

Kuntoutuks

2021

3

TEEMA:

**Kuntoutus työllisyysasteen nostajana
– Osatyökykyinen työelämässä**

Yhteistoimijuus
työterveysneuvottelussa

Henkilöstöjohtajien asenteet ja
mielenterveysongelmien vuoksi
alentuneen työkyvyn tukeminen

Mieleltään haavoittuneet

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

RIIKKA SHEMEIKKA Kuntoutus työurien pidentäjänä	3
--	---

TIETEELLISET ARTIKKELIT

SANNA PESONEN, PIRJO JUVONEN-POSTI, HANNA-LEENA RISTIMÄKI, ELINA WEISTE, INKA KOSKELA, HANNA KERÄNEN, JOHANNA RUUSUVUORI JA RIITTA SEPPÄNEN-JÄRVELÄ Yhteistoimijuus työterveysneuvottelussa	5
--	---

PÄIVI RISSANEN, MARJATTA MARTIN JA SARI JURVANSUU Henkilöstöjohtajien asenteet ja mielenterveysongelmien vuoksi alentuneen työkyvyn tukemisen toimenpiteet suomalaisilla työpaikoilla	21
--	----

JOHANNA VILPPOLA JA MARKKU VANTTAJA Mieleltään haavoittuneet	36
---	----

PUHEENVUOROT

ULLA VEHKAPERÄ JA JENNIE NYMAN Tuetun keikkatyön malli	49
---	----

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattilinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa sähköisessä muodossa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kutke ry; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Jouni Puumalainen, Kuntoutussäätiö; Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto; Salla Sipilä, Metropolia AMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Mika Pekkonen, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Sinikka Hiekkala, Soile Kuitunen, Riikka Shemeikka. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT** <https://journal.fi/kuntoutus/index> **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa | Yhteisötilaus 300 euroa **JULKAISIJAT** Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen Kutke ry | 44. vuosikerta | ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu) **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen

KUNTOUTUS TYÖURIEN PIDENTÄJÄNÄ

Kuntoutus-lehden vuoden 2021 teemanumeron aiheeksi valittiin ”kuntoutus työllisyysasteen nostajana”. Työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen on ollut keskeinen tavoite usealla hallituskaudella. Halusimme julkaista teemanumerossa tästä aiheesta kootusti uusia tutkimustuloksia. Teeman valinnalla haluttiin myös tuoda näkyväksi sitä, kuinka monenlaisilla kuntoutuksellisilla keinoilla pystytään työllistymiseen ja työssä jatkamiseen vaikuttamaan, onhan kuntoutuksen keinoin mahdollista esimerkiksi tukea osatyökykyisten työllistymistä, helpottaa nuorten työelämään kiinnittymistä sekä edistää erilaisia työkyvyn ongelmia kokevien työssä jatkamista.

Helmikuun alussa 2020 tehdyn teemavalinnan jälkeen tällä saralla ja suomalaisessa työelämässä on tapahtunut paljon. Hallitus on toteuttanut useita teemalehtemme aiheita koskevia toimia, jotka edistävät työllisyyttä nyt ja jatkossa. Näitä ovat laajasti ottaen hallituksen työkykyohjelma ja työllisyyden kuntakokeilut eri osa-alueineen, samoin kuin osatyökykyisten työllistymistä edistävä erityistehtäväyhtiö, yhteiskunnallisten yritysten toimintaedellytysten vahvistaminen, hankinnoilla työllistämisen vauhdittaminen sekä työllisyyttä edistävän tutkijaryhmän raportin (Busk ym. 2021) julkaiseminen ja jatkossa sen suositusten hyödyntäminen, muutamia erityyppisiä ja -tasoisia esimerkkejä mainitakseni. Kuluneen puolentoista vuoden aikana ovat myös hallituksen työllisyystavoitteet edistyneet: työllisten lukumäärä on kasvanut ja olemme aiempaa lähempänä hallituksen tavoittelemaa työllisyysastetta. Samaan aikaan tapahtuu myös kuntoutuksen kentällä uudistamistyötä, jonka vaikutukset työkyvyn tukemiseen ja esimerkiksi osatyökykyisten työllistymiseen selviävät jatkossa.

Noin kuukausi teemavalinnan jälkeen alkoivat koronavirusepidemian aiheuttamat suuret muutokset yhteiskunnassa ja työelämässä, muun muassa laajamittainen etätyöskentely. Koronaepidemian aikana tapahtui työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa muutoksia, jotka tosin saattavat olla tilapäisiä. Alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kääntyi vuonna 2020 laskuun (ETK 2021a). Vähennystä tapahtui samassa suhteessa molemmissa yleisimmissä työkyvyttömyyseläkkeiden perustana olevissa sairauspääryhmissä: mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa

(ETK 2021b). Sen sijaan Kelan kuntoutusetuuksia saaneiden lukumäärä jatkoi kasvuaan vuoden 2020 aikana. Erityisesti kasvoi Kelan kuntoutuspsykoterapian saajien lukumäärä (Kela 2021). On mielenkiintoista tulevaisuudessa nähdä tutkimustuloksia koronavirusepidemian vaikutuksista sekä työ- ja toimintakykyyn, osatyökykyisten työllistymiseen että kuntoutukseen osallistumiseen.

Teemalehteen tarjottujen käsikirjoitusten runsaus yllätti meidät ja osoitti, kuinka ajankohtainen ja tärkeä tutkimusaihe on. Kirjoituksia tuli niin runsaasti, että julkaisemme ne lehden kahdessa eri numerossa, joista tämä on ensimmäinen. Tässä lehdessä pääpainona on työssä jatkamisen tuki kuntoutuksellisin keinoin, artikkeleissa käsitellään enimmäkseen osatyökykyisiä työelämässä. Myös seuraava Kuntoutuslehti kuuluu siis kuntoutus työllisyysasteen nostajana -teeman kokonaisuuteen, hieman toisella painotuksella.

Suuri kiitos sekä nyt käsillä olevan että seuraavan numeron kirjoittajille tämän yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti tärkeän teeman edistämisestä tutkimuksen keinoin! Samalla kutsumme kaikki teemalehden kirjoittajat hankkimaan tärkeille tutkimustuloksilleen lisää näkyvyyttä kirjoittamalla niistä blogin osatyökykyisten työllistymistä edistäväälle Tie työelämään -verkkosivustolle (tietyoelamaan.fi).

Lähteet

- Busk H, Järvensivu A, Kauhanen A, Kauhanen M, Pesola H, Pärnänen A, Shemeikka R, Stenholm P, Jäntti M (2021) Työllisyyden tutkijaryhmän raportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2021:40. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-868-4>
- ETK (2021a) Suomen eläkkeensaajat (Etk.fi-tilastosivu). Eläketurvakeskus. <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakkeensaajat/>
- ETK (2021b) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä kääntyi laskuun koronavuonna. Lehdistöiedote 22.3.2021. <https://www.etk.fi/ajankohtaista/tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtyneiden-maara-kaantyi-laskuun-koronavuonna/>
- Kela (2021) Kelan kuntoutustilasto 2020. Suomen virallinen tilasto, sosiaaliturva 2021. Kansaneläkelaitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021042011121>

Riikka Shemeikka

*Teemanumeron toimittaja, Kuntoutus-lehden toimituksen jäsen
Dosentti, VTT, FM, johtaja, tutkimus ja kokeilut, Kuntoutussäätiö*



YHTEISTOIMIJUUS TYÖTERVEYSNEUVOTTELUSSA

Johdanto

Työurien pidentäminen ja työhön osallistumisen asteen nostaminen edellyttävät, että ihmisiä tuetaan monin keinoin työhön kiinnittymisessä, työssä pärjäämisessä sekä siellä pidempään jatkamisessa (Juvonen-Posti ym. 2020). Monimuotoisissa ja monitoimijaisissa (Moore ym. 2015) työkyvyn tuen prosesseissa työhön kiinnittymistä parantaa toimiva vuorovaikutus työntekijöiden ja heidän esihenkilöidensä välillä (Costa-Black ym. 2013). Työssä jatkamisen tukemisessa on tunnistettu monitoimijaisuuden tärkeys; eri toimijoiden välisen koordinaation laadun on todettu vaikuttavan työhön paluuseen (Gensby ym. 2014, Vuorento & Terävä 2015).

Työikäisen asiakkaan osallistumisella oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja häntä koskevaan päätöksentekoon (Härkäpää ym. 2014, Juvonen-Posti 2018) sekä esimiehen osallistumisella työn muokkauksen suunnitteluun on todettu olevan työuravaikutuksia (Seppänen-Järvelä ym. 2015, Juvonen-Posti 2018). Yhteistyötä on tarkasteltu usein rakenteiden ja organisoitumisen kautta (Andersson ym. 2011). Tässä artikkelissa tarkastellun keskiössä ovat vuorovaikutusprosessit

ja -sisällöt työssä jatkamisen tukemisen yhdessä keskeisessä kontekstissa, työterveysneuvottelussa. Jaettua toimijuutta on tutkittu aiemmin asiakkaan ja ammattilaisen välillä (Hokkanen 2012, Härkäpää ym. 2014, Reunanen 2017, Romakkaniemi & Järviskoski 2012, 2013), kun taas yhteistoimijuutta työntekijän ja monen eri toimijan välisissä tilanteissa on tutkittu (Seppänen-Järvelä ym. 2015, Väyrynen & Lindh 2013, Åkerblad & Haapakoski 2020), mutta vähemmän.

Työterveysneuvottelu – työterveysyhteistyön arena

Työterveysneuvottelu on yksi työterveysyhteistyön tavanomaisista työkyvyn tukemisen tavoista (Reho ym. 2018). Työterveysyhteistyön tulisi mahdollistaa hyvä työssä jatkamisen tuki työntekijän työuran eri vaiheissa (Juvonen-Posti ym. 2015). Työterveysneuvotteluun osallistuvat yleensä työntekijä, työnantaja ja työterveyslääkäri ja tarvittaessa myös muita toimijoita (Reho ym. 2018, Seppänen 2014).

Työterveysneuvottelu on käytännön tarpeeseen muodostunut toimintatapa työkyvyn tukemiseksi, ja siitä on ohjattu hyvän

työterveyshuollon käytännössä (Uitti 2014). Neuvottelut ovat käytännössä kuitenkin vapaamuotoisia, ja niiden sisältöä määrittävät eri toimijoiden valmiudet työkyvyn tukemiseen (Reho ym. 2018). Toimintaympäristössä vaikuttavat organisaatiotasolla käytännöt ohjaaviksi sovitut mallit, kuten sovitut käytännöt työhönpaluun tuessa, ja toimintaympäristön sosiokulttuuriset olosuhteet (Eteläpelto ym. 2017). Työterveysneuvottelua voidaan myös pitää yhtenä ammatillisen kuntoutuksen toimintatilanteena (Lindh 2013), kun työkyvyn tukemisen ja kuntoutuksen käsitetään liittyvän kaikkeen sellaiseen toimintaan, jonka tavoitteena on ihmisen pysyminen työssä tai työhön paluu (Tuisku ym. 2013, Waddell ym. 2013).

Yhteistoimijuus ja toimijuus

Yhteistoimijuus-käsitteellä viitataan tilanteisiin, joissa asiantuntijoiden ryhmä neuvottelee yksilön kanssa hänen tilanteestaan. Yhteistoimijuus kytkee yhteen asiantuntijoiden, organisaatioiden ja yksilöiden yhdessä tekemisen ja toiminnan. (Väyrynen & Lindh 2013.) Yhteistoimijuus edellyttää jaettua tietoa ja toimintatapaa, jossa eri toimijat näkevät toistensa roolit ja osuuden yhteisesti hyväksytyyn tavoitteeseen saavuttamisessa. Jokainen toimija tuo yhteistyöhön resurssin ja panoksen, jotka vasta yhdessä muodostavat merkittävän kokonaisuuden. (Linnakangas ym. 2013.)

Yhteistoimijuuden keinoin voidaan vahvistaa työntekijän ammatillista toimijuutta (professional agency). Ammatillaisen asiantuntijuutta tarvitaan, jotta työntekijä löytäisi omat voimavaransa. (Romakkaniemi & Järvikoski 2013, Härkäpää ym. 2014.) Työntekijän ammatilliseen toimijuuteen kuuluu mahdollisuus vaikuttaa työhön liittyviin asioihin, joihin kuuluvat päätösten tekeminen ja kuulluksi tuleminen, työkäytäntöjen kehittäminen sekä ammatillisen identiteetin neuvottelu eli omien arvojen mukaisen toiminnan ja uran edistäminen (Vähäsantanen ym. 2017).

Jaettua toimijuutta on käytetty kuvaamaan asiantuntijan ja asiakkaan välistä yhteistyötä. Härkäpää ym. (2014) määrittelevät

jaetun toimijuuden aktiiviseksi asiantuntijan ja asiakkaan dialogiseksi yhteistyöksi, jossa yhdessä laadittua suunnitelmaa toteutetaan siten, että asiakas osallistuu itseään koskevaan päätöksentekoon ja asiantuntija kuuntelee, antaa tietoa ja tukee ja on valmis tarvittaessa mukautumaan asiakkaan päätöksiin. Jaetulla toimijuudella laajemmin tarkoitetaan eri osapuolten välistä yhteistyötä, jossa tavoitteet perustuvat yhteiseen suunnitteluun, päätöksentekoon ja sitoutumiseen sekä yhteiseen vastuuseen ja tukeen (Chang ym. 2010, Järvikoski ym. 2013). Jaettu toimijuus on myös tiedonvaihtoa (Järvikoski ym. 2013), tiedon tuottamista, vaihtoehtojen pohdintaa (Elwyn ym. 2012), kuulluksi tuleamista (Hokkanen 2012, Järvikoski ym. 2013), toisen näkökulman ymmärtämistä sekä sitoutumista tavoitteisiin (Chang ym. 2010, Järvikoski ym. 2013).

Romakkaniemi ja Järvikoski (2012, 2013) ovat jaotelleet jaetun toimijuuden kolmeen ulottuvuuteen. Emotionaaliseen ulottuvuuteen kuuluvat kuulluksi tuleminen, hyväksytyksi tuleminen, luottamuksellisen suhteen luominen ja sitoutuminen. Kommunikatiivinen ulottuvuus pitää sisällään reflektion ja dialogin, sanojen löytämisen, tiedon jakamisen ja uuden ymmärryksen rakentumisen. Kolmas, supportiivinen, ulottuvuus koostuu pystyvyyden kokemuksen etsimisestä, rohkaisemisesta ja kannustamisesta, positiivisesta ajattelusta, toivon löytämisestä ja ylläpitämisestä, tiedosta sekä välineellisestä tuesta. Jaetun toimijuuden esteet ovat ilmenneet aikaisemmissa tutkimuksissa sitoutumattomuutena ja kiinnostamattomuutena tai liiallisena ohjaamisena (Chang ym. 2010), toteutumattomina odotuksina, hylkäämisen kokemuksina ja valtakonflikteina (Romakkaniemi & Järvikoski 2012, 2013).

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme yhteistoimijuuden ilmenemistä työterveysneuvottelutilanteissa, joissa työpaikan ja työterveyshuollon asiantuntijat neuvottelevat työntekijän kanssa hänen työhön paluustaan. Näissä tilanteissa yhteistoimijuus toteutuu erilaisten institutionaalisten roolien ja vastuiden sekä yksityisten ja julkisten ilmiöiden rajapinnalla.

Yhteistoimijuuden edellytyksistä työterveysneuvottelussa

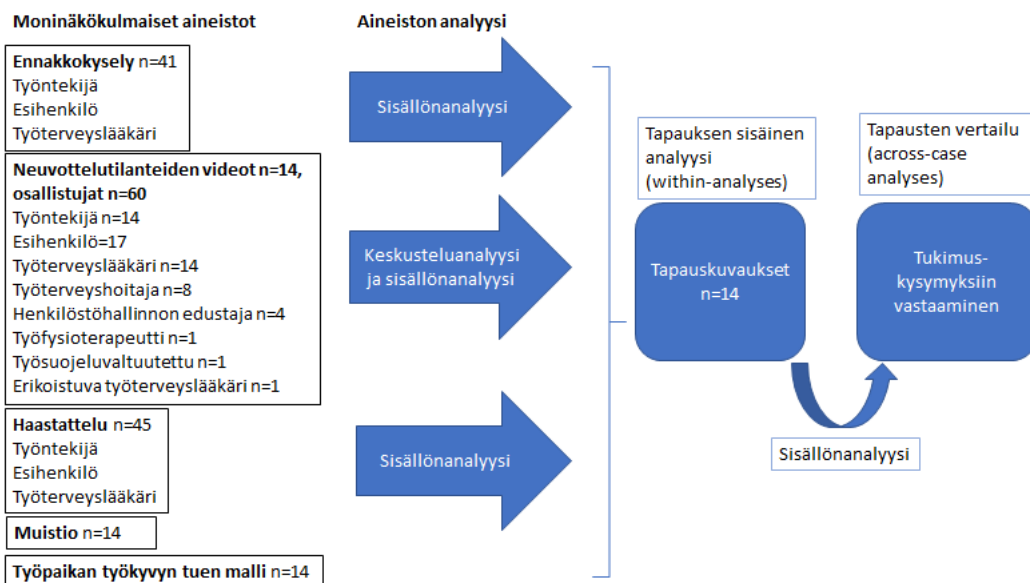
Työterveysneuvottelun tavoitteena on yhteisesti hyväksyttävän päätöksen tekeminen työntekijän työhönpaluun tavasta ja mahdollisuuksista. Työterveysneuvottelun osapuolten intressit ja näkökulmat suhteessa syntyvään päätökseen saattavat kuitenkin erota toisistaan. (Liira ym. 2012.) Eryisesti neuvottelutilanteeseen liittyvä vuorovaikutusdynamikka ja neuvotteluun osallistuvien erilaiset asemat tuottavat tilanteeseen jännitteitä. Työntekijä neuvottelee esihenkilön kanssa oman työuransa jatkoon liittyvistä, mahdollisesti arkaluonteisiksi kokemista asioista. Työterveyshuollon edustajat ovat asiakassopimussuhteessa työnantajaan ja mahdollisesti hoitosuhteessa työntekijään, jonka asioista ovat neuvottelemassa.

Lääkärin ja potilaan (kuten myös työntekijän ja työnantajan edustavan esihenkilön) suhde on ammattiin perustuva eli institutionaalinen, ja heidän väliseensä yhteistoimintaan liittyy siksi myös epäsymmetriaa (Heritage 1997). Institutionaaliset roolit tarjoavat osapuolille erilaisia oikeuksia

ja velvollisuuksia toimijoina (Psathas 1999). Esimerkiksi lääkäri saattaa valita puheenaiheet ja tietää, minkälaiset keskusteluaiheet ovat relevantteja instituution yleisten toimintaperiaatteiden tai tavoitteiden kannalta. Instituution edustaja on omaa instituutiota koskevan tiedon asiantuntija ja hänelle keskustelu on rutiinia, kun taas asiakkaalle se voi olla ainutkertainen kokemus. (Drew & Heritage 1992, Peräkylä 1998.) Täten osallistujien roolit ja asemat voivat olla toisilleen alisteisia ja osallistujien vaikutusmahdollisuudet päätöksenteossa epätasa-arvoiset (Bäckman 2008). Työntekijän ja työterveyslääkärin suhdetta voi hankaloittaa työterveysneuvottelussa se, että suhde ei välttämättä ole tavanomainen sairaanhoitoon liittyvä hoitosuhde (Geisen 2015).

Tässä artikkelissa tarkastelemme yhteistoimijuuden toteutumista työterveysneuvotteluissa siinä tilanteessa, kun työntekijä oli palaamassa takaisin töihin. Haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten osallistujien välinen yhteistoimijuus ilmeni työterveysneuvottelussa?
2. Mitkä olivat yhteistoimijuuden toteutumisen esteitä työterveysneuvottelussa?



Kuva 1. Tutkimuksen moninäkökulmaiset aineistot ja niiden analysointi.

Aineistot ja menetelmät

Tutkimuksen aineiston muodostivat 14 työterveysneuvottelun tapauskuvaukset, jotka koostuivat ennakkokyselyistä ja neuvottelun jälkeisistä haastatteluista, neuvottelutilanteiden videoinneista, neuvottelun muistiosta sekä kyseisen työpaikan työkyvyn tuen kirjallisesta mallista (kuva 1).

Aineistonkeruu ja osallistujien rekrytointi toteutettiin vuoden 2015 joulukuun ja vuoden 2017 kesäkuun välisenä aikana yhteistyössä käytännön asiakastyötä tehneiden työterveyslääkärien kanssa. Rekrytoinnissa korostettiin vapaaehtoisuutta ja suostumusta. Työterveyslääkäreitä ohjeistettiin eettisesti arvioimaan suostumuksen pyytämistä siten, ettei tutkimukseen rekrytoitu erityisen haavoittuvassa tilanteessa olevia henkilöitä. Ennen neuvottelua tutkittaville annettiin tietoa tutkimuksesta ja tutkimukseen osallistuneet antoivat kirjallisen suostumuksen aineiston keräämiseen. Tutkimukseen osallistuneiden oli mahdollista keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Tutkittavat ja tutkimuksiin osallistuvat organisaatiot eivät ole julkaisuista tunnistettavissa. Tutkimukseen on saatu Työterveyslaitoksen eettisen työryhmän puoltava lausunto.

Neuvotteluihin osallistuneista työpaikoista kymmenen oli julkista ja neljä yksityistä. Työterveyshuollon palveluntuottajista kahdeksan oli yksityisiä, viisi kunnallisia sekä

yksi työnantajien yhteinen työterveyshuolto. Työpaikkojen toimialat olivat sosiaali- ja terveys-, opetus-, ravitsemus-, siivous-, kuljetus-, viestintä- ja kulttuuriala. Aineistossa mukana oleviin työterveysneuvotteluihin osallistui 3–5 henkilöä. Kaikkiin neuvotteluihin osallistui työntekijä, esihenkilö ja työterveyslääkäri (kuva 1). Työterveysneuvottelut toteutuivat työntekijän työhön paluun eri vaiheissa.

Analyysivaiheessa käytettiin tutkija-, aineisto- ja analyysimenetelmätriangulaatiota (Creswell & Plano Clark 2011). Aineiston analyysi toteutettiin monivaiheisesti ja käyttäen eri analyysimenetelmiä (kuva 1). Tässä tutkimuksessa tapaukseksi määriteltiin aineiston rajaama neuvotteluprosessi (Yin 2018). Tapaukset analysoitiin ensin omassa kontekstissään ja prosessissaan (within cases), ja sen jälkeen vertailimme tapauksia (across-case analysis) (Ayres ym. 2003). Aluksi eri aineistot yhdistettiin (Åkerblad ym. 2020) teemojen mukaisella kysymyslähteisellä sisällönanalyysillä ja vuorovaikutusanalyysillä (Ristimäki ym. 2020, Weiste ym. 2020) tapauskuvauksiin (taulukko 1).

Tapauskuvauksia koosti neljä tutkijaa, jotka edustivat erilaisia tieteenaloja, kuten terveystieteitä, sosiaalipsykologiaa, lääketiedettä, kuntoutus- ja yhteiskuntatieteitä. Triangulaation (Creswell & Plano Clark 2011, Greene ym. 1989) avulla pyrimme saamaan paremman ymmärryksen ja syvällisemmän kuvan kompleksisen (MacEachen

Taulukko 1. Tapauskuvauksiin eri näkökulmista koostetut sisällöt.

Sisältö	Aiheet ja aineistot
Tausta	Ulkoinen konteksti: työpaikan työkyvyn tuen käytäntö (työpaikan työkyvyn tuen malli) Sisäinen konteksti: työntekijän työ, työhön paluun vaihe, neuvotteluun osallistujat, neuvottelupaikka, tutkijoiden havainnot aineiston keruusta (neuvottelutilanteiden videot, muistiot, tutkimuspäiväkirjat)
Eri osapuolten odotukset neuvottelulle	Työntekijän, esihenkilön ja työterveyslääkärien odotukset työterveysneuvottelulle (ennakkokyselyt)
Työterveysneuvottelu ja siinä käsiteltävät asiat	Työterveysneuvottelun kokonaisrakenne, neuvottelussa käsitellyt asiat ja päätöksenteon kulku (neuvottelutilanteiden videot)
Kokemukset neuvottelun jälkeen	Neuvottelun kulun vastaaminen odotuksiin, neuvottelun päätös ja sen vastaaminen odotuksiin, kokemus saiko vaikuttaa päätöksiin, tyytyväisyys neuvotteluun ja tulevaisuuden odotukset (haastattelut)
Asioiden ja päätösten siirtyminen dokumentteihin	Neuvottelussa käsiteltyjen asioiden ja päätösten siirtyminen dokumentteihin (neuvottelutilanteiden videot, muistiot)

2013, Moore ym. 2015) neuvotteluprosessin moniulotteisesta luonteesta. Analyysi pohjautuu tutkimushankkeen tutkimusryhmän yhteiseen analyysiprosessiin (Juvonen-Posti ym. 2019). Tutkimusryhmä osallistui verkkokokouksina järjestettyihin datasesioihin, joissa käytiin läpi analyysyjä ja tehtiin yhteistä tulkintaa.

Tämän tutkimuksen yhteistoimijuutta koskevan analyysin toteutti vastuututkija. Tapauksia vertailtiin (accross-case analysis) analysoimalla, kuinka yhteistoimijuus tai sen esteet ilmenivät työterveysneuvotteluissa. Tapauskuvauksista etsittiin yhteistoimijuutta kuvaavia ja sitä mahdollistavia ilmaisuja. Aineistossa kiinnitettiin huomiota kohtiin, joissa käytiin vuoropuhelua yhteisestä suunnittelemisesta tai päätöksenteosta, kuulluksi tulemisen kokemuksesta ja tuesta tai näiden puutteesta. Analyysiä tehtiin ensin aineistolähtöisesti. Tämän jälkeen analyysia jatkettiin abduktiiviseen päättelyyn nojautuvalla sisällönanalyysillä (Grönfors 1982), jossa aineistoa tarkasteltiin ja tulkittiin seuraavaksi kuvattun teoreettisen viitekehyksen ohjaamana. Yhteistoimijuutta kuvaavat ilmaisut ryhmiteltiin aiemmissa tutkimuksissa esiin tulleiden tekijöiden mukaisesti luokkiin (taulukko 2). Yläluokat muodostettiin Romakkaniemen ja Järvikosken (2012, 2013) kuvaaman jaetun toimijuuden mukaisesti. Lisäksi yhdeksi uudeksi yläluokaksi muodostimme institutionaalisen, hallinto- ja organisaatio-rajat ylittävän toimijuuden luokan.

Tulokset

Työterveysneuvotteluissa yhteistoimijuus rakentuu institutionaalisen, emotionaalisen, kommunikatiivisen ja supportiivisen ulottuvuuden mukaan (taulukko 2). Tulokset-luvussa esitellään ensin yhteistoimijuuden rakentumista ja sen jälkeen yhteistoimijuuden esteitä. Työterveysneuvottelun yhteistoimijuudelle näyttää olevan keskeistä institutionaalinen, hallinto- ja organisaatio-rajat ylittävä yhteistoimijuus, jota esitellään tulososiossa yksityiskohtaisemmin. Muiden ulottuvuuksien sisällöt on kuvattu taulukossa 2. Yhteistoimijuuden esteet on kuvattu myös yksityiskohtaisemmin.

Yhteistoimijuus työterveysneuvottelussa

Työterveysneuvottelun yhteistoimijuuden ulottuvuudet ja niihin liittyvät sisällöt on kuvattu taulukossa 2. Taulukossa on merkitty sulkuihin neuvottelutapaukset, joissa ilmiö esiintyy.

Institutionaaliseen ulottuvuuteen kuuluivat kaikki ne yhteistoimijuuden sisällöt, joissa neuvotteluun osallistuvat toteuttivat institutionaalisia roolejaan (taulukko 2). Usein lääkäri toimi sekä terveydenhuollon ammattilaisen että puheenjohtajan roolissa. Puheenjohtajan tehtävänä oli osallistujien osallistaminen ja kuulluksi tulemisen mahdollistaminen. Yleensä neuvottelun alussa lääkäri osallistui kaikki neuvotteluun osallistuvat vuorotellen ja osoitti avoimella kysymyksellä ja leillä työntekijälle vuoron neuvottelun alkuvaiheessa.

Lääkäri: ”Elikkä tota [viittaa työntekijän suuntaan] miten sulla on nyt menny.”

Työntekijä: ”Mm.”

Lääkäri: ”Mikä on sun näkemys nykytyöstä ja työssä selviytymisestä ja voit enustaa sit mitä tiedät tulevasta myöskin.” (Case 11 neuvottelu.)

Työterveysneuvottelussa tulivat esille kysymykset myös terveydenhuollon ammattilaisten salassapitovelvollisuudesta. Neuvottelussa lääkäri rajasi käsiteltävän vain työntekijän työkykyyn liittyviä asioita ja antoi työntekijälle mahdollisuuden kertoa itse omasta tilanteestaan. Lääkärit sopivat enakkoon työntekijän kanssa, että neuvottelussa keskitytään työhön paluuseen. Lääkäri tunnisti ammattiin kuuluvana tehtävänä tunnistaa neuvottelutilanne julkiseksi ja rajata käsiteltäviä asioita. Lääkäri halusi osoittaa myös esihenkilöille, että hän toimii puolueettomasti eikä vain työntekijän toiveiden mukaisesti, tuomalla neuvottelussa esille relevantit asiat.

Neuvottelujen kulkua edisti kaikkien neuvotteluun osallistuvien kohteleva oman alansa asiantuntijoina ja heidän mielipiteidensä ja näkökulmiensa arvostaminen. Kulkua selkeytti, kun puheenjohtaja ilmaisi

kunkin osallistujan roolin ja vastuun neuvottelun alussa:

”Mut idea on se että että et sää [työntekijä] tiedät sun oman tilanteen, [esihenkilö] tietää mitkä on työpaikal mahdollista, mä tiedän et lääketieteestä jotaki ja sit me yhdessä yhdessä yritämme näillä palapeleillä laatia semmoisen parhaan ratkaisun.” (Case 7 neuvottelu työterveyslääkäri.)

