

Kuntoutuks

2017

1

Vertaistoiminnan muodot ja merkitys
päihde- ja mielenterveysjärjestöissä

Sydänkuntoutus ja
erikoissairaanhoidon palvelujen
käyttö

Kelan työkyvyttömyyseläkkeiden
hylkäykset ja niiden
vakuutuspiirikohtainen vaihtelu



SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

SOILE KUITUNEN Kuntoutusta uusiksi?	3
--	---

TIETEELLINEN ARTIKKELI

PÄIVI RISSANEN JA SARI JURVANSUU Vertaistoiminnan muodot ja merkitys päihde- ja mielenterveysjärjestöissä	5
--	---

JUHANI JULKUNEN, TUULA LEHIKONEN, MILA GUSTAVSSON-LILIUS JA HANNU VANHANEN Sydänkuntoutus ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö	18
---	----

KATSAUS

VILLE VILLBERG Palkkatyö työhönvalmennuksen tavoitteena kehitysvammaisilla työnhakijoilla	32
--	----

RIITTA HUURINAINEN Kelan työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset ja niiden vakuutuspiirikohtainen vaihtelu	38
---	----

ARI VEHMAS, ULLA RAILIO, EIJA VIUKARI, PIRKKO MÄKELÄ-PUSA JA JULIA ANTTILAINEN Työtä vailla olevien terveystarkastukset päämäärätietoisesti ja moniammatillisesti yhteistyötä tehden	44
--	----

KOULUTUSESITTELY

AILA PIKKARAINEN, MIRJA IMMONEN JA SANNA SIHVONEN Monialaista yhteistyötä ja syventävää osaamista kuntoutusalan erikoistumiskoulutuksilla	51
--	----

KIRJAESITTELY

LAURA SARKKI Materiaalipankki aivovauriokuntoutukseen	58
--	----

KUNTOUTUKSESSA TAPAHTUU	61
-------------------------	----

Aikakauslehtien Liiton jäsen

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

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

KUNTOUTUSTA UUSIKSI?

PÄÄKIRJOITUS

SOILE KUITUNEN

Kuntoutus on osa hyvinvointipalvelujärjestelmää. Sillä on kiinteät yhteydet sosiaaliturvaan, ihmisten elantoon ja toimeentuloon. Kuntoutus on myös tulevaisuussuunnittelua. Kuntoutuspäätöksiä tehtäessä tehdään aina päätöksiä myös kuntoutuksen elannosta, tulevaisuudesta ja tulevaisuuden näkymistä. Siitä, mikä on toivottua ja tavoittelemisen arvoista, mikä taas epätoivottavaa.

Kuntoutusjärjestelmässä on valtaa, rahaa, erilaisia päätöksentekorakenteita. A-klinikkasäätiön Olavi Kaukonen kuvasi oivaltavasti Kuntoutusverkoston (KUV) kokouksessa 2.2.2017 kuntoutusta systematisena rakenteena ja sen uudistamisen haastetta. Kaukonen mukaan päihdekuntoutuksessa isoin siilo ei kulje työttömän ja työllisen välillä – kuten ehkä tapahtuu isossa kuvassa. Monet päihdekuntoutujista ovat ”hyväosaisia”, heidän ongelmanaan ei ole syrjäytyminen eikä aina työttömyyskään.

Päihdekuntoutujien kuntoutusjärjestelmä on repaleinen, mutta osa siitä toimii nykyisellään hyvin kuntoutujaa ajatellen. Järjestelmän yhdenmukaistaminen ja yksikanavainen rahoitus voisi tarkoittaa päihdekuntoutujille myös heikennyksiä. Pätee vanha viisaus: jos se toimii edes jotenkuten, älä korjaa.

Mitä kuntoutusjärjestelmälle sitten pitäisi tehdä? Kuntoutuskomitean asettamispäätöksessä todetaan, että ”tavoitteena on yhdenvertainen, kustannustehokas ja ohjattava järjestelmä, jolla tuetaan ja vahvistetaan kuntoutujan arjessa, työssä ja opiskelussa pärjäämistä, kotona asumista ja aktiivista osallistumista sekä pidennetään työuria”.

