekomekanismit on määriteltävä selkeästi, jotta toimijat tietävät, miten kumppanuus toimii, kuka tai ketkä ovat vastuussa mistäkin tehtävistä ja miten asioista päätetään yhdessä.

Kirjoitetut tai kirjoittamattomat sopimukset kuuluvat hyvän kumppanuuden rakenteisiin. Kumppaneiden kesken on sovittava vähintään siitä, mitä kumppanuudella tavoitellaan, miten kumppanuustoimintaa koordinoidaan, mihin ja millä tavoin osapuolten tulee sitoutua ja miten tieto liikkuu osapuolten välillä. Kirjalliset sopimukset turvaavat toiminnan jatkuvuuden, vaikka avainhenkilöt vaihtuisivatkin. Liian tarkat kirjalliset sopimukset voivat kuitenkin heikentää toimijoiden autonomisuuden ja osallisuuden tunnetta, mikä pitkällä aikavälillä voi myös rapauttaa luottamuksesta nousevaa sitoutumista.

# KOHTI KUMPPANUUKSIA

(muk. Vapaaehtoistoiminnan ja hoivayritysten kumppanuusmalli/Vapari-hanke, 2012.)



Kuva 1. Kohti kumppanuuksia.

Kumppanuustyön monimuotoisuus vaatii jatkuvaa eri elementtien yhteensovittamista ja tasapainottamista. Sitä on toteutettava paitsi tulevia tilanteita ennakoiden, myös yllättäen muuttuviin tilanteisiin sopeutuen. Kumppanuuden rakentamista ei useinkaan kannata aloittaa kaikkein vaikeimpien haasteiden ratkaisemisesta, sillä niissä epäonnistuminen voi heikentää sitoutumista jatkoyhteistyöhön. Parempi kumppanuuden kehittämisstrategia voikin olla se, että aloitetaan selkeämpien ja yksinkertaisempien haasteiden ratkaisemisesta ja siirrytään sitten luottamuksen sekä sitoutumisen kehittyessä kohti haastavampia tavoitteita ja toimenpiteitä.

## Julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyö Turussa

Julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittäminen on osa Turku 2029 -kaupunkistrategiaan liittyvän Hyvinvointi- ja aktiivisuus -ohjelman toimeenpanoa. Sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta päätti 15.9.2015 kokouksessaan järjestöyhteistyön kehittämistä tukevista toimenpiteistä, joita ovat avustustoiminnan linjaukset, tilaratkaisut ja soveltuvien toimintojen siirto järjestöjen hoidettavaksi. Huhnikuussa 2016 lautakunnalle esitettiin yhteistyön etenemisen tilannekatsaus sekä seuraavia jatkotoimenpide-ehdotuksia:

1. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala luovuttaa tilojaan pääsääntöisesti vastikkeetta sellaisten järjestöjen käyttöön, joiden toiminta tukee vahvasti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, kuten kuntoutusta.
2. Avustuspolitiikan linjaukset tarkistetaan ja vakiintuneiden kumppaneiden kanssa tehdään 2–3 vuoden kestoisia kumppanuussopimuksia.
3. Vapaaehtoistoimintaa edistetään.

Turun kaupungin ja Turun Kaupunkilähetys ry:n kumppanuus tiivistyi julkisen ja kolmannen sektorin kehittämishankkeen myötä. Vuosina 2014–2015 järjestön toiminnanjohtaja Katja Suominen oli kutsuttuna Turun kaupungin hyvinvointitoimialan nimeämään työryhmään, jonka tavoitteena oli pohtia julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittämistä 60+ -vuotiaiden parissa (Hellstén 2015). Työryhmässä nähtiin kaupungin ja kolmannen sektorin yhteistyö ensisijaisen tärkeänä. Työn toivottiin olevan pitkäjänteistä ja suunnitelmallista sekä perustuvan tasavertaiseen kumppanuuteen. Yhteisenä tavoitteena nähtiin eri toimijoiden rajapintojen tärkeyden huomioiminen ja niistä tiedottaminen päällekkäisen työn välttämiseksi. Vapaaehtoistyötä pidettiin tärkeänä ja ymmärrettiin, että se vaatii varoja ja työvoimaresursseja. Keskusteluissa todettiin tärkeäksi järjestöjen ajan hermolla oleva rooli ja niiden mahdollisuus tuoda asiakkaan ääni kuuluviin.

## Asiakkaan polku -hanke – yhteinen tavoite saavutetaan yhdessä toimien

Sitran Aktiivinen kuntalainen - ja Palvelutori Turussa -projekteissa oli todettu, että nykyinen palveluverkko ei palvele turkulaisia ikäihmisiä tasapuolisesti. Vastauksena syntyi Asiakkaan polku -hanke, jossa Turun Kaupunkilähetys ry:n lisäksi mukana ovat Turun Lähimmäispalveluyhdistys, Daisy Liitto, Fingerroosin säätiö, MLL:n Varsinais-Suomen piiri, Omaiset Mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys (nykyisin Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami ry), Muistiyhdistys ja Varsinais-Suomen ja Satakunnan Muistiluotsi.

Yhdistykset totesivat yhdessä Turun kaupungin edustajien kanssa, että

1. sosiaali- ja terveysalan järjestöjen tukitoiminta tulee tuoda selkeämmin osaksi Turun kaupungin tukitoimintaa ja ennaltaehkäisevää työtä
2. kaupungin alueella tulee selkiyttää tukea tarvitsevan asiakkaan ”Asiakkaan polkuja” kaupungin palvelujen ja järjestöjen toiminnan välillä sekä eri järjestöjen välillä ja
3. eri-ikäisten ja eri elämänvaiheissa työtä tekevien toimijoiden voimavaroja tulee hyödyntää suunnitelmallisesti ja yhteistyötä kehittää.

Turun Kaupunkilähetys ry sai Asiakkaan polku -hankkeelle RAY:n julkisen ja järjestöjen yhteistyön teemarahoituksen vuosiksi 2016–2017. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala ja järjestö ovat tehneet hankkeen osalta yhteistyösopimuksen, joka sisältää muun muassa työntekijäresurssin, asiakkaiden ohjauksen, viestinnällisen ja taloudellisen yhteistyön.

### **Hankkeesta laajempiin kokonaisuuksiin**

Yksittäiseen hankkeeseen liittyvän sopimuksen pohjalta alettiin kehittää laajempaa kumppanuussopimusmallia. Ensimmäiset mallin mukaiset mutta kuitenkin kullekin järjestölle yksilölliset sopimukset solmittiin keväällä 2017 Turun kaupungin hyvinvointitoimialan ja vakiintuneiden kumppaneiden – Turun Kaupunkilähetys ry:n, Lähimmäispalveluyhdistys ry:n, Turun Ensi- ja turvakoti ry:n, Turun Icehearts ry:n, Auralan Nuoret ry:n, Suomen Punaisen Ristin, Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry:n, Folkhälsan Syd Ab:n, Turun seudun lihastautiyhdistys ry:n avustajakeskuksen, MLL:n Varsinais-Suomen piirin ja Lounais-Suomen Mielenterveysseura ry:n Turun kriisikeskuksen – kesken.

Sopimusten tavoitteena on pitkäjänteinen ja yhteiseen kehittämiseen tähtäävä toiminta. Kumppanuussopimuksilla on esimerkiksi sovittu muistikuntoutuksen toteuttamisesta yhteistyössä, maahanmuuttajaaitien osallisuuden lisäämisestä ystävöitymällä, avustajakeskustoiminnasta, kriisitukityöstä ja traumati-

soituneiden maahanmuuttajien tilanteen vaikuttamisesta.

Nykyisin Turun kaupungin hyvinvointitoimialan ja järjestöjen kumppanuus- ja yhteistyösopimukset luokitellaan kolmeen ryhmään, joiden tavoitetasot on määritelty vuoden 2017 strategisessa sopimuksessa.

1. Laaja-alainen kehittämiskumppanuus voi rakentua joko järjestön tai kaupungin aloitteesta, kun yhteistyötä on jo tehty pidempään ja luottamus on syntynyt. Tavoitteena on kehittää yhdessä kaupunkilaisten hyvinvointia ja terveyttä ja/tai sosiaali- ja terveyspalveluja tukevia toimintoja. Kumppanuudessa hyödynnetään molempien osapuolien osaamista, ja kumpikin hyöttyy kumppanuudesta. Järjestön on toimitettava selvitys avustuksen käytöstä ja seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelma sosiaali- ja terveyslautakunnalle avustuksen anomista varten.

2. Yksittäiseen projektiin tai toimintaan liittyvässä sopimuksessa määritellään sopimuksen tarkoitus ja se, mihin kumpikin osapuoli sitoutuu, miten pitkäksi aikaa ja kuinka sopimuksen toteutumista seurataan. Tällaisen sopimuksen perusta voi olla esimerkiksi STE-Alle tai muille ulkopuolisille rahoittajille annetuissa aiesopimuksissa tai lausunnoissa. Sopimus syntyy, mikäli rahoittaja tekee asiasta myönteisen päätöksen.

3. Tilojen luovutukseen liittyvät yhteistyösopimukset. Järjestölle, jonka toiminta tukee vahvasti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, annetaan tila ilman rahallista vastiketta. Tällöin järjestön kanssa tehdään yhteistyösopimus, jossa kuvataan, millä tavalla järjestön toiminta tukee ja täydentää hyvinvointitoimialan omaa toimintaa. Esimerkiksi Turun A-kilta on saanut maksutta käyttöönsä hyvinvointitoimialalta kerhotilan, kuntosalin, uima-altaan ja puutyövästään jäsenistönsä ryhmätoimintoja varten. Toiminta tukee jäsenistön sosiaalista kuntoutumista, vuorovaikutusta ja myös työelämätaitojen hankkimista.

### **Kumppanuustyön edetessä palveluun vastataan yhdessä**

Turun kaupungin ja Turun Kaupunkilähetys

ry:n kumppanuus on edennyt vaiheeseen, jossa asiakasrajapinnasta esiin nousseisiin palveluotteisiin vastataan yhdessä. Organisaatioiden välisessä kumppanuussopimuksessa on kuvattu muun muassa järjestön nuorten aikuisten tukitoiminta. Järjestön TUAS - Nuorten tuetun asumisen toiminnassa tuetaan itsenäistä elämää aloittavia 18–25-vuotiaita syrjäytymisvaarassa olevia nuoria vapaaehtoistoimintaan perustuvan tukihenkilötoiminnan keinoin. Järjestön kehittämässä Oma Koutsu -toiminnassa puolestaan tuetaan 17–29-vuotiaita nuoria aikuisia arjenhallinnassa sekä työhön ja opiskeluun liittyvissä haasteissa verkostotyön ja vapaaehtoisten tukihenkilöiden, ”koutsien”, tuella. Vuosittain järjestön tukitoiminnan piirissä on yli sata nuorta. Toiminnan yhteistyöverkosto on laaja. Yhteistyökumppaneina ovat Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lisäksi muiden muassa Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö (YTHS), Turun ammatti-instituutti, Turun TE-toimisto ja Turun kaupungin Nuorisopalvelut.

Vapaaehtoisten koutsien rooli nuoren elämässä on kokemusten perusteella merkityksellinen. Nuoret ovat kokeneet heidän arkeensa ulottuvan ja virka-aikojen ulkopuolella tapahtuvan säännöllisen ja yksilöllisen tuen tärkeäksi. Nuoret tarvitsevat tsemppaajaa, joka tukee nuorta erilaisten työllistymiseen, kuntoutukseen tai opiskeluun liittyvien kuntoutus- ja aktivointisuunnitelmien käytäntöön saattamiseksi. Tähän tarpeeseen vastaa vapaaehtoinen koutsu.

Noin kolmanneksella järjestön tukitoiminnan piiriin tulleista nuorista on niin vaikea elämäntilanne, että nuori tarvitsee säännöllistä ja yksilöllistä ammattilaisen tukea. STEA-rahoitteisessa toiminnassa pääpaino ei voi olla vain ammatillisessa tuessa, joten nuoria on jouduttu ohjaamaan muiden toimijoiden piiriin. Oma Koutsu -toiminnan lähtökohtana on yhden luukun periaate. Erityisen vaikeissa tilanteissa oleville nuorille voitaisiin myös tarjota vapaaehtoisen koutsin tukea, mutta se edellyttäisi ennen koutsisuhteen aloittamista lyhyttä ammatillista interventiota.

Ongelmaan vastatakseen järjestö etsi erilaisia rahoitusmahdollisuuksia ja keinoja, joi-



Kun tavoite on yhteinen, niin vanhat ja vakaatkin organisaatiot ovat ketteriä.

den avulla voitaisiin tarjota nuorelle lyhytkestoista ammatillista tukea ja tutkia tämän kokonaisuuden hyötyä nuorille. Samanaikaisesti Kelalla oli haussa rahoitushaku, jossa etsittiin ideoita ja kehittämishankkeita erityisesti nuorten ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen yhdistämiseen. Turun Kaupunkilähetys ry kutsui koolle eri organisaatioiden edustajista koostuvan ryhmän pohtimaan yhteistyömahdollisuuksia.