Työterveyslääkärit nostivat neuvottelun käsitteeseen asioita, joiden näkivät edistävän työhön paluun suunnittelua tai esihenkilön ja työntekijän välistä suhdetta. Esimerkiksi työterveyslääkäri ohjasi työntekijää kertomaan haastavista työtilanteista ja ajatteli, että näin työntekijä sai tuoda esille kehitystään työn hallitsemisessa. Työterveyslääkäri kertoi haastattelussa, että hän johdatteli neuvottelussa työntekijää kertomaan työhön liittyvistä kuormitustekijöistä ja työn jatkamiseen liittyvästä epävarmuudesta. Työntekijä ei kuitenkaan tuonut näitä asioita esille neuvottelussa, vaikka kertoikin haastattelussa työn epävarmuuden olevan kuormittava tekijä. Työterveyslääkäri otti neuvottelussa esille myös työntekijän ja esihenkilön välisen vuorovaikutuksen (*”Miten teillä synkkaa töissä?”*) ja yritti saada työntekijän ja esihenkilön väliset vuorovaikutusongelmat keskusteluun sekä esihenkilön ymmärtämään työntekijän työkykytilanteen. Työntekijän tunteenpurkaustilanteessa työterveyshuollon edustajat lopettivat neuvottelutilanteen ja tukivat näin työntekijää.

Yhteistoimijuuden emotionaalinen ulottuvuus toteutui kolmella tavalla: kuulluksi tulemisena, luottamuksellisuutena ja sitoutumisena. Lähes kaikki työntekijät, esihenkilöt ja työterveyslääkärit kokivat, että olivat tulleet kuulluiksi neuvotteluissa. Luottamukselliset ja läheiset suhteet tulivat esille eri tavoin neuvotteluissa toimijoiden välillä. Esihenkilöt olivat usein sitoutuneet työhön paluun onnistumiseen ja työn muokkaamiseen, työntekijät olivat halukkaita palaamaan mahdollisimman pian työhön ja työterveyslääkärit sitoutuivat valmistelemaan tarvittavia lausuntoja ja seuraamaan

työntekijöiden tilannetta vastaanottokäyneillä. (Taulukko 2.)

Kommunikatiivinen ulottuvuus tuli esille tiedon jakamisena ja uuden ymmärryksen rakentumisena, yhteisenä näkemyksenä, työntekijän esille tuomina tavoitteina ja suunnitelmina sekä jaetun päätöksenteon kautta. Neuvotteluissa jokainen osallistuja toi uutta tietoa työhön paluun mahdollisuuksista omasta näkökulmastaan. Työntekijät valitsivat, mitä asioita toivat esille neuvottelussa. Työntekijät esittivät usein neuvotteluissa tavoitteita ja suunnitelmia työhön paluuseen, toivat esille uutta ammatillista osaamistaan, arvioivat omaa suoriutumistaan työtehtävistä ja puolustivat mielipiteitään. Yhteistoimijuus näkyi yhteisenä päätöksentekona vuorovaikutuksen tasolla. (Taulukko 2.)

Supportiivinen ulottuvuus toteutui työntekijän näkemyksen ja tavoitteiden tukemisena, ymmärryksen ja empatian osoittamisena, positiivisen palautteen antamisena työntekijälle, työntekijän huolen kerrontana ja tunteiden jakamisena, työntekijöiden toivon ylläpitämisenä sekä konkreettisena apuna hakemusten täyttämässä ja tiedolla tukemisena (taulukko 2).

Yhteistoimijuuden esteitä työterveysneuvottelutilanteessa

Yhteistoimijuuden esteitä työterveysneuvottelussa on analysoitu samojen teemojen mukaisesti kuin yhteistoimijuutta. Erityisesti esteissä korostui institutionaalinen ja kommunikatiivinen ulottuvuus, kun taas supportiiviseen ulottuvuuteen liittyviä havaintoja ei ilmennyt (taulukko 3). Taulukossa suluisa on merkitty neuvottelutapaukset, joissa ilmiö esiintyy.

Institutionaaliseen ulottuvuuteen liittyvät esteet ilmenivät neuvotteluun osallistuvien rooleja koskevana epäselvyytenä ja normipohjaisen luottamuksen rikkomisena (taulukko 3). Neuvottelutilanteissa saattoi olla epäselvyyttä osallistujien rooleista. Esimerkiksi neuvottelun puheenjohtajaksi nimettiin esihenkilö, mutta käytännössä työterveyslääkäri hallinnoi neuvottelun kulkua.

Joissakin neuvotteluissa rikottiin normipohjaista salassapitovelvollisuutta. Esimer-

Taulukko 3. Yhteistoimijuuden esteitä työterveysneuvottelutilanteessa.

Yhteistoimijuuden esteitä työterveysneuvottelutilanteessa		
Institutionaalinen	Emotionaalinen	Kommunikatiivinen
1. Neuvottelutilanteessa roolin epäselvyys 2. Normipohjaisen luottamuksellisuuden rikkominen.	1. Ei kokemusta kuulluksi tulemisesta.	1. Ei yhteistä näkemystä ja ymmärrystä tilanteesta 2. Yhteisen päätöksenteon puuttuminen 3. Tiedonvälityksen ongelmat vieraalla kielellä käydyssä neuvottelussa.
1. Puheenjohtajaksi nimettiin esihenkilö, mutta käytännössä työterveyslääkäri hallinnoi neuvottelun kulkua (case 6 neuvottelu). Työntekijä piti lääkärin roolia ratkaisevana ja tärkeänä puheenvuorojen jakamisen näkökulmasta, kun taas lääkäri koki, että keskustelu oli ollut luontevaa eikä puheenvuoroja tarvinnut jakaa (case 11 työterveyslääkärin ja työntekijän haastattelu). 2. Työterveyslääkäri ehdotti neuvottelun alussa, että salassapitovelvollisuus laajenee koskemaan myös esihenkilöä (case 7 neuvottelu) ja toisessa neuvottelussa, että työterveyslääkäri ja työterveyshoitaja lupovat salassapitovelvollisuudestaan (case 8 neuvottelu). Esihenkilö koki lääkärin rooliin liittyvän salassapitovelvollisuuden rajoittavan vuorovaikutusta (case 14 esihenkilön haastattelu).	1. Työterveyslääkäri koki, ettei ollut tullut kuulluksi tai saaneen vaikuttaa tehtyyn päätökseen neuvottelussa (case 4 työterveyslääkärin haastattelu). Työterveyslääkäri ja esihenkilö arvioivat, että työntekijän taloudelliset seikat saattoivat vaikuttaa työntekijän haluun palata työhön (case 4 työterveyslääkärin haastattelu, case 12 esihenkilön haastattelu).	1. Neuvotteluun osallistujilla oli työntekijän tilanteesta eri tietoon pohjautuen erilainen kuva ja erilaiset tavoitteet: esihenkilö oli epävarma palaako työntekijä entiseen työhön, työterveyslääkäri arvioi, että työntekijällä oli työkyvyttömyysriski ja motivoi työntekijää ammatillisen kuntoutuksen avulla uudelleen koulutukseen ja työntekijän näkemys oli, että hän oli osatyökykyinen nykyiseen työhön (case 10 neuvottelu). Neuvottelun tavoitteet saattoivat osallistujilla olla erilaiset, kun esihenkilö ja työterveyslääkärin tavoitteena oli sopia työhön paluusta, niin työntekijän ennako-odotus oli, että työhön paluusta voidaan sopia vasta erikoissairaanhoidon tekemän arvion jälkeen (case 2 työntekijän, esihenkilön ja työterveyslääkärin ennakkokyselyt ja haastattelut). Esihenkilö ei ollut tietoinen työntekijän tilanteesta, eikä osannut valmistautua neuvotteluun (case 5 neuvottelu, esihenkilön haastattelu). Esihenkilöllä oli virheellinen käsitys työjärjestelyistä (case 10 esihenkilön haastattelu). 2. Työterveyslääkäri jätti antamatta neuvottelun alussa puheenvuoron henkilöstöhallinnon edustajalle (case 9, 13). Työntekijälle ei annettu puheenvuoroa neuvottelun alussa, vaan esihenkilö teki ehdotuksen työhön paluun ratkaisusta (case 12) tai lääkäri kertoi työntekijän tilanteesta (case 8, 14). Työntekijän mielipidettä työntekijän oireiden kirjaamisesta muistioon ei huomioitu, vaan lääkäri perusteli kirjaamatta jättämisen sillä, etteivät oireet estä työtä (case 9 neuvottelu, muistio). Työntekijän ehdotusta osasairauslomana kestosta ei käsitelty, vaan lääkäri totesi keston olevan kuukauden, mikä oli 2 viikkoa enemmän kuin työntekijä ehdotti (case 12 neuvottelu). Työntekijälle ei annettu tilaa vastata kysymyksiin, vaan asiaa jatkettiin samassa puheenvuorossa muihin asioihin (case 6, neuvottelu). Lääkäri (case 5) tai esihenkilö (case 12) ilmoitti neuvottelussa työhön paluun ratkaisut valmiina. Henkilöstöasiantuntija ilmoitti osasairauspäivärahan työaikaprosentin (case 11 neuvottelu). Työterveyslääkäri ilmoitti työhön paluun aikataulun, toimeentuloratkaisun ja kuntoutuksen tukimuodon (case 14). Työterveyslääkäri ei tuonut seurantalaverin tarvetta yhteisesti päätettäväksi (case 5, 14, 13 neuvottelu). 3. Työntekijä hallitsi huonosti kokouskieleksi valitun kielen, minkä vuoksi hänelle jäi epäselväksi uuteen työjärjestelyyn liittyvät käytännöt. Päätöksenteossa työntekijä antoi esihenkilölle oikeuden tehdä päätökset. Työntekijä jäi muistion käsittelyssä ulkopuolelle (case 12 neuvottelu, työntekijän haastattelu).

kiksi työterveyslääkäri ehdotti neuvottelun alussa, että salassapitovelvollisuus laajenee koskemaan myös esihenkilöä, ja toisessa neuvottelussa, että työterveyslääkäri ja työterveyshoitaja lupovat salassapitovelvollisuudestaan.

Lääkäri: "...tässä alussa aina kysyn et-tä sopiiko et jutellaan sun työkyky ja terveytee liittyvistä asioista vapaasti ilman vaitiolovelvollisuutta eli koskee lähinnä mua ja työterveyshoitajaa." Työntekijä: "Saa jutella." (Case 8 neuvottelu.)

Työntekijän hyväksynnän jälkeen lääkäri ja työterveyshoitaja saivat neuvottelussa

ikään kuin vapaan valtakirjan puhua työntekijän asioista ilman aiheiden rajauksia tai työntekijän kontrollia, ja tämä näkyi erityisesti työterveyslääkärin käyttämissä puheenvuoroissa neuvottelun kuluessa. Työntekijä antoi myös luvan lääkärille kertoa omasta tilanteestaan ja lääkäri kuvaakin varsin tarkasti työntekijän sairaus- ja oirehistorian, diagnoosin, sairauden oirekuvan, toimintakyvyn ja työrajoitteet. Haastattelussa työntekijä kertoi, että oli halunnut lääkärin kertovan tilanteestaan ja työterveyslääkärin vakuuttavan työnantajan edustajia siitä, että kyseessä ovat todelliset työkyvyn ongelmat.

Yhdessä tapauksessa esihenkilö koki lääkärin rooliin liittyvän salassapitovelvollisuuden rajoittavan vuorovaikutusta.

“Tietenki siinä kun on lääkäri joka ei voi kertoa potilaasta juuri mitään potilaan oee minulle vain sen mitä potilas itse kertoo niin öö niin silloin täytyy olla jos minä jotaki kysyn niin se täytyy potilaan itsensä kertoa nii onha se tietyllä tietyllä tavallaha se on jäykkä.” (Case 14 esihenkilön haastattelu.)

Emotionaalisen ulottuvuuden esteisiin kuului työterveyslääkärin kokemus, ettei hän ollut tullut kuulluksi tai saanut vaikuttaa tehtyyn päätökseen neuvottelussa. Työntekijän omaa arviota työkyvystään pidettiin ensisijaisena, vaikka lääkärillä olisi ollut eriyvä näkemys. Lääkäri ja esihenkilö arvioivat haastatteluissa, että työntekijän taloudelliset seikat saattoivat vaikuttaa työntekijän haluun palata työhön. Taloudellisista seikoista ei kuitenkaan juuri puhuttu missään neuvottelutilanteessa.

“En saanu päätökseen vaikuttaa koska tässä vaikutti eniten eurot he saavat täyttää palkkaa neljän kuukauden ajan ja se neljän kuukauden sairastamisaika meni niin hän halusi palata nauttimaan täyttää palkkaa tää on raha on ongelma useimmiten näissä.” (Case 4 työterveyslääkärin haastattelu.)

Kommunikatiiviseen ulottuvuuteen liittyvät esteet ilmenivät yhteisen näkemyksen ja yhteisen päätöksenteon puuttumisena. Yhteisen näkemyksen puuttuminen saattoi hankaloittaa neuvottelua, jolloin kaikilla neuvotteluun osallistujilla oli työntekijän tilanteesta eri tiedon pohjalta erilainen kuva ja erilaiset tavoitteet. Kun esihenkilö ei ollut tietoinen työntekijän tilanteesta, hän ei ollut osannut valmistautua neuvotteluun ja miettiä työntekijälle sopivaa työpistettä. Esihenkilöllä oli virheellinen käsitys työjärjestelyistä, mikä perustui työpaikalta saatuaan virheelliseen tietoon.

Yleensä työterveyslääkäri osallisti neuvottelun alussa kaikki neuvottelun osapuolet keskusteluun, mutta kahdessa neuvottelussa työterveyslääkäri jätti antamatta puheenvuoron henkilöstöhallinnon edustajalle. Kahdessa neuvottelussa työntekijälle

ei annettu puheenvuoroa neuvottelun alussa, vaan esihenkilö teki lyhyen pohjustuksen ja ehdotuksen työhön paluun ratkaisusta tai lääkäri kertoi työntekijän tilanteesta. Työntekijän tekemiä ehdotuksia ei aina huomioitu neuvottelussa. Työntekijän ehdotusta oireidensa kirjaamisesta muistioon ei huomioitu tai ehdotusta osasairausloman kestosta ei käsitelty.

Yhteinen päätöksenteko ei toteutunut kaikissa neuvotteluissa. Työntekijälle ei annettu tilaa vastata kysymyksiin, vaan keskustelua jatkettiin samassa puheenvuorossa muihin asioihin. Kaikissa neuvotteluissa asioita ei tuotu yhteisesti päätettäväksi eikä annettu muiden osallistujien ottaa niihin kantaa. Esimerkiksi lääkäri tai esihenkilö ilmoitti neuvottelussa työhön paluulle valmiit ratkaisut, jotka perustuivat työntekijän kanssa ennen neuvottelua tehtyyn yhteiseen sopimukseen. Henkilöstöasiantuntija ilmoitti osasairauspäivärahan työaikaprosentin niin, ettei asia ollut neuvoteltavissa. Lääkäri ei myöskään tuonut yhteisesti päätettäväksi työhön paluun aikataulua, toimeentuloratkaisua, kuntoutuksen tukimuotoa eikä seurantapalaverin tarvetta.

Yhteistoimijuudelle haasteita asetti neuvottelun käyminen kaikille osallistujille vieraalla kielellä ilman tulkkia. Työntekijä hallitsi huonosti kokouskieleksi valitun kielen, minkä takia hänelle jäi epäselväksi uuteen työjärjestelyyn liittyvät käytännöt. Päätöksenteossa työntekijä oli suostuvainen kaikkeen, mitä esihenkilö ehdotti, ja kommentoi usein ehdotuksiin *“As you say”* ja antoi esihenkilölle oikeuden päättää työajasta ja parityöskentelystä. Muistio tehtiin neuvottelusta suomeksi ja siihen liittyvää keskustelua käytiin suomen kielellä, jolloin työntekijä jäi keskustelun ulkopuolelle.

Pohdinta

Tutkimus tuotti tietoa siitä, miten yhteistoimijuus ja sen esteet ilmenivät työterveysneuvottelutilanteessa. Työterveysneuvottelujen yhteistoimijuudessa yhtenä keskeisenä elementtinä on institutionaalinen ulottuvuus. Aikaisemmin ammattilaisen ja asiakkaan välistä yhteistoimijuutta on kuvattu emotionaa-

lisen, supportiivisen ja kommunikatiivisen ulottuvuuden kautta (Romakkaniemi & Järvikoski 2012, 2013). Toimijoiden rajapinnalla tapahtuvassa kontekstissa tarvitaan kuitenkin lisäksi hallinto- ja organisaatorajat ylittävää yhteistoimijuutta, joka määrittyy institutionaalisen ulottuvuuden kautta. Kuvatut yhteistoimijuuden ulottuvuudet eivät ole irrallisia vaan dynaamisessa suhteessa toisiinsa. Yhteistoimijuus ilmenee tilannekohtaisesti, eikä se ole koskaan täysin yhteistä tai erillistä (Åkerblad & Haapakoski 2020).

Työterveysneuvottelussa institutionaalisen yhteistoimijuuden rakentumisen kannalta on tärkeää tunnistaa neuvottelu julkiseksi tilanteeksi, jossa on läsnä esihenkilö ja mahdollisesti muita työpaikan toimijoita. Weiste ym. (2020) toteavat, että työntekijät rinnastavat helposti neuvottelutilanteen perinteiseksi lääkärin vastaanottotilanteeksi, jossa on odotuksenmukaista kertoa sairaushistoriasta ja nykyisistä vaivoista. Neuvottelutilanne tulisi rakentaa vuorovaikutuksen keinoin keskittymään työhön paluuseen, esimerkiksi muotoilemalla avauskysymys koskemaan työssä selviytymistä sairaushistorian sijaan (Weiste ym. 2020). Tämä tutkimus toi lisäksi esille, että lääkärin ennen neuvottelua työntekijälle antamat ohjeet neuvottelun tarkoituksesta näyttivät olevan työntekijän näkökulmasta turvallisuutta tuovia ja auttavan työntekijöitä keskustelemaan neuvottelussa työhön paluun suunnittelusta.

Institutionaalisen yhteistoimijuuden näkökulmasta keskeisiä ovat institutionaaliset roolit sekä niihin liittyvät oikeudet ja velvollisuudet (Psathas 1999). Työterveyslääkärillä oli valtaa nostaa neuvottelussa esille sellaisia asioita, joiden hän katsoi edistävän työhön paluuta tai työntekijän ja esihenkilön välistä suhdetta. Toisaalta neuvotteluissa oli myös asioita, joista ei keskusteltu (kuten työntekijän taloudellinen tilanne), vaikka niillä oli työhön paluun kannalta merkitystä. Neuvotteluissa lääkäri ilmaisi työntekijän luvalla työntekijän sairaus- ja terveystietoja, ja työntekijä delegoi näin toimijuuttaan lääkärille (vrt. Pirhonen & Pietilä 2018). Lääkärin tulisi kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisena tunnistaa neuvottelu tilanteeksi, jossa ei käsitellä näitä tietoja, ja toisaalta

tunnistaa työntekijän asema siten, ettei häntä voida pyytää lupaa tällaiseen toimintatapaan.

Työterveysneuvotteluissa yhteistoimijuus mahdollisti työntekijöiden osallistumisen päätöksentekoon. Kommunikatiivisessa ulottuvuudessa ilmeni vahvasti yhteinen päätöksenteko ja tulevaisuusorientaatio, kun työterveysneuvotteluissa asetettiin työhön paluuseen tähtääviä tavoitteita ja tehtiin tulevaisuuden suunnitelmia tavoitteiden saavuttamiseksi (vrt. Bandura 2001). Tulevaisuusorientaatio on ilmennyt aikaisemmin myös muissa työhön paluuseen liittyvissä tilanteissa (Bäckman 2008), kun taas Romakkaniemen ja Järvikosken (2012, 2013) tutkimuksen kontekstissa se ei tullut esille. Kommunikatiivinen ulottuvuus näkyi työterveysneuvottelun osallistujien erilaisina oikeuksina ja velvollisuuksina päätöksentekijöiden ja toimijoiden rooleissa.

Mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon on vallankäyttöä (Morgan 1997), joka näkyi tämän tutkimuksen työterveysneuvotteluissa muun muassa siinä, miten puheenjohtajat käyttivät valtaa osallistamalla muita osallistujia tiedonjakoon ja päätöksentekoon. Näissä työterveysneuvotteluissa pääsääntöisesti päätökset tehtiin yhteisesti ja kaikille osallistujille annettiin mahdollisuus osallistua päätöksentekoon (Ristimäki ym. 2020). Työterveysneuvotteluissa valta ilmeni työntekijän valtana oman työkyvyn arvioinnissa, joka ohitti lääkärin asiantuntijavallan. Aikaisempien tutkimustulosten mukaan kuntoutuvalta henkilöllä on vain rajallinen valta vaikuttaa oman työhönpaluunsa ehtoihin, kun joko työnantaja (Seing ym. 2012) tai terveydenhuollon ammattilaiset (Bäckman 2008) ovat päätöksenteossa avainasemassa. Kuitenkin työterveysneuvottelutilanteissa sekä työterveyslääkärit että muut osallistujat pitivät tärkeänä kaikkien osapuolten osallistamista yhteisen päätöksen tekemiseen (Ristimäki ym. 2020). Työntekijöiden osallisuuden ja osallistumisen tukemisella itseään koskevaan päätöksentekoon on todettu olevan iso merkitys ammatillisen kuntoutuksen prosessissa myös työuravaikutusten syntymiseen (Härkäpää ym. 2014). Toisaalta voidaan pohtia missä määrin työntekijöille annetaan

päätösvaltaa. Työterveysneuvottelussa työntekijän institutionaaliseen rooliin liittyi ”hyvän työntekijyyden” tuottamista, joka voi viedä neuvottelujen päätöksentekoa epärealistiseen suuntaan (Juvonen-Posti ym. 2019).

Supportiivinen ulottuvuus näkyi siinä, kun työntekijää pidettiin työterveysneuvotteluissa oman asiansa parhaana asiantuntijana ja häntä tuettiin kehumalla. Kestävän työhönpaluun onnistumiseksi työntekijän toimijuutta tulisi tukea yhteistoimijuuden keinoin, kuten osallistamalla työntekijä päätöksentekoon sekä kannustamalla ja tuemalla häntä tavoitteissaan. Ammattilaisen asiantuntijuutta tarvitaan, jotta työntekijät löytäisivät omat voimavaransa (Härkäpää ym. 2014, Romakkaniemi & Järvikoski 2013). Työntekijää autettiin löytämään toimijuutensa yhteistyön avulla (myös Romakkaniemi & Järvikoski 2013). Myös tarkoituksellinen tekemättä jättäminen voi ilmentää toimijuutta. Ulkopuolisen on kuitenkin vaikeaa erottaa tarkoituksellista tekemättä jättämistä vahingossa tapahtuneesta tekemättä jättämisestä (Kärki 2019). Tässä tutkimuksessa eri aineistot antoivat mahdollisuuden havaita toimijuuden ilmenemistä tekemättä jättämisenä. Työntekijät valitsivat, mitä asioita halusivat tuoda esille neuvottelussa, ja edistivät näin omalta kannaltaan halutun lopputuloksen syntymistä.

Emotionaalinen ulottuvuus ilmeni työterveysneuvotteluissa kuulluksi tulemisena, luottamuksellisena suhteena ja sitoutumisena. Tämä tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa (Järvikoski ym. 2013, Romakkaniemi & Järvikoski 2012, 2013). Työterveysneuvottelussa yhteistoimijuuden esteet liittyivät etenkin institutionaaliseen ja kommunikatiiviseen ulottuvuuteen. Esteet näkyivät roolien epäselvyytenä ja yhteisen näkemyksen ja yhteisen päätöksenteon puuttumisena. **Tämänkaltaiset yhteistoimijuuden esteet eivät ole tulleet aikaisemmissä tutkimuksissa esille** (Chang ym. 2010, Romakkaniemi & Järvikoski 2012, 2013).

Yhteistoimijuutta voidaan rakentaa tuomalla neuvottelun tavoitteet yhteisiksi roolien ja tehtävien jakamisella, osallistamalla kaikki neuvotteluun osallistuvat päätöksentekoon sekä tuemalla työntekijän toi-

mijuutta. Työhön paluuseen liittyvän päätöksenteon kannalta keskeistä oli työntekijöiden ilmaisema halu palata työhön. Yhteistoimijuuden toteutumista estivät epäselvyys eri toimijoiden rooleista ja yhteisen näkemyksen tai yhteisen päätöksenteon puuttuminen. Yhteistoimijuuden edistäminen olisi tärkeää kaikissa kuntoutuksen tilanteissa, joissa asiakasyhteistyötä tehdään hallinto- ja organisaatorajojen yli ja joissa on läsnä useita eri alojen toimijoita. Tulosten avulla voidaan kehittää kaikkia yhteistoiminnallisia, institutionaalista tehtävää toteutettavia asiakasyhteistyön vuorovaikutustilanteita tukemaan paremmin yhteistä päätöksentekoa.

Pohdintaa tutkimuksen toteuttamisesta

Tutkimuksen aineistona olivat Suomessa aineistolaitteet, työpaikkaan ja työterveyshuoltoon kytkeytyvät ylisektoriset luonnollisten neuvottelujen aineistot. Aineiston hankinta osoittautui haasteelliseksi tutkittavien tavoittamisen osalta. Huolimatta laajasta työterveyslääkäreiden yhteistyöverkostosta ja työterveysneuvottelujen tosiasiallisesta suuresta määrästä (Reho ym. 2018) tutkimuksen aineisto kertyi hitaasti. Työterveyslääkärit valitsivat neuvottelutapaukset, eivätkä tutkijat tunne kaikkia valikoinnin perusteita. Jonkin neuvotteluosapuolen kieltäytymiseen päätyneitä tapauksia tuli tutkijoiden tietoon vain kaksi. Kokoon saatu aineisto oli rikas ja laadullisesti eheä, sillä saimme tavoitellun aineiston kokonaisuudessaan 12 neuvottelusta.

Yhteistoimijuutta kuvaavien ilmaisujen tai tilanteiden tulkinta ei ollut aina yksiselitteistä. Monitieteinen ja intensiivinen tutkijayhteistyö mahdollisti analyysin ja tulokinnan. Aineisto oli moninäkökuulmainen: kysely ja haastattelu valottivat yhteistyöprosessia ajallisesti laajasti ja neuvottelun videotalliointi taas tarkasti yhdestä prosessin vaiheesta. Aineistotriangulaatio mahdollisti havaitsemaan myös toimijuutta, joka ilmeni tekemättä jättämisenä.

Jatkossa tulisi tutkia koronaviruspandemian seurauksena lisääntyneitä etätyöterveys-

neuvotteluita. Näissä neuvotteluissa ei pystytä käyttämään kasvokkaissa vuorovaikutustilanteissa tärkeiksi havaittuja vuorovaikutuksen resursseja kuten katseen suuntaa, eleitä ja ilmeitä, jotka ovat myös yhteistoimijuuden rakentumisen kannalta keskeisiä (Ristimäki ym. 2020). Tämän tutkimuksen aineisto kuvaa neuvottelukohtaista yhteistoimijuuden toteutumista, emmekä pysty arvioimaan yhteistoimijuuden pitkäaikaisempia työuravaikutuksia, joiden tutkiminen jatkossa olisi tärkeää.

Tulosten merkitys: Tutkimus toi esille yhteistoimijuuden eri ulottuvuuksia sekä sitä edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä monitoimijaisessa, työpaikkaan kyteytyvässä neuvottelutilanteessa. Tulosten avulla voidaan kehittää eri neuvottelutilanteiden käytänteitä tukemaan yhteistoimijuutta erityisesti työpaikkojen edustajien kanssa työhön kytkeytyvässä kuntoutuksessa.

Tiivistelmä

Eri toimijoiden välisen yhteistoimijuuden on todettu edesauttavan työuravaikutusten syntymistä. Työterveysneuvottelu on tärkeä työntekijän, työpaikan, työterveyshuollon yhteistyön ja kuntoutuksen yhteistyöfoorumi. Sen tavoitteena on tukea työntekijän työssä jatkamista ja työurien pidentymistä. Tässä artikkelissa tarkastellaan yhteistoimijuuden ilmenemisen tapoja sekä sen toteutumisen esteitä työterveysneuvottelussa.

Tutkimus oli moniaineistoinen monitapaustutkimus. Neljäntoista tapauksen aineiston muodostivat työterveysneuvotteluun osallistuvien ennakkokysely ja neuvottelun jälkeinen haastattelu, neuvottelun videotaltiointi, neuvottelun muistio sekä kyseisen työpaikan työkyvyn tuen kirjalliset mallit. Moninäkökulmainen aineisto kerättiin neuvotteluun osallistuneelta työntekijältä, esihenkilöltä ja työterveyslääkäriltä sekä videotaltioinnin osalta kaikilta neuvotteluun osallistuneilta. Aineisto analysoitiin sisällön- ja keskusteluanalyysillä.

Yhteistoimijuus ilmeni institutionaalisenä, emotionaalisenä, kommunikatiivisena ja supportiivisena ulottuvuutena. Institutionaalinen ulottuvuus ilmeni esimerkiksi toimijoiden roolien selkeytenä, emotionaalinen ulottuvuus kuulluksi tulemisena, kommunikatiivinen ulottuvuus yhteisenä päätöksentekona ja supportiivinen työntekijän tukemisena. Yhteistoimijuuden toteutumista estivät epäselvyys eri toimijoiden rooleista ja yhteisen näkemyksen tai yhteisen päätöksenteon puuttuminen. Kestävän työhönpaluun onnistumiseksi työntekijän toimijuutta tulisi tukea yhteistoimijuuden keinoin. Yhteistoimijuuden rakentumisen kannalta keskeistä oli tunnistaa työterveysneuvottelutilanne julkiseksi neuvotteluksi.