Miten kuntoutukseen käytettävät kaksi miljardia euroa ja työllisyydenhoitoon käytettävät kuusi miljardia euroa voitaisiin käyttää tehokkaammin ja vaikuttavammin? Mikä on komitean toimeksiannossa mainittu valtakunnallisesti ja alueellisesti ohjattu ja koordinoitu järjestelmä? Edellyttääkö se yksikanavaista rahoitusjärjestelmää? Onko, kuten Olavi Kaukonen toteaa, repaleisuudessa omat vahvuutensa, kunhan eri rahoittajilla ja palveluiden järjestäjillä on riittävän yhdenmukaiset tavoitteet?

Blogissani ”Kuntoutuksen kuumat perunat” (www.kuntoutusportti.fi) nostin esille kysymyksiä, jotka näen relevantteina kuntoutusjärjestelmää uudistettaessa. Aiemman kuntakokemukseni perusteella näen isona huolena sen, että kuntoutus on tulevassa maakunta- ja sote-rakenteessa ”kaikkiialla, ja juuri siksi ei juuri missään”.

Olen samaa mieltä myös Olavi Kaukonen kanssa siitä, että jos järjestelmä toimii joillekin ja joiltakin osin, ei näitä toimivia osia pitäisi hukata. Tällaisia kohtuullisen hyvin toimivia osia ovat mielestäni ai-

nakin Kela, sen järjestämä kuntoutus sekä tutkimus- ja kehittämistoiminta. Vaikka Kelan kuntoutuspalveluiden standardit ovat tiukkoja ja aiheuttavat aika ajoin harmaita hiuksia palvelutuottajille, niiden avulla on voitu turvata tasalaatuisuutta ja tasavertaisuutta palveluissa eri puolilla Suomea oleville kuntoutujille. Kelan tutkimus- ja kehittämisrahoitus on mahdollistanut korkeatasoista tutkimustyötä ja edistänyt uusien vaikuttavampien kuntoutusmuotojen käyttöönottoa.

Myös RAY:n avustusosaston seuraajan STEAn rooli kuntoutuksessa on iso sen rahoittaessa ja tukiessa järjestöjä niiden kuntoutustoiminnassa. Järjestöt toimivat juuri siellä, minne julkisen palvelujärjestäjän kynnet eivät yllä ja minne raha ei tunnu riittävän. Järjestöillä on jäsenistönsä kautta valtava kokemusasiantuntijuuden voimavara. Niissä kuntoutuksen kehittäminen on ketterää ja käytäntölähtöistä, arkeen nivoutuvaa sekä välittömiä tuloksia ja hyvinvointia tuottavaa.

Iso hyvinvointiyhteiskunnan perusteisiin menevä kysymyksensä liittyy työeläkeyhtiöiden ja vakuutus pohjaisen järjestelmän ja toisaalta valtio- ja verorahoitteen järjestelmän väliseen dynamiikkaan. Joidenkin asiantuntijoiden mielestä Suomea ollaan kovaa kyytiä viemässä kohti vakuutus pohjaista järjestelmää – muun muassa työterveyshuoltoa koskevan erillisratkaisun nojalla. Työeläkeyhtiöillä on isot resurssit ja valta kuntoutuksessa. Onko niiden yhteiskuntavastuuta syytä kasvat-
taa, erityisesti työttömien työhön kuntoutumisessa?

On selvää, että kuntoutusjärjestelmän uudistaminen on kytköksissä koko yhteiskunnan ja hyvinvointipalvelujärjestelmän isoihin kysymyksiin. Nämä ovat kuumia perunoita, jotka herättävät poltetta ja aikaansaavat myös isoja jakolinjoja.

Soile Kuitunen, VTT,

toimitusjohtaja, Kuntoutussäätiö

VERTAISTOIMINNAN MUODOT JA MERKITYS PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSJÄRJESTÖISSÄ

Johdanto

Vertaistoiminnan voi sanoa alkaneen Yhdysvalloissa vuonna 1935 perustetuista Anonymien Alkoholistien AA-ryhmistä (Arminen 1998; Laimio & Karnell 2010, 9), vaikka vertaistukea on hyödynnetty skitsofreniaa sairastavien hoidossa jo 1920-luvulla (Davidson ym. 1999, 167). Suomessa A-klinikoiden asiakkaiden 1960-luvulla aloittamaa A-kiltatoimintaa voidaan pitää sosiaalihuollon asiakastoiminnan edelläkävijänä (Rajala 2008). Mielenterveyskuntoutujien vertaistukeen alettiin kiinnittää huomiota vasta 1990-luvun lama-aikana (Lehtinen 1997, 39). Toiminta alkoi Mielenterveyden keskusliiton oma-apuprojektista (Vuorinen & Helasti 1997, 8) ja klubitaloliikkeestä.