Tapaamiseen osallistuivat nopealla aikataululla Turun kaupungin palvelujohtaja Mika Helva, Kelan Läntisen vakuutuspiirin etuuskäsittely päällikkö Minna Nilsson, Turun yliopiston ma. sosiaalipolitiikan professori Minna Ylikännö, Turun kaupungin hyvinvointitoimialan suunnittelupäällikkö Jaana Halin, Turun kaupungin työllisyyspalvelukeskuksen tuotantopäällikkö Ari Laaksonen sekä Turun Kaupunkilähetys ry:stä toiminnanjohtaja Katja Suominen, hankevalvoja Liisa Love ja hankesuunnittelija Kaisa Lundén. Voidaankin sanoa, että vanhojen ja vakaiden organisaatioiden ketteryyttä on viime vuosina turhaan arvosteltu. Kun tavoite on yhteinen, myös tahtoa ja ketteryyttä löytyy. Tapaamisen päätteeksi todettiin yhteisesti, että aihe on tärkeä ja Turun Kaupunkilähetys ry hakee rahoitusta Kelalta muiden ollessa mukana yhteistyökumppaneina.

### **Sote tulee – kolmas sektori on tärkeä osa!**

Kolmas sektori ja järjestöjen rooli mainitaan sote-suunnitelmissa, mutta mikä rooli niil-

lä tulee olemaan? Miten käsite kolmas sektori määritellään? Nähdäänkö järjestöt vain sote-palvelujen tuottajina vai huomioidaanko myös niiden kansalaisjärjestön rooli? Ennaltaehkäisevää sosiaali- ja terveystyötä tullaan edistämään yhteistyössä kansalaisjärjestöjen kanssa. Mitä sitten merkitsee, kun suunnitelmien mukaan hyvinvoinnin edistäminen tulee jäämään kuntien tehtäväksi? Missä vastuiden raja kulkee? On järjestöjä, jotka sijoittuvat selvästi soten toimintakenttään, ja järjestöjä, jotka ovat sekä soten että kunnan toimijoita. Kysymyksiä on paljon, vastauksia vielä etsitään. Kuntien ja maakuntien on kuitenkin huolehdittava ja tarvittaessa vahvistettava järjestöjen kansalais- ja vapaaehtoistoiminnan toimintamahdollisuuksia. Järjestöjä tarvitaan muuttuvassa sotessakin! Toivottavasti Turun kaupungin hyvinvointitoimialan kehittämä järjestökumppanuusmalli leviää laajempaan käyttöön. Kiinnostusta sitä kohtaan ovat esittäneet monet kunnat.

**Tulosten merkitys:** Turun kaupungin ja järjestöjen yhteistyön kehittyminen yhä tiiviimmäksi on luonut uudenlaisia mahdollisuuksia ketterään ja arjen tarpeista esiin nousevaan kehittämistoimintaan. Tulevaisuudessa onkin tärkeää tunnustaa järjestöjen osaaminen ja rooli matalankynnyksen toiminnan kehittäjänä sekä hyödyntää entistä suunnitelmallisemmin eri toimijoiden välisiä palvelupolkuja.

*Avainsanat:* kunta, sosiaali- ja terveysjärjestö, kumppanuus, yhteistyö, vapaaehtoistoiminta, kansalaistoiminta

**Jaana Halin, FM, HuK, suunnittelupäällikkö, Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala**

**Kristiina Hellstén, FT, THM, projektipäällikkö, Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala**

**Katja Suominen, sosionomi (YAMK), toiminnanjohtaja, Turun Kaupunkilähetys ry**

## Lähteet

- Alasoini T (2011) Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämä voi kehittää kestäväällä tavalla. Tykes. Raportteja 76, Helsinki.
- Harju A, Niemelä J (2011) Järjestöjen taloudelliset toimintaedellytykset. Oikeusministeriön selvityksiä ja ohjeita 2, Helsinki.
- Hellstén K (2015) Julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittäminen - kohti kumppanuuksia. (Raportti liittyy Sitran rahoittamaan Palvelutori Turussa -projektiin, joka toteutui 08/2014-03/2015.) Julkaisematon käsikirjoitus.
- Maijanen H, Haikara P (2014) Kumppanuuskäsikirja. Näkökulmia monitoimijaisen yhteistyön kehittämiseen. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisu A. 8:2014, Lappeenranta.
- Oravasaari T, Järvensivu T (toim.) (2012) Vapaaehtoistoiminnan ja hoivayritysten kumppanuusmalli Vapaaehtoiset kumppaneiksi (Vapari) -hanke. Laurea-ammattikorkeakoulu, Vantaa.
- Pakkanen E (2013) Kuntien ja järjestöjen välinen yhteistyö. Kuntatoimijoiden näkemyksiä Kaakkois-Suomen alueen järjestöyhteistyöstä. Kandidaatintutkielma, Yhteiskuntapolitiikka, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom, Lappeenranta.
- Valliluoto S (2014) Vapaaehtoistoiminnan mahdollisuuksista ja esteistä. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 4, Helsinki.

# UUDISTUNUT KUNTOUTTAVAN SOSIAALITYÖN ERIKOISTUMISKOULUTUS

---

## Työelämän osaamistarpeet edellä

Työelämässä toimivien ammattilaisten erityisosaamisen syventäminen on jo pitkään ollut yksi keskeinen avainkysymys. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työvoiman osaamisen vahvistaminen ja ajantasaistaminen on ajankoh- taista erityisesti meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (SOTE-uudis- tuksen) ja maakuntauudistuksen vuoksi. Li- säksi viime vuosina toteutetut sosiaalihuol- tolain, kuntoutuksen, aikuissosiaalityön, toi- meentulotuen ja työllistämisvastuiden uudis- tukset edellyttävät huomattavaa panostusta työelämässä olevien osaamisen vahvistami- seen. Myös kokonaan uusi, 1.3.2016 voimaan tullut Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) nostaa uudella tavalla esille kysy- mykset ammattihenkilöiden osaamisen yllä- pitämisestä ja asiakasturvallisuuden varmistamisesta.

Osaamisen vahvistamisen ja erikoisosaami- sen syventämisen tarpeeseen vastaamiseksi sosiaalityön koulutusyksiköt järjestivät vuo- sina 2000–2016 valtakunnallisena yhteistyö- nä erikoissosiaalityöntekijän koulutusta, jo- ka suoritettiin ammatillisena lisensiaatintut- kintona (Hietämäki & Kantola 2010). Tutkin- tokoulutusta toteutettiin viidellä sosiaalityön erikoisalalla, joista yksi oli kuntouttava sosi- aalityö. Kaikilta ammatillisen lisensiaatinkou- lutuksen erikoistumisaloilta on valmistunut yli 180 lisensiaattia. Kuntouttavasta sosiaali- työstä valmistuneita on 45.

Vaikka tutkintoperusteinen ammatillinen lisensiaatinkoulutus on tullut tiensä päähän, erikoistumiskoulutuksen tarve ei ole poistunut. Työelämässä on todettu olevan valtava määrä lisä- ja täydennyskoulutusta tarvitsevia, jotka ovat hakeneet osuvamman koulutuksen puut- teessa apua tutkintoon johtavasta koulutuk- sesta (Lehtinen 2012). Korkeakoulutettujen mahdollisuuksia tutkinnon jälkeiseen osaa- misen päivittämiseen on myös pidetty riittä- mättöminä, minkä vuoksi opetus- ja kulttuu- riministeriö päätti valmistella korkeakoulute- tuille työelämän tarpeisiin nopeasti ja jousta- vasti reagoivan uuden koulutusmuodon, eri- koistumiskoulutuksen (Asiantuntijuus edellä 2013). Näiden koulutusjärjestelmämuutosten myötä yliopistot päättivät myös sosiaalityön osalta uudistaa ammatillisena lisensiaatintut- kintona järjestettävän koulutuksen uusimuo- toiseksi erikoistumiskoulutukseksi (Lähteinen & Tuohino 2016).

Kuntouttava sosiaalityö on yksi erikoistu- miskoulutuksen erikoisaloista. Muita erikois- tumisaloja ovat hyvinvointipalvelut, lapsi-, nuoriso- ja perhesosiaalityö sekä rakenteelli- nen sosiaalityö. Erikoistumiskoulutusten laa- juus on 70 opintopistettä. Kaikkien erikoisalo- jen koulutus on käynnistynyt joko syksyllä 2016 tai alkuvuodesta 2017. Erikoistumiskou- lutus suoritetaan oman työn ohessa opiskel- len noin kahdessa ja puolessa vuodessa. Sen tavoitteena on vastata työelämän osaamistar- peisiin tarjoamalla vaihtoehto osaamisen päi-



vittämiseen ja syventämiseen vahvasti omaan työhön kiinnittyneenä. Koulutuksen suunnittelu nojautuu laajaan selvitykseen sosiaalityön erikoisosaamisesta. Työelämän asiantuntijat osallistuivat aktiivisesti koulutuksen kehittämiseen ja olivat mukana määrittämässä koulutuksen erikoisaloja sekä osaamistavoitteita ja koulutussisältöjä. (Lähteinen & Tuohino 2016.)

Erikoissosiaalityöntekijän koulutuksen tarkoituksena on parantaa sosiaalityöntekijöiden asiantuntemusta tarjoamalla mahdollisuus tutkinnon jälkeisen osaamisen täydentämiseen. Erikoistumiskoulutuksen suoritettuaan sosiaalityöntekijä kykenee aiemman työkokemuksensa ja sitä täydentävän, erikoistumiskoulutuksessa hankkimansa tiedon pohjalta työskentelemään vaativissa asiantuntijatehtävissä valitulla sosiaalityön erikoisalalla. Valmistuttuaan erikoissosiaalityöntekijä hallitsee lisäksi omaan työhönsä kohdistuvan tutkivan ja kehittävän työskentelyotteen ja pystyy käyttämään tieteellistä tutkimustietoa erikoisalansa ammatillisten käytäntöjen analysoinnissa, arvioinnissa ja kehittämisessä. Erikoistumiskoulutuksen yleiset tavoitteet on määritelty valtioneuvoston asetuksessa (Valtioneuvoston asetus... 794/2004; 20 a §).

Koulutusta järjestetään osana Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnetin toimintaa. Uusimuotoisen kuntouttavan sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen ensimmäisen toteutuskerran vastuuyliopistona on Lapin yliopisto, ja se toteutetaan yhteistyössä Tampereen ja Turun yliopistojen kanssa. Verkostoyhteistyö on ollut tärkeä voimavara koulutuksen järjestämisessä. Se mahdollistaa kunkin yliopiston tutkimusprofiilin ja erikoisosaamisen hyödyntämisen koulutuksessa.

Kuntouttavan sosiaalityön erikoisalalle valittiin 20 opiskelijaa eri puolilta Suomea. Opiskelijat työskentelevät pääosin sosiaalityöntekijän tehtävissä kunnissa ja sairaanhoitopiireissä sekä erilaisissa kehittämis- ja johtotehtävissä.

## **Kuntouttavan sosiaalityön tavoitteet ja sisältö**

Kuntouttavan sosiaalityön erikoistumiskoulutus kohdentuu erityisesti vaativissa elämäntilanteissa elävien ja haavoittuvassa asemassa olevien aikuisten parissa tehtävään kuntouttavaan sosiaalityöhön. Koulutus tuottaa erikoisosaamista kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytäntöjen ja palvelujärjestelmän tutkimusperustaiseen kehittämiseen. (Rajavaara & Karjalainen 2012.)

Kuntouttavalla sosiaalityöllä (empowering social work) viitataan monimuotoiseen muutostyöhön. Päämääränä on vahvistaa ihmisten arjessa selviytymistä ja tukea sellaisia sosiaalisia vuorovaikutussuhteista, jotka lisäävät yhteiskunnallista, yhteisöllistä ja yksilöllistä toimijuutta ja osallisuutta. Kuntouttava sosiaalityö toteuttaa sosiaalihuoltolain (1301/2014, tullut voimaan 1.4.2015) mukaista sosiaalista kuntoutusta. Sitä tarvitaan elämäntilanteissa, joissa ihmisten ja erilaisten ryhmien täysivaltainen toiminta on vaikeutunut tai vaikeutumassa. Tavoitteena on luoda, palauttaa ja ylläpitää omaehtoisen selviytymisen, hyvän elämän ja toimintakyvyn edellytyksiä, ehkäistä syrjäytymistä ja tukea asiakkaiden itsenäisiä ja myönteisiä elämänvalintoja sekä täysivaltaista kansalaisuutta. Kuntouttavan sosiaalityön fokuksena on myös nostaa esille sellaisia sosiaalisia ongelmia, jotka altistavat erityisesti haavoittuvassa asemassa olevia ihmisiä syrjäytymiselle. Kuntouttavan sosiaalityön orientaatiota tarvitaan ennen muuta kuntien aikuissosiaalityössä, päihde-, mielenterveys-, kuntoutus-, vammais-, vanhus- ja maahanmuuttajatyössä sekä terveys- ja rikosseuraamustyössä.