Avainsanat: toimijuus, yhteistoimijuus, toimintatilanne, työterveysyhteistyö, työterveysneuvottelu, työhönpaluu, ammatillinen kuntoutus, monitapaustutkimus, laadullinen tutkimus

Abstract

Multi-actor shared agency at joint negotiations on the employee's return-to-work

Collaboration between workplace, health care and rehabilitation actors has been shown to contribute to the working career impact. Joint negotiations on the employee's return-to-work solutions is one key forum for co-operation between an employee, workplace's actors, and actors of occupational health care and rehabilitation services. The aim of this collaboration is to support job retention and to prolong working careers. This article discusses which forms of multi-actor shared agency took place and what kind of obstacles to collaboration were found in the joint negotiations on the employee's return-to-work.

The study was a multiperspective, multi-data study on multiple, altogether 14 joint negotiation, cases. Data on each case

consisted of the questionnaire collected before the negotiation, the video-recorded data of the joint negotiation, three interviews after the negotiation, the negotiation memo and the workplace's model of work ability support. The questionnaires and interviews were collected from employees, supervisors and occupational health physicians and video-recorded data was collected from all participants in the joint negotiation. The data was analyzed by a multidisciplinary research team with content and discussion analysis.

Multi-actor shared agency was definable to institutional, emotional, communicative and supportive dimensions. New institutional dimension included elements of clarity of the roles of the actors. The emotional dimension included experiences of being heard and of confidentiality. The communicative dimension included elements of collaborative decision-making, and last, the supportive dimension included elements of employee's support. The lack of clarity regarding the roles of the various actors, secondly, the lack of a shared target and collaborative decision-making prevented the realization of the multi-actor shared agency. In order to succeed in returning to work, the employee's agency should be supported by the multi-actor shared agency means. It was essential for the multi-actor shared agency to recognize that negotiations with workplace actors on return to work are held, instead of internal health care platforms, in a public platform.

Keywords: agency, multi-actor shared agency, collaboration, work-related rehabilitation, joint negotiation, returning to work, vocational rehabilitation, occupational health care, multiple case study, qualitative research

Tutkimus perustuu Työsuojelurahaston rahoittamaan Työterveysneuvottelu työhönpaluun tuessa -hankkeeseen (2015–2019), jota toteuttivat Työterveyslaitos ja Tampereen yliopisto yhdessä. Haluamme lämpimästi kiittää kaikkia tutkimukseen osallistuneita henkilöitä ja organisaatioita arvokkaasta panoksesta hankkeeseen. Välitämme kiitoksemme seuraaville tutkimusryhmän jäsenille: erityisasiantuntija Helena Nyman, vanhempi asiantuntija Nina Nevala, johtaja Päivi Husman, erikoislääkäri Soile Seppänen, erityisasiantuntijat Marita Riikonen, Mika Nyberg ja Ritva Horppu, e-learning kehittämisspäällikkö Eero Nukari sekä harjoittelijat Aino Liinoja ja Joonas Heikkinen Työterveyslaitoksesta sekä opiskelijat Emma Korpi ja Mariel Wuolio Tampereen yliopistosta ja Hanna Keränen Oulun yliopistosta.

Sanna Pesonen, TtM, tutkija, Työterveyslaitos

Pirjo Juvonen-Posti, LT, kun-PD, kuntoutuksen erityispätevyys, johtava asiantuntija, Työterveyslaitos

Hanna-Leena Ristimäki, YTM, väitöskirjatutkija, Tampereen yliopisto

Elina Weiste, VTT, dosentti, erikoistutkija, Työterveyslaitos

Inka Koskela, YTM, tutkija, Työterveyslaitos

Johanna Ruusuvoori, YTT, professori, Tampereen yliopisto

Riitta Seppänen-Järvelä, VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö, Kela

Lähteet

- Andersson J, Ahgren B, Axelsson SB, Eriksson A, Axelsson R (2011) Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *Int J Integr Care* Oct11, e137. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.670>
- Ayres L, Kavanaugh K, Knafel KA (2003) Within-Case and Across-Case Approaches to Qualitative Data Analysis. *Qual Health Res* 13, 6, 871–883. <https://doi.org/10.1177/1049732303013006008>
- Bandura A (2001) Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 52,2, 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bäckman S (2008) Työkykyarviokokous moniammatillisen työryhmän päätöksentekotilanteena. Tutkimus vuorovaikutuksesta ja potilaan osallisuudesta. Helsinki, Helsingin yliopisto.
- Chang ES, Heckhausen J, Greenberger E, Chuansheng C (2010) Shared agency with parents for educational goals: ethnic differences and implications for college adjustment. *J Youth Adolesc* 39, 11, 1293–1304. doi:10.1007/s10964-009-9488-7

- Costa-Black KM, Feuerstein M, Loisel P (2013) Work disability models. Past and present. Teoksessa P Loisel, JR Anema (toim.) Handbook of work disability. Prevention and management. Springer, London, 71–93.
- Creswell J, Plano CV (2011) Designing and conducting mixed methods research. 2nd edition. Thousand Oaks, Sage.
- Drew P, Heritage J (1992) Talk at work: interaction in institutional settings. Cambridge University Press, Cambridge.
- Eteläpelto A, Vähäsantanen K, Hökkä P, Paloniemi S (2017) Tutkimus- ja kehittämishankkeen tausta ja lähtökohdat. Teoksessa K Vähäsantanen, S Paloniemi, P Hökkä, A Eteläpelto (toim.) Ammatillinen toimijuus. Rakenne, mittari ja tuki. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 27, 10, 1361–1367. doi:org/10.1007/s11606-012-2077-6
- Geisen T (2015) Workplace Integration Through Disability Management. Teoksessa R Escorpizo, S Bracke, D Homa, G Stucki (toim.) Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. Application and implementation of the ICF. Springer, Cham, 55–71.
- Gensby U, Labriola M, Irvin E, Amick III BC, Lund T (2014) A classification of components of workplace disability management programs: results from a systematic review. *J Occup Rehabil* 24, 2, 220–241. doi:10.1007/s10926-013-9437-x
- Greene J, Caracelli V, Graham W (1989) Towards a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educ Eval Policy An* 11, 3, 255–274. doi:10.3102/01623737011003255
- Grönfors M (1982) Kvalitatiiviset kenttätymenetelmät. WSOY, Porvoo
- Heritage J (1997) Conversation Analysis and Institutional talk. Analyzing data. Teoksessa D Silverman (toim.) Qualitative analysis: Issues of Theory and Method. Sage Publications, London, 222–245.
- Hokkanen L (2012) Interpreting a client satisfaction survey on shared agency in plan-based practice at the welfare office. *Nord Soc Work Res* 2:2, 119–135, doi: 10.1080/2156857X.2012.710177
- Härkäpää K, Järvikoski K, Gould R (2014) Motivational Orientation of People Participating in Vocational Rehabilitation. *J Occup Rehabil* 24, 4, 658–669.
- Juvonen-Posti P (2018) Work-related Rehabilitation for Strengthening Working Careers: A Multiperspective and Mixed Methods Study of Its Mechanisms. University of Oulu, Oulu. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526219271> Viitattu:14.12.2020.
- Juvonen-Posti P, Ristimäki H-L, Pesonen S, Weisste E, Koskela I, Nyman H, Nukari E, Ruusuvoori J (2019) Ratkaisuja työhön paluuseen työterveysneuvottelussa. Moniaineistoinen tutkimus päätöksenteostajakoetuista hyödyistä. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Juvonen-Posti P, Saikku P, Turunen J (toim.) (2020) Elinikäistä osallistumista vai elämää työ edellä? Työikäisten monialaisten palveluiden yhteensovittaminen ja vaikuttavuuden arviointi loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:40. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-916-5> Viitattu: 14.1.2021.
- Juvonen-Posti P, Seppänen-Järvelä R, Pesonen S, Savinainen M, Laaksonen M, Kaleva S (2015) Työterveysyhteistyö kuntoutuksen mahdollistajana. *Kuntoutus* 38, 3, 28–41.
- Järvikoski A, Martin M, Autti-Rämö I, Härkäpää K (2013) Shared agency and collaboration between the family and professionals in medical rehabilitation of children with severe disabilities. *Int J Rehabil Res* 36, 1, 30–37. doi:10.1097/MRR.0b013e32835692d3.
- Kärki K (2019) Investigating the Other Side of Agency. A Cross-disciplinary Approach to Intentional Omissions. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Liira J, Juvonen-Posti P, Viikari-Juntura E, Takala E-P, Honkonen T, Tuisku K, Martimo K-P, Redemann B (2012) Työterveyshuollon hyvät käytännöt: työhön paluun tuki. Duodecim, Helsinki.
- Lindh J (2013) Kuntoutus työn muutoksessa: yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen. Lapin yliopisto, Rovaniemi. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-644-8> Viitattu: 12.11.2020.
- Linnakangas R, Seppälä U, Suikkanen A, Lehtoranta P (2013) Monitorimijuu lapsen perhekuntoutuksessa. Teoksessa M Laitinen, A Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Vastapaino, Tampere, 299–324.
- MacEachen E (2013) Understanding Work Disability Systems and Intervening Upstream Teoksessa P Loisel, JR Anema (toim.) Handbook of Work Disability. Prevention and Management. Springer, New York, 217–228.
- Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardean W, Moore L, O’Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J (2015) Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 350, h1258. doi:10.1136/bmj.h1258
- Morgan G (1997) Images of organization. SAGE, Thousand Oaks, CA.
- Peräkylä A (1998) Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Vastapaino, Tampere.
- Pirhonen J, Pietilä I (2018) Active and non-active agents: Residents’ agency in assisted living. *Ageing Soc*, 38, 1, 19–36. doi:10.1017/S0144686X1600074X.
- Psathas G (1999) Studying the Organization in Action: Membership Categorization and Interaction Analysis. *Human Studies* 22, 2/4, 139–162. doi.org/10.1023/A:1005422932589

- Reunanen M (2017) Toimijuus kuntoutuskokemusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Reho T, Atkins S, Talola N, Ojajärvi U, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J (2018) Työterveysneuvottelu työssä jatkamisen tukena. *Suom. Lääkäril.* 73, 36, 1948-1953.
- Ristimäki H-L, Tiitinen S, Juvonen-Posti P, Ruusu- vuori J (2020) Collaborative decision-making in return-to-work negotiations. *J Pragmat* 170 189-205. doi: 10.1016/j.pragma.2020.08.012.
- Romakkaniemi M, Järvikoski A (2012) Service users' perceptions of shared agency in mental health services. *Eur J Psychother Couns* 14, 4, 381-394, doi:10.1080/13642537.2012.733556
- Romakkaniemi M, Järvikoski A (2013) Jaetun toimi- juuden rakentuminen mielenterveyspalveluissa. *Kuntoutus* 36, 1, 39-44.
- Seing I, Ståhl C, Nordenfelt L, Bülow P, Ekberg K (2012) Policy and practice of work ability: a ne- gotiation of responsibility in organizing return to work. *J Occup Rehabil* 22, 4, 553-564.
- Seppänen A (2014) Työterveysneuvottelut käydään toimintakykykielellä. *Suom. Lääkäril.* 69, 4, 192-194.
- Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pe- sonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksson M (2015) Yhteistoimintaa ja yksilöli- siä valintoja kuntoutumisen polulla. Kelan työ- hönkuntoutuksen kehittämishankkeen tapaus- tutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 141. Juvenes Print, Tampere.
- Tuisku K, Juvonen-Posti P, Härkäpää K, Heilä H, Vainiemi K, Ropponen T (2013) Ammatillinen kuntoutus mielenterveyshäiriöissä. *Duodecim* 129, 24, 2623-2632. Saatavissa: www.duodecimlehti.fi.
- Uitti J (2014) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Saari- järvi Offset Oy, Saarijärvi.
- Vuorento M, Terävä K (2015) Osatyökykyisen työs- sä jatkamisen ja työllistymisen tukeminen. Kir- jallisuuskatsaus ja haastattelututkimus. Helsinki, Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 4/2014. Saatavissa: [http://www.kuntoutussaatio. fi/files/1887/osatyokykyisen-tyossa-jatkaminen. pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/files/1887/osatyokykyisen-tyossa-jatkaminen.pdf). Viitattu: 19.3.2021.
- Vähäsantanen K, Paloniemi S, Rääkkönen E, Hökkä P, Eteläpelto A (2017) Ammatillisen toimijuus- den moniulotteinen rakenne ja mittarikehittäminen. Teoksessa K Vähäsantanen, S Paloniemi, P Hök- kä, A Eteläpelto (toim.) Ammatillinen toimijuus. Rakenne, mittari ja tuki. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Väyrynen S, Lindh J (2013) Yhteistoimijuuden raja- kohteet päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa M Laitinen, A Niskala (toim.) Asiak- kaat toimijoina sosiaalityössä. Vastapaino, Tam- pere, 405-426.
- Waddell G, Burton AK, Kendall NAS (2013) Voca- tional rehabilitation. What works, for whom, and when? UK Government. Saatavissa: [https:// assets.publishing.service.gov.uk/government/ uploads/system/uploads/attachment_data/fi- le/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf). Viitattu:12.2.2021.
- Weiste E, Juvonen-Posti P, Ristimäki H, Koskela I, Pesonen S, Ruusuvuori J (2020) Puhutaanko työ- hön paluusta vai sairaushistoriasta? Lääkärin ta- pa avata keskustelu suuntaa työterveysneuvotte- lua. *Suom. Lääkäril.* 75,16, 968-971 c.
- Yin RK (2018) Case Study research and applications. Design ja methods. 6th edition. Sage Publica- tions, Thousand Oaks.
- Åkerblad L, Haapakoski K (2020) Hauras jaettu toi- mijuus ammatillisessa kuntoutuksessa. *Janus* 28, 3, 220-236.
- Åkerblad L, Seppänen-Järvelä R, Haapakoski K (2020) Integrative Strategies in Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res* 15, 2, 152-170. doi:10.1177/1558689820957125

Taulukko 2. Yhteistoimijuiden rakentumisen ulottuvuudet työterveysneuvottelussa.

Yhteistoimijuus työterveysneuvottelussa				
Institutionaalinen	Emotionaalinen	Kommunikatiivinen	Supporttiivinen	
<p>Institutionaalinen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neuvottelun puheenjohtajan rooli kaikkien neuvotteluun osallistuvien osallistamisessa 2. Neuvottelutilanteen normipohjainen luottamuksellisuus 3. Neuvotteluun osallistuvien asiantuntijuiden tunnistaminen 4. Neuvottelun roolien ja tehtävien tuominen esille 5. Asiantuntijan rooli neuvottelutilanteen ohjaamisessa 	<p>Emotionaalinen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuulluksi tuleminen 2. Luottamuksellisuus toimijoiden välillä 3. Sitoutuminen 	<p>Kommunikatiivinen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiedon jakaminen ja uuden ymmärryksen rakentuminen 2. Yhteinen näkemys 3. Työntekijän esille tuomat tavoitteet ja suunnitelmat 4. Yhteinen päätöksenteko 	<p>Supporttiivinen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Työntekijän näkemysten ja tavoitteiden tukeminen 2. Ymmärryksen ja empatian osoittaminen 3. Neuvottelussa työntekijän saama positiivinen palaute 4. Työntekijän huolen kerronta ja tunteiden jakaminen 5. Toivon ylläpitäminen 6. Konkreettinen apu hakemuksen täyttämässä 7. Tiedon jakaminen työntekijän tukemiseksi 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lääkäri toimi neuvottelun puheenjohtajana ja osallisti keskusteluun kaikki neuvotteluun osallistuvat vuorotellen neuvottelun aloitusvaiheessa. (1–3, 10, 11). 2. Lääkäri rajasi käsiteltävään työntekijän työkykyyn liittyviä asioita (case 4, 6, 9 neuvottelu). Lääkäri ohjeisti, että työntekijä voi kertoa itse omasta tilanteestaan (case 9 neuvottelu). Lääkäri sopi ennakkoon työntekijän kanssa, että neuvottelussa keskitytään työhön paluuseen (case 9 neuvottelu, case 13 työterveyslääkärin haastattelu). Lääkäri tunnisti ammatin kuuluvana tehtävänsä tunnistaa neuvottelutilanne julkiseksi ja rajata käsiteltäviä asioita ja halusi tuoda esiin henkilöille tiedoksi toimivan puoleuttomasti (case 13 työterveyslääkärin haastattelu). 3. Neuvotteluun osallistuvien kohteellinen oman alansa asiantuntijoina ja heidän mielipiteiden ja näkökulmien arvostaminen (case 2, 11 neuvottelu). 4. Puheenjohtaja ilmaisi kunkin osallistujan roolin ja vastuun neuvottelun alussa (case 7 neuvottelu). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Työntekijät kokivat saaneen vaikuttaa päätökseen ja tulleen kuulluksi neuvottelussa (case 1–11, 13–14 työntekijän haastattelu). Esihenkilöt kokivat tulensa kuulluksi (case 1–7, 9, 10 esihenkilön haastattelu) tai kokivat, että olisivat voineet vaikuttaa päätöksentekoon ja esittää eriävän mielipiteen, jos olisivat nähneet siihen tarvetta (case 8, 11, 14 esihenkilön haastattelu). Työterveyslääkärit kokivat tulleen kuulluksi ja saaneen vaikuttaa päätökseen (case 1–3, 5–14 haastattelu). Luottamuksellinen suhde työntekijän ja esihenkilön välillä näkyi neuvottelussa huomorina (case 1, 3) ja uskalluksena ottaa asioita esille (case 10 työterveyslääkärin haastattelu, case 4 työntekijän haastattelu). Työntekijän tukienhenkilönä oli neuvottelussa edustaja tai työterveyshoitaja (case 10, 13 neuvottelu). Työntekijän työhön paluuta edistivät yhteistyö ja sovitut käytännöt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Työterveyslääkärit toivat tietoa työntekijän työ- ja toimintakyvystä lääketieteellisestä näkökulmasta (case 2, 6, 7–11, 14 neuvottelu), työhön paluun tuki muodoista (case 3, 4, 10–14 neuvottelu) ja tukimateriaalin taloudellisia vaikutuksia (case 7 neuvottelu). Esihenkilöt saivat uutta tietoa työntekijän tilanteesta tai tutustuivat asiaan ensimmäistä kertaa (case 5, 8, 14). Kaikki työntekijät saivat jossain vaiheessa neuvottelua tuoda esille oman näkemysensä omasta tilanteestaan, työ- ja toimintakyvystään ja mahdollisuudesta palata työhön. Tätä mahdollisuutta työntekijät käyttivät eri tavoin ja valitsivat itse mitä halusivat kertoa neuvottelutilanteesta. Esim. työntekijä toi työkykyyn liittyvät asiat laajemmin esille kuin lääkäri ja edisti näin kaikkien kannalta kokonaisnäkemysten syntymistä (case 10 neuvottelu) tai työntekijä ei tuomut esille neuvottelussa tyvymättömyyttä työterveyshuoltoon (case 8 työntekijän haastattelu). Neuvottelu vahvisti yhteisen ymmärryksen syntymistä työntekijän tilanteesta (case 7 neuvottelu). Kaikkilla oli yhteinen näkemys työntekijän työkyvystä (case 1, 3, 5, 7, 9, 13, 14 neuvottelu). Työntekijät esittivät neuvottelussa tavoitteita ja suunnitelmia työhön paluuseen (case 4–7, 9–11, 13 neuvottelu) ja tekivät ehdotuksia (case 3, 7, 9, 11, 10, 13 neuvottelu) tai ottivat vahvasti kantaa liittyen heidän työtehtäviinsä ja työaikaan (case 1, 4, 5 neuvottelu). Työntekijä toi esille uutta ammatillisista osa- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Työterveyslääkäri tuki työntekijän toivetta sopivasta työpaikasta (case 1 neuvottelu). Työntekijän toimijuutta tuettiin pitämällä työntekijää oman tilanteensa parhaana asiantuntijana ja tukemalla hänen arviotaan omasta työkyvystään, vaikka muilla osallistujilla olisi ollut siitä eriävä käsitys. Esimerkiksi työntekijä palasi kokoaikatyöhön, kun hän itse arvioi selviävänsä kokoaikatyöstä, vaikka lääkäri oli erimielinen ja ehdotti useita eri tapoja työn keventämiseen (case 4 neuvottelu). Lääkäri ja esihenkilö tukivat työntekijää kehittämällä häntä aloittamaan työt rauhallisesti (case 11 työterveyslääkärin haastattelu, case 12 esihenkilön haastattelu). Työntekijä koki saaneen tukea, kun esihenkilö ja henkilöstöhallinnon edustaja perustelivat neuvottelun tarvetta ja osoittivat ymmärrystä työntekijän sairautensa osuuteen (case 9 haastattelu). Työntekijän kieroissa vaikeasta tilanteesta esihenkilö osittain empatiaa kosketuksella (case 2 neuvottelu). Työntekijän tunteenpurkaukseen muut osallistujat osoittivat myötämielisuutta (case 3 neuvottelu). Esihenkilöt ja työterveyslääkärit kehuivat työntekijää ammatillisuudeksi (case 2, 4, 10 neuvottelu), ahkeraksi (case 7, 8, 10 neuvottelu), luotettavaksi (case 6 neuvottelu) ja motivoituneeksi (case 7, 13, 14 neuvottelu) sekä antoivat palautetta työntekijälle oman työn kehittämisenä (case 13 neuvottelu) ja hyvästä yhteistyöstä (case 13, 14 neuvottelu). 	

<p>5. Työterveyslääkäri nosti neuvotte-luun asioita, joiden näki edistävän työ-hön paluun suunnittelua (Case 13 neu-votte-lu) tai esihenkilön ja työntekijän välisiä suhdetta (Case 10 neuvotte-lu). Työterveyslääkäri ohjasi työntekijää kertomaan haastavista työtilanteista ja työntekijä sai tuoda esille kehitys-tään hallita työtä (Case 13 neuvotte-lu). Työntekijä ei tuonut esille työn kuor-mittavuutta, vaikka kertoi haastatte-lussa työn epävarmuuden olevan kuor-mittava tekijä (Case 13 neuvotte-lu). Työterveyslääkäri otti esille työntekijän ja esihenkilön välisen vuorovaikutuk-sen (Case 10 neuvotte-lu). Työntekijän tunteeperustantilanteesta työterveys-huollon edustajat lopettivat neuvotte-lutilanteen (Case 3 neuvotte-lu).</p>	<p>työkyvyn tuen käytännöistä työ-palkan kanssa: työterveyslääkäri luotti siihen, että esihenkilö pitää kiinni sovituista asioista, eikä nähnyt seurantalapalvelia tarpeelli-sena (Case 9 työterveyslääkäriin haastattelu). Tuntuus osallistuji-en välillä edisti luottamuksellis-ta ilmapiiriä (Case 4 työntekijän haastattelu, Case 6 työterveyslää-käriin haastattelu).</p> <p>3. Esihenkilöt olivat sitoutuneet työhön paluun onnistumiseen ja muokkaamaan työtä (Case 1–5, 7–14). Esihenkilöt rajasivat työn muokkaus mahdollisuuksia työ-paikalla, kun muilla työntekijöillä oli samankaltaisia työkykyongel-mia (Case 5, 7, 14 neuvotte-lu). Työntekijät ilmaisivat neuvotte-lussa selkeästi, että olivat haluk-kaita palaamaan mahdollisimman pian työhön (Case 1–7, 9, 11, 14) Työterveyslääkärit sitoutuivat valmistelemaan tarvittavia lau-suntoja (Case 1, 5, 14 neuvotte-lu) ja seuraamaan työntekijöiden tilannetta vastaanotokäymällä (Case 1, 2, 5, 8, 10–12, 14 neu-votte-lu).</p>	<p>mistaan ja esitti suunnitelman oman työn kehittämi-seen tulevaisuudessa (Case 9 neuvotte-lu). Työnteki-jät arvioivat omaa suoriutumistaan kuvaamalla omaa työ- ja toimintakykyään ja esittivät siihen pohjautuen arvioita suunnitelluista työtehtävistä selviytymistään (Case 4, 6, 10, 13, 14 neuvotte-lu). Työntekijät puolus-tivat mielipiteitään, kun eivät olleet halukkaita lääkä-riin ehdottamaan uudelleenkuulutukseen (Case 10, 14 neuvotte-lu).</p> <p>Työntekijät ottivat puheenvuoron ilman, että puheen-johtaja sitä heille osoitti ja kertoivat omasta tilan-teestaan (Case 11) tai antoivat positiivista palautetta työnantajalle työn muokkaukseen liittyen (Case 13).</p> <p>4. Ne, joita päätös koski tulivat päätöksenteon aikana kuulluiksi. Päätösvaltaa hajautettiin toisille puheen-vuoron muotoiluilla ja katseen suuntaamisella: esi-merkiksi lääkäriin kysyessä kantaa päätösaioitteeseen yhdelä neuvottelu osapuolelta, käytti hän kuitenkin vastaajista monikkumuotoa ja osoitti katseellaan tois-tenkin neuvottelijoiden kuuluvan ”vastaajien” piiriin. Tämän jälkeen myös ensimmäisenä osallistettu hen-tikilö, kuten vaikkapa esihenkilö, hajautti päätöksente-koa työntekijälle samalla tavalla. Tällöin päätöksente-ko oli supportiivista ja vastavuoroista toimintaa, jolla saatiin tuotettua yhteinen ratkaisu (Case 1–9, 11, 12, 14) (Ristimäki ym. 2020). Neuvotteluissa keskustel-tiin erilaisista vaihtoehdoista työntekijän työhön pa-luuseen (Case 1–14) sekä suunniteltiin vaihtoehtoisia ratkaisuja (Case 2, 4, 5, 7, 10, 13, 14).</p>	<p>4. Työntekijä toi esille huolensa työpaikalla uusien asioiden määrästä ja niiden oppimisesta (Case 4 neu-votte-lu). Työterveyslääkäri piti tärkeänä neuvottelua, sillä työntekijällä oli ollut tarve tulla kuulluksi ja hän sai työstää omaa tilannettaan neuvottelussa työssä sel-viytymisen näkökulmasta (Case 9 haastattelu). Työn-tekijät pitivät tärkeänä, että olivat saaneet kertoa huolensa ja kokivat neuvottelussa tuen saannin tar-keänä (Case 9, 11 haastattelu).</p> <p>5. Työntekijän käsitys laajeni, kun hän sai neuvotte-lussa tietoa erilaisista mahdollisuuksista palata työ-hön ja koki saaneen toivoa työhön paluun onnistu-miseen (Case 2 työntekijän haastattelu). Esihenkilöt arvioivat, että neuvottelu oli tärkeä työntekijän jak-samiseen kannalta ja se antoi työntekijälle toivoa (Ca-se 1, 3 esihenkilön haastattelu).</p> <p>6. Työsuojeluvaltuutettu ja henkilöstöhallinnon edustaja tukivat työntekijää antamalla konkreettista apua toimeentulo hakemusten täyttämässä (Case 9, 10, 12 neuvotte-lu).</p> <p>7. Lääkäri auttoi työntekijää valmistautumaan neu-votte-luun antamalla tietoa neuvottelun taroitukses-ta (Case 7, 9, 11, 14). Työntekijä koki saaneensa sellaista tietoa neuvotte-lussa, että se auttoi vähentämään hänen pelkoaan, ettei työhön paluu entiseen työhön olisi mahdollista (Case 2 työntekijän haastattelu).</p>
---	---	--	---



HENKILÖSTÖJOHTAJIEN ASEENTEET JA MIELENTERVEYSONGELMIEN VUOKSI ALENTUNEEN TYÖKYVYN TUKEMISEN TOIMENPITEET SUOMALAISILLA TYÖPAIKOILLA

Johdanto

Mielenterveyshäiriöistä on tullut yksi länsimaiden keskeisistä työelämän terveyshaitoista viime vuosikymmenten aikana (OECD 2013), vaikka ne eivät ole selkeästi lisääntyneet vastaavana ajanjaksona (Wittchen ym. 2011). Suomessa mielenterveyshäiriöt ovat johtaneet erityisesti nuoria aikuisia työkyvyttömyyseläkkeelle 2000-luvun alusta alkaen (Laaksonen & Gould 2015). Lisäksi jopa puolet työväestöstä kertoo kokeneensa jonkinlaista stressiä tai loppuun palamisen (Lahtinen 2006). Työntekijöiden työkyvyn tukeminen voi ennaltaehkäistä pysyvää työkyvyttömyyttä, joka on usein mielenterveysongelmista johtuvien pitkien sairauspoissaolojen seuraus (Nieuwenhuijsen ym. 2003, Anema ym. 2006). Vain 18 prosenttia mielenterveyshäiriöiden vuoksi määräaikaiselle eläkkeelle jääneistä palaa työelämään neljän vuoden kuluessa (Laaksonen & Gould 2015). Syinä voivat olla vaikeiden mielenterveyshäiriöiden toimintakykyä alentava luonne, työnantajien ennakkoluulot mielenterveysongelmia kohtaan (Brohan ym. 2010, Henderson ym. 2014), tiedon puute tarjolla

olevista tukimuodoista (Vates 2017), ammatillisen kuntoutuksen toteuttaminen erillään työelämästä (Järvikoski & Härkäpää 2011) tai kuntoutuksen liian myöhäinen käynnistyminen (Gould ym. 2012, 231). Toisaalta pysyvää työkyvyttömyyttä voidaan ennaltaehkäistä työpaikan varhaisella tuella, työn mukauttamisella, työterveyshuollon roolin tehostamisella sekä huomioimalla työn voimavaratekijät (Johansson ym. 2006, Ahola ym. 2011, 370–371). Lisäksi suuri osa sairastuneista selviää työelämässä esimerkiksi sairauslomien, psykoterapian ja lääkehoidon turvin.