Vertaistuki on usein yhdistysten organisoimaa toimintaa, jolloin ne tarjoavat tilat sekä koulutusta ja tukea vertaisille. Toiseksi vertaistuki voi olla kansalaislähtöistä ja omaehtoista toimintaa ilman taustayhteisöä. Kolmanneksi se voi olla osa julkisen sektorin tai yhdistyksen tuottamia palveluja, jolloin vertaistuki kuuluu asiakkaan hoito- tai kuntoutusprosessiin. Vertaistukea toteutetaan erilaisissa ympäristöissä: kahdenkeskisenä tukena, toiminnallisissa ryhmissä, avoimissa kohtaamispaikoissa, verkkovertaistukena ja ryhmätoimintana vertaisryhmissä, joissa ohjaajana voi olla vertainen, ammattilainen tai vertais-ammattilaistyöpäri. (Huuskonen 2015.) Tämän kaltaista vertaistukea voi kutsua henkilökohtaiseksi auttamiseksi tai tukemiseksi. Vertaistuki voi toteutua myös välillisenä, jolloin vertainen tukee toisia

kuntoutujia tai toipujia osallistumalla yhdistyksen toiminnan tai palvelujärjestelmän kehittämiseen. (Rissanen 2015.)

Tutkimuksen käsitteet ja teoreettinen tausta

Laajasti määriteltynä vertaistuella voidaan tarkoittaa kaikkea inhimillistä vuorovaikutusta ja omasta elämäntilanteesta keskustelemista (Nylund 1996, 194). Tässä artikkelissa käsitämme vertaistuen organisoiduksi toiminnaksi, jossa samanlaisissa tilanteissa olevat tai samantyyppisistä ongelmista kärsivät jakavat kokemuksiaan (Nylund 1996, 194; Arminen 1998). Vertaistuen taustalla on ihmisten sosiaalisuus, tarve vuorovaikutukseen ja yhteisöön kuulumiseen (Laimio & Karnell 2010, 9).

Vertaistuen ominaisuuksia ovat kyky ymmärtää toisia kokemuksellisuuden kautta (Arminen 1998, 11; Hietala 2013, 294), erityinen yhteys ihmisten välillä (Rissanen 2015) sekä vastavuoroinen tukeminen (Koskisuus & Narumo 2004, 19; Muurinaho 2001, 16). Vertaistuen tarve liitetään tilanteisiin, joissa ystävien, sukulaisten tai ammattiauttajien antama tuki ja apu eivät riitä, koska heiltä puuttuu oma-kohtainen kokemus (Nylund 1999, 116).

Potilas- ja vammaisjärjestöissä vertaistuen arvoja ovat tasavertaisuus, tasa-arvoisuus, molemminpuolisuus, omaehtoisuus, aktiivisuus ja vapaaehtoisuus (Campbell 1996, 220; Nylund 1996, 193–194; Hokkanen 2014, 25). Arvot konkretisoituvat vertaistoiminnan lähtökohdissa, kuten ajatuksessa siitä, että jokai-

sella on jotain annettavaa. Ryhmäläiset antavat ja saavat tukea samaan aikaan eli he auttavat yhtä aikaa itseään sekä toisia. (Mikkonen 1996, 225; Nylund 1996, 193–194, 204; Arminen 1998, 203–205; Kangas 2003; Koskisuus & Narumo 2004, 21.) Toinen vertaistuen lähtökohdista liittyy omaehtoisuuteen: ainoastaan yksilö itse voi muuttaa elämänsä suuntaa ja ajattelutapoja (Mikkonen 1996, 225; Nylund 1996, 193–194, 204; Arminen 1998, 203–205; Kangas 2003; Koskisuus & Narumo 2004, 21). Vertaisryhmissä ei myöskään arvoteta eikä arvostella itseä eikä toisia (Kulmala 2004, 237–238).