Tällä hetkellä kuntouttavan sosiaalityön erikoisosaamista edellyttävät muun muassa työikäisten monimutkaistuneet ongelmat, pitkäaikaistyöttömyys, päihde- ja mielenterveysongelmat ja köyhyys. Erikoisalaopinnoissa syvennetään tämänkaltaisiin ongelmiin vastaamisen osaamista ja kehitetään samalla asiakaslähtöisiä ja vaikuttavia aikuissosiaalityön työprosessien ja sosiaalisen kuntoutuksen menetelmiä.

Koulutuksen valmistelussa huomioitiin uudet ja ajankohtaiset sosiaalityön asiantuntijuuden osaamisvaateet. Erityisesti moniammatillisen sosiaalisen ja terveyden näkökulmia yhdistävän kuntouttavan työotteensa osaamisen merkitys kasvaa sosiaalityössä. Muutokset edellyttävät kuntouttavan sosiaalityön suunnittelulta, palvelujen organisoinnilta ja koordinoinnilta uusia työmenetelmiä, laadun kehittämistä ja tutkivaa työtettä.

## Lopuksi

Monen erikoistumiskoulutukseen hakeutuneen sosiaalityöntekijän maisteriksi valmistumisesta on kulunut jo vuosia, jolloin erikoistumiskoulutus tarjoaa mahdollisuuden ajantasaistaa omaa sosiaalityön tutkimuksen ja teoreettisten perusteiden hallintaa. Erikoistumiskoulutukseen osallistuvilta opiskelijoilta saadun palautteen perusteella koulutus vahvistaa oman työn teoreettisen perustan ymmärrystä sekä taitoa analysoida omaan työhön heijastuvia yhteiskunnallisia ilmiöitä ja prosesseja. Se mahdollistaa tutkimusperustaisen sosiaalityön ankkuroitumisen osaksi sosiaalityön käytäntöjä.

Vaikka opinnoissa on vahva kytkös työelämään ja opiskelijoiden tekemät lopputyöt ovat sidoksissa työpaikalla havaittuihin kehittämistarpeisiin, koulutukseen osallistuminen tuottaa tarpeellista kriittistä etäisyyttä käytäntöön ja palvelujärjestelmään. Kriittinen etäisyys ja reflektio mahdollistavat osaamisen syventämisen sekä uusien toimintatapojen ja -käytäntöjen kehittämisen. Koulutuksesta saakin hyvä eväitä kehittämis- ja vaikuttamistyöhön.

Aika näyttää, millaisena koulutus juurtuu sosiaali- ja terveydenhuollon kentälle ja toisaalta myös yliopistojen koulutusjärjestelmään. Sosiaalipalvelujen ja sosiaalityön asema sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvissa rakenteissa on edelleen avoin. Haasteena on, millaisia työtehtäviä koulutuksesta valmistuneille avautuu ja minkälaisia urakehitysmahdollisuuksia uudet sote-rakenteet voivat luoda erikoissosiaalityöntekijöille. Kyky innovaati-

oihin, johtamis-, tutkimus- ja kehittämisosaaminen sekä palvelujen järjestämisen ja tuotantoon liittyvät taidot ovat enemmän kuin tarpeen lähivuosina. Monialaisen arviointi- ja kehittämisosaamisen odotukset koskettavat kaikkia sosiaalityön ammattilaisia. Erikoistumiskoulutus voi vahvistaa edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöiseen uudistamiseen.

## Erikoissosiaalityöntekijän koulutus

- Uusimuotoisen erikoistumiskoulutuksen laajuus on 70 op. Siihen sisältyy 10 op laajuinen lopputyö, joka nivoutuu oman työn kehittämiseen. Koulutus suoritetaan reilussa kahdessa vuodessa työn ohessa.
- Erikoissosiaalityöntekijän koulutuksen alat: 1) Hyvinvointipalvelut, 2) Kuntouttava sosiaalityö, 3) Lapsi-, nuoriso- ja perhesosiaalityö ja 4) Rakenteellinen sosiaalityö.
- Koulutus toteutetaan monimuoto-koulutuksena, johon sisältyy 16 vastsuuyliopistojen paikkakunnilla pidettävää lähiopetuspäivää. Koulutus on maksullinen, ja opintomaksu voi jakautua työnantajan ja opiskelijan kesken ja se voidaan maksaa erissä.
- Kuntouttava sosiaalityö: Koulutus kohdentuu vaativissa elämäntilanteissa elävien aikuisten parissa tehtävään kuntouttavaan työhön ja vahvistaa erikoisosaamista ammattikäytäntöjen ja palvelujärjestelmän tutkivaan kehittämiseen. Vastuuyliopistona on Lapin yliopisto, mutta koulutus toteutetaan yhteistyössä Tampereen ja Turun yliopistojen kanssa.
- Lisätietoa: [sosnet.fi/erko](http://sosnet.fi/erko)

**Sanna Hautala, dosentti, sosiaalityön yliopistonlehtori, Lapin yliopisto**

**Sanna Lähteinen, YTM, suunnittelija, Lapin yliopisto**

**Riitta Granfelt, dosentti, sosiaalityön yliopistonlehtori, Turun yliopisto**

**Kirsi Juhila, sosiaalityön professori, Tampereen yliopisto**

*Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet*

## **Lähteet**

- Asiantuntijuus edellä (2013) Korkeakoulujen uusi erikoistumiskoulutus. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 7. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Hietamäki J, Kantola H (2010) Sosiaalityön ammatillisen lisensiaatinkoulutuksen arviointitutkimus. Sosiaalityön julkaisusarja 7. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.
- Lehtinen E (2012) Korkeakoulutuksen rakenteiden pitäisi tukea aikuiskoulutusta. Aikuiskasvatus 32 (4), 298–302.
- Lähteinen S, Tuohino N (2016) Sosiaalityön erikoisosaamista vahvistamassa - erikoissosiaalityöntekijän koulutus vastaamassa toimintaympäristön muutoksiin. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus. 24 (2), 185–193.
- Rajavaara M, Karjalainen V (2012) Sosiaalinen kuntoutus lakisääteiseksi – mikä muuttuu? Kuntoutus 4, 3.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista ja erikoistumiskoulutuksista 794/2004.

# TYÖTTÖMÄKSI JÄÄNEEN OSATYÖKYKYISEN POLKU TYÖTERVEYSHUOLLOSTA PERUSTERVEYDENHUOLTOON

## Johdanto

Työttömyyden on havaittu lukuisissa tutkimuksissa olevan negatiivisessa yhteydessä yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Työttömät voivat keskimäärin huonommin, ovat sairaampia kuin työlliset ja heidän elinajanodotteensa on lyhyempi (TEM 2011). Myös kuolleisuusriski on työttömillä työllisiin nähden suurempi. Työttömyydestä ja heikkenevästä terveydestä näyttää muodostuvan helposti itseään vahvistava negatiivinen kierre. (Hepo-niemi ym. 2008; Saikku & Sinervo 2010.)

Työttömien heikomman terveydentilan, sairastavuuden ja varhaisemman kuolevuuden taustalla on muun muassa psykososiaaliin ja aineellisiin resursseihin sekä elintapoihin liittyviä tekijöitä (TEM 2011). Kuitenkin myös terveyspalvelujärjestelmän rakenteelliset ominaisuudet, esimerkiksi terveydenhuollon maksullisuus työelämän ulkopuolella olleille, vaikuttavat osaltaan siihen, että terveydentilansa ja taloutensa puolesta heikommassa asemassa olevat henkilöt eivät välttämättä pysty käyttämään tai saa tarvitsemiaan terveyspalveluja (mt).

Palvelujärjestelmässä ongelmana on ollut yhtenäisten käytäntöjen puuttuminen sen osalta, missä ja kenen kustannuksella työttömien työkykyä ja kuntoutustarpeita arvioidaan (Saikku & Sinervo 2010). Jo vuonna 2010

on kuitenkin kansallisesti linjattu, että työterveyshuollon tulisi irtisanomistilanteessa selvittää työntekijän työkyky ja käynnistää tarvittavat hoito- ja kuntoutustoimenpiteet ennen työttömyyden alkamista sekä varmistaa asiakkaan saumaton siirtyminen perusterveydenhuollon palveluihin (mt).<sup>1</sup>

Varhainen tuki työttömäksi jääneiden terveysongelmissa ja mahdollisten pitkäaikais-sairauksien säilyminen hyvässä hoitotasapainossa paitsi ehkäisevät tehokkaasti syrjäytymistä ja huono-osaisuutta myös tuottavat mittavia kustannussäästöjä sekä terveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tarvitaan vaikuttavia käytäntöjä, joiden avulla voidaan huolehtia osatyökykyisinä työttömiksi jäävien terveydenhoidon jatkumisesta.

Tällaisia käytäntöjä on kehitetty ja arvioitu Euroopan sosiaalirahaston ja sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa *Polkuja työelämään (TEMPO) – Osatyökykyisen työnhaikijan tuki* -hankkeessa, jossa ydintavoitteena on ollut tukea työkykyä ja työhön palaamista tai pääsemistä silloin, kun työkyvyssä on sosiaalisia tai terveydellisiä rajoitteita.

Sekä Tempo-hankkeen myötä että aiemman tutkimuksen perusteella olemme havainneet, että olennaisen tärkeää olisi puuttua asiakkaan tilanteeseen heti työttömyyden alkuvaiheessa. Työttömäksi jääneen työl-

<sup>1</sup> Ks. myös vuoden 2014 alusta voimaan tullut valtioneuvoston asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä (708/2013).

listyminen avoimille työmarkkinoille näyttää vaikeutuvan selvästi jo kolmen kuukauden työttömyyden jälkeen (TEM 2011). Koska työmarkkinoilta syrjäytymisen taustalla ovat usein terveysongelmat ja työkyvyssä ilmenevät puutteet (Saikku & Sinervo 2010), osatyökykyiset muodostavat tässä suhteessa erityisriskiryhmän.

Nykyisen palvelujärjestelmän ongelma-kohtina nähdään palvelujärjestelmän monimutkaisuus ja hajanaisuus sekä eri toimijoiden välillä vallitsevan vastuunjaon epämääräisyys (Liukko & Kuuva 2015). Huolenaiheena on ollut se, että millään yksittäisellä taholla ei ole selkeää kokonaisvastuuta asiakkaan tilanteesta. Alan tutkimuskentällä keskeiset kehittämishaasteet ovatkin liittyneet eri toimijoiden välisen vastuunjaon selkiyttämiseen, yhteistyön kehittämiseen ja siihen, että työ- ja toimintakykyä tukevat palvelut olisivat mahdollisimman saumattomia ja oikea-aikaisia. (Mt.)

Tempo-hankkeessa palvelujärjestelmän kehittämishaasteisiin on pyritty vastaamaan työkykykoordinaattorin osaamisella. Työkykykoordinaattorin tehtävänä on tukea osatyökykyisen henkilön työllistymistä, työssä jatkamista ja työhön paluuta löytämällä räätälöityjä ratkaisuja. Työkykykoordinaattori keskittyy asiakkaan vahvuuksiin ja etsii toimivia ratkaisuja yhdessä asiakkaan ja ammattilaisten kanssa. Hän on palvelujärjestelmän asiantuntija, joka neuvoa asiakasta tarvittavien palvelujen ja etuuksien hakemisessa. Työkykykoordinaattori voi toimia eri nimikkeillä esimerkiksi työterveyshuollossa, TE-palveluissa, kuntoutuksessa, työpaikoilla/henkilöstöhallinnossa, terveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa. Työkykykoordinaattorin mukaan tuomisessa ideana on, että pirstaleiseen ja hajanaiseen palvelujärjestelmään saadaan juurrutettua toimija, joka vastaa asiakkaan prosessista alusta loppuun saakka.

### **Pilotti työttömäksi jääneen osatyökykyisen ohjautumisesta työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon**

Kilpailukyky sopimuksen myötä vuoden 2017 alusta voimaan tulleet lakiuudistukset paran-

tavat irtisanotun työntekijän muutosturvaa. Työnantajilla, jotka työllistävät säännöllisesti vähintään 30 henkilöä, on velvollisuus järjestää vähintään viisi vuotta yhtäjaksoisesti palveluksessaan olleille, tuotannollisista tai taloudellisista syistä irtisanotuille työntekijöille kuuden kuukauden työterveyshuolto työvelvoitteen päättymisestä lukien sekä yhden kuukauden palkkaa vastaava, uudelleentyöllistymiseen tähtäävä valmennus tai koulutus.

Koska Tempo-hankkeessa pyritään tukemaan erityisesti työttömyyden alkuvaiheessa olevia henkilöitä, hankkeessa päätettiin toteuttaa pilotti, jossa tutkitaan työttömäksi jääneen osatyökykyisen ohjautumista työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena oli selvittää, mitä toimia eri tahojen osalta tarvitaan, jotta siirtymä tapahtuisi hallitusti, riittävin tiedoin ja mahdollisten pitkäaikaissairauksien hoitotasapainon järkkymättä. Erityisesti haluttiin tehdä näkyväksi sitä, minkälaisia ongelma-kohtia prosessiin liittyy, miten prosessin sujuvuutta voitaisiin lisätä ja millainen merkitys työkykykoordinaattorin osaamisen mukaan tuomisella on prosessille.