Viime vuosien eurooppalaisen ja suomalaisen vammais- ja työmarkkinapolitiikan tavoitteena on ollut pidentää työuria sekä lisätä vammaisten ja osatyökykyisten osallistumista työmarkkinoille (European Commission 2010, Nevala ym. 2015, Sjöblom 2016). Lisäksi on käyty keskustelua mielenterveysperustaisen työkyvyttömyyden kasvusta sekä määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhön palaamisesta ja sen tukemisesta (Laaksonen & Gould 2015, Mattila-Holappa ym. 2016, Ervasti ym. 2017, de Vries ym. 2018). Suuri osa mielenterveyshäiriöihin sairastuneista haluaisi jatkaa palkkatyössä

(Mechanic ym. 2002). Työ tuo yksilölle taloudellista turvaa, mahdollistaa itsen ja perheen elättämisen, tyydyttää sosiaalisia tarpeita ja vaikuttaa myönteisesti identiteettiin, itsetuntoon sekä sosiaaliseen asemaan (Harpaz & Fu 2002, Dunn ym. 2008). Näin ollen inhimilliset, poliittiset ja taloudelliset syyt puoltavat työssä jatkamisen tukemista, olemassa olevan työkyvyn hyödyntämistä ja työelämästä putoamisen ehkäisemistä (Laaksonen & Gould 2015). Myös työnantajat hyötyvät työntekijöiden työkyvyn ylläpitämisestä ja työhön palaamisen tukemisesta sairausloman jälkeen. Työntekijöiden työkyvyn tukeminen lisää tuottavuutta ja vähentää uusien työntekijöiden rekrytointi- ja koulutuskustannuksia sekä mahdollistaa osatyökyisen työntekijän osaamisen ja työkokemuksen hyödyntämisen. Työkyvyn ylläpitämisen toimenpiteet parantavat myös yleistä työhyvinvointia, mikä voi tehostaa organisaation toimintaa ja vähentää sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä sekä niistä työnantajalle koituvia kustannuksia, kuten työterveyshuollon palvelujen käyttöä. (Juvonen-Posti ym. 2014, 61–66, Nevala ym. 2014, Rissanen & Kaseva 2014.)

Työn mukauttaminen mielenterveyshäiriöiden yhteydessä ja asenteiden merkitys

Mielenterveysongelmat voivat heikentää työssä tarvittavia voimavaroja ja kykyjä (Mattila-Holappa ym. 2018, 12–13), mutta ongelmien vaikutuksia yksilön työkykyyn on mahdollista vähentää tai estää erilaisilla tukitoimenpiteillä ja käytänteillä. Osittainen työkyky tarkoittaa sitä, että työntekijä kykenee suoriutumaan tehtävistään tietyin rajoituksin, eikä iän, sairauden tai tapaturman aiheuttama haitta estä työn tekemistä. Osatyökykyisyys on yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat sen syyt, työn luonne ja vaatimukset sekä yksilön toimintakyky. Osatyökykyisten työn ja työolosuhteiden mukauttaminen ja tukitoimet tarkoittavat esimerkiksi työaikajärjestelyjä, työn uudelleen organisoimista, työympäristön muutoksia (esim. esteettömyysratkaisuja), teknologiaratkaisuja (esim. apuvälineitä, tietokoneohjelmia) ja

avun saamista työssä. (Balsler & Harris 2008, Nevala ym. 2015, Ala-Kauhaluoma ym. 2017, Rauramo & Simberg 2018.)

Carolyn Dewa ym. (2021) löysivät kirjallisuuskatsauksessaan näyttöä siitä, että mielenterveysperustaisiin sairauspoissaoloihin liittyvät työhön paluun tukitoimet voivat olla kustannustehokkaita. Karen Nieuwenhuijzen ym. (2014) toteavat, että työhön kohdistuvat muutokset tai toimenpiteet yhdessä hoidon kanssa vähentävät sairauspoissaoloja enemmän kuin pelkkä hoidon tarjoaminen. Lisäksi löytyy näyttöä siitä, että mukauttamisratkaisujen määrä ja laatu ovat yhteydessä niiden tehokkuuteen. Tyytyväisyyttä mukautuksiin lisää se, että ne ovat työntekijöiden toiveiden ja tarpeiden mukaisia ja heiltä pyydetään niistä palautetta (Balsler & Harris 2008). Toisaalta mielenterveysystistä sairauslomalla olleen työntekijän työhön paluu on sitä todennäköisempää, mitä useampia työn mukauttamisratkaisuja työpäivällä on toteutettu (Johansson ym. 2006, 190–192). Käytännössä työpaikkojen mukauttamistoimenpiteet kuitenkin vaihtelevat (Wang ym. 2017) ja ovat riittämättömiä. Esimerkiksi lähes 800 kanadalaista kuntoutujaa tavoittaneessa tutkimuksessa valtaosa (83 %) mielenterveyden häiriötä omaavista vastaajista koki tarvitsevansa mukauttamistoimia, mutta alle kolmasosa oli saanut niitä (Wang ym. 2011).

Työnantajat suhtautuvat myönteisesti mielenterveysongelmista kärsivien työntekijöiden tukemiseen. Haasteena ovat työnantajien vähäiset odotukset, tiedon puute mielenterveysongelmista ja tukitoimista sekä riittämätön yhteistyö muiden työhön paluuta tukevien toimijoiden kanssa. (Porter ym. 2019.) Toisaalta työnantajien kielteiset asenteet ja ennakkoluulot mielenterveysongelmia kohtaan voivat estää mielenterveyshäiriöistä kärsivien palkkaamista. Ennakkoluulot voivat liittyä luottamuksen puutteeseen ja käsitteisiin yksilön aloitekyvyttömyydestä ja vaikeuksista tulla toimeen asiakkaiden kanssa sekä esimiestyön ja valvonnan tarpeen lisääntymisestä. (Biggs ym. 2010.) Työnantajat tarvitsevatkin tietoa mielenterveyshäiriöistä kärsivien ihmisten palkkaamisesta ja tukemisesta. (Biggs ym. 2010, Porter ym. 2019.)

Susann Porterin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa esitettiin tarve työnantajien mielenterveyden lukutaidon parantamiseen sekä työnantajille kohdennetun tuen lisäämiseen.

Työnantajan ja työyhteisön myönteiset asenteet sekä sosiaalinen tuki edistävät mukauttamistoimenpiteiden toteuttamista ja niiden onnistumista (Gates 2000, 86, Dunstan & MacEachen 2013, 51, de Vries ym. 2018). Esimerkiksi masennukseen liittyvien tukitoimien onnistumiseen vaikuttavat työnantajan asenne ja ymmärrys masennuksesta sekä työnantajan ja työntekijän välinen suhde (Thisted ym. 2020). Toisaalta Marc Corbière ym. (2014) toteavat esimiehen ja työkavereiden tuen ennustaneen työssä pysymistä vuoden seuranta-ajalla. Työpaikan sosiaalisen tuen on havaittu olevan yhteydessä koettuihin työkyvyn rajoituksiin myös siten, että vähemmän tukea saavat kokevat työkyvyn rajoitteet suurempina (Pensola & Järviskoski 2006, 181).

Työntekijöiden työkyvyn tukemista, työelämässä pysymistä tai sinne paluuta tukevia toimenpiteitä on tutkittu usein ikääntyvän työväestön ja työttömien näkökulmasta sekä sairaus- tai vamma-ryhmäkohtaisesti, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien näkökulmasta (Nevala ym. 2014, 7, Juvonen-Posti 2018). Tarvitaan lisää tutkimusta työntekijöiden työkyvyn tukemisesta työpaikoilla yleistyvissä tilanteissa, jolloin mielenterveyden häiriö vaikuttaa yksilön työkykyyn. Lisäksi tarvitaan tietoa työpaikoilla vallitsevista asenteista mielenterveysongelmia kohtaan sekä niiden yhteydestä työkyvyn tukemisen toimenpiteisiin. Suomessa ei ole kartoitettu systemaattisesti työpaikoilla mielenterveysyistä tehtyjä työn mukauttamisen toimenpiteitä eikä niihin liittyviä asenteita. Tässä artikkelissa tarkastelemme eri toimialojen ja eri kokoisten organisaatioiden henkilöstöjohtajien asenteita ja näkemyksiä psyykkisen työkyvyn tukemisen toimenpiteistä sekä niiden välisiä yhteyksiä. Tutkimuskysymyksiämme ovat:

1. Millaisia asenteita henkilöstöjohtajilla on mielenterveysongelmia kohtaan ja miten he arvioivat niiden vaikuttavan työyhteisöissä? Miten henkilöstö-

johtajien asenteet eroavat toimialoit-
tain?

2. Missä määrin ja millaisia työn mukauttamisen toimenpiteitä käytetään työntekijöiden mielenterveysongelmiin vuoksi alentuneen työkyvyn tukemiseksi eri toimialoilla ja eri kokoisissa organisaatioissa? Miten ne poikkeavat kaikille työntekijöille suunnatuista työkyvyn tuen toimenpiteistä?
3. Miten organisaation koko ja toimiala sekä henkilöstöjohtajien asenteet ovat yhteydessä mielenterveysongelmien vuoksi toteutettuihin työn mukauttamistoimiin?

Käytämme artikkelissa käsitteitä mielenterveysongelma ja mielenterveyden häiriö synonyymeina, koska mielenterveysongelma on kattokäsite, joka sisältää erilaiset diagnosoitut mielenterveyden häiriöt.

Aineisto ja menetelmä

Tutkimusaineisto on osa Mielenterveyden keskusliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2017 toteuttamaa mielenterveysbarometria, jonka aineistonkeruu teetettiin Kantar TNS Oy:llä. Aineisto kerättiin vuonna 2017 yli viiden hengen työpaikkojen henkilöstöjohtajille tehdyllä kyselyllä, johon vastasi 300 henkilöstöjohtajaa tai -päällikköä tai henkilöstöasioista vastuussa olevaa. Käytämme yhdenmukaisuuden vuoksi vastajista nimitystä henkilöstöjohtaja. Kyselyssä kartoitettiin mielenterveysongelmiin liittyviä asenteita sekä organisaatioissa käytössä olevia, alentunutta psyykkistä työkykyä ja kaikkien työntekijöiden työkykyä tukevia toimenpiteitä. Strukturoitu kyselyaineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (versio 26).

Taustamuuttujina käytimme organisaation toimialaa (teollisuus-, kauppa-, palvelu- ja julkinen sektori) sekä kokoa (5–9, 10–49 ja vähintään 50 työntekijää). Tarkastelimme henkilöstöjohtajien asenteita väittämien ja kysymysten avulla, jotka koskivat suhtautumista mielenterveysongelmiin työpaikalla seuraavilla ulottuvuuksilla (taulukko 1): asenne mielenterveysongelmista johtuviin

sairauslomiin; tarve valmentaa työyhteisöä ottamaan vastaan sairauslomalta palaava työkaveri; tarve sopeuttaa työtä terveydentilaan mielenterveysongelmien vuoksi; näkemys siitä, miten mielenterveysongelma vaikuttaa asemaan työyhteisössä; pitääkö mielenterveyden ongelmista kertoa työkavereille tai esimiehelle ja arvio työyhteisön jäsenen mielenterveysongelmien vaikutuksesta työyhteisöön. Lisäksi tarkastelimme henkilöstöjohtajien asenteita mielenterveysongelmia kohtaan seuraavien väittämien avulla (taulukko 1): mielenterveyden järkkymisestä voi syyttää ihmistä itseään; minusta on epä-mukavaa ja pelottavaa kohdata mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä ja ihminen voi elää täysipainoista elämää mielenterveysongelmista huolimatta. Väittämien paikansa pitävyyttä arvioitiin asteikolla yhdestä neljään (1 = täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Muuttujien jakaumat painotettiin usein toiseen ääriolaitaan, joten luokitelimme nämä vastaukset kolmiluokkaisiksi yhdistämällä kaksi ääripäähän vastausvaihtoehtoa vastausten frekvenssien perusteella. Toiseksi kartoitimme henkilöstöjohtajien näkemyksiä siitä, kuinka paljon ja millaisia toimenpiteitä työpaikoilla käytettiin tukemaan mielenterveyden häiriöiden vuoksi alentunutta työkykyä sekä toisaalta kaikkien työntekijöiden työkykyä. Hyödynsimme asenteita ja toimenpiteitä koskevissa analyyseissä suorita jakaumia, ristiintaulukointia ja Pearsonin χ^2 -testiä sekä testin merkitsevyyttä ja tarvittaessa Fisherin eksaktia testiä ja sen merkitsevyyttä.

Kolmanneksi tarkastelimme sitä, mitkä tekijät olivat yhteydessä siihen, että työpaikoilla tuettiin mielenterveysongelmien vuoksi alentunutta työkykyä, binäärisen logistisen regressioanalyysin ja Mann-Whitneyn U-testin avulla. Näitä analyysejä varten koodasimme selitettävän muuttujan kaksiluokkaiseksi: työpaikalla ei ollut käytössä yhtään alentunutta työkykyä tukevaa toimenpidettä ($n = 162$) ja työpaikalla oli käytössä vähintään yksi toimenpide ($n = 138$). Käytimme logistisessa regressioanalyysissä selittävinä muuttujina organisaation toimialaa, kokoa sekä henkilöstöjohtajien asenteita kuvaavia väittämiä, sillä asenneväittämien väliltä

ei löytynyt vahvaa korrelaatiota (Spearmanin rho-arvot alle 0,580). Teimme mallin, jonka lähtökohtana olivat kaikki selittävät muuttujat, joita poistettiin taaksepäin askeltaen (backward LR) niiden selitysasteen perusteella. Asennemuuttujien osalta regressioanalyysin tulosten tulkinta jäi kuitenkin epävarmaksi, mikä johtunee asenneväittämien jakaumien vinoudesta. Jatkoimme Mann-Whitneyn U-testin avulla tarkastelua siitä, löytyykö henkilöstöjohtajien asenteista eroja niiden organisaatioiden välillä, joissa oli tutettu alentunutta työkykyä ja joissa näitä toimenpiteitä ei ollut toteutettu lainkaan. Käytimme U-testiä, koska asennemuuttujat eivät olleet normaalijakautuneita, mutta niiden varianssit olivat samansuuruiset suhteessa alentuneen työkyvyn tukemiseen. U-testissä käytimme väittämien alkuperäisiä luokitteluja (1 = täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Esitämme tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.05$) ja suuntaa antavat ($p < 0.1$) tulokset.

Tulokset

Henkilöstöjohtajien asenteet mielenterveysongelmia kohtaan

Aluksi tarkastelemme henkilöstöjohtajien näkemyksiä siitä, miten työyhteisön jäsenen mielenterveysongelma vaikuttaa hänen asemaansa ja arvostukseensa, sekä näkemyksiä siitä, pitäisikö ongelmasta kertoa työyhteisössä. Noin puolet henkilöstöjohtajista uskoi tiedon työntekijän tai esimiehen mielenterveysongelmasta voivan johtaa tämän aseman, arvostuksen tai jopa työpaikan menettämiseen. Vastaavasti noin puolet heistä ajatteli, ettei työntekijän masennuksesta johdettavalla sairauslomalla olisi juurikaan merkitystä hänen työssä jatkamisensa kannalta. Vähäisimmäksi sairausloman merkitys työssä jatkamiselle arvioitiin suurissa yrityksissä (ero organisaation koon mukaan oli tilastollisesti merkitsevä (Pearson $\chi^2 = 13,746$, $df = 6$, $p = 0.008$). Sairauslomalle jäämisen skitsofrenian vuoksi ajateltiin vaikuttavan työntekijän tai esimiehen asemaan enemmän. Reilu kolmannes (37 %) vastaajista uskoi, että työyhteisön jäsenen olisi vaikeaa tai

Taulukko 1. Henkilöstöjohtajien näkemykset työyhteisön jäsenen mielenterveysongelmasta ja sen vaikutuksista sekä heidän asenteensa mielenterveysongelmia kohtaan toimialan mukaan, %, Pearson χ^2 -testisuureen arvo, vapausasteet ja χ^2 -testin merkitsevyys.

Asenteet	Toimiala					Pearson χ^2	df	p
	Teollisuus	Kauppa	Palvelut	Julkinen	Kaikki			
Työtä tulisi sopeuttaa terveydentilaan mielenterveysongelmien vuoksi.								
	(n = 87)	(n = 67)	(n = 92)	(n = 48)	(n = 294)			
eri mieltä	6,9	4,5	5,4	2,1	5,1	14,523	6	*
jokseenkin samaa mieltä	51,7	49,3	32,6	29,2	41,5			
täysin samaa mieltä	41,4	46,3	62,0	68,8	53,4			
Työyhteisöä pitäisi valmentaa ottamaan vastaan sairauslomalta palaava työntekijä.								
	(n = 86)	(n = 70)	(n = 93)	(n = 48)	(n = 297)			
eri mieltä	5,8	12,9	6,5	4,2	7,4	16,546	6	**
jokseenkin samaa mieltä	48,8	24,3	33,3	25,0	34,3			
täysin samaa mieltä	45,3	62,9	60,2	70,8	58,2			
Mielenterveysongelmat vaikuttavat koko työyhteisöön.								
	(n = 88)	(n = 69)	(n = 93)	(n = 48)	(n = 298)			
eri mieltä	15,9	5,8	12,9	12,5	12,1	5,026	6	
jokseenkin samaa mieltä	34,1	31,9	36,6	35,4	34,6			
täysin samaa mieltä	50,0	62,3	50,5	52,1	53,4			
Mielenterveysongelmista tulisi kertoa esimiehelle.								
	(n = 87)	(n = 70)	(n = 94)	(n = 48)	(n = 299)			
eri mieltä	5,7	8,6	4,3	2,1	5,4	7,232	6	
jokseenkin samaa mieltä	23,0	17,1	26,6	35,4	24,7			
täysin samaa mieltä	71,3	74,3	69,1	62,5	69,9			
Mielenterveysongelmista tulisi kertoa työkavereille.								
	(n = 87)	(n = 70)	(n = 91)	(n = 46)	(n = 294)			
eri mieltä	43,7	41,4	37,4	32,6	39,5	9,691	6	
jokseenkin samaa mieltä	31,0	30,0	37,4	54,3	36,4			
täysin samaa mieltä	25,3	28,6	25,3	13,0	24,1			
Jos tiedetään, että työntekijällä tai esimiehellä on mielenterveyden ongelmia, hän voi menettää työpaikkansa, asemansa tai arvostuksensa työyhteisössään.								
	(n = 85)	(n = 68)	(n = 89)	(n = 48)	(n = 290)			
täysin eri mieltä	14,1	20,6	16,9	27,1	18,6	11,107	9	
jokseenkin eri mieltä	31,8	30,9	29,2	31,3	30,7			
jokseenkin samaa mieltä	34,1	33,8	40,4	39,6	36,9			
täysin samaa mieltä	20,0	14,7	13,5	2,1	13,8			
Miten sairausloma masennuksen vuoksi vaikuttaisi työntekijän mahdollisuuksiin jatkaa tehtävässään.								
	(n = 85)	(n = 69)	(n = 91)	(n = 48)	(n = 293)			
Vaikea jatkaa tehtävässään	18,8	13,0	12,1	4,2	13,0	11,579	6	
Asialla olisi jonkin verran merkitystä	40,0	37,7	39,6	27,1	37,2			
Asialla ei olisi merkitystä työn tekemisen kannalta	41,2	49,3	48,4	68,8	49,8			

Miten sairausloma skitsofrenian vuoksi vaikuttaisi työntekijän mahdollisuuksiin jatkaa tehtävässään.								
	(n = 81)	(n = 66)	(n = 88)	(n = 46)	(n = 281)			
Vaikea jatkaa tehtävässään	48,1	39,4	31,8	26,1	37,4	14,843	6	*
Asialla olisi jonkin verran merkitystä	30,9	28,8	40,9	56,5	37,7			
Asialla ei olisi merkitystä työn tekemisen kannalta	21,0	31,8	27,3	17,4	24,9			
Mielenterveyden järkkymisestä saa syyttää itseään.								
	(n = 85)	(n = 66)	(n = 93)	(n = 46)	(n = 290)			
täysin eri mieltä	41,2	56,1	53,8	73,9	53,8	24,622	6	***
jokseenkin eri mieltä	35,3	37,9	35,5	26,1	34,5			
samaa mieltä	23,5	6,1	10,8	0,0	11,7			
Minusta on epämukavaa ja pelottavaa kohdata mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä.								
	(n = 84)	(n = 70)	(n = 93)	(n = 48)	(n = 295)			
täysin eri mieltä	52,4	67,1	49,5	60,4	56,3	12,486	6	*
jokseenkin eri mieltä	39,3	17,1	39,8	29,2	32,5			
samaa mieltä	8,3	15,7	10,8	10,4	11,2			
Mielenterveysongelmien parissa painiskeleva ei voi elää täysipainoista elämää.								
	(n = 84)	(n = 66)	(n = 89)	(n = 46)	(n = 285)			
täysin eri mieltä	21,4	16,7	22,5	37,0	23,2	15,233	6	*
jokseenkin eri mieltä	32,1	48,5	50,6	34,8	42,1			
samaa mieltä	46,4	34,8	27,0	28,3	34,7			
Hyvillä lääkkeillä, hoidolla ja psykoterapialla henkilö pystyy elämään hyvää elämää.								
	(n = 77)	(n = 65)	(n = 84)	(n = 48)	(n = 274)			
eri mieltä	7,8	1,5	2,4	4,2	4,0	5,606	6	
jokseenkin samaa mieltä	61,0	60,0	59,5	54,2	59,1			
täysin samaa mieltä	31,2	38,5	38,1	41,7	36,9			

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

melko vaikeaa jatkaa tehtävässään. Näkemys oli keskimääräistä yleisempi teollisuusalan henkilöstöjohtajilla. Henkilöstöjohtajat toivoivat avoimuutta mielenterveysongelmista kertomisessa, vaikka edellä todetun perusteella tieto voi johtaa arvostuksen ja aseman menettämiseen. Erityisen tärkeänä vastaajat pitivät mielenterveysongelmasta kertomista esimiehelle. Toisaalta yli puolet heistä oli sitä mieltä, että mielenterveysongelmasta tulisi kertoa työkavereille. Henkilöstöjohtajat olivat melko yksimielisiä myös siitä, että työntekijän mielenterveysongelma vaikuttaa koko työyhteisöön. Näissä näkemyksissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja eri toimialojen työpaikkojen henkilöstöjohtajien välillä. Henkilöstöjohtajat suhtautuivat hyvin myönteisesti ajatukseen työn sopeuttamisesta työntekijän mielenterveysongelman

vuoksi ja lähes yhtä myönteisesti työyhteisön valmentamiseen ottamaan vastaan työ-kaveri, joka palaa takaisin oltuaan sairauslomalla psyykkisen sairauden tähden. Julkisen sektorin henkilöstöjohtajat suhtautuivat näihin kysymyksiin myönteisimmin, erityisesti teollisuuden alan vastaajiin verrattaessa. He olivat useimmin täysin samaa mieltä työn sopeuttamisen ja työyhteisön valmentamisen tarpeesta. (Taulukko 1.)

Osa henkilöstöjohtajista suhtautui mielenterveyshäiriöihin "itseaiheutettuina" ongelmina (ks. myös Aromaa ym. 2011). Yli kymmenesosa vastaajista totesi mielenterveyden järkkymisen olevan ihmisen omaa syytä. Yksikään julkisen sektorin henkilöstöjohtajista ei ollut väitteestä samaa mieltä, kun taas teollisuuden alan vastaajista näin ajatteli lähes neljännes. Mielenterveysongelmista

kärsivien kohtaamisen koki epämukavaksi ja pelottavaksi joka kymmenes vastaaja. Kauden alalla oli eniten niitä, jotka olivat väit-
tämästä täysin eri mieltä sekä niitä, jotka olivat samaa mieltä. Suurin osa henkilös-
töjohtajista uskoi mielenterveyskuntoutuji-
en mahdollisuuteen elää normaalia elämää
sopivan lääkityksen, psykoterapian tai muun
tuen avulla, mutta he suhtautuivat epäilevä-
min kuntoutujien mahdollisuuteen elää täy-
sipainoista elämää. Asiaa epäilivät useimmi-
ten teollisuuden alan vastaajat. (Taulukko 1.)

Mielenterveysongelmien vuoksi alentuneen työkyvyn tukeminen

Henkilöstöjohtajien vastausten perusteella
työntekijän psyykkisistä syistä alentunut-
ta työkykyä tuettiin työpaikoilla useimmiten

(38 %) tarjoamalla työajan joustomahdolli-
suuksia (työaikalukemia, työn tauottamista,
etätyömahdollisuuksia tai lyhennettyä työai-
kaa) ja seuraavaksi eniten (34 %) työn or-
ganisointiin liittyviä järjestelyjä (tehtävien
jakamista pienempiin osiin ja tavoitteisiin,
mahdollisuutta keskittyä olennaisiin teh-
täviin tai varata aikaa keskeytyksettömään
työskentelyyn) (taulukot 2a ja 2b). Työn te-
kemistä helpottavia välineitä (tehtävälisteri,
muistikirjoja ja -lappuja, sähköisiä työkaluja
tai automaattisia muistutuksia) tarjosi kolme-
kymmentä prosenttia työpaikoista. Neljän-
nes työpaikoista tuki jaksamista esimerkiksi
tarjoamalla työaikana mahdollisuutta soit-
taa tukihenkilölle tai hoitotaholle tai käyttää
rentoutusmenetelmiä.

Työntekijän alentuneen työkyvyn tuke-
misen toimenpiteiden käyttö ja käytettyjen

Taulukko 2a. Organisaatiossa käytetyt työntekijän mielenterveysongelmien vuoksi alentunutta
työkykyä tukevat toimenpiteet sekä kaikille työntekijöille suunnatut työkykyä tukevat toimenpiteet
ja toimenpiteiden määrä toimialan mukaan, %, Pearson χ^2 (tai Fisherin) -testisuureen arvo,
vapausasteet ja testien merkitsevyys.

	Organisaatiossa käytetyt psyykkisistä syistä alentuneen työkyvyn tukemisen toimenpiteet							Organisaatiossa hyödynnetyt kaikille työntekijöille suunnatut työkyvyn tukemisen toimenpiteet								
	Toimiala							Toimiala								
Työkyvyn tukemisen toimenpide	Teollisuus (n = 88)	Kauppa (n = 70)	Palvelut (n = 94)	Julkinen (n = 48)	Kaikki (n = 300)	Pearson χ^2	df	p	Teollisuus (n = 88)	Kauppa (n = 70)	Palvelut (n = 94)	Julkinen (n = 48)	Kaikki (n = 300)	Pearson χ^2	df	p
Työn tauottamiseen liittyvät ratkaisut																
ei kyllä	79,5 20,5	78,6 21,4	75,5 24,5	75,0 25,0	77,2 22,8	0,630	3		29,5 70,5	27,1 72,9	16,0 84,0	41,7 58,3	26,7 73,3	11,417	3	**
Työn organisointiin liittyvät järjestelyt																
ei kyllä	70,5 29,5	71,4 28,6	72,3 27,7	37,5 62,5	65,8 34,2	20,756	3	***	20,5 79,5	17,1 82,9	25,5 74,5	6,3 93,8	19,0 81,0	7,954	3	*
Työtilaan liittyvät järjestelyt																
ei kyllä	89,8 10,2	84,3 15,7	81,9 18,1	66,7 33,3	82,2 17,8	11,643	3	**	40,9 59,1	28,6 71,4	37,2 62,8	12,5 87,5	32,3 67,7	13,073	3	**
Työn tekemistä helpottavat välineet																
ei kyllä	73,9 26,1	75,7 24,3	73,4 26,6	52,1 47,9	70,5 29,5	9,631	3	*	15,9 84,1	4,3 95,7	12,8 87,2	8,3 91,7	11,0 89,0	6,038	3	
Työajan joustomahdollisuudet																
ei kyllä	68,2 31,8	71,4 28,6	64,9 35,1	33,3 66,7	62,1 37,9	21,204	3	***	13,6 86,4	20,0 80,0	11,7 88,3	10,4 89,6	14,0 86,0	3,027	3	
Oman jaksamisen tuki																
ei kyllä	79,5 20,5	78,6 21,4	73,4 26,6	64,6 35,4	74,8 25,2	4,351	3		43,2 56,8	44,3 55,7	30,9 69,1	29,2 70,8	37,3 62,7	5,789	3	
Toimenpiteiden määrä																
0	55,7	64,3	58,5	27,1	54,0	20,859	6	**	2,3	0,0	0,0	0,0	0,7	3,919 ^a		
1-2	18,2	7,1	12,8	20,8	14,3				6,8	10,0	9,6	6,3	8,3			
3-6	26,1	28,6	28,7	52,1	31,7				90,9	90,0	90,4	93,8	91,0			

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 ^a Fisherin eksakti testi

Taulukko 2b. Organisaatiossa käytetyt työntekijän mielenterveysongelmien vuoksi alentunutta työkykyä tukevat toimenpiteet sekä kaikille työntekijöille suunnatut työkykyä tukevat toimenpiteet ja toimenpiteiden määrä organisaation koon mukaan, %, Pearson khi² (tai Fisherin) -testisuureen arvo, vapausasteet ja testien merkitsevyys.