Vertaisryhmät ovat merkittäviä psyykkisesti sairastuneille, koska sairastumisesta seuraa usein sosiaalisia menetyksiä, eristäytymistä, yksinäisyyttä, häpeää, syyllisyyttä, ympäristön kielteisiä asenteita sekä heikentyneitä mahdollisuuksia kuulua yhteisöihin (Hietala-Paalasmaa & Vuorela 2004, 30; Savukoski 2008; Mikkonen 2009, 149). Sama stigma ja sosiaaliset menetykset koskevat myös ihmisiä, joilla on päihdeongelma. Vertaistuen avulla on mahdollista vastata näihin menetyksiin. Näyttää tosin siltä, että vertaistuen piiriin hakeutuvat todennäköisemmin ne, joilla jo on sosiaalista pääomaa (Hokkanen 2014, 26).

Vertaisuus on mielenterveysyhdistysten toiminnan ydin, aatteellinen perusta ja keskeinen arvo (Hietala-Paalasmaa & Vuorela 2004, 35–36; Kaskela ym. 2014). Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineistoon perustuvan tutkimuksen (Kaskela ym. 2014) mukaan mielenterveyshoidon kynnyksellä¹ olleiden ihmisten järjestöosallistumisessa korostuu halu saada apua ja vertaistukea omaan elämäntilanteeseen ja auttaa muita sekä tarve kuulua ryhmään. He osallistuivat järjestötoimintaan yhtä usein kuin muu väestö. Tarve osallistua mielenterveysyhdistysten toimintaan nousee myös palveluiden riittämättömyydestä ja palvelujärjestelmän pirstaleisuudesta. Mieli 2009 -ohjelman väliarvioinnin mukaan mielenterveyspalvelujärjestelmä on vaikeasti hahmotettava ja hajanainen (STM 2012). Liisa Hokkanen (2014, 66) toteaa tutki-

muksessaan mielenterveysjärjestöjen aktiivitoimijoista myös, että kynnys hakea ammatillisapua mielenterveysongelmiin on korkea, ja vertaistuella täydentynyt lähipiiri on usein ensisijainen avun ja tuen lähde. Päihdehoidon kynnyksellä olevat puolestaan osallistuvat yhdistystoimintaan muuta väestöä harvemmin (Kaskela ym. 2014), ja toimintaan osallistujien määrä on päihdejärjestöissä pienempi kuin muissa sosiaali- ja terveysjärjestöissä (Siltaniemi ym. 2011, 151).

Yksilöiden ja yhteisöjen omaehtoisen avun merkityksen on ennustettu kasvavan, kun vastuuta hyvinvoinnista siirretään julkiselta sektorilta vertaisyhteisöille ja yksilöille. Kehitykseen on viitattu muun muassa tee-se-itse -yhteiskunnan ja vertaistukiyhteiskunnan käsitteillä (esim. Leppo & Perälä 2015). Vertaistoiminnalla oli keskeinen rooli myös kansallisessa Mieli 2009 -suunnitelmassa, jonka tavoitteisiin kuului vertaisten ottaminen mukaan mielen-terveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Nämä ajankohtaiset keskustelut korostavat tarvetta tutkia yhdistysten organisoiman vertaistoiminnan toteuttamistapoja, mahdollisuuksia ja haasteita.

Aineisto ja menetelmät

Artikkelissa tarkastelemme päihde- ja mielenterveysyhdistysten vertaistoimintaa sekä organisaation että toimijoiden itsensä näkökulmasta. Tutkimuskysymyksiksi nousivat:

- 1) Millainen vertaistoiminnan merkitys on päihde- ja mielenterveysjärjestöissä?
- 2) Mitkä tekijät motivoivat vertaisia osallistumaan vertaistoimintaan?
- 3) Missä määrin vertaiset kokevat uupumisen ja väsymisen tunteita toimiessaan vertaisina?
- 4) Millaisia tarpeita ja konkreettisia toimia järjestöissä on vertaisten tukemiseksi?