Pilotti toteutettiin huhti-lokakuussa 2017 yhteistyössä Diacorin työterveyshuollon (nykyisin Terveystalo), Kirkkonummen kunnan ja Hyvinvointikartano Kaisankodin kanssa. Työterveyshuolto rekrytoi maksuttomaan pilottiin mukaan työttömiksi jääneitä osatyökykyisiä henkilöitä, joita oli tarkoitus ohjata ensisijaisesti Kirkkonummen kunnan perusterveydenhuollon palveluihin. Alusta asti oli kuitenkin varauduttu siihen, että kaikkia asiakkaita ei saataisi Kirkkonummelta. Asia ratkaistiin luomalla Kaisankotiin niin sanottu malliterveyskeskus, jonne ohjattiin muiden kuntien asiakkaat. Malliterveyskeskuksen ideana oli, että siellä suoritettaisiin vastaavat toimet kuin ideaalitulanteessa suoritettaisiin terveyskeskuksessa.

Pilottiin saatiin rekrytoitua yhteensä 14 osallistujaa. Kaksi osallistujaa kuitenkin vetäytyi projektista, jolloin lopullinen osallistujamäärä oli 12 (Kirkkonummi N = 1, Kaisankoti N = 11). Osallistujat oli joko irtisanottu (N = 9) tai he olivat itse sanoneet itsensä irti (N =

3). Osalla henkilöistä oli takanaan pitkä työura samalla työnantajalla, osalla puolestaan katkonaisempi ura eri työpaikoissa.

Kaikilla osallistujilla oli myös enemmän tai vähemmän heikentynyt työkyky. Kun seitsemää osallistujaa haasteltiin puhelimitse ja pyydettiin arvioimaan subjektiivisesti työkykyään asteikolla 1–10 (1 = ei ollenkaan työkykyinen, 10 = täysin työkykyinen), vastaukset sijoittuivat pääosin välille 1–6.

Työterveydessä lääkäri ja työkykykoordinaattorikoulutuksen käynyt sosiaalialan asiantuntija etsivät osallistujille sopivia jatkopolkuja. Asiakkaita ohjattiin pääsääntöisesti ammatillisen kuntoutuksen työkokeiluun työeläkeyhtiön kautta. Pilotin alkaessa lähes kaikilla osallistujilla oli jo valmiiksi prosessi käynnissä työterveyshuollossa. Tavatessaan ensi kertaa työkykykoordinaattorin suurin osa osallistujista oli joko siirtymässä työttömäksi tai ollut työttömänä alle kuusi kuukautta. Kolme osallistujaa oli irtisanottu yli kuusi kuukautta aiemmin, ja työvelvoite oli päättynyt jo syksyllä 2016.

Työkykykoordinaattori teki lähetteen terveyskeskukseen, jossa perusterveydenhuollon toivomuksesta käsiteltiin koulutus- ja työuraa sekä työssä suoriutumista ja ammattitaitoa. Lisäksi tarkasteltiin asuin- ja perhetilannetta, taloutta, sosiaalisia verkostoja ja elämäntapoja sekä tulevaisuuden tavoitteita ja motivaatiota. Olennaista oli, että työkykykoordinaattori kertoi mahdollisista jatkopoluista ja konkreettisista toimenpiteistä tavoitteita kohti pääsemiseksi asiakkaan itsensä ilmaisemien tulevaisuudensuunnitelmien pohjalta. Kartoitusta lähetettiin asiakkaan suostumuksella joko Kirkkonummen terveysasemalle tai malliterveyskeskukseen, ja vastaanottava taho kutsui asiakkaat paikalle.

Malliterveyskeskuksessa osallistujille tehtiin kokonaisvaltainen mutta ”kevyt” työ- ja toimintakyvyn arviointi. Malliterveyskeskuksessa alkukartoituksen teki terveydenhoitaja ja jatkokartoituksen lääkäri. Kahdessa tapauksessa asiakas ohjattiin edelleen fysioterapeutin tai psykologin (ei toteutunut) arviointiin. Kirkkonummen osallistujan kohdalla jatkosuunnitelmat olivat niin selvät, että terveydenhoitajan

tehtäväksi jäi lähinnä todeta, että asiakkaan asiat ovat järjestyksessä.

Pilotin hyötyjen kartoittamiseksi tehtiin puolistrukturoidut haastattelut sekä osatyökykyisille työttömäksi jääneille ( $N = 7$ ) että pilotissa mukana olleille asiantuntijoille ( $N = 4$ ). Haastatteluissa kartoitettiin erityisesti kokemuksia pilotin toimintamallista ja sen hyödyistä sekä siitä, miten työttömäksi jääneen osatyökykyisen siirtymistä työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon voitaisiin vielä kehittää.

## Tulokset

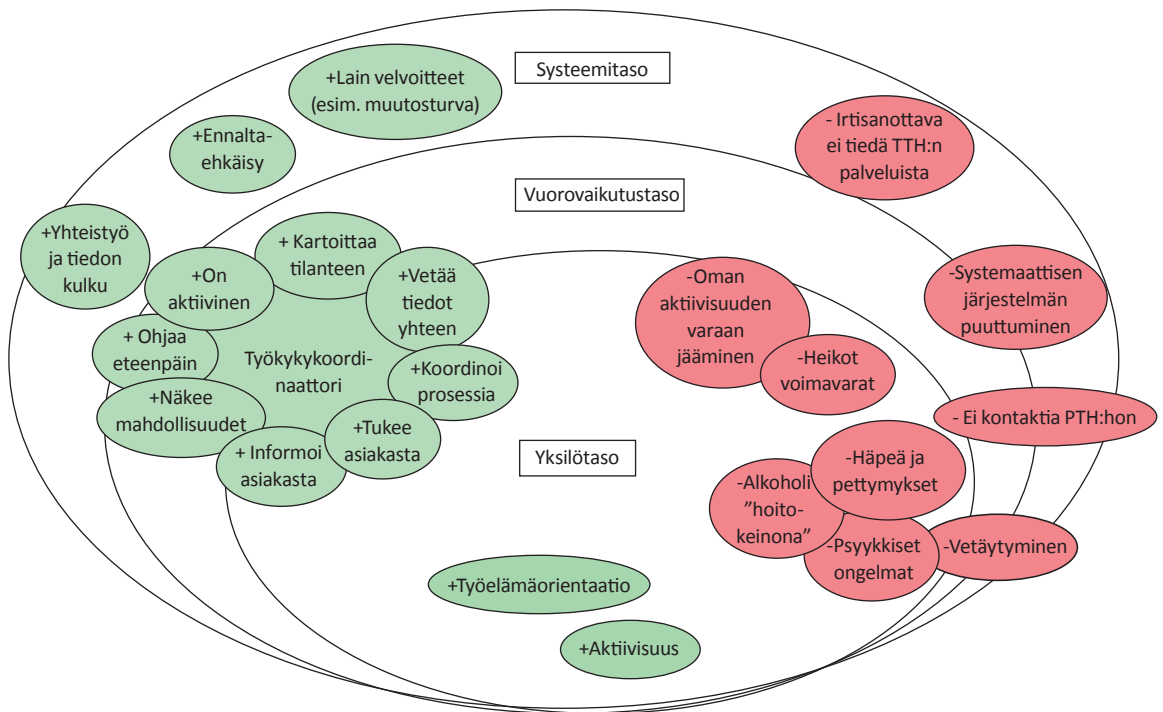
Siirtymä työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon: asiantuntijanäkökulma

Aineiston analyysin perusteella asiantuntijat näyttivät liittävän työttömiksi jääneiden osatyökykyisten siirtymiseen työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon tekijöitä, jotka voitiin jakaa kolmelle tasolle: yksilö-, vuorovaikutus- ja systeemitason tekijöiksi (ks. kuvio 1).

Yksilötasolla ilmaistiin huoli siitä, että siirtymä vaikeutuu, mikäli irtisanotun voimavarat ovat heikot ja hän jää irtisanomistilanteessa ”tyhjän päälle” tai oman aktiivisuutensa varaan. Siirtymää mahdollisesti hankaloittavina seikkoina nostettiin esiin myös terveydelliset syyt, erityisesti mielenterveyteen liittyvät ongelmat ja tiedon puute niiden hoitomahdollisuuksista, työttömyyteen mahdollisesti liitetty (yhteiskunnallinen) häpeä sekä alkoholinkäytön mukanaan tuomat ongelmat. Aktiivisuus ja työelämäorientaatio tuotiin esiin siirtymää sujuvoittavina seikkoina. Näiden katsottiin heikenevän työttömyyden pitkittyessä.

Vuorovaikutustaso. Asiantuntijahaastatteluissa korostui työkykykoordinaattorin roolin tärkeys. Painotettiin sitä, että prosessin sujumiseksi tarvitaan jokin toimija, joka (kukin haastateltava mainitsi jonkin/joitakin toimia) saa tiedon irtisanotusta, on aktiivinen, kartoittaa asiakkaan tilanteen, kokoaa asiakkaan tiedot, ottaa asiakkaasta ”kopin”, koordinoi prosessia, on toimivassa vuorovaikutuksessa





Kuvio 1. Mitkä tekijät asiantuntijoiden (N = 4) haastatteluiden perusteella sujuvoittavat (vihreä) ja mitkä tekijät hankaloittavat (punainen) sitä, että osatyökykyinen henkilö siirtyy sujuvasti työterveyshuollosta (TTH) perusterveydenhuoltoon (PTH).

asiakkaan kanssa ja informoi häntä. Nähtiin, että siirtymävaiheessa olennaista on myös tukea asiakasta, nähdä eri instanssien mahdollisuudet, osata ohjata asiakas tarvittaessa eteenpäin ja tehdä moniammatillista yhteistyötä.<sup>2</sup>

Systeemitasolla korostettiin erityisesti tiedonkulun ja yhteisten käytäntöjen luomisen tärkeyttä. Tiedonkulun osalta nähtiin tärkeänä, että hoitava tiimi työterveyshuollosta saisi tiedon irtisanotuista ja asiakkaan tiedot – vähintään henkilötiedot – kulkisivat työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon. Olennaisena nähtiin myös, että perusterveydenhuollossa, ja kaikissa muissakin instansseissa, olisi sisäisen koulutuksen avulla varmistettu osaminen ja prosessin tuntemus, jotta asiakkaan kohtaaminen sujuisi onnistuneesti. Tärkeänä

siirtymää sujuvoittavana asiana korostettiin sitä, että työ- ja toimintakyvystä laadittaisiin yhteenveto. Niin ikään mahdollisesti siirtymää sujuvoittavana seikkana nähtiin yhteistyö, tarkemmin ottaen yhteisten ”pelisääntöjen” laatiminen työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välillä.

Systeemitasolla korostettiin, että pelkkä suositus ohjata irtisanotut työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon ei ole riittävä, vaan tuloksellisempaan toimintaan voisi liittyä jokin pakote, esimerkiksi lain velvoite. Painotettiin, että olennaista olisi luoda systemaattinen järjestelmä koskien niitä toimintaperiaatteita, joita tulisi toteuttaa tilanteessa, jossa henkilön hoitosuhde työterveyshuoltoon päättyy. Muutosturvalainsäädännön uudistuk-

<sup>2</sup> Haastateltavan puheesta ei tässä kohtaa käynyt selvästi ilmi, viittasiko hän siirtymävaiheeseen yleisemmällä tasolla vai em. tyyppiseen toimijaan. Käytännössä kyseiset asiat vastaavat kuitenkin suoraan työkykykoordinaattorin erityisosaamista.

set nähtiin asiana, joka toivottavasti saattaisi myötävaikuttaa siihen, että ainakin isojen yritysten kohdalla jonkinlainen järjestelmä tulisi luoduksi.

Konkreettisina toimina systemaattisen järjestelmän luomiseksi ehdotettiin esimerkiksi sitä, että kukin taho laatisi asiasta selkeän prosessimallin. Lopuksi prosessimallit yhdistettäisiin. Esitettiin myös yhteisen ”sapluunan” luomista keskittyen siihen, mitkä ovat minimissään ne tukiprosessit, jotka irtisanomistilanteessa olisi tarjottava. Toisaalta korostettiin, että jo pelkkä hallinnollinen toimi, esimerkiksi työttömyyden rekisteröinti työsuhdetta päätettäessä ja siitä eteenpäin annettava ilmoitus, veisi asioita toivottuun suuntaan. Ilmoitus voitaisiin tehdä esimerkiksi työkykykoordinaattorille.

Toisaalta irtisanottavan tilanteeseen ehdotettiin puuttuttavan työterveyshuollon ja henkilöstöhallinnon toimesta jo ennen irtisanomista, mikäli asia on ennakoitavissa, jolloin esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen toimet voitaisiin käynnistää ajoissa. Samalla tuotiin esiin, että jos tukitoimia tarjottaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ei irtisanomiselle ehkä edes syntyisi tarvetta.