	Organisaatiossa käytetyt psyykkisistä syistä alentuneen työkyvyn tukemisen toimenpiteet								Organisaatiossa hyödynnetyt kaikille työntekijöille suunnatut työkyvyn tukemisen toimenpiteet						
Työkyvyn tukemisen toimenpiteet	Organisaation koko								Organisaation koko						
	5-9 (n = 127)	10-49 (n = 112)	≥ 50 (n = 61)	Kaikki (n = 300)	Pearson khi ²	df	p	5-9 (n = 127)	10-49 (n = 112)	≥ 50 (n = 61)	Kaikki (n = 300)	Pearson khi ²		p	
Oman jaksamisen tuki															
ei kyllä	85,0 15,0	71,4 28,6	60,7 39,3	74,8 25,2	14,283	2	**	40,9 59,1	34,8 65,2	34,4 65,6	37,3 62,7	1,230	2		
Työn tekemistä helpottavien välineiden käyttäminen															
ei kyllä	81,9 18,1	71,4 28,6	45,9 54,1	70,5 29,5	25,797	2	***	12,6 87,4	11,6 88,4	6,6 93,4	11,0 89,0	1,603	2		
Työn tauottamiseen liittyvät ratkaisut															
ei kyllä	81,1 18,9	79,5 20,5	65,6 34,4	77,2 22,8	6,132	2	*	22,0 78,0	26,8 73,2	36,1 63,9	26,7 73,3	4,142	2		
Työn organisointiin liittyvät järjestelyt															
ei kyllä	77,2 22,8	72,3 27,7	31,1 68,9	65,8 34,2	42,070	2	***	22,8 77,2	18,8 81,3	11,5 88,5	19,0 81,0	3,462	2		
Työajan joustomahdollisuudet															
ei kyllä	81,9 18,1	62,5 37,5	21,3 78,7	62,1 37,9	64,409	2	***	22,8 77,2	10,7 89,3	1,6 98,4	14,0 86,0	16,978	2	***	
Työtilaan liittyvät järjestelyt															
ei kyllä	92,9 7,1	82,1 17,9	60,7 39,3	82,2 17,8	29,483	2		48,0 52,0	28,6 71,4	6,6 93,4	32,3 67,7	33,553	2	***	
Toimenpiteiden määrä															
0	70,1	54,5	19,7	54,0	44,423	4		1,6	0,0	0,0	0,7	10,391 ^a		**	
1-2	11,0	15,2	19,7	14,3				13,4	6,3	1,6	8,3				
3-6	18,9	30,4	60,7	31,7				85,0	93,8	98,4	91,0				

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 ^a Fisherin eksakti testi

toimenpiteiden määrä vaihtelivat organisaation toimialan ja koon mukaan. Julkisella sektorilla ja suurissa organisaatioissa käytettiin toimenpiteitä muita useammin ja niitä oli käytössä määrällisesti enemmän. Erityisesti työn organisointiin ja joustomahdollisuuksiin liittyvät järjestelyt olivat julkisella sektorilla yleisempiä kuin muilla aloilla. Yli puolella suurista ja julkisen sektorin organisaatioista oli käytössä vähintään kolme kuudesta toimenpiteestä. Toisaalta hieman yli puolet organisaatioista ei käyttänyt yhtään toimenpidettä. Tämä tilanne oli erityisesti pienillä ja kaupan alan organisaatiolla. (Taulukot 2a ja 2b.)

Kyselyssä kysyttiin myös sitä, kuinka paljon organisaatioissa hyödynnettiin samoja toimenpiteitä tukemaan kaikkien työntekijöiden työkykyä.

Henkilöstöjohtajien arvioiden mukaan toimenpiteitä hyödynnettiin useammin kaikille suunnattuna työkyvyn tukena kuin mielenterveysongelmien vuoksi alentuneen työkyvyn tukena. Työpaikoilla hyödynnettiin yleisimmin työn tekemistä helpottavia välineitä (89 %), työajan joustomahdollisuuksia (86 %), työn organisointiin liittyviä järjestelyjä (81 %) sekä työn tauottamiseen liittyviä ratkaisuja (73 %). Työn tauottamiseen liittyvät ratkaisut olivat yleisimpiä palvelualalla ja harvinaisimpia julkisella sektorilla. Työn organisointiin ja työtilaan liittyvät järjestelyt painoutuivat julkiselle sektorille. Suurissa organisaatioissa hyödynnettiin keskiuuria ja pieniä organisaatioita useammin työajan joustomahdollisuuksia sekä työtilaan liittyviä järjestelyjä. Lähes

kaikissa organisaatioissa (91 %) hyödynnettiin vähintään kolmea toimenpidettä. Suurista työpaikoista lähes puolet (48 %) hyödynsi kaikkia kuutta toimenpidettä, kun taas pienistä organisaatioista näin teki alle kolmasosa. (Taulukot 2a ja 2b.)

Työkykyä tukeviin toimenpiteisiin yhteydessä olevat tekijät

Tarkastelimme logistisen regressionanalyysin avulla sitä, mitkä tekijät olivat yhteydessä siihen, oliko työpaikoilla tuettu mielenterveysongelmien vuoksi alentunutta työkykyä. Jaoimme organisaatiot niihin, joissa oli käytössä ainakin yksi toimenpide, sekä niihin, joissa ei ollut käytössä yhtään toimenpidettä. Tarkastelussa huomioitiin organisaation toimiala, koko ja asenneväittämät. Vakioidun kokonaismallin selitysaste oli 29 prosenttia (Nagelkerke $R^2 = 0,291$), ja aineisto sopi hyvin malliin (Hosmer and Lemeshow Test, $p = 0,812$). Vahvimmaksi selittäjäksi alentuneen

työkyvyn tukemisen toimenpiteille osoittautui organisaation koko. Suurissa organisaatioissa mahdollisuus toimenpiteiden toteutumiseen oli viisitoista kertaa suurempi pieniin organisaatioihin verrattaessa (OR 15,509, 95 % CI 6,071–39,619, $p < 0,001$). Keskisuurissa organisaatioissa toimenpiteiden toteutumismahdollisuus oli lähes kolme kertaa suurempi kuin pienissä. Selittäjien yksittäistarkastelun perusteella julkisella sektorilla käytettiin toimenpiteitä todennäköisemmin kuin teollisuudenalan organisaatioissa, mutta kokonaismallissa ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kokonaismallissa osa asenteista näytti olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toimenpiteiden toteuttamiseen, mutta tulosten tulkinta jäi epävarmaksi, koska eroja löytyi ainoastaan kahden lähekkäisen vastausvaihtoehdon väliltä.

Jatkoimme asenteiden ja työkykyä tukevien toimenpiteiden toteuttamisen yhteyden tarkastelua käyttämällä Mann-Whitneyn U-testiä. Työpaikolla, joilla oli käytössä

Taulukko 3. Henkilöstöjohtajien asenteet mielenterveysongelmia kohtaan ja näkemykset työyhteisön jäsenen mielenterveysongelmasta ja sen vaikutuksista sen mukaan, onko organisaatiossa käytössä alentuneen työkyvyn tukemisen toimenpiteitä. Mann-Whitneyn U-testi, asenneväittämien keskiarvot ja mediaanit, järjestysten keskiarvo, U-testisuuren arvo, Z ja testin merkitsevyytaso.

Asenteet	onko organisaatiossa käytössä alentuneen työkyvyn tukemisen toimenpiteitä	n	k.a. (MD)	järjestysten keskiarvo	U-testi	Z	p
Mielenterveysongelmien parissa painiskeleva ei voi elää täysipainoista elämää.							
	ei toimenpiteitä	154	2,29 (2)	152,70	8593,00	-2,281	0,023
	yksi tai useampi toimenpide	131	2,08 (2)	131,60			
Jos tiedetään, että työntekijällä tai esimiehellä on mielenterveyden ongelmia, hän voi menettää työpaikkansa, asemansa tai arvostuksensa työyhteisössään.							
	ei toimenpiteitä	157	2,59 (3)	157,02	8632,00	-2,662	0,008
	yksi tai useampi toimenpide	133	2,28 (2)	131,90			
Hyvillä lääkkeillä, hoidolla ja psykoterapialla henkilö pystyy elämään hyvää elämää.							
	ei toimenpiteitä	147	3,26 (3)	128,89	8069,50	-2,243	0,025
	yksi tai useampi toimenpide	127	3,37 (3)	147,47			
Jos työyhteisössä jollakulla esiintyy mielenterveyden ongelmia, se vaikuttaa koko työyhteisöön.							
	ei toimenpiteitä	160	3,46 (4)	156,63	9898,50	-1,715	0,086
	yksi tai useampi toimenpide	138	3,33 (3)	141,23			
Mielenterveyden ongelmien vuoksi töitä tulisi voida tarvittaessa sopeuttaa työntekijän terveydentilaan.							
	ei toimenpiteitä	157	3,40 (3)	140,52	9659,00	-1,710	0,087
	yksi tai useampi toimenpide	137	3,54 (4)	155,50			

ainakin yksi toimenpide, henkilöstöjohtajat olivat useammin sitä mieltä, että mielenterveysongelmien kanssa voi elää täysipainoista elämää sekä hyvää elämää hyvien lääkkeiden, hoidon ja psykoterapian avulla ja ettei työntekijän tai esimiehen mielenterveyden ongelma juurikaan vaikuta hänen asemaansa tai arvostukseensa työyhteisössä, kun näitä vastauksia verrataan niiden organisaatioiden henkilöstöjohtajien vastauksiin, joissa mielenterveyssyistä alentunutta työkykyä ei ollut tuettu. (Taulukko 3.)

Pohdinta

Tutkimuksessa tarkastelimme henkilöstöjohtajien asenteita mielenterveysongelmia kohtaan, työpaikoilla toteutettuja työn mukauttamistoimia sekä mielenterveysongelmien vuoksi alentuneen työkyvyn tukemisen toimenpiteiden toteuttamista selittäviä tekijöitä. Aineistomme työpaikoilla suhtauduttiin pääosin myönteisesti mielenterveysongelmista kärsiviin työntekijöihin ja heidän työnsä muokkaamiseen ja mukauttamiseen. Vastaajaryhmät erosivat asenteiltaan selkeimmin siinä, ajateltiinko mielenterveysongelma yksilön itse aiheuttamaksi tilaksi (teollisuuden alan henkilöstöjohtajat suhtautuivat jyrkimmin) ja koettiinko mielenterveysongelmista kärsivien kohtaaminen epämukavaksi. Kaupan alan henkilöstöjohtajien vastauksissa oli suurin hajonta eli he kokivat kohtaamisen useammin joko epämukavaksi tai suhteellisen mukavaksi.

Henkilöstöjohtajat toivoivat työntekijöiltä avoimuutta mielenterveysongelmien suhteen, lähes kaikki pitivät tärkeänä sitä, että esimiehellä on tieto asiasta. Kuitenkin puolet henkilöstöjohtajista uskoi, että tieto työntekijän tai esimiehen mielenterveysongelmasta voi johtaa kielteisiin seuraamuksiin, kuten aseman, arvostuksen tai jopa työpaikan menettämiseen. On huomattava, että erityisesti pienellä työpaikalla työntekijän tai esimiehen sairastuminen voi vaikeuttaa toimintaa. Aiemman tutkimuksen mukaan pelko stigman ja kielteisistä seuraamuksista (Mellifont ym. 2016) estää työntekijöitä kertomasta mielenterveyden häiriöistä. Asia ilmeni myös Mielenterveysbarometri-kyselyssä, johon

vastanneista työssäkäyvistä yli kolmasosa (37 %) jättäisi todennäköisesti kertomatta mielenterveysongelmastaan esimiehelleen ja puolet (51 %) ei kertoisi asiasta työkaaveilleen (Mielenterveysbarometri 2019, ks. myös Lindsay ym. 2019). Henkilöstöjohtajien asennoituminen mielenterveysongelmiin vaihteli diagnoosin mukaan eli psykoosisairauksien arvioitiin heikentävän työntekijän mahdollisuutta jatkaa työssä useammin kuin masennuksen, mikä heijastanee psykoosisairauksiin liittyvää voimakasta stigmaa (vrt. Angermeyer & Matschinger 2003, Reavley & Jorm 2012).

Henkilöstöjohtajat uskoivat työntekijän mielenterveysongelman vaikuttavan koko työyhteisöön. Tähän liittyivät myös käsitykset siitä, että työyhteisön tulisi tietää työntekijän psyykkisistä syistä johtuvista sairauslomista sekä saada valmennusta sairauslomalta palaavan työntekijän tukemiseen. Aiemman tutkimuksen mukaan onnistuneen työn mukauttamisen lähtökohtana on juuri tieto työntekijän ongelmasta. Tieto ja asiasta kertominen ovat yhteydessä työyhteisöstä saatavaan sosiaaliseen tukeen ja saatuihin mukauttamistoimenpiteisiin (Corbière ym. 2014). Evelien Brouwersin ja kumppaneiden tutkimuksen (2020) mukaan ongelmista kertomisen hyötyjä olivat ihmissuhteiden parantuminen, mahdollisuus olla aito ja tuen saaminen työyhteisöltä. Huonoja puolia olivat, meidänkin tutkimuksessamme ilmenneet, mielenterveysongelmiin liittyvä stigma ja syrjintä, jotka myös vaikeuttavat ongelmista kertomista (Toth & Dewa 2014, Waugh ym. 2017, Lindsay ym. 2019, Brouwers ym. 2020).

Henkilöstöjohtajien mukaan työntekijöiden alentunutta työkykyä pyrittiin useimmiten tukemaan työajan joustomahdollisuuksilla ja työtä uudelleen organisoimalla. Nina Nevala ym. (2014) löysivät kirjallisuuskatsauksessaan kohtalaista näyttöä siitä, että kohdennettu työolosuhteiden mukauttaminen, joita tutkimuksessamme olivat työaika-järjestelyt ja työn organisointi, tukee liikuntavammaisten henkilöiden työssä olemista ja vähentää kustannuksia. Lisäksi he löysivät vähäistä näyttöä siitä, että työolosuhteiden mukauttaminen (tutkimuksessamme

apuvälineet ja työmenetelmät) aivovamman jälkeen lisäksi työhön paluuta ja olisi perinteistä hoitoa kustannustehokkaampaa. Aiemman tutkimuksen mukaan työssä olemista edistivät työnantajan ja työyhteisön tuki (Gates 2000, 86, Dunstan & MacEachen 2013, 51, de Vries ym. 2018), johon tutkimuksemme asennekysymykset liittyvät.

Aineistossamme vahvimaksi alentuneen työkyvyn tukitoimia selittäväksi tekijäksi osoittautui organisaation koko. Toimenpiteet vaikuttivat painottuvan sekä määrällisesti että sisällöllisesti laajuudeltaan suuriin organisaatioihin ja julkiselle sektorille, joissa voi olla lähtökohtaisesti paremmat mahdollisuudet ja resurssit työtehtävien muokkaamiseen. Teollisuuden alalla toimenpiteitä oli toteutettu vähiten ja asenteet mielenterveysongelmia kohtaan näyttivät olevan kielteisempiä. (Vrt. Thisted ym. 2020.) On mahdollista, että julkisella sektorilla noudatetaan todennäköisemmin kunnan tai valtion ohjeita työhön paluun ja työssä jatkamisen tuesta, kun taas esimerkiksi teollisuuden alan pienistä ja itsenäisistä työpaikoista yhtenäiset ohjeistukset puuttuvat ja resurssit työkyvyn tukemiseen ovat vähäisemmät. Toisaalta löysimme viitteitä siitä, että henkilöstöjohtajien positiiviset asenteet mielenterveysongelmia kohtaan voivat olla yhteydessä toimenpiteiden yleisempään käyttöön.

Henkilöstöjohtajat eivät kyseenalaistaneet mukauttamistoimien tarvetta, mikäli työntekijän työkyky on alentunut mielenterveysongelmien vuoksi. Näkemys oli kuitenkin ristiriidassa toteutettujen toimenpiteiden vähäisen määrän kanssa. Tarkasteltuja toimenpiteitä käytettiin huomattavasti useammin kaikille työntekijöille suunnattuina työkykyä ylläpitävinä toimina kuin mielenterveyskuntoutujille kohdennettuina. Tämä voi kertoa siitä, että työnantajat osaavat tukea työntekijöiden työkykyä työuran aikana ja erilaisissa elämäntilanteissa paremmin kuin tilanteissa, joissa mielenterveysongelma vaikuttaa työkykyyn. Toisaalta tulos voidaan liittää asenteita selvittäneisiin aiempiin tutkimuksiin, joiden mukaan työn mukauttamisratkaisut ovat harvinaisempia mielenterveydelisten syiden vuoksi kuin pitkäaikaissairailla

ja vammaisilla henkilöillä (Nevala ym. 2011, 43), sekä näkemykseen siitä, että mielenterveyshäiriöt heikentävät työssä suoriutumista enemmän kuin somaattiset sairaudet (Mendel ym. 2015). Kyse saattaa olla myös siitä, ettei pienissä organisaatioissa koeta tarvetta tukea mielenterveysyistä alentunutta työkykyä, koska työntekijöillä ei ole työkykyyn vaikuttavia mielenterveysongelmia. Kyse voi olla myös resurssien ja tiedon puutteesta sekä ennakkoluuloista mielenterveysongelmia kohtaan. (Porter ym. 2019, Biggs ym. 2010.) Esimerkiksi Jianli Wang kumppaneineen (2011) on todennut, että tarvittavat mukauttamistoimet ovat usein loppujen lopuksi edullisia ja toteuttavissa esimerkiksi muuttamalla johtamiskäytäntöjä. Toisaalta riittävät työn mukautukset ja tuki voivat tarkoittaa sitä, ettei alentunut toimintakyky tarkoita alentunutta työkykyä.

Tutkimuksen heikkoutena on sen toteuttaminen poikkileikkaustutkimuksena, vastaajien vähäinen määrä suhteessa Suomessa toimiviin yli viisi henkilöä työllistäviin yrityksiin ja otoksen painottuminen alle 50 henkilöä työllistäviin organisaatioihin. Toisaalta otos kattoi useiden alojen yrityksiä. Tutkimustulosten yleistettävyyttä heikentää kyselyn toteuttamistavasta johtuva katoanalyysin puuttuminen. Tutkimusaineisto perustui vastaajien omaan ilmoitukseen toimipaikassa toteutetuista toimenpiteistä. Alentuneen työkyvyn tukemisen tarpeeseen vaikuttaa myös mielenterveysongelmien esiintyvyys, josta ei ole tietoa. Kyselyssä tiedusteltiin, tehdäänkö toimenpiteitä, mikäli mielenterveysongelma alentaa työkykyä. Toisaalta henkilöstöjohtajan asenteet eivät välttämättä edusta koko organisaation asenteita. Asennekysymyksiin vastattiin työroolin näkökulmasta, mikä on voinut vaikuttaa vastauksiin. Tämä ilmeni esimerkiksi ristiriitana asenteiden ja toteutettujen toimenpiteiden välillä. Asenneväittämiin annetut vastaukset painottuivat usein toiseen ääripäähän eli ne eivät erotelleet vastaajia riittävästi, mikä vaikeutti tulosten tulkintaa. Tutkimusta asenteiden vaikutuksesta työkyvyn tukemiseen tarvitaan, mutta asenneväittämiä muotoiluun tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Lisätutkimusta tarvitaan myös toimenpi-

teiden vaikutuksista, koska niiden kustannustehokkuudesta on vain vähän näyttöä (Dewa ym. 2021). Lisäksi toimenpiteiden määrän yhteydestä työhön paluuseen ja siellä pysymiseen löytyy ristiriitaisia tuloksia (Johansson ym. 2006, 190–192, vrt. McDowell & Fossey 2015). Tarvitaan myös tutkimusta työn mukauttamisen vaikutuksesta työhyvinvointiin sekä työn tuottavuuteen ja tehokkuuteen eri aloilla, jotta voidaan kehittää tutkittuun tietoon perustuvia työhyvinvointia, työkykyä ja työhön paluuta tukevia toimenpiteitä. Niissä on tärkeää ottaa huomioon muuttuvan yhteiskunnan, työelämän ja työn vaatimukset sekä työntekijöiden näkökulma. Toimenpiteiden toteuttamiseen on koottava laaja-alainen työkyvyn tukemisen verkosto, johon kuuluvat esimerkiksi työterveyshuolto, henkilöstöhallinto, työkykykoordinaattori, mielenterveyspalvelut ja mielenterveysjärjestöt. On huomattava, että samat toimenpiteet tukevat kaikkien työntekijöiden työhyvinvointia ja mielenterveyttä. Henkilöstöjohtajat tarvitsevat ylemmän johdon tukea, tietoa ja rohkaisua siihen, että työyhteisössä edistetään mielenterveysongelmista kärsivien työntekijöiden työkykyä ja lievennetään mielenterveysongelmista tai työn kuormituksesta koituvia haittoja.

Yhteiskunta voi tukea mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden ihmisten osallistumista työelämään ja mukautustoimenpiteiden toteuttamista työpaikoilla (Nevala ym. 2014, 6), mutta organisaatioiden on tunnettava sosiaalista vastuuta osatyökykyisten palkkaamisessa ja tukitoimien järjestämisessä. Organisaatiot mainitsevat usein vastuullisuuden keskeiseksi arvoksi ja toimintansa osaksi ja haluavat ratkaista yhteiskunnallisia ongelmia yhteistyössä järjestöjen sekä julkisen sektorin kanssa (Ala-Kauhaluoma ym. 2017, 87). Yksi keskeinen ratkaisuja edellyttävä ongelma on mielenterveyshäiriöistä johtuva ennenaikainen eläköityminen.

Kirjoittajat kiittävät Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanketta (ESR) ja MIPA 2.0 -hanketta (STEA) tutkimuksen rahoittamisesta sekä Jaana Vastamäkeä ja Heini Kapasta kyselylomakkeen suunnitteluun osallistumisesta.

Tulosten merkitys: Tutkimuksella ja sen tuloksilla on uutuusarvoa, koska Suomessa ei ole kartoitettu systemaattisesti mielenterveysongelmien vuoksi alentuneen työkyvyn tukemisen toimenpiteitä. Tutkimus tuotti tietoa työpaikoilla yleistyvissä tilanteissa käytetyistä työkyvyn tukitoimista, niiden määrästä ja sisällöistä. Tutkimus tuotti tietoa myös työpaikoilla vallitsevista asenteista ja niiden sekä organisaatioiden toimialan ja koon yhteydestä työkyvyn tukemisen toimenpiteisiin. Tulokset täydentävät ja vahvistavat aiempia, lähinnä kansainvälisiä, tutkimustuloksia.

Tiivistelmä

Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat yhteiskunnalle kustannuksia terveydenhuollon, sairauspoissaolojen ja työn tuottavuuden alenemisen kautta. Työssä jatkamisen tukeminen on tarpeen inhimillisistä, poliittisista ja taloudellisista syistä. Artikkelissa tarkastellaan henkilöstöjohtajien asenteita mielenterveysongelmia kohtaan sekä mielenterveyshäiriöiden vuoksi alentuneen työkyvyn tukemista työpaikoilla. Aineisto on kerätty työpaikkojen henkilöstöjohtajille osoitetulla kyselyllä (n = 300). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin hyödyntäen suoria jakaumia, ristiintaulukointia, logistista regressioanalyysiä ja tilastollisia testejä. Henkilöstöjohtajat suhtautuivat mielenterveysongelmista kärsiviin työntekijöihin myönteisesti ja toivoivat työntekijöiltä avoimuutta ongelmien suhteen, vaikka puolet vastaajista uskoi tiedon yksilön mielenterveysongelmasta voivan johtaa kielteisiin seuraamuksiin. Yleisimpiä työkyvyn tukemisen toimenpiteitä olivat työajan joustomahdollisuudet ja työn uudelleen organisoiminen. Toimenpiteitä toteutettiin useimmiten julkisella sektorilla ja suurissa työpaikoissa. Teollisuuden alalla työn mukauttamista oli tehty vähiten ja siihen suhtauduttiin kielteisimmän. Toimenpiteitä käytettiin enemmän kaikille työntekijöille

suunnattuina työkykyä ylläpitävinä toimina kuin mielenterveyskuntoutujille kohdennettuina. Vahvin selittävä tekijä työn mukauttamisen toimenpiteiden toteuttamiselle oli organisaation koko. Vaikka henkilöstöjohtajat pitivät työn mukauttamista mielenterveysyistä lähes poikkeuksetta tarpeellisena, oli toimenpiteiden toteuttaminen edelleen vähäistä.

Asiasanat: mielenterveysongelmat, työkyky, työkyvyn tukeminen, asenteet

Abstract

Personnel management attitudes and measures to support work ability in Finnish workplaces in connection with mental health disorders

Mental health disorders impose costs on society through health expenditure, increased sick leave and declining labor productivity. Support for work continuation is necessary for human, political and economic reasons. The article examines the attitudes of personnel management towards mental health problems and the measures to support reduced work ability in the workplace due to mental disorders. The article is based on a survey addressed to the personnel management of workplaces (n=300). The data was analyzed using statistical methods such as direct distributions, cross-tabulation, logistic regression analysis and statistical tests. Personnel managements' attitudes towards mental health problems were mostly positive and they wanted transparency from employees, although half of the respondents believed that knowledge of a person's mental health problem could lead to negative consequences in the workplace. The most common measures to support work ability were flexible working hours and reorganization of work. Work adaptation was more common in the public sector and in large workplaces. In the industrial sector, the measures were fewer and attitudes more negative. The measures were more often used to support all employees'

work ability rather than targeted at mental health rehabilitators. Although personnel management considered the adaptation of work for mental health reasons almost invariably necessary, the measures were still limited.

Keywords: mental health problems, work ability, work adaptation, attitudes

Päivi Rissanen, VTT, kehittäjä-sosiaalityöntekijä, Mielenterveyden keskusliitto

Marjatta Martin, YTT, tutkimuspäällikkö, Lapin yliopisto

Sari Jurvansuu, YTM, A-klinikkasäätiö

Lähteet

- Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J (2011) Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 study. *Journal of Affective Disorders* 134, 1–3, 365–372.
- Ala-Kauhala M, Kesä M, Lehikoinen T, Pitkänen S, Ylikojola P (2017) Osatyökykyisistä osaavaa työvoimaa: Osatyökykyisten työvoiman kysyntää ja sen kehittämistä koskeva tutkimus. *Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja* 4, Helsinki.
- Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van der Berg R (2006) Medical Care of Employees Long-Term Sick Listed Due to Mental Health Problems: A Cohort Study to Describe and Compare the Care of the Occupational Physician and the General Practitioner. *J Occup Rehabil* 16, 1, 38–49. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-9001-4>
- Angermeyer MC, Matschinger H (2003) Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 38, 9, 526–34. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K (2011) Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11, 52. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-52>
- Balser D, Harris M (2008) Factors Affecting Employee Satisfaction with Disability Accommodation: A Field Study. *Employee Responsibilities and Rights Journal* 20, 13–28. <https://doi.org/10.1007/s10672-007-9062-y>
- Biggs D, Hovey N, Tyson PJ, MacDonald S (2010) Employer and employment agency attitudes towards employing individuals

- with mental health needs. *Journal of Mental Health* 19, 6, 505–516. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.507683>
- Brohan E, Henderson C, Little K, Thornicroft G (2010) Employees with mental health problems: Survey of UK employers' knowledge, attitudes and workplace practices. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 19, 4, 326–332.
- Brouwers EPM, Joosen MCW, van Zelst C et al. (2020) To Disclose or Not to Disclose: A Multi-stakeholder Focus Group Study on Mental Health Issues in the Work Environment. *J Occup Rehabil* 30, 84–92. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09848-z>
- Corbière M, Villotti P, Lecomte T, Bond GR, Lesage A, Goldner EM (2014) Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatr Rehabil J* 37, 2, 90–98. <https://doi.org/10.1037/prj0000033>
- Dewa CS, Hoch JS, Loong D, Trojanowski L, Bonato S (2021) Evidence for the Cost-Effectiveness of Return-to-Work Interventions for Mental Illness Related Sickness Absences: A Systematic Literature Review. *Journal of occupational rehabilitation* 31, 1, 26–40.
- de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U (2018) Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Sep. 28, 3, 393–417. doi: 10.1007/s10926-017-9730-1
- Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES (2008) The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32, 1, 59–62. <https://doi.org/10.2975/32.1.2008.59.62>
- Dunstan D, MacEachen E (2013) Bearing the Brunt: Co-workers' Experiences of Work Reintegration Processes. *Journal of Occupational Rehabilitation* 23, 1, 44–54.
- Ervasti J, Joensuu M, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen M (2017) Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 95, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.024>
- European Commission (2010) Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions.
- European Disability Strategy 2010–2020. A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe. <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:52010DC0636>>. Luettu 10.2.2020.
- Gates LB (2000) Workplace accommodation as a social process. *Journal of Occupational Rehabilitation* 10, 85–98. <https://doi.org/10.1023/A:1009445929841>
- Gould R, Härkäpää K, Järviökoski A, Tuomala J (2012) Johtopäätökset. Teoksessa R Gould, K Härkäpää, A Järviökoski (toim.) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01, Eläketurvakeskus, Helsinki, 229–235.
- Harpaz I, Fu X (2002) The Structure of the Meaning of Work: A Relative Stability Amidst Change. *Human Relations* 55, 6, 639–667. <https://doi.org/10.1177/0018726702556002>
- Henderson M, Madan I, Hotopf M (2014) Work and mental health in the UK. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 348, g2256.
- Johansson G, Lundberg O, Lundberg I (2006) Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 16, 2, 185–195. <https://doi.org/10.1007/s10926-006-9020-9>
- Juvonen-Posti P (2018) Työhön kytkeytyvä kuntoutus työurien tukemisessa. Moninäkökulmainen ja monimenetelmäinen tutkimus kontekstuaalisista mekanismeista. *Acta Univ. Oul. D 1468*. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala, Oulu; Työterveyslaitos.
- Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P, Ahonen G (2014) Työkykyjohtaminen – johdettua yhdessä tekemistä. Tapaustutkimus käytännön johtamisennettelyistä ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Järviökoski A, Härkäpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet: näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. WSOYpro, Helsinki.
- Laaksonen M, Gould R (2015) Return to Work After Temporary Disability Pension in Finland. *Journal of Occupational Rehabilitation* 25, 3, 471–480. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9554-1>
- Lahtinen E (2006) Mental Health in Finland. *International psychiatry: Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists* 3, 1, 12–14.
- Lindsay D, Brennan D, Lindsay D, Holmes C, Smyth W (2019) Conceal or reveal? Patterns of self-disclosure of long-term conditions at work by health professionals in a large regional Australian health service. *International Journal of Workplace Health Management* 12, 5, 339–351. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-05-2018-0071>
- Mattila-Holappa P, Joensuu M, Ahola K, Vahtera J, Virtanen M (2016) Attachment to employment and education before work disability pension due to a mental disorder among young adults. *BMC Psychiatry* 16, 143. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0854-1>
- Mattila-Holappa P, Selinheimo S, Valtanen E, Vilén J, Sauni R, Vastamäki J (2018) Työn muokkauksen keinot, kun mielenterveyden häiriö vaikuttaa työkykyyn. Työterveyslaitos & sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- McDowell C, Fossey E (2015) Workplace Accommodations for People with Mental Illness: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*

- 25, 197–206. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9512-y>
- Mechanic D, Blider S, McAlpine D (2002) Employing persons with serious mental illness. *Health Affairs (Project Hope)* 21, 5, 242–253.
- Mellifont D, Smith-Merry J, Scanlan JN (2016) Disabling accommodation barriers: A study exploring how to better accommodate government employees with anxiety disorders. *Work* 55, 3, 549–564. <https://doi:10.3233/WOR-162423>
- Mendel R, Kissling W, Reichhart T, Bühner M, Hamann J (2015) Managers' reactions towards employees' disclosure of psychiatric or somatic diagnoses. *Epidemiology and psychiatric sciences* 24, 2, 146–149. <https://doi.org/10.1017/S2045796013000711>
- Mielenterveysbarometri (2019) Mielenterveyden keskusliitto, Kantar TNS Oy. <<https://www.mtkl.fi/toimintamme/julkaisut/mielenterveysbarometri2019/>> Luettu 29.11.2019.
- Nevala N, Kalliomäki-Levanto T, Jääskeläinen K, Hirvonen M, Pekkarinen A, Elo J (2011) Työn sisältö ja työolosuhteiden mukauttaminen avoimilla työmarkkinoilla toimivilla vammaisilla ja pitkäaikaissairailta. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Nevala N, Pehkonen I, Koskela I, Ruusuvoori J, Anttila H (2014) Työolosuhteiden mukauttaminen vammaisilla henkilöillä: vaikuttavuus sekä estävät ja edistävät tekijät. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 61. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135671/Tyopapereita61.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Luettu 2.7.2019.
- Nevala N, Turunen J, Tiainen R, Mattila-Wiro P (2015) Persons with Partial Work Ability at Work: A Study of the Feasibility and Benefits of the Osku-Concept in Different Contexts. Ministry of Social Affairs and Health; Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeier-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U (2014) Interventions to improve return to work in depressed people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). <https://doi:10.1002/14651858.CD006237.pub3>.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D (2003) Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine* 60, 1, i21–i25.
- OECD (2013) *Mental Health and Work: Sweden, Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris. <<https://doi.org/10.1787/9789264188730-en>> Luettu 10.2.2020.
- Pensola T, Järviskoski A (2006) Sosiaalinen tuki ja osallistuminen. Teoksessa R Gould, J Ilmarinen, J Järvisalo, S Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia.* Eläketurvakeskus & Kansaneläkelaitos & Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, Helsinki, 190–195.
- Porter S, Lexén A, Bejerholm U (2019) Employers' Beliefs, Knowledge and Strategies Used in Providing Support to Employees with Mental Health Problems. *Journal of Vocational Rehabilitation* 51, 3, 325–337.
- Rauramo P, Simberg S (2018) Osatyökykyisyys työyhteisössä. Työturvallisuuskeskus. <https://ttk.fi/koulutus_ja_kehittaminen/julkaisut/digijulkaisut/osatyokykyisyys_tyoyhteisossa.> Luettu 24.4.2020.
- Reavley NJ, Jorm AF (2012) Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Res.* 197, 3, 302–6. <https://doi:10.1177/0004867413500351>
- Rissanen M, Kaseva E (2014) Menetetyn työpanoksen kustannus. Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosasto toimintapolitiikkayksikkö strateginen suunnittelu -ryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sjöblom S (2016) Suomen vammaispoliittisen ohjelman VAMPO 2010–2015 loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016, 14. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Thisted CN, Labriola M, Nielsen CV, Jul Häkonsen S, Bjerrum MB (2020) Understanding depression as a workplace issue: Clarifying employers' attitudes to manage employees with depression. *Work* 65, 4, 857–868. <https://doi:10.3233/WOR-203137>
- Toth KE, Dewa CS (2014) Employee Decision-Making About Disclosure of a Mental Disorder at Work. *Journal of Occupational Rehabilitation* 24, 4, 732–746. <https://doi:10.1007/s10926-014-9504-y>
- Vates (2017) Työn mukautukset ja tuet työelämään pääsemiseen. <<http://www.vates.fi/tyontehtaville.html>> Luettu 13.8.2017.
- Wang JL, Patten S, Currie S, Sareen J, Schmitz N (2011) Perceived Needs for and Use of Workplace Accommodations by Individuals With a Depressive and/or Anxiety Disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 53, 11, 1268–1272. <https://doi:10.1097/JOM.0b013e31822cfd82>
- Waugh W, Lethem C, Sherring S, Henderson C (2017) Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study. *Journal of Mental Health* 26, 5, 457–463. <https://doi:10.1080/09638237.2017.1322184>
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 21, 9, 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>



MIELELTÄÄN HAAVOITTUNEET

Tutkimus mielenterveyskuntoutujien koulutus- ja työtoimijuudesta

Johdanto

Mielenterveyssyistä johtuvat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosikymmeninä etenkin nuorten aikuisten keskuudessa (Raitasalo & Maaniemi 2011, Rikala 2018). Liian varhainen eläköityminen on sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta katsoen epä-tarkoituksenmukaista, ja sen vuoksi kuntoutuksen merkitys on kasvanut. Kuntoutuksen tavoitteena on sairaudesta toipumisen ohella tukea myös kuntoutujan mahdollisuuksia kouluttautua ja osallistua työelämään. Kuntoutuksen tavoitteita ja toimenpiteitä määriteltäessä luotetaan usein mielenterveyden asiantuntijoihin, ja samalla mielenterveysongelmia omaavan yksilön näkökulma voi jäädä vähemmälle huomiolle.

Tässä artikkelissa tarkastellaan, millainen on mielenterveyskuntoutujien oma näkemys kuntoutumisestaan sekä koulutus- ja työtoimijuudestaan. Yksilön toimijuus (agency) tarkoittaa kykyä toimia, tuntea, ajatella ja tietää. Toimijana yksilö kykenee osallistumaan ja tekemään päätöksiä sekä tavoittelemaan elämässään itselleen asettamia päämääriä. (Giele & Elder 1998, 10, 17.) Toimijuus voidaan määritellä myös

rationaaliseksi ja harkinnanvaraiseksi toiminnaksi (Barnes 2000, 17–21, 48–49), joka tarkoittaa yksilön aktiivisuutta, aloitteellisuutta, osallisuutta sekä kokemuksellisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia oman elämänsä eri osa-alueisiin (Eteläpelto ym. 2013). Koulutus- ja työtoimijuudella puolestaan viitataan edellä mainittujen toimijuuden määrittelyjen suuntaisesti yksilön voimavaroihin, kykyyn, haluun ja mahdollisuuksiin osallistua koulutukseen ja työelämään. Toimijuuden sekä koulutus- ja työtoimijuuden määritelmässä on löydettävissä yhteneväisyys myös toipumisorientaation viitekehykseen (Spaulding ym. 2016, Nordling & Rissanen 2020), jossa mielenterveyskuntoutujat nähdään yksilöllisinä persoonina omine kykyineen ja tuen tarpeineen.

Mielenterveyskuntoutujilla tarkoitetaan tässä yhteydessä henkilöitä, joilla on mielen sairastumiseen ja kuntoutumiseen liittyviä omakohtaisia kokemuksia. Yksilöiden kokemuksia sekä heidän suhdettaan koulutukseen ja työhön analysoidaan tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien kirjoittamien elämäkerrontojen avulla.

Elämäkerronnalla ja sen synonyymina käytetyllä elämäntarinalla (life story) tarkoitetaan yksilön vapaamuotoista kerrontaa

omasta elämästään (Clausen 1998, 190–191).¹ Tarina-sana käsitteenä (the story) saat-
taa pitää sisällään arkikieleen kuuluvia sivu-
merkityksiä, ja siitä voidaan Polkinghornen
(1995, 7) mukaan puhua toisinaan väheksy-
vään sävyyn käyttäen ilmaisua ”se on vain
tarina”. Sen vuoksi käytämme artikkelissa
käsitettä elämänkerronta, jolla haluamme
osoittaa arvostusta tutkimukseen lähetetty-
jä kirjoituksia ja niiden kirjoittajia kohtaan.
Keskeistä kaikissa tutkimukseen lähetetyissä
elämänkerronnoissa on muutoksen ja merki-
tysten kuvaus.

Mielen sairaudet ja kuntoutumisen mahdollisuus

Mielen sairauksista selviytymistä pidettiin
aikoinaan hyvin epätodennäköisenä (Pie-
tikäinen 2013). Mielen sairauksien ja hoi-
don historiallinen tarkastelu osoittaa, että
ajatus sairaudesta toipumisen ja kuntoutu-
misen mahdollisuudesta alkoi yleistyä se-
kä Suomessa että muualla maailmassa vasta
1900-luvulla (Achté 1991, 167, Kaila 1966,
184–185). Vielä 1960-luvun suomalaisissa
tutkimuksissa arvioitiin, että vain noin kym-
menen prosenttia psykiatrisissa sairaaloissa
olevista potilaista voisi kuntoutua takaisin
entiseen työhönsä. Kun tähän lisättiin niin
kutsuttuun suojatyöhön kykenevät, oli ar-
vio työkykyisiksi palautuvista potilaista yk-
si kolmasosa kaikista potilaista. Toisin sa-
noen kaksi kolmasosaa potilaista arvioitiin
loppuelämäkseen työhön kykenemättömiksi.
(Achté 1963, 1964, 1967, Anttinen ym. 1967,
Ojanen ym. 1995, 15.)

Mielen sairauksien hoitoa hallitsi ai-
na 1970-luvun lopulle saakka laitoskeskei-
syys (Achté ym. 1982, 12). Vasta seuraavi-
na vuosikymmeninä painopistettä alettiin
siirtää avohoitoon. Ajatuksena oli, että mie-
lenterveystyö olisi laajasti koko yhteiskun-
nassa tehtävää työtä eikä keskittyisi vain

laitosympäristöön. (Eskola 2007, 11–69, Hy-
vönen 2008.) Samalla huomiota kiinnitettiin
laajemmin yksilön elämäntilanteeseen, jol-
loin myös kuntoutus ja työhön paluun tu-
keminen nousivat vahvemmin esille. Mielen-
terveyskuntoutujien työhön paluuta pyrittiin
edistämään muun muassa työvoimahallin-
non tukemana vajaakuntoisten työllistämisenä.
(Achté ym. 1982, 450–472.)

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteina
ovat alusta alkaen olleet yksilön fyysisen,
psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ko-
hentaminen sekä työhön palaamisen edis-
täminen ja työkyvyn parantaminen (Järvi-
koski 2013, 11, Achté 1991, 167). Mieleltään
sairastuneet nähdään nykyisin kansalaisina,
joiden on mahdollista toipua sairaudestaan.
Mieleltään haavoittuneiden kuntoutumisen
mahdollisuudet ovat myös monipuolistu-
neet lääketieteen, työterapiamuotojen, yleis-
ten asenteiden sekä mielenterveyspolitiikan
kehittymisen myötä. Kuntoutumisen tavoit-
teet eivät silti ole kaikilta osin toteutuneet.
Mielenterveystyön kehittymistä 1960-lu-
vun puolivälistä 2010-luvulle saakka selvit-
täneessä väitöskirjatutkimuksessaan Anna
Alanko (2017) toteaa, että erilaisten kehit-
tämishankkeiden yhdistävänä tavoitteena
on ollut mielenterveyskuntoutujien ja mui-
den kansalaisten välisen tasa-arvon lisää-
minen. Läpi vuosikymmenten hankkeissa
on ehdotettu sairaalahoidon vähentämistä
sekä avohoidon ja mielenterveyskuntou-
tujien työnteon lisäämistä. Painopiste on
vaihtunut pitkäaikaisesti sekä vakavasti sai-
rastavien henkilöiden suojatyöstä työkykyis-
ten mielenterveyskuntoutujien palkkatyös-
sä käynnin tukemiseen. Myös lieväoireisten
mielenterveyskuntoutujien mielentervey-
den vahvistamista on alettu pitää tärkeänä.
Alangon mukaan mielen sairauksien hoi-
don järjestymisen näkökulmasta tasa-arvo
ei kuitenkaan ole yhteiskunnassamme toteu-
tunut. Vastaavaan lopputulokseen on pääty-
nyt myös Karoliina Ahonen (2019) suoma-
laista mielenterveyspolitiikkaa koskevassa
väitöskirjassaan. Ahosen mukaan Suomessa
julkinen valta ei ole onnistunut turvaamaan
mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden
ihmisoikeuksia. Mielenterveyspolitiika-
lla ei ole käytännössä kyetty takaamaan

¹⁾ *Kerronnallisen tutkimusotteen käsitteissä on vaihtelua eri tieteenalojen välillä. Tyypillisiä käsitteitä ovat muun muassa elämäkerta, elämänkertomus, elämänkatsaus, elämänkerronta ja elämäntarina (Hänninen 2000, 126, Kvernbekk 2003, Polkinghorne 1995, 3, 7). Yhteistä niissä on se, että kertomus perustuu henkilön omaan elämään ja hän itse esiintyy kertomuksen subjektina ja määrittelee myös sen sisällön (Vantaja 2002).*

yhteiskunnallista toimijuutta vakavimmin mieleltään sairastuneille henkilöille, ja mielenterveyspalvelujen arvioinnissa on ollut puutteita.

Anthony (1993) mukaan olisi tärkeää tarkastella kuntoutumista yksilön omana kasvuprosessina, jossa kuntoutujan arvot, tunteet, tavoitteet, kyvyt sekä roolit ovat voineet muuttua voimakkaasti. Kuntoutuminen on aikaa vievä prosessi, jossa sairastunut joutuu usein luopumaan unelmistaan, pohtimaan uudestaan asemaansa työelämässä ja yhteiskunnassa sekä määrittelemään uudestaan itsensä ihmisenä. Kuntoutumisessa ei ole yhtä oikeaa toimintatapaa tai toimenpidettä vaan monia erilaisia vaihtoehtoja, joiden avulla yksilön toipumista voidaan tukea. Keskeistä on toisaalta huomata, että mielenterveyden häiriöissä ei ole kysymys pelkästään yksilön ongelmista. Yksilöllä voi olla jokin ominaisuus, jonka ympäristö määrittää häiriöksi tai viaksi, mikä puolestaan voi tuottaa kokemuksen ulkopuolisuudesta ja erilaisuudesta. Häiriö voi myös pahentua ympäristön ja sosiaalisten tekijöiden vuoksi tai jopa johtua yhteiskunnan järjestelyistä (Barnes & Mercer 2004, 29, Shakespeare 2006, 34–35.) Yleistyksiin perustuva tutkimustieto mielenterveyshäiriöiden diagnostiikassa ja hoitokäytännöissä ei myöskään välttämättä kohtaa yksilön henkilökohtaisia oireita tai hoidontarvetta. Yleistetty tieto ja ihmisen yksilöllisyys ovat jatkuvassa vuoropuhelussa, joka vaatii tasapainoilua mielenterveyden häiriöitä diagnosoitaessa. (Hautamäki 2016).

Psykkisen sairauden vuoksi mielenterveyskuntoutujat kohtaavat usein vaikeuksia koulutus- ja työurallaan (Palola ym. 2012, Raitasalo & Maaniemi 2011). Koulutuksella tiedetään olevan suuri vaikutus työllistymiseen, ja sen vuoksi koulutusjärjestelyjen tulisi olla mielenterveyskuntoutujien kannalta joustavia. Toisaalta työuupumuksen yleistyminen osoittaa, että myös työelämässä on syytä ottaa nykyistä paremmin huomioon erilaisten psykkisten sairauksien aiheuttamat rajoitukset työntekijän jaksamiselle. Sen vuoksi on tarpeen tutkia, miten mielenterveyskuntoutujat itse kuvaavat elämäänsä sekä suhdettaan koulutukseen ja työhön.

Mielenterveyskuntoutujien omien kokemusten kuuleminen voi auttaa tunnistamaan tekijöitä, jotka edistävät heidän koulutus- ja työtoimijuuttaan.

Tutkimusaineisto, -kysymykset ja menetelmät

Artikkelissa analysoimme, millaisia koulutus- ja työtoimijuutta kuvaavia tarinatyyppejä mielenterveyskuntoutujien elämänkerronnoista on löydettävissä ja miten ne eroavat toisistaan. Toiseksi tarkastelemme, mitkä tekijät ovat olleet mielenterveyskuntoutujien kokemusten perusteella merkityksellisiä heidän koulutus- ja työtoimijuudessaan.

Tutkimusaineisto koostuu eri puolilla Suomea asuvien täysi-ikäisten mielenterveyskuntoutujien elämänkerronnoista (n = 42), jotka kerättiin väitöskirjatutkimusta (Vilppola 2021) varten vuosina 2016–2017. Elämänkerronnan kirjoittajia etsittiin julkaisemalla osallistumispyyntöilmoitus Mielenterveyden keskusliiton Revanssi-jäsenlehdessä sekä Suomen Klubitaloverkoston ja Kuntoutusportin sähköisissä kanavissa. Ilmoitusta jaettiin myös erilaisilla sosiaalisen median foorumeilla, kuten Kokemusasiantuntijoiden, Pro Mielenterveyden sekä Suomen mielenterveysseuran Facebook-sivuilla. Tutkimukseen osallistuvia pyydettiin kirjoittamaan elämästään vapaamuotoisesti ja tarvittaessa ilmoituksen apukysymyksiä hyödyntäen. Ilmoituksessa korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja anonymiteettisuoja. Tutkimukseen osallistujat lähettivät elämänkerrontansa oman harkintansa mukaisesti joko tavallisena kirjeenä tai sähköpostitse. Tutkimukseen osallistuneet kirjoittajat määrittelivät itse kuuluvansa kohderyhmään eli mielenterveyskuntoutujiin. Elämänkerrontojen yhteissivumäärä oli 896 sivua. Elämänkerrontansa lähettäneistä kirjoittajista oli miehiä 18, naisia 23 ja yksi muunsukupuolinen. Kirjoittajat olivat iältään 24–73-vuotiaita. Sairauden diagnoosimäärittelyä ei tutkimukseen osallistujilta erikseen pyydetty, mutta kirjoitusten perusteella heillä oli muun muassa skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön,

masennuksen sekä ahdistuneisuus-, tarkkaavuus- ja sopeutumishäiriöiden eri muotoja.

Analyysimenetelminä käytettiin teema-analyysia (Boyatz 1998, Braun & Clarke 2006) sekä elämäkerrontojen tyypittelyä (Frank 1995, Jahnukainen 1997, Vantta- ja 2002). Teema-analyysin avulla tutkittiin aluksi keskeisiä teemoja ja tekijöitä, joista mielenterveyskuntoutujien elämä elämäkerrontojen perusteella rakentui. Elämäkerronnoista etsittiin toistuvia teemoja käsittekarttojen avulla. Teemojen päällekkäisyys tarkastettiin, ja tarvittaessa teemoja yhdisteltiin sekä uudelleen nimettiin tutkimuksen eri vaiheissa. Teema-analyysin tulosten avulla luotiin jokaisesta elämäkerronnasta ydintarinat. Ydintarinoiden ja kokonaishahmon luennan (Hyvärinen 2006) perusteella muodostettiin kolme tyyppitarinaryhmää. Tyypittelyssä on kysymys elämäkerrontojen pohjalta luodusta konstruktista, jonka avulla pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään erilaisten mielenterveyskuntoutujien elämää. Rajat eri tyyppien välillä ovat liukuvia, eikä yksittäinen ihminen aina välttämättä koe sijoittuvansa vain yhteen ryhmään. Tyypittelyn avulla tutkimusaineisto voidaan kuitenkin tiivistää hallittavampaan muotoon ja samalla kertoa jotain olennaista ihmisten toiminnasta ja kokemuksista.

Tyypittelyn toimivuuden ja luotettavuuden testaamisessa hyödynnettiin apuvälineenä tutkimusta varten kehitettyä

toimijuusmittaria, jolla voitiin arvioida kun-kin kirjoittajan sijoittumista tyyppitarinaryhmiin ydinkriteerien (joita olivat koulutuksen ja työn tavoitteellisuus, kirjoittajan vastuu omista päätöksistään ja valinnoistaan, mielen sairastumisen tila ja oireilun hallinta, kirjoittajan asema omassa kuntoutusprosessissaan, sosiaalisten suhteiden intensiivisyys, suhde yhteiskuntaan sekä asenne tulevaisuuteen) perusteella. Toimijuusmittarilla arvioitiin muun muassa henkilön koulutusta, työmarkkinatilannetta, toimeentuloa, mielen sairauden tilaa ja tulevaisuudensuunnitelmia. (Vilppola 2021.) Toimijuusmittari pohjautuu yksilön syrjäytymisen (Takala 1992, 121–122, Virtanen 1995, 53) ja onnistumisen (Jahnukainen 1997) arviointiin tarkoitettujen mittarien soveltamiseen. Elämäkerrontojen tyypittelyssä kiinnitettiin huomiota niihin koulutus- ja työtoimijuuteen liittyviin seikkoihin, jotka erottivat ryhmät toisistaan. Erityisesti mielenkiinto kohdistettiin siihen, miksi jotkut tutkimukseen osallistuneista säilyttivät mielen sairastumisesta huolimatta koulutus- ja työtoimijuutensa. Tarkempi metodologian kuvaus on esitetty alkuperäisessä tutkimuksessa (Vilppola 2021).

Tulokset: Toimijat, taistelijat ja tipahtaneet

Elämäkerrontojen luennan ja teema-analyysin perusteella mielenterveyskuntoutujien

Taulukko 1. Kuntoutujatyyppien ja elämäkerrontojen pääteemojen synteesi.

KUNTOUTUJATYYPIT				
		TOIMIJAT	TAISTELIJAT	TIPAHTANEET
PÄÄTEEMAT	Osallisuus yhteiskuntaan	Aktiivinen osallistuja	Tahtoa omaava osallistuja, mutta keinojen käyttö vähäistä	Luovuttanut osallistuja
	Terveys	Oman terveytensä asiantuntija	Terveyden tunnistaja, keinojen kurkistaja	Hallitsematon terveys, uhri
	Minä toimijana	Oman elämän ohjat käsissä	Ehkä osaan ehkä en, autatko?	Ei minusta enää ole mihinkään
	Reflektiokyky	Kyky arvioida omaa ja toisten toimintaa ja toimia itsenäisesti tai vähäisellä tuella oman edun mukaisesti	Kyky arvioida omaa ja toisten toimintaa, mutta kyky toimia itsenäisesti oman edun mukaisesti puutteellista	Arviointikyky puutteellista, kyky muuttaa omaa toimintaa arvioinnin perusteella heikkoa

elämän rakentumisen neljä keskeistä pääteemaa ja ulottuvuutta olivat osallisuus yhteiskuntaan, terveys, minä toimijana ja reflektiokyky. Kaikki neljä ulottuvuutta ovat tärkeitä myös koulutus- ja työtoimijuuden kannalta. Kuten Palola ja kumppanit (2012) ovat todenneet, yksilön kouluttautumista ja työelämään osallistumista tarkasteltaessa on otettava huomioon myös monet muut elämän osa-alueet ja elämän kokonaisuus. Esimerkiksi koulutukseen osallistuminen edellyttää yksilöltä muun muassa taloudellisia resursseja ja terveyttä sekä luottamusta yhteiskuntaan ja itseen. Teema-analyysin avulla luotujen tarinakohtaisten tiivistelmien sekä toimijuusmittarin perusteella elämänkerronnoista muodostettiin kolme kuntoutujatyyppejä, jotka erottuivat toisistaan kaikkien edellä mainittujen pääteemojen osalta. Kuntoutujatyypit nimettiin toimijoiksi (9 henkilöä), taistelijoiksi (18 henkilöä) ja tiptahtaneiksi (15 henkilöä).

Taulukossa 1 on esitetty tiivistettynä, miten eri kuntoutujatyypit erosivat toisistaan elämänkerrontojen keskeisten pääteemojen osalta. Sen jälkeen kuvaillaan lyhyesti kolmen kuntoutujatyypin keskeisiä piirteitä sekä heidän suhdettaan koulutukseen ja työhön.

Toimijat

Toimijat olivat elämänkerrontojen perusteella aktiivisia yhteiskuntaan osallistujia, joilla oli käytössään osallistumista tukevia keinoja ja apua eri tahoilta. He olivat myös kahta muuta ryhmää selkeämmin oman psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen terveytensä asiantuntijoita. Toimijat asettivat elämässään tavoitteita ja pyrkivät etenemään niitä kohti. Lisäksi he pyrkivät refleктоimaan omaa ja toisten toimintaa sekä hyödyntämään havaintojaan omien tavoitteidensa saavuttamiseksi tai haitallisten toimien välttämiseksi.

Toimijoiden elämänkerronnoissa mielen sairastumisen vaikutukset koulutukseen tai työhön kuvailtiin yhtä vaikeina ja monilukuisina kuin kahden muunkin ryhmän kirjoituksissa. Koulutus ja työ olivat kuitenkin toimijoiden elämänkerronnoissa muita ryhmiä suuremmassa arvossa ja elämän tavoitteina.

Toimijoiden asenne kuvautui sinnikkyytenä sekä taisteluina ja voittoina mielen sairastumista vastaan. Toimijat olivat elämänkerrontojen perusteella aktiivisia yksilöitä, joilla oli kullakin oma yksilöllinen kuntoutumisprosessinsa. He eivät halunneet olla kuntoutumisensa passiivisia sivustaseuraajia tai toisista ihmisistä riippuvaisia. (Vrt. Kankaanpää & Kurki 2013, Shepherd ym. 2008.) Sen sijaan he halusivat itse hallita psyykkisiä oireitaan sekä vahvistaa omaa toimijuuttaan (vrt. Nordling 2018).

Kerronnoissa tuli esiin myös toivon perspektiivi. Toimijoilla oli kykyä ja halua nähdä oma edistymisensä sekä pyrkimys oman elämänsä reflektointiin. Kuntoutusprosessin edessä toimijoiden usko ja toivo antoivat rohkeutta oman identiteetin tarkasteluun. Toimijoiden elämänkerronnat kuvasivat kasvu- ja oppimisprosessia, joka mahdollisti uusien sosiaalisten verkostojen syntymisen ja irtautumisen kuntoutujan roolista. (Vrt. Järvikoski & Härkäpää 2000, 3–12). Vaikka toimijat tulkitsivat sairauden olevan osa heitä, he eivät katsoneet sen määrittelevän heitä kokonaisuudessaan.

”Prosesseissani olen päässyt niin pitkälle, että hahmotan vain osan identiteetistäni olevan sairauteeni liittyneenä: minussa on niin paljon myös kaikenlaista muuta, sairauteni ei ole määritelmä minuudestani. Se on nyt yksi ominaisuuteni, joka kulkee kanssani läpi elämäni hautaan asti – kuten silmiäni väri. Itse en tätä matkakumppania seurakseni valinnut – enkä olisi halunnut. Kutsumatta se kyytiin astui, mutta olen todennut, että sen kanssa voi oppia tulemaan juttuun. Varsinkin, kun käyttää hyväkseen koko laajaa hoitoarsenaalia säännöllisestä lääkityksestä säännöllisiin elämäntapoihin. Ja ehdoton valttikorttini on mielestäni avoimuus.”
(Tarina 34)

Katkelmasta on luettavissa myös toimijoille tyypillinen avoimuus oman tilanteen tarkasteluun sekä siitä kertomiseen muille ihmisille. Avun vastaanottaminen ja eri keinojen käyttäminen oman tilanteen kohentumiseksi kuvautuu tarinakatkelmasta selkeänä.

Andersenin, Caputin ja Oadesin (2006) sekä Shepherdin ym:iden (2008) mukaan toipuminen vakavista mielensairauksista tulee mahdolliseksi, kun kuntoutujaa tuetaan ja uskotaan aktiiviseen toimijuuteen sekä luodaan optimistista tulevaisuudennäkymää. Keskeistä on positiivinen ajattelu uudistunutta miinää kohtaan. On tärkeää rakentaa merkityksellinen elämä sairaudesta ja sen tuomista haasteista huolimatta. Vastuun ottaminen ja oman elämän kontrollointi ovat osa toipumis- ja kuntoutumisprosessia.

Young ja Ensing (1999) kuvaavat mielen sairauksista toipumisen ja voimaantumisen ajattelua kolmivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa kuntoutujan tulee tunnistaa oma tilanteensa ja arvioida, mitä muuttuva tilanne sairastumisen myötä hänelle tarkoittaa. Myönteinen suhtautuminen muutokseen on tärkeää. Toipumisessa keskeistä on toivon ja luottamuksen löytäminen. Toisessa vaiheessa korostuu yksilön omatoimisuus ja vastuun ottaminen omasta kuntoutumisesta. Kolmannessa vaiheessa tavoitteena on oman elämän rakentaminen ottaen sairaus huomioon. Merkityksellistä on riittävän hyvän elämänlaadun tavoittelemine. Toimijoiden elämäkerrannoissa näkyi oman tilanteen tunnistaminen ja sen omalle elämälle tuoman merkityksen ymmärtäminen eli itsereflektion toteutuminen. Tämän lisäksi myönteinen suhtautuminen sekä toivo nousivat esiin haastavienkin vaiheiden jälkeen. Toimijat kirjoittivat myös omasta vastuunotostaan kuntoutusprosessissaan. He ottivat sairauden olemassaolon huomioon kokonaisuutena, erityisesti koulutus- ja työtoimijuutensa kannalta. Toimijoille vaikutti olevan erityisen tärkeää olla osa yhteiskuntaa opiskelun tai työn kautta. Heillä oli kova tarve palata mielen sairastumisen jälkeen yhteiskuntaan niin kutsutuksi normaaleiksi kansalaisiksi.