Järjestelmän tasolla nostettiin esiin myös taloudellinen eturistiriita (työntekijän etu versus työnantajan kustannukset) tilanteessa, jossa irtisanottava tulisi ohjata vielä irtisanomistilanteen jälkeen työterveyshuollon palveluiden piiriin. Toisaalta tuotiin esiin seikkoja, jotka voivat nostaa kynnystä perusterveydenhuollon palveluiden piiriin hakeutumiselle, esimerkiksi kontaktin puuttuminen kuntaan.

#### Siirtymä työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon: asiakasnäkökulma

Asiakkaiden kokemuksia kartoitettiin haastatteleamalla puhelimitse seitsemää pilottiin osallistunutta osatyökykyistä työntöntä henkilöä.

Asiakkaan ja työterveyshuollon suhteen kuvattiin loppuvan äkillisesti työsuhteen päättyessä. Moni vastaaja oli saanut työterveyshuollosta B-lausunnon, mutta muuta työterveyshuollon palvelua (ohjausta, tukea, neu-

vontaa) ei kuvattu. Kaksi vastaajaa ilmoitti kuitenkin käyneensä keskustelemassa irtisanomisesta työterveyslääkärin kanssa. Haastateluissa nousi esille, että useimmat asiakkaista eivät tunnista neet työkykykoordinaattorin nimikkeellä toiminutta henkilöä. Syynä saattaa olla, että tapaamisesta oli jo aikaa, asiakas ei ollut kiinnittänyt huomiota työntekijän nimikkeeseen tai työkykykoordinaattorista käytettiin organisaatiossa toista nimikettä. Kuitenkin tuotiin esiin, että ohjausta toivottiin muun muassa kuntoutushakemuksen tekemiseen ja ammatinvalintaan.

Malliterveyskeskuksessa käyntiä (1–2 kertaa) kuvattiin useimmiten keskusteluna. Useimmilla kokemus oli miellyttävä, mutta konkreettista lisäarvoa asiakkaiden oli vaikeaa kuvata. Tämä saattoi johtua siitä, että yhtä lukuun ottamatta kaikille asiakkaille oli jo tehty jatkosuunnitelmat. Vastaajat kuitenkin kokivat, että käynti malliterveyskeskuksessa oli tarjonnut ajan ja paikan tarvittaessa kysyä erilaisista asioista ja että asiakkaita kuultiin ja ymmärrettiin. Yksi vastaaja kertoi, että malliterveyskeskuksessa käynti oli ajattelutapoja muuttava ”voimauttava kokemus”, joka auttoi häntä käsittelemään irtisanomista.

Yksi vastaaja olisi toivonut malliterveyskeskuksessa enemmän ohjausta tietojen yhteenvedon lisäksi, ja toinen koki tiedonsaannin jääneen puutteelliseksi. Pääosin vastaajat olivat hyvin perillä saatavilla olevista palveluista sekä omasta tilanteestaan ja jatkosuunnitelmistaan. Muutama kertoi itse olleensa aktiivinen asioidensa hoidossa. Ainoastaan yksi vastaaja kertoi tulevaisuutensa olevan täysin avoin, eikä hän ollut minkään palvelun piirissä.

Asiakkailta kerättyjä kehitysideoita palvelun parantamiseksi ovat:

- parempi tiedon siirto työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välillä
- työterveyshuollon ohjaus työsuhteen päättyessä käytännön asioiden hoitamiseksi
- kokonaisvaltainen asiakkaan tilanteen kartoitus eli ”tulotarkastus” perusterveydenhuoltoon siirryttäessä
- työntekijöiden kunnioittava ja asiallinen suhtautuminen työttömään asiakkaaseen
- asiakkaan oikeuksien kertominen avoimesti

- kattavampi erikoislääkärikonsultaatio perusterveydenhuollossa
- byrokratian vähentäminen sekä
- yhteistyö työvoimahallinnon kanssa.

## Pohdinta

Asiakkaat nostivat pilotin hyötynä esiin sen, että heidän tiedoistaan laadittiin yhteenveto. Työ- ja toimintakykyä kartoittavan yhteenvedon ajateltiin helpottavan työterveyshuolto - perusterveydenhuolto-siirtymää. Tätä painotti myös kuntoutuslääkäri. Asiakkaat myös kokivat, että erityisesti käynti Kaisankodissa antoi mahdollisuuden tarkastella omaa tilannetta paremmin ja tarjosi työkaluja sen ymmärtämiseksi.

Tulokset olivat osin ristiriitaisia. Samalla kun asiantuntijat korostivat työkykykoordinaattoritoiminnan tärkeyttä palvelujärjestelmässä, pilottiin osallistuneiden asiakkaiden oli vaikea arvioida pilotista saamaansa lisäarvoa. Tämä saattoi osittain johtua siitä, että pilottiin valikoituneiden asiakkaiden jatko-suunnitelmat olivat jo varsin hyvin selvillä ja että asiakkaat olivat olleet myös itse jatkosuhteen aktiivisia.

Asiantuntijahaastatteluissa nostettiin esiin muutosturvan uudistukset asiana, jonka toivottiin edesauttavan systemaattisen järjestelmän luomista työterveyshuolto - perusterveydenhuolto-siirtymän sujuvoittamiseksi. Toisaalta ilmaistiin huolta muutosturvan kriteereiden heikkouksista: pienistä yrityksistä tai lyhyistä työsuhteista työttömiksi jäävät eivät kuulu uudistusten piiriin. Huomattava osa pilotin osallistujista oli jäänyt työttömäksi suurista yrityksistä ja kuului muutosturvan piiriin, jolloin työnantajan motivaatio hoitaa asiat kuntoon jo työterveyshuollossa oli oletettavasti vahvempi kuin pienten yritysten työntekijöiden kohdalla olisi ollut. Jatkossa onkin tarpeellista pohtia, miten tavoittaa se kohde-ryhmä, jolla ei ole riittäviä voimavaroja olla itse aktiivinen perusterveydenhuoltoon siirtymisessä ja joka ei kuulu muutosturvan uudistusten piiriin.

Systemitasolla asiantuntijat toivat esiin

henkilökohtaisen asiakaskontaktin tärkeyden TE-viranomaisten kanssa asioitaessa. Myös asiakkaat korostivat ura- ja työhönohjauksen tärkeyttä. Olisikin tärkeää jalkauttaa työkykykoordinaattoritoimintaa myös työvoimahallinnossa laajemmalle.

Kaiken kaikkiaan pilotin teemaa ja alkuperäistä ideaa pidettiin hyvinä. Ongelman näytti kuitenkin muodostavan se, että suurin osa asiakkaista jouduttiin ohjaamaan Kirkkonummen terveysaseman sijaan niin sanottuun malliterveyskeskukseen Kaisankotiin, joka saattoi todellisuudessa näyttäytyä asiakkaille ylimääräisenä tahona työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välissä. Myös asiantuntijat toivat esiin epäilyksen siitä, kettiinko Kaisankoti idean mukaisena terveyskeskuksena.

Siirtymä työterveyshuollosta malliterveyskeskukseen sujui kuitenkin erinomaisesti. Lähes kaikki osallistujat saapuivat paikalle, mikä on normaaliin työttömien terveystarkastukseen osallistuvien määrään verrattuna hyvä tulos. Tämän nähtiin johtuvan ensi sijassa siitä, että siirtymä toteutettiin tarpeeksi aikaisessa vaiheessa, jolloin tilanne ei ollut päässyt kroonistumaan. Työttömyyden alkuvaiheeseen suunnattujen kuntoutusmallien kehittämistä työ- ja toimintakyvyn tueksi sekä kansanterveydellisten riskien ehkäisemiseksi tuskin voidaan liikaa korostaa.

Tässä hanke-esittelystä kuvattu prosessi ja tulokset ovat alustavia. Laajempi kuvaus pilotista, sen tutkimustuloksista, pohdinnat reliabiliteetista, validiteetista sekä hyväksi havaittujen käytäntöjen jalkauttamisesta esitellään Tempo-hankkeen loppuraportissa maaliskuussa 2018.

**Niina Tanner, VTM, projektkoordinaattori, Tempo-hanke, Kuntoutussäätiö**

**Jennamaria Lehtola, HuK, tutkimusassistentti, Tempo-hanke, Kuntoutussäätiö**

**Marja Heikkilä, tft, TtM, projektipäällikkö, Tempo-hanke, Kuntoutussäätiö**

**Ari Vehmas, yleislääketieteen erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, Kaisankodin vastaava erikoislääkäri**

## Lähteet

- Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto A-M, Keskimäki I (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Julkaisuja 14. Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Liukko J, Kuuva N (2015) Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa: ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Raportteja 03. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Saikka P, Sinervo L (2010) Työttömien terveyspalvelun juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Raportti 42. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- TEM (2011) Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Raportteja 10. Työ- ja elinkeinoministeriö.

## Lapsen kuntoutumisessa erinomaisia käytäntöjä lapsen edun turvaamiseksi

Suomesta löytyy korkealaatuista lasten kuntoutuksen käytännön asiantuntijuutta. LOOK-hankkeen tulokset osoittavat, kuinka edistyksestä kuntoutusymmärrys lasten kuntoutuksen asiantuntijoiden kuvaamana on, kun tuloksia peilataan kansainväliseen kehittämissuuntaan sekä kansalliseen LAPE-ohjelmaan ja näkymiin siitä, mitä kuntoutuminen on parhaimmillaan. LOOK-hankkeen tulokset kuvaavat ammattilaisten ja perheiden ymmärrystä hyvästä kuntoutuskäytännöstä, jota tulee vahvistaa ja viedä eteenpäin. Kun kyseessä on ”alhaalta ylöspäin (bottom up)” toteutettu tutkimus eli käytännöstä rakennetaan käsitteellistä viitekehystä kehittämisen perustaksi, niin hyvä tulos kertoo erinomaisesta käytännöstä.

LOOK-hankkeen juhlaseminaarissa 7.8.2017 nostettiin esiin myös asiantuntijoiden käsityksiä lasten kuntoutuksen haasteista ja hyvän toteutuksen esteistä. Ajatus hyvästä käytännöstä ei vielä täysin toteudu, mikä johtuu muun muassa ympäristön asenteista ja lapsen kuntoutuksen yhteisen järjestämisen ja toteuttamisen vaikeuksista. Kuntoutuksen kehittämisessä olennaisen tärkeäksi osoittautui se, että ajattelutavat ovat lapsen etua turvaavia sekä lapsen osallistumista ja perheen ja ammattilaisten kumppanuuteen perustuvaa yhteistoimintaa painottavia. LOOK-hankkeessa vanhempien ja käytännön työssä toimivien ammattilaisten kehittämät Metkut-välineet ja Osallistumisen ekologinen arviointi auttavat näiden hyvien ajatusten viemisessä tulokselliseen toteutukseen.

Näyttöön perustuva sukellus lapsen kuntoutumismaailmaan

LOOK-hankkeessa kerättiin tietoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, lasten kuntoutuksen ammattilaisten ja vanhempien ryhmähaastattelujen, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta saavien lasten toiminnallisten haastattelujen sekä tulevaisuustyöpajan avulla. Tuloksissa kuvattiin, mitä lapsen toimijuutta ja osallistumista vahvistavia hyvä käytäntöjä on olemassa ja mitä tarvitaan tulevaisuudessa. Hanke keskittyi perheen kanssa yhdessä toteutettaviin moniammatillisiin käytäntöihin. Tulosten perusteella lapsiperheet ja ammattilaiset kehittivät ja testasivat lapsen etua turvaavia hyviä käytäntöjä. Uusia toimintatapoja ja välineitä kehitettiin neljä.

LOOK-hankkeen tulosten mukaan lapsen kuntoutuksen hyvät käytännöt ilmensivät syvällistä kuntoutusymmärrystä lapselle merkityksellisestä arjen toiminnasta ja sen keskeisistä elementeistä. Nämä ovat lapsen aktiivinen toimijuus, hänelle mielekäs toiminta ja yhteistoiminta. Tulosten perusteella lapsen kuntoutumisen tavoitteen asettamisen tulisi käynnistyä lapsen itsensä ilmaisemasta, hänelle tärkeästä asiasta. Tämän tunnistamiseksi hankkeessa kehitettiin uusi väline, lapsen *Metku-kirja*. Ammattilaiset ja perhe voivat hyödyntää kirjaa kuntoutumisen suunnittelussa. *Metku-muistio* puolestaan kehitettiin reflektiivisen asiantuntijuuden välineeksi. Se on muistilista, jonka avulla ammattilaiset pystyvät tarkastamaan ja kuvaamaan, miten lapselle merkityksellinen toiminta käytännössä mahdollistetaan.





sessä, kuten lapsen kuntoutumisessakin, lapsen perheen ja ammattilaisten välinen kumppanuus ja sen tietoinen rakentaminen ovat avainasemassa. Muutosmyönteinen innovaatiokulttuuri käsittää lapsen kehittäjäkumppanina ja siten huomioi lapsen vaikuttamismahdollisuudet, leikkillisyyden ja oppimisen kehittämisessä.

LOOK-hankkeen tulokset osoittavat sen, kuinka edistyksellistä lasten kuntoutuksen käytännön toimijoiden ajattelutavat parhaimmillaan ovat, ja toisaalta sen, että nämä ajatukset eivät vielä käytännössä täysin toteudu. Metkut-välineet ja Osallistumisen ekologinen arviointi -menetelmä ovat konkreettisia sekä perheiden että moniammatillisen yhteistoinnin välineitä, joiden avulla hyvistä ajatuksista voidaan tehdä tuloksellista toimintaa. Voimme olla ylpeitä 100-vuotiaan Suomen lasten kuntoutuksen asiantuntijuudesta käytännön työssä.

*Metropolian puolesta lämmin kiitos kehittäjäkumppaneille: Kela, Lastensuojelun Keskusliitto, Fysios Resiina, Terapiatalo Tonus, Lasten Terapiakeskus Terapeija sekä lukuisat muut kumppanit, erityisesti lapset perheineen.*

Hankkeen kehittäjäryhmältä lisätietoja:  
**Salla Sipari, projektipäällikkö, FT, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu, [salla.sipari@metropolia.fi](mailto:salla.sipari@metropolia.fi)**

**Nea Vänskä, projektityöntekijä, TtM, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu, [nea.vanska@metropolia.fi](mailto:nea.vanska@metropolia.fi)**

**Kirsi Pollari, projektityöntekijä, OTM, TtM, YTM, erityisasiantuntija, Lastensuojelun Keskusliitto, [kirsi.pollari@lskl.fi](mailto:kirsi.pollari@lskl.fi)**

Tutustu tarkemmin LOOK-hankkeeseen ja tuloksiin:

<http://look.metropolia.fi/>

<http://metropolia.e-julkaisu.com/lapsen-metkut>

<http://hdl.handle.net/10138/220550>

<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/161355>

<https://connect.funet.fi/p45xwdbk2dr/> (juhlaseminaarin videotallointi)

---

## Erityistä tukea tarvitsevien nuorten työllistymisen tukeminen

Tutkittua tietoa työvoimapolitiikan vaikutuksista työllistymisessä tukea tarvitseviin tai osatyökykyisiin nuoriin on olemassa vasta vähän, ja soveltuvista tukimalleista tarvitaan edelleen tutkimusta. Ratkaisuja osatyökykyisten parempaan työllistämiseen etsitään esimerkiksi STM:n johtamassa Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) -kärkihankkeessa, jonka yksi osahanke on Validia Ammattiopiston hallinnoima *Fokus – opinnoista tuetusti työelämään*. Tässä hankkeessa Kuntoutussäätiö kokosi aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia ja selvityksiä kirjallisuushaun avulla.

Tehdyn kirjallisuuskatsauksen mukaan ammatillisissa erityisoppilaitoksissa on kehitetty hyviä menetelmiä ja malleja opiskelijoiden työllistymisen tukemiseksi. Näistä menetelmistä voisivat hyötyä myös muiden ammatillisten oppilaitosten erityistä tukea tar-

vitsevat opiskelijat. Huomiota on kiinnitetty varsinkin opiskelija- ja koulutuslinjojen valintaan, tutkinnon suorittamisen aikaisiin työllistymistä edistäviin toimiin, työnantajayhteistyön ja työhönsijoittumispalveluiden kehittämiseen sekä tuettuun siirtymiseen kohti työelämää. Kuitenkin jokaisen opiskelijan tausta, ammatillinen osaaminen, elämäntilanne ja työhön kohdistuvat toiveet ovat omanlaisiaan. Sen vuoksi ehkä keskeisin työllistymistä edistävä tekijä on, että ammattihenkilö tukee työllistymisprosessissa erityistä tukea tarvitsevaa nuorta kokonaisvaltaisesti nuoren omia toiveita kuunnellen.

Kaiken kaikkiaan vastavalmistuneiden työllistyminen on heikentynyt viime vuosien aikana huomattavasti. Kun työllisyystilanne on heikko, työllistymisessä tukea tarvitsevat ovat erityisen haavoittuvassa työmarkkina-

asemassa kilpaillessaan samoista työpaikoista ilman tukea pärjäävien hakijoiden kanssa. Työnteko tuo yksilön elämään usein arvoa, onnistumisia sekä henkistä ja taloudellista hyvinvointia. Oikeus tehdä työtä kuuluu jokaisen yksilön perusoikeuksiin. On tärkeää saada jokainen, myös työllistymisessä tukea tarvitseva tai osatyökykyinen nuori, työn piiriin. Osatyökykyisten henkilöiden hyödyntämättömään potentiaaliin työmarkkinoilla on etenkin viime vuosina herätty, kun väestön ikärakenteen muutos ja työelämässä olevien määrän lasku kasvattavat myös valtiontaloudellista painetta.

Hankalasti työllistyvien työhön pääsyä voidaan edistää työvoimapolitiittisilla toimilla, kuten työharjoittelun, oppisopimuksen tai työkokeilun keinoin. Työvoimapolitiittiset toimet eivät aina vaikeasti työllistyvien kohdalla johda työllistymiseen, vaan haasteena usein on, että henkilö siirtyy välityömarkkinoiden sisällä työvoimapolitiittisesta toimenpiteestä toiseen. Pysyvä välityömarkkinoille jääminen on monessa tapauksessa yksilön kannalta ongelmallista. Vaihtoehtona työvoimapolitiittisille toimille voivat olla tuetun työllistymisen ratkaisut. Tuetun työn periaatteissa henkilölle pyritään löytämään ensin sopiva palkallinen työ, minkä jälkeen työnkuvaa mukautetaan tekijälle sopivaksi sen sijaan, että ainoana toimenpiteenä tekijä koulutetaan mahdollisimman pitkälle työhön sopivaksi. Työpaikoilla on mahdollista muotoilla työtä paremmin sopivaksi työntekijälle, myös erityistä tukea tarvitsevalle. Teknologisen kehityksen muutoksessa digi- ja teknologiset keinot ovat yhtenä tärkeänä työkaluna tukemassa työsuoritusta.

Työhönvalmennus on osoittautunut tehokkaaksi tavaksi tukea erityisoppilaitosten opiskelijoiden työllistymistä. Työhönvalmentaja voi antaa tukea sekä työnantajalle että työntekijälle työkokeilun aikana esimerkiksi etsimällä ja räätälöimällä sopivia työtehtäviä, kartoittamalla työolojen järjestelytarpeita ja avustamalla palkan ja sosiaalietuuksien yhteensovittamisessa. Samalla työhönvalmentaja voi muodostaa kokonaiskasityksen erityistä tukea tarvitsevan työllistymiseen liittyvistä toiveista ja erityistarpeista sekä antaa

yksilöllistä tukea työllistymisprosessissa.

On todennäköistä, että tarve mukautuvalle työelämälle tulee jatkumaan tulevina vuosina ja yhteen tiettyyn työnkuvaan kouluttautuminen tulee yhä vaikeammaksi. Nykyisistä ammateista huomattavan osan on ajateltu korvaantuvan teknologisen kehityksen edetessä, ja tämän trendin on nähty keskittyvän etenkin matalapalkkaiseen työnkuviin ja rutiinimaisiin työtehtäviin. Työmarkkinoilla on tarjolla yhä vähemmän rutiinimaista suorittavaa työtä, johon ei tarvittaisi erityistä koulutusta. Samalla työntekijöiltä vaaditaan jatkuvaa mukautumis- ja oppimiskykyä muuttuvassa työympäristössä. Työllistymisen kannalta onkin tärkeää, että tarjotaan koulutusta aloille, joilla on tulevaisuudessakin työpaikkoja. Työllistymistä voidaan edistää koulutuksella sekä sillä, että jo opiskelujen aikana työkokemusta ja taitoja kerrytetään mahdollisimman paljon esimerkiksi työharjoittelujen ja työssäoppimiskasojen avulla.

Suomessa suurin osa työnantajista suhtautuu periaatteessa myönteisesti osatyökykyisen rekrytointiin. Sinänsä myönteinen suhtautuminen ei kuitenkaan välttämättä näy erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden työllistämisesä. Edelleen siis riittää työskarkaa työnantajien tietoisuuden kasvattamisessa. Työnantajat tarvitsevat tietoa siitä, mitä erityistä tukea tarvitsevan nuoren työllistäminen käytännössä tarkoittaa. Yksi potentiaalinen kohderyhmä työnantajien keskuudessa ovat isojen yritysten ohella pienet ja keskisuuret yritykset, joihin suurin osa uusista työpaikoista on viime vuosina syntynyt. Näin ollen työllistymisen tukikeinoista tulisi tiedottaa laajemmin yrityksille, jotka ovat keskeisessä osassa tulevaisuuden työpaikkojen tarjoamisessa ja luomisessa.

Kirjoittajat:

**Kati Peltonen, psykologitutkija**

**Minna Parkkila, psykologitutkija**

**Erja Poutiainen, johtava tutkija**

*Kuntoutussäätiö, Fokus-hanke*

## Kuntoutusakatemiassa keskusteltiin nuorten aikuisten oppimisvaikeuksien ja mielenterveyspulmien tunnistamisesta ja tukemisesta

Tämänvuotinen Kuntoutusakatemia järjestettiin 20.9. Helsingissä Meeting Park Forumissa teemalla ”Miten tukea nuoria ja aikuisia oppimisen ollessa vaikeaa?”. Puhujina oli joukko aikuisten oppimisvaikeuksien ja mielenterveyspulmien psykologi- ja neuropsykologiasiantuntijoita Niilo Mäki Instituutista ja Kuntoutussäätiöstä.

Esityksiä yhdistäviä teemoja olivat oppimisvaikeuksien ja mielenterveysongelmien ilmeneminen nuoruudessa ja aikuisuudessa, niiden vaikutukset elämäntilanteeseen sekä tunnistamisen ja tukemisen keinot. Päivän aikana esiteltiin kaksi uutta seulontakyselyä näiden pulmien tunnistamiseen ja kaksi interventiota nuorten aikuisten opiskelu- ja työkyvyn kohentamiseksi.

### Oppimisvaikeudet vaikuttavat aikuisen elämäntilanteeseen

Tohtoriopiskelija Anna-Kaija Eloranta kertoi Niilo Mäki Instituutin (NMI) seurantatutkimuksesta, jossa tarkastellaan lapsuudessaan oppimisvaikeusdiagnoosin saaneiden 20–40-vuotiaiden aikuisten elämäntilanteita. Aiemman tutkimustiedon pohjalta Eloranta totesi oppimisvaikeuksien olevan luonteeltaan pysyviä ja vaikuttavan useimmiten edelleen aikuisuudessa. Ne ovat yhteydessä muun muassa työllistymisen, akateemisen itsetunnon ja mielenterveyden vaikeuksiin. Toisaalta on tunnistettu useita resilienssitekijöitä, jotka edesauttavat elämässä menestymistä oppimisvaikeuksista huolimatta.

Myös NMI:n tutkimusaineistossa oppimisvaikeudet, erityisesti matematiikan oppimisvaikeus, olivat yhteydessä aikuisuuden matalaan koulutustasoon, pitkäaikaistyöttömyyteen ja mielenterveysongelmiin. Lukivaikeuden osalta oli aikuisiässä erotettavissa luku-sujuvuuskriteerillä lieventyneen ja pysyväksi jääneen lukivaikeuden ryhmät. Lukivaikeuden pysyvyys korosti työttömyyden ja psyykkisten vaikeuksien riskiä merkittävästi. Mielenkiin-

toisesti kokemus lapsuudessa saadusta ympäristön tuesta oli yhteydessä lukivaikeuden lieventymiseen ja myönteiseen elämäntilanteeseen.

### Uudet kyselyt tunnistavat oppimisen ja mielenterveyden pulmia

Kuntoutussäätiön johtava tutkija Erja Poutiainen kertoi *NUTTU – Nuoret tuella työelämään* -hankkeesta ammattilaisten käyttöön kehitettyä KOMO-kyselyä oppimisen ja mielenterveyden pulmien seulomiseen ja puheeksiottamiseen. Kysely kehitettiin 16–35-vuotiaiden, pääosin työttömien nuorten keskuudessa, ja se koostuu useiden eri oppimisen ja mielen hyvinvoinnin osa-alueiden väittämistä. Kyselyn reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyviksi. Oppimisvaikeusväittämät korreloivat neuropsykologisen tutkimuksen tuloksiin ja mielenterveysväittämät eri psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin.