”Olin työskennellyt määräaikaisesti sairastumiseen saakka, jolloin jäin sairaalomallem ja lopulta työsuhde päättyi. Koin samalla masennuksen, johon sain mielialalääkityksen. Lääkitys ei kuitenkaan ollut kuin hetken ensiapu asian yli pääsemiseksi. Koin, että minun pitää tavalla tai

toisella olla normaali ja päästä takaisin yhteiskunnan jäseneksi.” (Tarina 3)

Yhteenvetona voidaan todeta, että toimijoilla oli vahva motivaatio opiskeluun ja työhön. Heillä oli opiskeluun ja työhön liittyviä tavoitteita ja keinoja sekä rohkeus yrittää. Lisäksi heillä oli vanhempien tai sisarusten esimerkkiä koulutus- ja työasioissa. Toimijoilla oli hyvä päätöksentekokyky suhteessa omiin asioihin. He osasivat myös tunnistaa oman mielen sairauden pahentumista ennakoida varomerkit. Lisäksi heillä oli hyvä ja voimassa oleva hoito- tai psykoterapiasuhte. Kuntoutusprosessissa he olivat aktiivisia toimijoita. Toimijoilla oli vahva sosiaalinen verkosto, halu vastaanottaa apua eri tahoilta ja luottamus auttaviin tahoihin. He halusivat olla osa yhteiskuntaa koulutuksen ja/tai työn kautta. Heillä oli myönteinen suhtautuminen tulevaisuuteen.

Taistelijat

Taistelijoilla oli toimijoiden tapaan pyrkimys yhteiskunnalliseen osallisuuteen, mutta osallisuuden keinot olivat puutteelliset. Taistelijoiden suhtautuminen omaan terveyteen oli tutkivaa ja terveyden haasteita sekä onnistumisia tunnistavaa, mutta keinojen pohdinnassa ja niiden käyttämisessä he kokivat tuen ja avun tarvetta. Taistelijat kokivat myös epävarmuutta siitä, onko heillä riittävästi kykyjä ja mahdollisuuksia oman elämän hallintaan ja päämäärien saavuttamiseen. Taistelijat arvioivat ja tunnistivat asioiden sekä tapahtumien syy-seuraussuhteita, mutta toiminnan muuttaminen itseä hyödyttäväksi edellytti muiden ihmisten vahvaa tukea ja kannustusta.

Taistelijoiden elämäkerrannoissa opiskelu ja työ kuvattiin osaksi elämää, mutta niitä pohtiessaan heidän piti ottaa psyykkinen oireilu huomioon toimijoita enemmän. Psykkisten oireiden hallinta ja eri keinojen käyttö olivat vähäisempiä kuin toimijoilla. Opiskelu ja työ eivät itsessään taanneet heille onnellista tai merkityksellistä elämää, vaan niiden kokemiseen vaikuttivat myös muut seikat aina asumisesta harrastuksiin tai riittävään lepoon. Seuraava kirjoittaja kuvailee

koulutuksen ja työn asemaa elämässään ja samalla taistelijoiden suhtautumista koulutukseen ja työhön.

”Tavoitteet ja haaveet ovat minulla liittyneet onnelliseen elämään ja nyt ne ovat toteutuneessa tilassa. Onnellinen elämä ei vain ole, se pitää tuottaa koko ajan uudelleen ja uudelleen. Opiskelu ja työ ovat tärkeitä osia sitä. Eivät niinkään itseisarvoina vaan välineinä.” (Tarina 24)

Taistelijoiden elämäkerrannoissa kuvailtiin kantavia tekijöitä, mutta samanaikaisesti todettiin, että elämä ja psyykinen vointi voi muuttua nopeastikin toiseen suuntaan. He kuvasivat mielenterveyden ja -sairauden vaihtumista ja liukumista suunnasta toiseen. Vastaavanlainen janamainen ajattelu mielen terveyden ja sairauden välillä on tuttu sekä mielen sairastumisen historiallisista tarkasteluista (Goldstein 1987, 108–109, Kendell 1995, 33–40, Pinel 2009, Pietikäinen 2013, 76–77) että tuoreemmista mielenterveyshäiriöitä koskevista tutkimuksista (esim. Hautamäki 2016). Oireiden vaihtelevuuden lisäksi taistelijat kirjoittivat olevansa kuntoutumisessaan matkalla, eikä kuntoutumisen päämäärä ollut vielä heidän tavoitettavissaan.

Kun toimijat kuvasivat kuntoutumistaan toipumisena ja nostivat keskeisesti esiin omaa subjektiivista osuuttaan, taistelijoiden kirjoituksissa kerrottiin enemmän ulkopuolelta tulevan avun merkityksestä kuntoutamisessa. Taistelijoidenkin kirjoituksissa oma osuus toki ajoittain ”välähteli”, mutta pääsääntöisesti kuntoutumista kuvattiin palvelujärjestelmän toimijoiden kanssa tehtävänä yhteisenä projektina.

Taistelijat kuvasivat merkitykselliseksi yhteiskuntaan osallistumista tai niin sanottuihin terveisiin ihmisiin liittymistä. Kirjoituksista ilmeni myös tarve olla hyödyksi toisille. Useassa elämäkerronnassa kuvattiin tyytyväisyyttä siihen, että he olivat löytäneet vaihtoehdon palkkatyölle ja silti kokivat olevansa yhteiskunnassa osallisina. Kokemusasiatuntijatoiminta, eri työtoimintamuodot tai omiin harrastuksiin liittyvä hyödyllinen toiminta olivat tapoja, joilla

taistelijat kirjoittivat olevansa tarpeellisia yhteiskunnalle ja muille ihmisille. Taistelijoiden tarinoista saattoi toisinaan kuulua myös pettymys siihen, etteivät he kyenneetkään niin sanottuun tavalliseen, yhteiskunnallisesti tuottavaan elämään.

”Tavallisesta elämästä tipahtaminen oli minulle vaikeaa. Alussa tuntui, että maailma pysähtyy, jos jään sairauslomalle. Sinnittelinkin pitkään, kunnes suostuin kohtaamaan todellisen itseni, joka ei ollutkaan niin tahraton kuin halusin ajatella. Ei minua hävettänyt lainkaan olla mielisairas, mutta minut valtasi pettymyksen tunne itseäni kohtaan. Pettymys siitä, että en kykene elämään normaalia, tuottoisaa elämää, niin kuin moni muu.... Erittäin keskeistä kuntoutumisen kannalta minulle on löytää elämäni merkitys. En kykene olemaan toimiva osa yhteiskuntaa työni kautta, joten olen joutunut miettimään asian aivan uusiksi. Mikä on arvonni ihmisenä nykyajan yhteiskunnassa, jossa olenaisista on tehokkuus ja tuottavuus? Yritän olla armollinen itseäni kohtaan, jotta voisin kokea elämäni arvokkaaksi mielenterveyskuntoutujanakin.” (Tarina 17)

Taistelijat kuvasivat kuntoutumisensa keskeneräisyyttä, joten tulevaisuuskin näyttäytyi kuntoutumisen täyteisenä. Keskeistä taistelijoiden elämäkerrannoissa oli kuntoutuminen eri tahojen tuen avulla. Toive paremmasta, esimerkiksi psyykkisten oireiden vähentymisestä tai työ- ja opiskelupaidan saamisesta, nousi kirjoituksista esiin, mutta toiveiden toteuttamista edistäviä keinoja niissä ei kuvailtu. Ehdollisuus tavoitteiden asettamiseen ja saavuttamiseen oli tyyppillistä taistelijoiden elämäkerrannoissa. Ehtoina esiintyivät esimerkiksi ”jos löydän mieleisen työn”, ”jos oireeni sallivat työn teon” tai ”kun olen riittävästi vielä ensin kuntoutunut”.

Tiivistäen voidaan todeta, että taistelijoilla oli koulutukseen ja työhön liittyviä tavoitteita. He olivat mukana esimerkiksi työtoiminnassa, klubitalotoiminnassa tai osa-aikatyössä. He etsivät vielä paikkaansa työelämässä, mutta heillä oli suunnitelmia jatkaa opintoja

tai löytää työpaikka. Saavuttaakseen tavoitteensa he tarvitsivat muiden ihmisten tukea ja ohjausta. Taistelijat pelkäsivät mielen sairastumisen oireiden pahenemista. He tunnistivat kyllä sairauden pahenemiseen liittyviä oireita, mutta heillä ei ollut vielä itsenäisiä keinoja oireiden hallitsemiseksi. Taistelijat olivat kuntoutusprosessissaan yhdessä läheistensä sekä ammattilaisten kanssa. He halusivat olla jotenkin osa yhteiskuntaa, mutta koulutus ja työ eivät olleet itseisarvoja vaan osa elämää. Tulevaisuuden suhteen heillä oli varovaisia suunnitelmia, mutta samanaikaisesti epäuskoa suunnitelmien toteutumista kohtaan.

Tipahtaneet

Tipahtaneilla ei ollut enää pyrkimyksiä yhteiskunnalliseen osallisuuteen, ja he olivat kaikkien taulukossa 1 esitettyjen pääteemojen osalta huomattavasti muita ryhmiä heikommassa asemassa. Tipahtaneiden terveydentilaa leimasi epävakaas ja terveyteen liittyvien haasteiden alle uupuminen. Tipahtaneilla oman toiminnan arviointi oli muita ryhmiä heikompaa. He eivät myöskään kyenneet taistelijoiden ja toimijoiden tapaan hyödyntämään kuntoutumista tukevia tahoja tai toisaalta välttämään toipumista heikentäviä tekijöitä.

Tipahtaneiden elämäkerronnat olivat kuvauksia luovuttamisesta koulutuksen ja työn osalta, koska niihin osallistuminen ei tuntunut enää realistiselta vaihtoehdolta. Luovuttamista ei kuvattu tietoisena pyrkimyksenä välttää koulutukseen ja työhön osallistumista, vaan tipahtaneet katsoivat pääosin omien psyykkisten oireidensa estäneen osallistumisen. He olivat yrittäneet mielen sairastumisesta huolimatta pysyä mukana yhteiskunnan toimissa mutta joutuneet lopulta toteamaan, ettei kuntoutuminen ollut edennyt riittävästi, jotta he voisivat aktiivisesti tavoitella koulutus- ja työtoimijuutta. Tipahtaneet olisivat tarvinneet koulutus- ja työtoimijuuden vahvistumisen kannalta enemmän tukea, ohjausta ja hoitoa kuin taistelijat ja toimijat. Vastaavanlaisen vahvemman tuen ja ohjauksen tarpeen havaitsivat myös Raitasalo ja kumppanit (2011) tutkiessaan nuorten

mielenterveyshäiriöiden aiheuttamia sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä. Tipahtaneiden elämäkerrannoissa kuntoutuminen oli koulutuksen ja työn näkökulmasta sattumanvaraista, suunnittelematonta ja hallitsematonta. He kokivat olevansa elämässään ajalehtivia yksilöitä. Koulutuksen ja työn sijasta tavoitteellisuutta ilmeni kuitenkin muilla elämänaloilla, kuten esimerkiksi liikuntaharrastusten tai ihmissuhteiden parissa, jotka kumpikin olivat osa tipahtaneiden kuntoutusprosesseja.

”Viimeisten kuluneitten vuosien aikana olen yrittänyt hoitaa mielenterveyttäni mm. liikunnan avulla. Sen kautta pääsen ns. pois päästäni, mielestäni ja koen eheyttäkin, ahdistuksen ja hajallisten tunteiden sijaan. ...Tiedän, että olen jotenkin jo sokeutunut havaitsemaan, miten ajalehdin tätä elämäni eteenpäin. Ankkuri ei ole pohjassa riittävän usein.” (Tarina 42)

Tipahtaneiden kokemukset muiden ihmisten osoittamasta arvostelusta tai asiattomasta käytöksestä oli vahvistanut käsitystä siitä, että heidät oli jätetty ulkopuolelle tai ettei heitä hyväksytty yhteiskunnan täysivaltaisten jäsenten joukkoon. Heitä yhdisti myös ajatus siitä, että muiden yhteiskunnan toimijoiden tulisi muuttaa omaa toimintaansa ja kriteerejä sellaisiksi, että mielenterveyskuntoutujakin voisi kuulua yhteiskuntaan. Toiveiden kohdentaminen oman itsen ulkopuolelle oli tipahtaneiden ryhmässä yleisempää verrattuna toimijoihin ja taistelijoihin. Kirjoituksissa toivottiin myös, että muut oppisivat ymmärtämään sekä mielen sairauksia että psyykkisesti oireilevien ja oireettomien ihmisten samankaltaisuutta.

”Onnistumisen edellytyksenä saattaa olla se, että myös yhteiskunta muuttuu riittävästi. Onnistumisen kriteereitä on muutettava. En välttämättä ehdi nähdä elin-aikanani tuollaista muutosta, vaikka se olisikin tulossa. Se on harmi, sillä tietyillä edellytyksillä voisin elää antoisan ja henkisesti tuottoisan loppuelämän.... Työpaikoilla olisi ilman muuta ollut tärkeää

ymmärtää mielenterveysasioita. Minusta siihen olisi tarvittu yksinkertaisesti tietoa ihmisen psyykestä ja halua ottaa kyseinen tieto huomioon myös käytännössä. Siihen ei tarvittu kenenkään psyykkisesti sairastuneen kertomusta siitä, millaiselta sairastaminen tuntui. Ei psyykkisesti sairastuneiden mieli toiminut mitenkään eri tavalla kuin muiden ihmisten.” (Tarina 37)

Yhteenvedona voidaan todeta, että tipahtaneilla ei ollut koulutus- ja työelämätaivoitteita. Heillä oli ollut heikkoa koulumenestystä, luokalle jäämistä sekä mahdollisesti kouluvaikeuksia alakouluikäisenä. Tipahtaneilla oli usein vähän työkokemusta tai vastaavasti paljon työpaikan vaihdoksia. He olisivat aikoinaan kaivanneet apua koulutukseen ja työhön liittyvään päätöksentekoon, mutta nykyään heillä ei enää ollut tarvetta siihen. Tipahtaneiden mielen sairaus kuvautui usein epätasapainoisena, ja heillä saattoi olla myös monia somaattisia sairauksia. Tipahtaneet häpesivät omaa tilannettaan ja heidän tukiverkostonsa oli usein heikko. Lisäksi heillä oli kokemuksia ympäristön tuomitsevuudesta. Tulevaisuutta he eivät juuri suunnitelleet, vaan elämä oli ”tässä ja nyt”.

Pohdinta

Artikkelissa olemme kuvanneet kolmea erilaista kuntoutujatyyppeä, jotka nimesimme toimijoiksi, taistelijoiksi ja tipahtaneiksi. Tyypittelyn tarkoituksena on analysoida osallistujien kirjoittamishetken koulutus- ja työtoimijuuden tilannetta arvottamatta eri ryhmiin sijoitettujen elämänkerrontoja tai niitä kirjoittaneita henkilöitä. Tipahtaneet-nimi viittaa tutkimushetkellä koulutus- ja työelämän ulkopuolella olevaan ryhmään, joihin kuuluvilla saattoi silti olla elämässään muita merkityksellisiä tekijöitä. Toimijoiden nimi taas kuvastaa heidän aktiivista ja persoonallista tapaansa käyttää omia kykyjään ja vahvuuksiaan koulutus- ja työtoimijuuden ylläpitämisessä. Taistelijoilla puolestaan viitataan yksilöihin, jotka sijoittuvat kahden edellä mainitun ryhmän välimaastoon joko tavoitellen vahvempaa koulutus- ja

työtoimijuutta tai ainakin pyrkien välttämään koulutuksen ja työn ulkopuolelle jäämistä.

Kuntoutujatyyppeiden elämänkerronnat osoittavat mielenterveyskuntoutujien olevan heterogeeninen joukko ihmisiä, jotka voivat olla hyvin erilaisissa elämäntilanteissa ja kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Kuntoutujana voi olla yhtä lailla psyykkisen oireilun kanssa tasapainoileva opiskelija, perheellinen ja työssäkäyvä henkilö tai mielen sairauden kanssa kamppaileva työkyvyttömyyseläkeläinen. Elämänkerronnoista ilmeni myös identiteettien muuttuvuus ajan myötä. Kirjoittajat olisivat saattaneet kuntoutumisprosessinsa eri vaiheissa sijoittua luokittelussamme eri kuntoutujatyypiryhmään kuin tutkimukseen osallistumisen aikaan.

Yksi tutkimuksesta esiin nouseva huomio on se, että psyykkiset diagnoosit eivät määritelleet, mihin tyyppitelemäämme ryhmään yksilö sijoittui. Vakavien miensairauksien diagnooseja esiintyi kaikissa ryhmissä lähes yhtä paljon. Mikään diagnoosi ei myöskään suoraan sulkenut pois kirjoittajan koulutus- ja työtoimijuutta. Nämä tulokset vahvistavat esimerkiksi Karilan (1994) ja Vuorelan (2008) tutkimuksissa saatuja tuloksia, joiden mukaan mielen sairauden tila ei ole pysyvä. Vaikeistakin mielen sairauksista voi kuntoutua koulutus- ja työkykyiseksi. Yksilö voi sairauden pahenemisvaiheessa olla vakavasti oireileva ja sillä hetkellä opiskelu- ja työkyvytön. Kuntoutuessaan hän voikin olla lieväoireinen ja kyvykäs myös opiskeluun sekä työntekoon. Siksi on tärkeää, että mielenterveyspolitiikassa otetaan paremmin huomioon yksilön toipumisen mahdollisuus.

Kuten Alanko (2017) on todennut, mielenterveyskuntoutumisessa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa tulisi kiinnittää huomiota tasa-arvoiseen hoidon järjestymiseen riippumatta siitä, ovatko yksilön oireet lieviä vai vakavia. Lisäksi on huomattava, että sama ihminen voi kuntoutumisensa eri vaiheissa liikkua vakavasta psyykkisestä oireilusta lievään oireiluun. Kuntoutujien yksilölliset erot ja niiden huomioon ottaminen kuntoutumisessa luovat monenlaisia haasteita yhteiskunnan eri toimijoille. Jos kuntoutujien yhteiskunnallista toimijuutta halutaan vahvistaa,

on syytä kiinnittää huomiota kuntoutumisen eri vaiheissa erityisesti niihin elämän rakentumisen tekijöihin, joita kyseinen yksilö itse tuo esille ja pitää tärkeinä. Toisinaan hän voi nostaa esiin koulutukseen ja työhön liittyvät tarpeet, mutta keskiössä voi olla myös jokin muu tarve, esimerkiksi asunnon saaminen. Sen vuoksi mielenterveyskuntoutuksessa on perehdyttävä yksilön elämäntilanteeseen kokonaisvaltaisemmin. Tätä näkemystä tukee Palolan ym.:iden (2012) tutkimus, jossa suositellaan tarkastelemaan nuorten syrjäytymistä pintaa syvemältä kuuntelemalla nuorten omia kokemuksia ja näkemyksiä yhteiskunnasta ja heidän omasta toimijuudesta siinä. Tässä tutkimuksessa on pyritty tuomaan esiin elämän rakentumisen teemojen avulla monipuolisesti erilaisia tekijöitä, joilla on vaikutusta mielenterveyskuntoutujien elämän rakentumiseen ja koulutus- ja työtoimijuuteen.

Lopuksi on paikallaan muistuttaa, että mielenterveyssyistä johtuvien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden yleistyemisessä (Raitasalo ym. 2011, Rikala 2018) on kyse myös yhteiskunnallisesta ongelmasta, joka ei ratkea kiinnittämällä huomiota ainoastaan yksilön oireisiin ja elämäntilanteeseen. Ennenaikainen eläköityminen ja erilaisten niukkojen tulonsiirtojen varassa eläminen on harvemmin yksilön tietoinen valinta ja tavoite. Esimerkiksi yhdessäkään tämän tutkimuksen mielenterveyskuntoutujan elämänkerronnassa ei ollut mainintaa, että joku kirjoittajista olisi itse tavoitellut ulosjättäytymistä. Sen sijaan monet työkyvyttömyyseläkkeellä olevat mielenterveyskuntoutajat pohtivat työelämään paluun mahdollisuutta. Työhön palaamisen mahdollisuus ei kuitenkaan ole kiinni ainoastaan kuntoutujista itsestään vaan ennen kaikkea siitä, miten työelämässä kuntoutujiin suhtaudutaan ja millaiseksi työpaikan pelisääntö muokataan.

Kaikkien mielenterveyskuntoutujatyyppeiden elämänkerronnoissa haaveilu ja tavoitteiden asettaminen olivat tärkeitä motivaatiota sekä elämän mielekkyyttä lisääviä tekijöitä. Toimijoilla tavoitteet liittyivät koulutukseen ja työhön, kun taas tipahtaneiden tavoitteet painottuivat elämän muihin osa-alueisiin.

Mielenterveyskuntoutujilla tulisi olla kuntoutumisen kaikissa vaiheissa paremmat mahdollisuudet kertoa paitsi koulutukseen ja työhön kohdistuvista, myös muihin elämän alueisiin liittyvistä haaveistaan ja tavoitteistaan koulutus-, kuntoutus- ja hoitotehtävissä oleville henkilöille. Keskustelut voivat kohottaa kuntoutujan itsetuntoa, pitää yllä tulevaisuudenuskoa sekä muistuttaa heitä yhteiskunnallisen toimijuuden mahdollisuuksista. Mielen sairastumisen ympärille on syytä rakentaa lisää toivoon pohjautuvaa keskustelua ja tutkimusta.

Tulosten merkitys: Tutkimus osoittaa mielenterveyskuntoutujien olevan heterogeeninen joukko ihmisiä, joiden kuntoutusprosessi ja edellytykset kiinnittyä koulutukseen ja työelämään ovat hyvin vaihtelevia. Tulevaisuudessa on syytä kiinnittää nykyistä enemmän huomiota mielenterveyskuntoutujien tavoitteiden, toiveiden ja elämäntilanteiden yksilöllisiin eroihin sekä yksilön toipumisen mahdollisuuksiin.

Tiivistelmä

Mielenterveyssyistä johtuvat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosikymmeninä. Sen vuoksi on tarpeen tutkia mielenterveyskuntoutujien yksilöllisiä elämäntilanteita sekä heidän kuntoutumistaan ja kiinnittymistään yhteiskuntaan. Tässä artikkelissa tarkastellaan mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessia erityisesti koulutus- ja työtoimijuuden näkökulmasta. Tutkimusaineistona käytetään aikuisten mielenterveyskuntoutujien kirjoittamia elämänkerrontoja (n = 42). Elämänkerrontojen teema-analyysin ja tyyppittelyn perusteella kirjoittajat jaettiin kolmeen erilaiseen ryhmään, jotka nimettiin toimijoiksi (9), taistelijoiksi (18) ja tipahtaneiksi (15). Toimijat olivat aktiivisia oman kuntoutumisensa, koulutuksensa, työnsä sekä kokonaiselämänsä suhteen. Heillä oli vahva pyrkimys hakeutua

koulutukseen, palata takaisin työelämään tai ylläpitää nykyinen koulutus- ja työtilanteensa. Taistelijat olivat puolestaan omassa kuntoutusprosessissaan matkalaisia, jotka halusivat olla yhteiskunnan tarpeellisia jäseniä. Myös heillä oli koulutukseen ja työhön liittyviä haaveita, mutta keinot oman elämän hallitsemiseksi olivat toisten ihmisten tuen varassa. Tapahtaneet olivat luovuttaneet sekä oman kuntoutumisensa että koulutus- ja työtoimijuutensa suhteen. Heillä ei ollut enää koulutukseen tai työhön liittyviä tavoitteita.

Avainsanat: mielenterveyskuntoutuminen, elämäkerronta, koulutus, työ, toimijuus

Abstract

Mentally wounded. Research of Education and Work Agency of Mental Health Rehabilitees

Mental health related sick leaves and early pensions have increased enormously in our society in the last decades. That is why it is important to study the life narratives of mental health rehabilitees, especially focusing on individual and societal factors connected to rehabilitation, education and work agency.

The data of this research consisted of 42 self-written life stories of adult mental health rehabilitees. Based on theme analysis and typification, life stories were divided into three groups: agentic actors (9), warriors (18) and dropouts (15). Agentic actors were described as active agents of their own rehabilitation, education, work and life. They had strong intentions to participate in education and work. Warriors seemed to be more like passengers in their own rehabilitation process, yet they had intentions to be a necessary part of society. They had hopes and dreams towards education and work, but they seemed to be lacking concrete means to lead their independent lives. The dropouts had

given up on their agency in rehabilitation, education and work. They had no more goals or intentions concerning education and work.

Keywords: mental health rehabilitation, life story, education, work, agency

Johanna Vilppola, KT, psyk.sh, mielenterveys- ja päihdehoitotyön lehtori, sosiaali- ja terveysala, Tamk

Markku Vanttaja, KT, dosentti, yliopistotutkija, kasvatustieteiden laitos, Turun yliopisto

Lähteet

- Achté K (1963) Psykiatristen potilaitten suojatyö ja kuntouttaminen. Suomen Lääkärilehti 18, 2033–2039.
- Achté K (1964) Psykiatristen potilaitten avohoito ja suojatyö. Huoltaja 52, 403–409.
- Achté K (1967) Skitsofrenian prognoosi ja kuntouttaminen. Kansaneläkelaitoksen tutkimuksia A 2, Helsinki.
- Achté K (1991) Lapinlahden sairaalan historia. Gummerus, Jyväskylä.
- Achté K, Alanen Y, Tienari P (1982) Psykiatria kaikille. WSOY, Juva.
- Ahonen K (2019) Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiröön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Teologisen tiedekunnan väitöskirja. Helsingin yliopisto. <<http://urn.fi/URN:ISBN:ISBN978-ISBN978-951-51-5671-6>>
- Alanko A (2017) Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. Valtiotieteellisen tiedekunnan väitöskirja. Helsingin yliopisto. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-3276-5>>
- Andersen R, Caputi P, Oades LG (2006) Stages of recovery instrument: development or a measure of recovery from serious mental illness. Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry 40, 972–980.
- Anthony WA (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal 16, 4, 11–23.
- Anttinen EE, Eloranta KT, Stenij P (1967) Psykiatristen sairaalapotilaiden arvioitu työkyntoisuus Pohjois-Hämeen mielisairaanhoidopiirissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1, 11–25.
- Barnes B (2000) Understanding agency. Social theory and responsible action. Sage, London.
- Barnes C, Mercer G (2004) Theorising and researching

- disability from a social model perspective. Teoksessa C Barnes, G Mercer (toim.) *Implementing the social model of disability: Theory and research*. The Disability Press, Leeds, 1–17.
- Boyatz RE (1998) *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks and New Delhi.
- Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, 2, 77–101.
- Clausen, JA (1998) *Life reviews and life stories*. Teoksessa J Giele, Jr G Elder (toim.) *Methods of Life Course Research. Qualitative and Quantitative Approaches*. Sage, Thousands Oaks, 189–212.
- Eskola J (2007) *Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos*. Teoksessa J Eskola, A Karila (toim.) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Edita, Helsinki, 14–44.
- Eteläpelto A, Vähäsantanen K, Hökkä P, Paloniemi S (2013) What is agency? Conceptualizing professional agency at work. *Educational Research Review* 10, 45–65.
- Frank AW (1995) *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. The University of Chicago Press, Chicago & London.
- Giele J, Elder GH (1998) *Life course research: development of a field*. Teoksessa J Giele, GH Elder (toim.) *Methods of life course research: qualitative approaches*. Sage, Thousand Oaks, 5–27.
- Goldstein J (1987) *Console and classify. The french psychiatric profession in the nineteenth century*. Cambridge University press, Cambridge.
- Hautamäki L (2016) *Movements of Moods: Interplay Between Science, Clinical Practice and Patient in Psychiatry*. Valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Hyvärinen M (2006) *Kerronnallinen tutkimus*. <www.hyvarinen.info> (Luettu 05/2019, sivu ei enää luettavissa.)
- Hyvönen J (2008) *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Lääketieteellisen tiedekunnan väitöskirja. Kuopion yliopisto. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1057-7>>
- Hänninen V (2000) *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan väitöskirja. Tampereen yliopisto. <<http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5597-5>>
- Jahnukainen M (1997) *Koulun varjosta aikuisuuteen. Entisten tarkkailuoppilaiden peruskoulun jälkeiset elämänvaiheet*. Opettajankoulutuslaitoksen väitöskirja. Helsingin yliopisto. ISSN 0359-4203; 182.
- Järvikoski A (2013) *Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2000) *Mielenterveyskuntoutujan palveluohjaus*. *Kuntoutus* 23, 3–12.
- Kaila M (1966) *Psykiatrian historia lääketieteeseen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa*. WSOY, Helsinki.
- Kankaanpää S, Kurki M (2013) *Toipuminen kokemuksena: Recovery-ajattelu*. Teoksessa H Falk, M Kurki, P Rissanen, S Kankaanpää, N Sinkkonen (2013) *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi*. Työpäperi 39, *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 9–11.
- Karila A (1994) *Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 432. Vammala.
- Kendell RE (1995) *Mental health and mental illness*. Teoksessa DR Trent, CA Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 4 1994. Aldershot. Avebury, England.
- Kvernbekk T (2003) *On identifying narratives*. *Studies in Philosophy and Education* 22, 267–279.
- Nordling E (2018) *Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä?* *Duodecim* 134, 15, 1476–1483.
- Nordling E, Rissanen P (2020) *Mielenterveystyö uudistuu*. Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Työpäperi 40. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.
- Ojanen M, Anttinen EE, Jokinen R, Kulju A, Leppänen L, Salmijärvi L, Valmari P (1995) *Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä*. Sopimusvuori ry, Tampere.
- Palola E, Hannikainen-Ingman K, Karjalainen V (2012) *Nuorten syrjäytymistä on tutkittava pintaa syvemmin*. *Yhteiskuntapolitiikka* 77, 3, 310–315. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117950>>
- Pietikäinen P (2013) *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pinel P (2009) *A Treatise on Insanity*. General Books, Milton Keynes.
- Polkinghorne DE (1995) *Narrative configuration in qualitative analysis*. Teoksessa JA Hatch, R Wisniewski (toim.) *Life history and narrative*. Falmer Press, London, 5–23.
- Raitasalo R, Maaniemi K (2011) *Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009*. *Nettityöpapereita* 23. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Rikala S (2018) *Masennus, työkyvyttömyys ja sosiaalinen eriarvoisuus nuorten aikuisten elämänsäntämissä*. *Yhteiskuntapolitiikka* 83, 2, 159–170.
- Shakespeare T (2006) *Disability rights and wrongs*. Taylor and Francis Group. Routledge.
- Shepherd G, Boardman J, Slade M (2008) *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health, London.
- Spaulding WD, Montague E, Avila A, Sullivan ME (2016) *The idea of the recovery*. Teoksessa Singh N, Barber JW, Van Sant S (toim.) *Handbook of recovery in inpatient psychiatry*. Springer International Publishing Switzerland.
- Takala M (1992) *"Kouluallergia" – yksilön ja yhteiskunnan ongelma*. *Kasvatustieteiden tiedekunnan*

- väitöskirja. Acta Universitas Tamperensis. Ser A vol 335. Tampereen yliopisto.
- Vanttaja M (2002) Koulumenestyjät. Suomen Kasvatustieteellinen Seura, Turku.
- Vilppola J (2021) Toimijat, taistelijat, tipahtaneet. Koulutus ja toimijuus mielenterveyskuntoutujien elämäkerrannoissa. Kasvatustieteiden tiedekunta. Turun yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8302-5>
- Virtanen P (1995) ”Jos huomina tuo jotain uutta...” Tutkimus pitkäaikaistyöttömien nuorten työllistämistä ja nuoria koskevan syrjäytymisproblematiikan luonteesta. Työpoliittisia tutkimuksia 96. Työministeriö, Helsinki.
- Vuorela M (2008) Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvityshenkilö Mika Vuorelan selvitys 10.3.2008. Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://docplayer.fi/1871417-Tyota-haluaville-uusia-mahdollisuuksia-tyohon.html>
- Young SL, Ensing DS (1999) Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22, 3, 219–231.