Terveyspsykologian erikoispsykologi Mila Gustavsson-Lilius Kuntoutussäätiöstä esitteli HELMI-hankkeessa kehitettävän POINT-arviointimenetelmän erityistä tukea tarvitsevien opiskelijoiden ohjauksen välineeksi. Menetelmää kehitetään yhteistyössä ammatillisten oppilaitosten kanssa opintojen keskeyttämisriskin ja etenemistä edistävien tekijöiden tunnistamiseen, ja sen taustalla on tieto erityistä tukea tarvitsevien nuorten korostuneesta opintojen keskeyttämisestä ja syrjäytymisestä. Kysely kattaa opiskeluun ja mielialaan liittyvien kysymysten lisäksi arjen sujumisen, sosiaalisten suhteiden, pystyvyysodotusten ja itsetunnon teemat. Sekä KOMO- että POINT-kyselyitä on tarpeen täydentää keskustelulla, ja vaikeuksia kokeva nuori on ohjattava tarvitsemansa tuen piiriin. Vaikeuksista keskusteltaessa on huomioitava myös nuoren vahvuudet.

### Yksilö- ja ryhmäinterventiot opiskelu- ja työkyvyn tukena

Neuropsykologian erikoispsykologi Tuula Mentula kertoi Kuntoutussäätiön NUTTU-

hankkeen opiskelu- ja työelämävalmiuksia kohentavista asiantuntijaohjatuista vertaisryhmistä. Ryhmiin valittiin 16–25-vuotiaita nuoria, joilla oli subjektiivisia oppimisen ja mielenterveyden vaikeuksia. Ryhmät kokoon-tuivat viikoittain 10–15 kertaa. Ne olivat kes-kustelupainotteisia ja pohjautuivat kuntou-tukselliseen ryhmäprosessiin. Ryhmien ylei-siä tavoitteita olivat itsetunnon ja itsetun-temuksen vahvistuminen, mielenterveyteen keskittyvissä ryhmissä myös yksinäisyyden lievittyminen. Lyhyehkössäkin interventiossa nuoret saivat merkityksellistä vertaistukea ja tulivat tietoisiksi omista vaikeuksistaan ja vahvuuksistaan ja keinoista oppimisen hel-pottamiseksi.

Nuorilla, jotka kokivat sekä oppimisen et-tä mielenterveyden pulmia, oli vähiten toi-sen asteen tutkintoja ja eniten keskeytyneitä koulutuksia. Oppimisvaikeuksien yhdistymi-nen mielenterveyden ongelmiin vaikuttaa siis aiheuttavan erityisen haavoittuvuuden, joka olisi tärkeää tunnistaa. Mentula totesi oppi-misvaikeuksien voivan peittyä mielenterveys-pulmien alle. Hälyttävästi ainoastaan puolella oppimisvaikeuksia kokeneista vaikeuksia oli aiemmin selvitetty, mikä on linjassa esimer-kiksi Opi oppimaan -hankkeen havaintojen kanssa.

Kuntoutussäätiön neuropsykologian eri-koispsykologi Johanna Nukari kertoi vuosi-na 2012–2017 toteutetusta nuorten aikuis-ten (18–35 v.) lukivaikeuden neuropsykologi-sen kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksesta. Hankkeeseen osallistuneet saivat satunnaiste-tusti joko yksilö- tai ryhmäkuntoutusta, joka koostui 12 tapaamiskerrasta ja noudatti pää-osin yhtenäistä runkoa. Myös tämä kuntoutus oli keskustelupainotteista ja tähtäsi metakog-nition ja kompensatiokeinojen vahvistumi-seen ja soveltuvien apuvälineiden käyttöön-ottoon. Oppimispäiväkirjojen avulla tuettiin oivalluksien ja strategioiden siirtymistä käy-täntöön.

Alustavien tulosten mukaan suoritusop-timismi, prosessointinopeus ja tarkkaavuus näyttäsivät kohenevan kuntoutuksessa. Li-säksi ryhmäkuntoutuksessa sosiaalinen pes-simismi näyttäisi vähenevän. Kuntoutujat ko-

kivat hyötynensä lukuisista kuntoutuksen si-sällöistä. Kuten NUTTU-hankeessakin, neu-ropsykologinen tutkimus oppimisvaikeuden selvittämiseksi koettiin erityisen hyödylliseksi. Nukari pohti, että ihanteellinen lukikuntoutus voisi sisältää sekä yksilö- että ryhmäkuntou-tusmenetelmiä.

Lopuksi Nukari esitteli uudistunutta Oppi-misvaikeus.fi-sivustoa. Sivustolla muun mu-assa tiedotetaan ajankohtaisista oppimisvai-keusteemaan liittyvistä hankkeista ja tarjo-taan mahdollisuus kysyä nimettömänä oppi-misvaikeuksista neuropsykologilta sekä tulos-taa työkirja itsenäisen harjoittelun tueksi. Si-vuston toivotaan pystyvän laajentumaan tu-levaisuudessa esimerkiksi verkkomuotoiseen keskusteluun.

Kuntoutusakatemian annin perusteella voidaan todeta, että pohdittaessa ratkaisuja nuorten työttömyyteen on ensiarvoisen tärke-ää huomioida syrjäytymiskehityksen taustal-la mahdollisesti vaikuttavat oppimisvaikeudet ja mielenterveyspulmat. Valitettavasti nämä ovat usein alitunnistettuja ja -tuettuja, ja ai-kuisten oppimisvaikeuksien tukipalvelut ovat riittämättömiä. Rohkaisevaa on, että oppimis-vaikeuksien ja mielenterveyspulmien tunnis-tamiseen on saatavilla yhä enemmän keinoja. Lisäksi haitan lievittäminen aikuisiällä näyt-tää olevan hyödyllistä ja mahdollista kohtuul-lisin resurssein.

KOMO-kysely ohjeistuksineen saatavilla osoitteesta: [www.kuntoutussaatio.fi/nuttu](http://www.kuntoutussaatio.fi/nuttu)  
Uudistunut Oppimisvaikeus-sivusto: [www.op-pimisvaikeus.fi](http://www.op-pimisvaikeus.fi)

Teksti:

**Laura Sarkki**  
**neuropsykologian erikoispsykologi**  
*Kuntoutussäätiö/NUTTU-hanke*

## Osatyökykyisten työllistymisen uudet keinot esillä RIFIn kansainvälisessä seminaarissa Helsingissä

Rifi ry (Rehabilitation International Finnish Committee) on kuntoutuksen kansainväliseen yhteistyöhön erikoistunut järjestö. Se edistää kuntoutusta, kuntoutuksen tutkimusta ja kuntoutusalan yhteistyötä toimimalla linkkinä toimijoiden välillä Suomessa ja kansainvälisesti. Rifi on New Yorkissa kotipaikkaansa pitävän kansainvälisen Rehabilitation International -järjestön jäsen.

Rifi järjestää tilaisuuksia kuntoutustoimintaa ja sen kehittämistä koskevaa keskustelua varten. Syyskuussa 2017 järjestettyyn seminaariin "Rehabilitation and Inclusive Working Life Policies" oli kutsuttu korkeatasoinen kansainvälisistä kuntoutuksen asiantuntijoista koostuva puhujajoukko. Seminaariesitykset kuvasivat kuntoutuksen ja osatyökykyisten työllistämistä koskevien uudistusten toimeenpanoa Saksasta, Belgiasta, Isosta-Britanniasta ja Suomesta. Seminaarin puheenvuorot olivat erityisen ajankohtaisia Suomen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen lähestyessä.

Saksan sosiaalivakuutusjärjestelmän asiantuntija Friedrich Mehrhoff piti esityksen työhönpaluuta tukevista lainsäädännöllisistä muutoksista ja kansallisista toimintaohjelmista. Saksassa on viime vuosikymmenenä panostettu ennaltaehkäisevään työkykypolitiikkaan. Kolme esimerkkiä viimeaikaisista uudistuksista kuvaa ennaltaehkäisevää käännettä. Sosiaaliturvasta vastaavilla toimijoilla on vuodesta 2015 lähtien ollut lakisääteinen velvollisuus yhteistoimintaan työkyvyttömyyden ennaltaehkäisyssä. Eläkevakuutus on taas vuodesta 2017 lähtien ollut veloitettu tunnistamaan henkilöt, joilla on riski siirtyä ennenaikaisesti eläkkeelle. Vuoden 2018 alusta kuntoutuslaki uudistetaan nimeään myöten: siitä tulee osallistumislaki (code of participation). Mehrhoffin mukaan kokonaisvaltainen lähestymistapa, yksilön osallistumisen tukeminen ja case management kiteyttävät onnistumisen työhönpaluun tukemisessa.

François Perl kertoi Belgian kokemuksista työkyvyttömyyseläkelaitoksen johtajan nä-

kökulmasta. Perl kuvasi muutosta työkyvyttömyyseläkejärjestelmässä paradigman muutokseksi, jossa kuntoutus on ensisijalla rahallisiin etuuksiin nähden. Toimenpiteisiin ryhtyminen on ollut välttämätöntä, sillä erityisesti mielenterveyden häiriöihin ja tuki- ja liikuntaelsairauksiin perustuvat työkyvyttömyysjaksot ovat yleistyneet viime vuosina. Yksilöllinen työhönpaluusuunnitelma laaditaan kaksi kuukautta ensimmäisen sairauslomapäivän jälkeen. Velvoittavassa suunnitelmassa sovitaan joko kuntoutukseen ohjaamisesta tai tutun työhönpaluun toimenpiteistä. Työhönpaluuta tuetaan työn määrän vähittäisellä kasvattamisella, osa-aikatyön mahdollisuudella, työn mukauttamisella ja palkkatuella. Belgiassa on myös panostettu sidosryhmien kouluttamiseen työkykyjohtamisen käsitteen ja mallin osalta. Belgiassa on myös käynnistetty laaja tutkimus IPS-mallin mukaisesta tuetusta työllistymisestä.

Roy O'Shaughnessy ja Gemma Hope kertoivat kokemuksistaan Isossa-Britanniassa yleistyneestä tulosperusteisesta palveluiden rahoituksesta kolmannen sektorin toimijan näkökulmasta. Tarkastelun kohteena oli, kuinka "markkinaehtoinen" malli toimii osatyökykyisten henkilöiden työllistämisen yhteydessä. Isossa-Britanniassa on käytössä useita tulosperusteisia rahoitusmalleja, joista osassa palveluntuottajan saama rahoitus on kokonaisuudessaan sidottu asiakkaiden työllistymistuloksiin. Tulospalkkio määräytyy asiakkaan tilanteen haastavuuden mukaan. Kokemukset tulosperusteisesta rahoitusmallista ovat olleet palveluntuottajan näkökulmasta pääosin myönteisiä. Päällimmäinen myönteinen kokemus on asiakaslähtöisyyden lisääntyminen. Rahoitusmalli oli mahdollistanut sen, että asiakkaita voidaan palvella paremmin palvelutarpeen mukaan "yhden luukun periaatteen" mukaisesti. Ulkopuolisen arvioinnin mukaan sekä toiminnan tuloksellisuus että työntekijöiden ja asiakkaiden tyytyväisyys ovat parantuneet tulosperusteisen rahoitusmallin mahdollistamien palveluiden myötä. Rahoitusmallin

haittapuoleksi mainittiin, että erityisesti yksityisen sektorin toimijoille on syntynyt kannustimia asiakkaiden valikointiin siten, että vaikeimmassa asemassa olevat eivät aina tule palveluksi tasavertaisesti muiden kanssa.

Yhteenvetona seminaarin esityksistä voidaan todeta, että eri maissa toteutettujen uudistusten tavoitteet ovat lähtökohdiltaan samankaltaisia. Kaikissa maissa korostetaan varhaisen puuttumisen ja aktiivisten työhön-paluuta tukevien toimenpiteiden merkitystä. Vaikka esitellyt uudistukset eroavat toisistaan, esitykset osoittivat, että muiden maiden kokemuksista on runsaasti hyötyä uudistaessamme

omaa kuntoutusjärjestelmäämme. Seminaarin tallenne on katsottavissa osoitteessa <http://videonet.fi/web/kela/20170920/>. Tallenne sisältää yllä mainitut puheenvuorot sekä Rifin puheenjohtajan Pauliina Lampisen, Kelan pääjohtajan Elli Aaltosen, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ylitarkastajan Hanna Nyforsin sekä brittiläisen Ixion Holdigsin John Danversin puheenvuorot.

Teksti:  
**Jaakko Harkko**  
**tutkija, Kuntoutussäätiö**  
**RIFI ry:n kansallinen sihteeri**

---

## Kuntoutuksen uudistamiskomitea jätti ehdotuksensa – toteutuuko kuntoutujan oikeus kuntoutukseen?

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti syyskuussa 2016 komitean valmistelemaan kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistusta. Kuntoutuksen uudistamiskomitea luovutti raporttinsa sosiaali- ja terveystieteiden ministeri Pirkko Mattilalle ja perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikolle torstaina 9. marraskuuta 2017.

Komiteassa oli laaja edustus ministeriöistä, kuntoutuksen vastuutahoista, työmarkkinajärjestöistä, tutkimuslaitoksista, hallituspuolueista ja kansalaisjärjestöistä. Komitean puheenjohtajana toimi Merimieseläkekassan toimitusjohtaja Kari Välimäki. Komitean työn lähtökohdista olivat asiakaslähtöisyys, kuntoutujan palveluprosessin saumattomuus sekä kuntoutuksen toteutuminen siten, että kuntoutuja selviytyy omassa arjessaan. Kuntoutuksen uudistamiskomitean työnä oli tehdä ehdotukset uudistetuksi kuntoutusjärjestelmäksi sekä vaadittavista säädösmuutoksista. Työn tavoitteena on yhdenvertainen, kustannustehokas ja ohjattava järjestelmä, jolla vahvistetaan kuntoutujaa pärjäämään omissa toimintaympäristöissään.

Komitean työskentelyä on raamittanut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos (sote), maakuntauudistus sekä kasvupalvelu-uudistus, jotka tulevat muuttamaan

perinpohjaisesti palvelujärjestelmämme rakenteita, toimintamalleja ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Kuten komitea loppuraportissa itsekin toteaa, kuntoutuksen järjestämistä ei voida erottaa muusta palvelujen kehittämisestä, ja monien komitean esitysten toimeenpano jääkin riippumaan siitä, miten muissa uudistuksissa edetään.

Nykyiset sote- ehdotukset korostavat maakuntien itsehallintoa, eli tarkoittaako tämä kuntoutuksen kannalta sitä, että meillä tulisi olemaan 18 erilaista kuntoutuksen toteutusmallia? Toisaalta voi myös käydä niin, että uudistus joudutaan rakentamaan kokonaan uudelta pohjalta. Kuntoutuksen kokonaisuudistus onkin lähikuukausina poliittisen keskustelun ympäröimänä ja esitys on myös lähetetty laajalle lausuntokierrokselle.

### Kuntoutuksen nykytila Suomessa

Suomessa kuntoutus on muiden pohjoismaiden tapaan integroitu osaksi asiakkaan hyvinvointipalvelujen kokonaisuutta, mikä nojaa vahvasti kansalaisten yhdenvertaisuuden periaatteeseen. Kuntoutus on siis osa hyvinvointipalvelujärjestelmää. Ratkaisulla on perustelua, mutta toisaalta sen myötä kuntoutuksesta on tullut monimutkainen kokonaisuus,



ja sitä on vaikea hahmottaa omana palvelukokonaisuutenaan.

Kuntoutuksen uudistamista pohtinut komitea arvioi, että suomalainen kuntoutusjärjestelmä toimii monissa tilanteissa hyvin, mutta kuntoutusprosessien hajanaisuus aiheuttaa ongelmia. Kuntoutujat eivät saa tarvitsemiaan kuntoutuspalveluja oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Kuntoutujilla ei myöskään ole riittävästi tietoa palvelujen saatavuudesta.

Nykyinen kuntoutuslainsäädäntö koostuu useista eri aikoina säädetyistä palvelu- ja vakuutusjärjestelmien laeista. Kuntoutusjärjestelmän pohja luotiin 1940-luvulla invalidihuoltolain myötä. Vuosikymmenien aikana järjestelmästä on muodostunut hajanainen kokonaisuus, jossa eri toimijoilla saattaa olla päällekkäisiä tehtäviä. Viimeisin kuntoutusta koskevan lainsäädännön kokonaisuudistus toteutettiin vuonna 1991, jossa korostettiin ammatillisen kuntoutuksen merkitystä. Viime vuosikymmenellä työeläkekuntoutus tuli lakisääteiseksi. Tällä vuosikymmenellä tehtyjen lakiuudistusten avulla on mm. kehitetty ja tehostettu kuntoutuksen eri toimijoiden palveluja ja varhennettu kuntoutukseen pääsyä, mutta samalla eri toimijoiden välinen tehtävänjako on tullut entistä epäselvemmäksi.

Millaisia uudistuksia komitea esittää?

Komitean loppuraportissa on yhteensä 55 erilaista kehittämisehdotusta kuntoutuksen kokonaisuuden uudistamiseksi. Niistä valtaosa koskee kuntoutusprosessia (30 ehdotusta) ja kuntoutuksen järjestämistä (17 ehdotusta). Näiden lisäksi komitea on tehnyt kahdeksan ehdotusta, jotka koskevat muun muassa kuntoutukseen liittyviä tietojärjestelmiä, koulutusta, tutkimusta ja kehittämistä. Komitea on ehdotuksissaan yksimielinen.

Kuntoutusprosessia koskevia ehdotuksia ovat mm. kuntoutuksen yleinen toimintamalli, kuntoutuksen suunnittelu osana palvelujärjestelmän asiakassuunnitelmaa, vastuullisen asiakasohjauksen malli sekä kuntoutuksen tavoitteellisuus, seuranta ja arviointi. Komitean mielestä palvelujärjestelmässä tulee parantaa erityisesti kuntoutumisen prosesseja sekä ikääntyneiden ja työttömien mahdollisuuksia

kuntoutukseen. Tarkennettuja ehdotuksia esitetään lasten, nuorten, työikäisten ja ikääntyneiden kuntoutukseen.

Kuntoutuksen yleinen toimintamalli

Komitea on lähtenyt esityksissään siitä, että kuntoutuksen tulee perustua yleiseen toimintamalliin, jonka periaatteet ovat samat kaikilla asiakkailla ja eri ikäryhmissä. Komitea määritteli työtänsä ohjaamaan kuntoutuksen seuraavasti:

*Kuntoutus on kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevä, suunnitelmallinen prosessi, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammattilaisten tuella. Kuntoutukseen kuuluu kuntoutujan toimintaympäristöjen kehittäminen. Kuntoutus tukee kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä voimavaroja, itsenäistä elämää, työllistyvyyttä ja sosiaalista osallisuutta. Kuntoutus on osa hyvinvointipalvelujärjestelmää ja edellyttää useiden toimijoiden oikea-aikaisia ja saumattomia palveluja ja etuuksia.*

Komitean mielestä kuntoutuksen onnistuminen edellyttää vastuullisen asiakasohjauksen mallia ja selkeää tavoitetta kuntoutukselle. Asiakassuunnitelmaan kootaan asiakkaan kanssa yhteisesti asetetut tavoitteet ja tarvittavat palvelut arkea tukevaksi kokonaisuudeksi. Suunnitelma ohjaa kaikkia asiakkaan palvelukokonaisuudesta vastaavia toimijoita, asiakasta itseään, omaisia ja eri palveluntuottajia.

Työttömien kuntoutuspolku nykyistä selkeämmäksi

Maakunta- ja sote-uudistuksen myötä maakuntien vastuulle siirtyvät sekä työllisyyspalvelut eli kasvupalvelut että sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen. Tässä muutoskehityksessä on mahdollista kehittää työttömien kuntoutusprosessia nykyistä selkeämmäksi. Tutkimusten mukaan työttömyyden pitkittyessä työkyvyttömyyden riski kasvaa. Komitean mielestä pitkään työttömänä olleet henkilöt on otettava huomioon uusia kasvupalveluita järjestettäessä. Lisäksi on tärkeää huolehtia työttömän työnhakijan työkyvystä ja kun-

toutuspalvelujen tarvetta on seurattava. Asiakkaan palvelutarpeet on syytä arvioida heti työttömyyden alkaessa ja sen jälkeen säännöllisin välein.

#### Ikääntyville kotiin tuotavia kuntoutuspalveluja

Komitea esittää ikääntyvälle väestölle maakunnallista kotikuntoutuksen toimintamallia. Maakunnallinen toimija arvioi kuntoutustarpeen sekä suunnittelee ja järjestää kuntoutuksen kaikille sitä tarvitseville.

#### Kuntoutuksen vaikuttavuuden kehittäminen

Nykyiset diagnoosilähtöiset arviointimenetelmät eivät anna riittävää pohjaa toiminta- ja työkyvyn arvioinnille, kuntoutustoimenpiteiden toteuttamiseen ja tulosten arviointiin. Komitean näkemyksen mukaan kuntoutuksen vaikuttavuutta on mahdollista mitata paremmin, kun kuntoutuksen tavoitteet on määritelty selkeästi ja käytössä ovat yhtenäiset toiminta- ja työkyvyn mittarit. Kuntoutus- ja asiakastietojärjestelmiä tulee uudistaa siten, että kuntoutuksen tarpeet ja yhtenäinen tiedonkulku varmistetaan. Tämä on komitean mielestä otettava huomioon sote-uudistuksen jatkovalmistelussa.

#### Kuntoutuksen järjestämistä koskevia ehdotuksia

Kuntoutuksen järjestämistä koskevien ehdotusten lähtökohtana on, että kuntoutus on jatkossakin osa hyvinvointipalvelukokonaisuutta. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisestä ja rahoituksesta siirrettäisiin tämän hetkisten ehdotusten mukaan maakunnille. Kela järjestää vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja korvaa kuntoutuspsykoterapiaa tois- taiseksi, kunnes on päätetty sote-uudistuksen lopullisesta sisällöstä, monikanavarahoituksen uudistamisesta ja kuntoutusta koskevista muutoksenhakujärjestelmistä. Komitea esittää myös maakunnallisia kokeiluja. Järjestämis- vastuun siirron edellytysten täyttymistä arvioidaan aikaisintaan 2025, kun on varmistettu maakuntien järjestämisvastuulle tulevien palveluiden toimivuus ja kokeilujen tulokset.

Komitea esittää myös työterveyshuollon roolin selkiyttämistä kuntoutuksessa, kuntoutustarpeen säännönmukaista arviointia sekä lainsäädännöllisiä täsmennyksiä lakeihin. Kuntoutuksen järjestämiseen liittyen ehdotetaan, että uusia kasvupalveluja järjestettäessä on otettava huomioon pitkään työttömänä olleet ja osatyökykyiset henkilöt sekä työkyvyttömyyseläkkeellä olevat henkilöt. Komitea esittää Kelan ja työeläkelaitosten välisen työn- jaon selkeyttämistä kuntoutuksessa.

Komitea tunnustaa järjestölähtöisen kuntoutuksen tärkeyden osana suomalaista kuntoutusjärjestelmää. Järjestöt toimivat asiakasprosessissa kaikissa sen vaiheissa. Yhtenä komitean ehdotuksena on asiakkaita edustavien sosiaali- ja terveysalan järjestöjen integroiminen kuntoutumisprosessiin asiantuntijoina, vertaistukijoina ja kehittäjinä. Lisäksi komitea esittää, että Sote-järjestämislaissa on varmistettava maakuntien ja sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyö sekä turvattava se, että maakunnat tukevat ja avustavat kolmannen sektorin auttamistyötä.

Ammattikorkeakoulujen muodostaman kuntoutusalan osaamiskeskittymän tulee uudistaa kuntoutusalan koulutusta ja tutkimusta yhteistyössä yliopistojen, tutkimuslaitosten ja toisen asteen oppilaitosten kanssa. Korkeakoulujen tulisi jatkossa ottaa sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämisessä huomioon toimintakykyä tukevan ja vastuullisen asiakasohjauksen malliin perustuvan työtteen edellyttämät vaatimukset.

Komitea ehdottaa myös erillisen kannustinjärjestelmän luomista. Kannustimien tarve riippuu kuntoutuksen hyötyjen ja kuntouttamatta jättämisen haittojen kohdentumisesta. Komitea ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriön johdolla kehitetään kannustimia, jotka palkitsevat järjestäjiä ja tuottajia laadukkaana, kustannustehokkaana ja kattavana kuntoutuksen toteuttamisesta.

**Kirjoittajat:**  
**Mika Ala-Kauhaluoma, VTT, yhteyspäällikkö,**  
**Kuntoutussäätiö**

**Matti Tuusa, YTL, vanhempi asiantuntija,**  
**Kuntoutussäätiö**

# KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2018

---

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2018 tuttuun tapaan neljästi. Tilaushinnat ovat ennallaan. Tilaamalla lehden seuraat alan tutkimusta ja ajankohtaisuuksia sekä saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistaviksi lehdessämme!  
[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/kirjoitusohjeet](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/kirjoitusohjeet).

## Tilaushinnat

Kestotilaus 54 euroa

Vuositilaus 58 euroa

Opiskelijat 27 euroa

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa.

Irtonumero 14 euroa/kpl + postimaksu.

## Ilmestymisaikataulu

Nro	Ilmestyy	Ilmoitusaineistot
1	viikko 8	viikko 5
2	viikko 22	viikko 19
3	viikko 40	viikko 37
4	viikko 50	viikko 47

## Tilaukset ja osoitteenmuutokset

[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti)

[johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi](mailto:johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi) | puh. 040 739 7183

## Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?  
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat väri-ilmoituksia:

1/1 sivu (176x250 mm): 200 euroa

½ sivua, (88 x 125 mm): 120 euroa

¼ sivua (44 x 62 mm): 100 euroa

Lisätietoja: [timo.korpela@kuntoutussaatio.fi](mailto:timo.korpela@kuntoutussaatio.fi) / p. 044 781 3128



Kuntoutussäätiö

Kuntoutus

## Tilaa Kuntoutus-lehti

Pidä itsesi ajan tasalla kuntoutuksesta – saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa!

**Tilauksen voit tehdä osoitteessa**  
**[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti)**

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa

Lehteä voi tilata myös irtonumerona, á 14 euroa + postimaksu.