TUETUN KEIKKATYÖN MALLI

Uusin askelin takaisin kohti työelämää

On erilaisia tapoja vahvistaa työkykyä ja tukea ihmisiä kohti työelämää. Mitä jos voisi vahvistua tekemällä työkeikkoja ja samalla saada aitoa ymmärrystä siitä, miten oma työskentely sujuu oikealla työpaikalla, ja saada siitä työehtosopimusten mukaista palkkaa? Jos keikkatyötä voisi tehdä tuetusti niin, että askel ei olisi itselle eikä työnantajalle liian suuri? Ja vielä niin, ettei tarvitsisi pelätä menettävänsä pienen työkeikan vuoksi peruselämiseen tarkoitettua rahallista tukea? Tätä vaihtoehtoa lähdimme selvittämään ja kokeilemaan Puuttuva pala – Tuetun keikkatyön malli (ESR) -hankkeessa. Tässä puheenvuorossa kerromme tuetusta keikkatyöstä keikkalaisen, työnantajan ja yhteiskunnan näkökulmista. Kerromme myös yhden esimerkin siitä, miten tuettua keikkatyötä on toteutettu käytännössä.

Tuetun keikkatyön ominaispiirteet

Keikkatyö tarkoittaa lyhyitä, usein yhden tai muutaman työvuoron pituisia ”keikkoja”. Tarve keikkatyöntekijälle voi syntyä esimerkiksi vakituisen työntekijän poissaolon

vuoksi tai jos organisaatiolla on jokin ruuhkahuippu tai urakka, johon tarvitaan lisää työvoimaa.

Tuettu keikkatyö eroaa perinteisestä henkilöstöpalveluyritysten tarjoamasta keikkatyöstä siinä, että se on tarkoitettu tilanteisiin, joissa henkilö tarvitsee työvalmentajan tukea, neuvontaa ja ohjausta keikkatyön eri vaiheissa. Tukea tarjotaan esimerkiksi omien vahvuuksien ja osaamisen kartoittamiseen, sopivan työn löytämiseen, taloudellisen kokonaistilanteen varmistamiseen ja työtehtävän tekemiseen.

Tuetussa keikkatyössä työvalmentaja tarjoaa tukea myös työnantajille ja työyhteisöille. Tällaisia ovat esimerkiksi keikkatyön vaativuuden arviointi, työohjeiden selkeyttäminen, työtehtävän muokkaaminen, keikkatyöntekijän valitseminen työtehtävään ja tarvittava tuki keikan aikana.

Tuetun keikkatyön organisoimiseen kuuluu olennaisena osana se, miten palkanmaksu ja muut työnantajaveloitteet hoidetaan. Keikkatyöstä sopimista sujuvoittavat erilaiset työnvälitykseen kehitetyt sähköiset alustat, joista on mahdollista muokata myös tuettuun keikkatyöhön sopivia käytäntöjä.

Tuettu keikkatyö on mahdollisuus kokeilla työn tekemistä tuetusti ja rajatusti

Keikkatyö voi osatyökykyiselle olla sopiva mahdollisuus kokeilla työelämää sekä omia voimavarojaan ja taitojaan. Selvittääkseen, mihin omat voimavarat riittävät ja millaiset työtehtävät ovat itselle sopivia, ihminen tarvitsee realistisia kokemuksia ja kokeiluja. Tuettu keikkatyö voi samalla toimia osana työkyvyn itsearviointia, kun se toteutetaan suunnitelmallisesti. Tuetussa keikkatyössä osatyökykyinen saa työvalmentajan tukea keikkatyön eri vaiheissa.

Ennen kuin hakee tuettua keikkatyötä, on hyvä selvittää, mitä kaikkea se edellyttää ja onko itse valmis siihen. Tätä voi tehdä esimerkiksi osallistumalla yksilöohjaukseen ja Kohti keikkaa -ryhmävalmennukseen (Puuttuva Pala 2021). Omaa kokonaistilannetta kannattaa pohtia yhdessä työvalmentajan kanssa ja käyttää itsearviointimenetelmiä, esimerkiksi Kykyviisaria (2021). Lisäksi on selvitettävä, millainen vaikutus palkalla on sosiaalietuuksiin.

Työvalmentajan tulee tunnistaa, onko keikkalaisella työtehtävässä tarvittavia taitoja vai tarvitaanko täsmävalmennusta. Tämän keskustelun tueksi voi käyttää esimerkiksi Puuttuva Pala -hankkeessa kehitettyjä ja Työtehtävän ominaispiirteiden arviointi (AWC-FI) -menetelmään (Halonen & Pihlava 2020, Sandqvist 2008) perustuvia Työtaitokortteja. Näin toimimalla valmistautuminen keikkaan on hallitumpaa.

Työvalmentaja voi tarvittaessa olla mukana keikalla. Erityisen tärkeää on keikan jälkeen käydä kokemusta läpi keikkatyöntekijän kanssa. Näiden vaiheiden aikana työvalmentaja ja keikkatyöntekijä voivat yhdessä, esimerkiksi Työtaitokortteja hyödyntäen, tunnistaa keikkaan liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia. On tärkeää työskennellä ja arvioida työtaitoja aidossa palkallisissa työtilanteissa, jotta työnteosta syntyy realistinen kuva. Tämä näkökulma vastaa myös tulokselliseksi menetelmäksi havaitun Sijoita ja valmenna! -mallin (IPS) lähtökohtaa (Rainio & Appelqvist-Schmidlechner 2019).

Kuntoutumisen näkökulmasta olisi järke-

vää, että jos ihminen on ollut pitkään työelämän ulkopuolella, paluu työelämään tapahtuisi askel kerrallaan. Keikkatyöhön ei liity suuria paineita, kun tunnit aluksi voivat olla vähäiset ja työ rajattu. Lisäksi se antaa mahdollisuuden kokeilla, millainen määrä työnteokoja olisi sopiva. Kaikille ihmisille kokopäivätyö ei ole realistinen vaihtoehto.

Työn tekeminen on merkittävä osa työikäisen ihmisen identiteettiä. On todettu, että työssäkäyvät kokevat muita vahvempaa osallisuutta ja heillä on muita parempi positiivinen mielenterveys (Hedman ym. 2021).

On käynyt ilmi, että osallistuminen ja oman panoksen tuominen yhteiskunnan hyväksi on hyvin palkitsevaa. On tärkeää, ettei koko ajan tarvitse olla toisten armoilla ja rahallisen tuen tarpeessa. (Vilppola 2021.) Myös Suomen perustuslain mukaan jokaisella on oikeus tehdä työtä ja hankkia elantonsa itse valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla.

On kuitenkin tunnistettava, kuinka hienovaraista on tasapainottelu mahdollisuuksien ja velvollisuuksien välillä. Huomion kiinnittäminen keikkatyöntekijän omaan sisäiseen motivaatioon on keskeistä. Hänen tulee antaa tunnistaa omat voimavaransa ja lähteä rakentamaan juuri hänelle sopivaa työroolia niiden varaan. Tähän yksi hyvä askel voi aluksi olla keikkatyön tekeminen. On myös tärkeää todeta, että jossain vaiheessa siirtyminen keikkatyöstä vakituisempaan työmuotoon, esimerkiksi osa-aikaiseen työhön, voi olla ajankohtaista.

Tuettu keikkatyö on mahdollisuus saada silpputyöt tehdyksi ja samalla kantaa sosiaalista vastuuta

Työnantajat ovat hakeneet työntekijöiden palkkaamiseen joustavampia vaihtoehtoja vakituisten työsuhteiden rinnalle. Useat työnantajat ovat siirtyneet ostopalveluihin ja vähentäneet henkilöiden palkkaamista vakituisiksi tehtäviin, joissa työmäärä vaihtelee, työ on rutiininomaista tai vaaditaan lyhytaikaisesti erityistä osaamista. Keikkatyöntekijöille on tarvetta myös silloin, kun tarvitaan lisätyövoimaa ruuhkahuippuihin, sesonkitöihin tai sairauslomien sijaisuuksiin.

On ymmärrettävää, ettei työnantaja palkkaa henkilöä, jonka kohdalla työsuorituksen tai terveyteen liittyy suuria riskejä. Jos työnantaja saa riittävästi tukea ja konkreettista apua osatyökykyisen henkilön työllistämiseen sekä varmuuden siitä, että työ tulee tehdyksi, palkkaaminen on mahdollista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019). Osatyökykyisen henkilön työllistämiseen suunnattuja taloudellisia kannustimia ja tukimuotoja on useita, mutta ne eivät sovellu keikkatyöhön, koska niiden edellytyksenä on osatyökykyisen henkilön palkkaaminen pidempiaikaiseen työsuhteeseen.

Åkerblad ja Haapakoski (2020) ovat kirjallisuuskatsauksessaan tuoneet esille, että ammatillisessa kuntoutuksessa ja tuetussa työllistymisessä keskeistä osatyökykyisten työllistymisen edistämiseksi on työvalmentajien osallistuminen työnantajayhteistyöhön. Olennaista on jalkautuminen työnantajien maailmaan sekä molemminpuolisten hyötyjen ja yhteisten arvojen löytäminen konsultoivan työotteen avulla. Hyviä tuloksia on saatu, kun työvalmentajan työpanos ulottuu osatyökykyisen henkilön työpaikalle saakka. Tällöin työvalmentaja perehtyy kyseiseen toimialaan, arvioi tietyissä työtehtävissä vaadittavat taidot, perehtyy työtehtävän muokkaamisen mahdollisuuksiin sekä tekee yhteistyötä lähiesimiehen ja työyhteisön kanssa.

Tuetun keikkatyön malli on kehitetty, jotta työnantajat voisivat turvallisesti ja vastuullisesti tarjota keikkatyötä osatyökykyiselle henkilölle avoimilla työmarkkinoilla. Koska tuettu keikkatyö ei vaadi työnantajalta pitkäaikaista sitoutumista, työn tarjoamisen kynnyks on matala. Tuettuun keikkatyöhön liittyvä tuki työnantajalle tulee työvalmentajan työpanoksesta, ei erillisenä taloudellisenä tukena. Työvalmentajan olennaisena tehtävänä on sopivien keikkatöiden muotoilu yhdessä työnantajan ja työyhteisön kanssa, esimerkiksi Ratko-mallia hyödyntäen (Vamlas 2021).

Työnantajien näkökulmasta on tärkeää, etteivät keikkalaisen palkkaaminen tai työnantajavelvoitteiden hoitaminen kuormita liikaa. Työsopimuksen tekemisen lyhyen työkeikan takia koetaan usein vievän

liikaa resursseja, mikä voi osoittautua keikkatyön teettämisen esteeksi. Silpputyöt saatetaan jättää tekemättä tai vakituiset työntekijät saavat tehdä ne oman työnsä ohella. Vähiten kuormittaa, jos keikkalainen laskuttaa palkkion oman yrityksensä tai laskutuspalvelun kautta. Digitaaliset alustat mahdollistavat tänä päivänä keikkaluonteisen työn entistä sujuvammalla tavalla. Puuttuva Pala – Tuetun keikkatyön malli -hankkeessa keikkatöitä on pääsääntöisesti tehty toimeksiantosopimuksena WorkPilots-alustan kautta (WorkPilots 2021).

Tuettu keikkatyö on työnantajille yksi tapa kantaa sosiaalista yhteiskuntavastuuta. Se on joustava, turvallinen ja tehokas tapa työllistää osatyökykyisiä henkilöitä. Onnistuneiden työkeikkojen ja syntyneen tuttavuuden myötä syntyy hyvä pohja pidempiaikaiselle työsuhteelle ja muille osatyökykyisten henkilöiden työllistämisen tavoille. Osatyökykyisten ja vammaisten henkilöiden työllistäminen edistää erilaisuuden ymmärtämistä ja hyväksyntää työyhteisössä, lisää työyhteisön moninaisuutta ja vaikuttaa myönteisesti yrityksen imagoon ja yrityskuvaan.

Tuettu keikkatyö on yksi mahdollisuus osatyökykyisten työllistymisen polulla

Työelämän ja työtapojen muutokset sekä uhkaava työvoimapula ovat vaikuttaneet positiivisesti osatyökykyisten työvoimapotentiaalin tunnistamiseen. Osatyökykyisten työttömien joukossa arvioidaan olevan 40 000 ihmistä, jotka haluaisivat tehdä töitä, kunhan sopiva työtehtävä löytyisi (Björklund ym. 2020). Heidän yksilöllisten tilanteidensa ja osaamisensa on todettu jäävän tunnistamatta nykyisissä työllistämispalveluissa. Esteet osatyökykyisten henkilöiden työllistymiselle avoimille työmarkkinoille ovat yhteiskunnassa sekä rakenteellisia että asenteellisia. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2021, Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Ennakkoluuloihin vaikuttamalla ja oikeilla palveluilla voidaan löytää sellaisia työmahdollisuuksia, joissa ihminen on vaikeistakin rajoitteista huolimatta työkykyinen omaa osaamistaan ja omia taitojaan

vastaavissa työtehtävissä. Työ- ja elinkeinoministeriön (2021) Selvitys osatyökykyisten Suomen mallista -julkaisussa tuodaan esille yhteiskunnallisia näkökulmia siihen, miksi kannattaa mahdollistaa palkallinen työnteko myös heikossa työmarkkina-asemassa oleville henkilöille. Kyse on ihmisoikeuksista, tasa-arvosta ja yhdenvertaisuudesta. Työn tekeminen vähentää syrjäytymistä sekä lisää osallisuuden kokemusta ja mielekkyyttä elämään (Hedman ym. 2021). Tuettu keikkatyö on turvallinen ja joustava tapa mahdollistaa heikossa työmarkkina-asemassa olevien henkilöiden työelämäosallisuutta (Pietilä & Vehkaperä 2020).

Osatyökykyisten henkilöiden työllistämiseen on sosiaali- ja terveysministeriön (2019) OTE-kärkihankkeessa todettu tarvittavan ratkaisuja, jotka mahdollistavat myös osaaikaiset työt ja työelämän erilaiset joustavat ratkaisut. Tavoitteena ei pitäisi olla ainoastaan kokoaikainen, toistaiseksi voimassa oleva työsuhde. Keikkatyön mahdollisuuksia ei vielä tunnisteta pitkäaikaissairaiden, vammaisten ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työllistymisen mahdollisuutena. Ansiotulon ja sosiaaliturvan yhdistäminen on monimutkaista, ja joskus sanktiot lyhyen keikan tekemisestä ovat kohtuuttomat. Jo takaisinperinnän uhka saattaa estää keikkatyön vastaanottamisen.

Yhteiskunnassa keikkamainen työ on herättänyt jyrkkiä mielipide-eroja. Työnantajajärjestöt toivovat aiempaa joustavampia ratkaisuja, kun taas työntekijäjärjestöt pelkäävät työntekijöiden oikeuksien heikkenemistä. Asenteet työn tekemistä kohtaan ovat kuitenkin muuttumassa. Enää työsuhteen määräaikaisuutta ei pidetä turvallisuudentunteen tai taloudellisen turvan kannalta niin uhkaavana kuin ennen, vaikka toistaiseksi voimassa oleva kokoaikainen työsuhde onkin yleisin työn tekemisen muoto. Työpaikkaa vaihdetaan useammin, työn tekemisen muodot ovat monipuolistuneet ja myös keikkamainen työ on yleistynyt. Alustatalous muuttaa työn tekemisen muotoja. (Kokkinen 2020.)

Kostilainen ja Lindberg (2021) tuovat esille artikkelissaan, että yhteisötalous on merkittävä asia osallisuuden ja yhdenvertaisten

oikeuksien toteutumisessa. Yhteiskunnallisilla yrityksillä on tahtoa, kykyä ja valmiuksia työllistää eri tavoin tukea tarvitsevia oikeisiin työtehtäviin. Tuetun keikkatyön malli voisi sopia yhdeksi toimintatavaksi yhteiskunnallisille yrityksille. Tuettujen keikkatöiden löytämiseen, keikkalaisten työkyvyn kartoittamiseen, työtehtävien tuunaamiseen sekä tekijän ja työn yhdistämiseen tarvitaan osaamista ja vastuullisia toimijoita.

Tapausesimerkki: Onnistunut tuettu keikkatyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu (Metropolia) tarjosi arkistointityötä yhteensä 30 tuntia WorkPilots-alustalla Puuttuva Pala – Tuetun keikkatyön malli -hankkeen keikkatyöntekijöiden ryhmälle. Maaliskuussa 2021 arkistossa työskenteli ja kokeili omia taitojaan yhteensä seitsemän keikkatyöntekijää. Keikkalaisia oli kaksi yhtä aikaa, ja töitä tehtiin kolmesta neljään tuntiin päivässä. Kuvassa 1 on kuvattu, millaisia vastuita ja työtehtäviä oli työn tilaajalla, keikkalaisilla ja työvalmentajilla ennen arkistokeikkoja sekä niiden aikana ja jälkeen.

Arkistokeikkojen suunnittelu käynnistyi siitä, kun Metropolia tarjosi työtehtävää Puuttuva Pala -hankkeen keikkatyöryhmälle. Arkistointitehtävän muotoiluun ja työohjeiden tekemiseen osallistuivat arkistonhoitaja, Klubitalon työvalmentaja, hankkeen asiantuntijoita ja Metropolian opiskelijoita. Yhdessä arvioitiin, että työurakkaan tarvitaan 30 tuntia työtä. Metropolia osti etukäteen tunnit WorkPilots-alustalla, jotta työtehtävät voitiin avata ja kohdentaa hankkeen keikkatyöryhmälle. Tämän jälkeen keikasta kiinnostuneet pystyivät hakemaan keikkaa alustan kautta.

Keikkatyöstä sovittiin WorkPilots-alustalla, ja keikkalaiset tulivat sovittuun paikkaan, josta Metropolian opiskelijat ohjasivat keikkalaiset arkistoon ja opastivat työn alkuun. Tarvittaessa keikkalaiset saivat opastusta sekä arkistonhoitajalta että opiskelijoilta. Keikan jälkeen opiskelijat keskustelivat keikkalaisen kanssa työtehtävästä, hyväksyivät keikan WorkPilots-alustalla ja antoivat sielä myös kirjallista palautetta keikkalaiselle.

Kun keikkalainen antoi tekemästään keikasta oman palautteen alustalla, hän sai verojen pidätyksen jälkeen jäävän palkkion suoraan omalle tililleen.

Keikkalaiset kertoivat, että heille kymmenen euron tuntipalkkio on merkittävä, mutta pelkästään palkkion vuoksi ei tuetun keikan mahdollisuutta pidetty tärkeänä. Oli merkityksellistä saada tehdä "oikeaa" työtä. Myös työn sosiaalinen merkitys koettiin tärkeänä, erityisesti koska vaikean koronavirustilanteen vuoksi kaikki kontaktit olivat vähissä. Vaikka oma osaaminen ja jaksaminen saattoivat joitakin keikkalaisia epäilyttää, heistä tuntui turvalliselta, kun tukea oli koko ajan saatavilla ja päivittäinen työmäärä oli sopivan pieni.

Lopuksi

Keikkatyöhön liittyvistä ristiriidoista huolimatta tuettu keikkatyö on yksi varteen-

otettava mahdollisuus osatyökykyisen henkilön työllistymisessä. Sitä kautta muita heikommassa työmarkkina-asemassa olevien henkilöiden on mahdollista tehdä töitä avoimilla työmarkkinoilla ja saada asianmukainen korvaus tekemästään työstä. Osatyökykyisten työllistymisen kentältä on tähän saakka puuttunut tällainen fair play -malli, jolla on mahdollista päästä kokeilemaan työmarkkinoilla toimimista.

Työnantajat ja heikossa työmarkkina-asemassa olevat henkilöt tarvitsevat apua ja neuvontaa, jotta tuettu keikkatyö onnistuu. Yhteiskunnassamme meneillään olevat työllisyyden kehittämisen uudet mallit ja keikeilut ovat keskeisiä areenoja, joilla tuettuja keikkoja voi kokeilla ja toimintakäytänteitä kehittää edelleen.

Ulla Vehkaperä, lehtori, TtM, Metropolia AMK

Jennie Nyman, lehtori, Master of Medical Science in Occupational Therapy, Metropolia AMK



Esimerkki keikasta: Arkistointia Metropoliaassa

Ennen keikkaa

Työn tilaaja: Metropolia tarjoaa arkistointityötä ja kuvaa työtehtävän WorkPilots -alustalla; Työohjeet, kesto, ajankohta ja sijainti.

Keikkatyöntekijä: Klubitalon jäsen on valmistautunut keikkatöihin käymällä työhönvalmennuksessa (ryhmä- ja/tai yksilömuotoinen), osallistunut mahdollisiin kurseihin ja tehnyt oman profiilin WorkPilots -alustalle. Jäsen saa tarvittaessa tukea työvalmentajalta keikan hakemisessa.

Työvalmentaja, joka työskentelee Klubitalolla, on tukenut jäseniä ja tehnyt yhteistyötä Metropolian kanssa, jotta työtehtävä on sopiva tuetuksi keikaksi ja työohjeet ovat selkeät. Hän tukee ja kannustaa jäseniä keikkatyöhön. Hän on yhdessä jäsenen kanssa arvioinut, että kyseinen keikkatyö voisi sopia hänelle. Tarvittaessa työvalmentaja auttaa jäsentä työtehtävän hakemisessa.

Keikan aikana

Työn tilaaja: Metropolian opiskelijat ottavat keikkatyöntekijän vastaan ja ohjaa työn alkuun. Opiskelijat ja arkiston työntekijä on käytettävissä kysymyksiä varten koko keikan ajan.

Keikkatyöntekijä saapuu paikalle ja suorittaa tehtävän sovitusti ja ohjeiden mukaan. Hän tietää keneltä pyytää apua tarvittaessa.

Työvalmentaja: Metropolian opiskelijat toimivat tässä tapauksessa työvalmentajan roolissa, taustalla oli saatavilla tukea myös Klubitalolta/Puuttuva pala -hankkeelta, jos olisi tarvinnut.

Keikan jälkeen

Työn tilaaja: Antaa palautetta keikkatyöntekijälle heti keikan jälkeen ja WorkPilots -alustan kautta. Keikkatyöntekijän palautteen jälkeen maksaa keikasta palkkion WorkPilots -alustan kautta.

Keikkatyöntekijä ottaa palautteen vastaan ja hyödyntää sitä tulevia keikkoja varten. Tähän hän saa tukea myös työvalmentajalta. Hän arvioi yhdessä valmentajan kanssa miten keikka meni ja miten on hyvä edetä. Hän antaa palautetta työstä WorkPilots -alustan kautta.

Työvalmentaja: Metropolian opiskelijat toimivat tässä tapauksessa työvalmentajan roolissa, taustalla oli saatavilla tukea myös Klubitalolta ja Puuttuva Pala -hankkeelta. Opiskelijat kävivät työtehtävää läpi keikkalaisen kanssa keskustelemalla ja hyödyntämällä Työtaitokortteja.



Kuva 1. Esimerkki Metropolia Ammattikorkeakoulussa toteutetusta tuetusta keikkatyöstä.

Lähteet

- Björklund L, Kyröläinen A, Hilli P (2020) Osatyökykyisten työllistymisen edistäminen yhteiskunnallisen hyödyn mallinnus. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Halonen J, Pihlava J (2020) Työtehtävän ominaispiirteiden arviointi, AWC-FI. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisuja. OIVA-sarja 17. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Hedman L, Ikonen J, Leemann L, Koskela T, Martelin T, Solin P, Tamminen N, Parikka S (2021) Osallisuuden kokemus ja positiivinen mielenterveys työmarkkina-aseman ja kotitalouden rakenteen mukaan. FinSote 2019-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kokkinen L (toim.) (2020) Hyvinvointia työstä 2030-luvulla – Skenaarioita suomalaisen työelämän kehityksestä. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kostilainen H, Lindberg J (2021) Inklusiivisen työllistymisen menestystekijöitä. Teoksessa J Helminen (toim.) Strategia siivittämässä tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa. Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 6, 163–174. Diak Työelämä 21. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Kykyviisari (2021) Verkkosivusto osoitteessa: <https://sivusto.kykyviisari.fi/>
- Pietilä N, Vehkaperä U (2020) Tuettu keikkatyö varmistaa osatyökykyisen osallisuuden. Teoksessa M Elomaa-Krapu, A Vuojärvi, R Wallin (toim.) Hyvinvointi ja terveys poikkeusoloissa. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Puuttuva Pala (2021) Verkkosivusto osoitteessa: <https://puuttuvapala.metropolia.fi>
- Rainio H, Appelqvist-Schmidlechner K (2019) IPS – Sijoita ja valmenna! -toimintamallin soveltamisen mahdollisuudet Suomessa. THL työpäpaperi 23, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Sandqvist J (2008) Assessment of Work Characteristics, AWC, Version 1.1. Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier, Linköpings universitet.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2019) Kaikki mukaan työelämään. Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) -kärkihankkeen tuloksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 25. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2021) Selvitys osatyökykyisten Suomen mallista. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 8. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Vamlas (2021) Esteetön rekrytointi. Verkkosivusto osoitteessa: <http://esteeetonrekrytointi.fi/sopivat-tehtavat/>
- Vilppola J (2021) Toimijat, Taistelijat, Tapahtaneet. Koulutus- ja työtoimijuus mielenterveyskuntoutujien elämäkerrannoissa. Väitöskirja. Turun yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.
- WorkPilots (2021) Verkkosivusto osoitteessa: <https://workpilots.fi/>
- Åkerblad L, Haapakoski K (2020) Työnantajayhteistyö ammatillisessa kuntoutuksessa ja tuetussa työllistymisessä. Integroiva kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus 43, 3, 20–33.

KUNTOUTUS–LEHTI DIGIAIKAAN!

Kuntoutus-lehden yli 40-vuotisessa historiassa tapahtuu merkittävä uudistus: lehti ilmestyy numerosta 1/2021 alkaen verkkojulkaisuna Journal.fi-palvelussa, jota ylläpitää Tieteellisten seurain valtuuskunta. Samalla lehti luopuu painetusta lehdestä keskittyen verkkojulkaisun kehittämiseen. Päätaavoite on modernin, korkeatasoisen tieteellis-ammattillisen julkaisun jatkuminen.

Kuntoutus-lehden tilaajat saavat uusien numeroiden sähköisiin artikkeleihin luku-oikeuden. Verkkolehti avautuu entiseen tapaan kaikille vapaasti luettavaksi vuoden kuluttua ilmestymisestään. Lehti löytyy osoitteesta <https://journal.fi/kuntoutus>.

Kiinnostavia sähköisiä lukuhetkiä!

Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys Kutke ry.

KUNTOUTUS–LEHTI VUONNA 2021

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2021 tuttuun tapaan neljänä numerona – nyt digitaalisesti. Sisältö säilyy ennallaan, samoin tilauskäytännöt ja tilaushinnat. Ainoastaan maksullisten ilmoitusten julkaisemisesta lehti luopuu.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!

kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi

Ilmestymisaikataulu 2021

Nro	Ilmestyy
3 teema	viikolla 41
4 teema	viikolla 50

Kuntoutus 3 | 2021 | 44 vuosikerta
ISSN 0357-2390 (painettu), iSSn2489-7604 (verkkopainatus)

Kuntoutus

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

**Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti TAI
tilaukset, osoitteen muutokset ja peruutukset:
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh.0404397183**

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Yhteisötilaukset 300 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhistys
Kutke ry