Tutkimusaineisto on kerätty osana Raha-automaattiyhdistyksen tukemaa Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelmaa (MIPA-hanke) (ks. <http://www.a-klinikka.fi/tietopuu/jarjestotutkimusohjelma>). MIPA on

¹ Hoidon kynnyksellä olemisen määrittelystä ks. Kaskela ym. 2014, 2

kymmenen päihde- ja mielenterveysjärjestön (A-Kiltojen liitto ry, EHYT ry, Irti Huumeista ry, Mielenterveyden keskusliitto ry, FinFami-Uusimaa ry, Sininauhaliitto, Suomen Mielen-terveysseura, Tukikohta ry, A-klinikkasäätiö, Kuntoutussäätiö) sekä Diakonia-ammattikor-keakoulun yhteinen tutkimushanke, jonka puiteissa tuotetaan tietoa muun muassa jär-jestöjen toiminnasta sekä vertaisuudesta.

Artikkelin aineisto koostuu kahdesta ky-selystä. Järjestötoiminnan kysely lähetettiin keväällä 2016 päihde- ja mielenterveysken-tällä toimivien paikallisyhdistysten toimin-nanjohtajille tai hallituksen puheenjohtajille. Se sisälsi kysymyksiä toiminnan eri osa-alu-eista, mukaan lukien vertaistoiminta. Kyse-ly lähetettiin 432 paikallisyhdistykselle (227 päihdeyhdistykselle ja 205 mielenterveysyh-distykselle). Vastauksia saatiin 209 paikallis-yhdistykseltä (vastausprosentti 48). Aineis-tosta karsittiin toimijat, jotka eivät harjoita aktiivista järjestötoimintaa tai jotka palaut-tivat tyhjän kyselylomakkeen. Lopullinen aineisto koostuu 87 päihde- ja 100 mielen-terveysyhdistyksestä. Paikallisten päihde- ja mielenterveysyhdistysten tuloksia verrataan toisiinsa. Tuloksia tarkastellaan lisäksi yhdis-tyksen perustamisvuoden ja toiminta-alueen asukasluvun mukaan. Valtakunnallisten jär-jestöjen pieni määrä ei mahdollistanut niiden tarkastelua taustamuuttujien mukaan.

Muuttujien jakaumat on esitetty taulukos-sa 1. Toiminta-alueen asukasluku selvitettiin kysymyksellä ”Kuinka paljon asukkaita toi-mialueellanne on?” (min=300, max=630 000, ka=60998, med=22 000). Perustamisvuotta kysyttiin seuraavasti: ”Minä vuonna yhdistyk-senne on perustettu?” (min=1946, max=2112, ka=1990, med=1993). Vastajaat ilmoittivat itse yhdistyksensä toiminta-alueen asukaslu-vun ja perustamisvuoden. Yhdistykset jaoteltiin kolmeen yhtä suureen luokkaan yhdistyk-sen toiminta-alueen asukasluvun ja perusta-misvuoden mukaan. Vertaistoiminnan merki-tystä kysyttiin kysymyksellä ”Millainen mer-kitys vertaistoiminnalla on yhdistyksessä?” Vastausvaihtoehdot olivat: 0 = ei koske yhdistystämme, 1 = pieni merkitys, 2 = koh-talainen merkitys, 3 = suuri merkitys. (min=0,

Taulukko 1. Järjestökyselyssä käytettyjen muuttu-jien jakaumat.

Vertaistoiminnan merkitys	
ei koske yhdistystä	5 % (n=8)
pieni merkitys	6 % (n=11)
kohtalainen merkitys	22 % (n=39)
suuri merkitys	67 % (n=119)
Toimintapaikkakunnan asukasluku	
alle 10 000	33 % (n=43)
10 0001-50 000	38 % (n=50)
yli 50 000	29 % (n=39)
Yhdistyksen perustamisvuosi	
ennen vuotta 1986	34 % (n=61)
1986-1999	42 % (n=75)
2000-luvulla	24 % (n=44)
Vertaistoiminnan muodot	
vertaistukiryhmät	59 % (n=111)
toiminnallinen vertaisuus	50 % (n=94)
internet-välitteinen vertaisuus	18 % (n=33)

max=3, ka=2,52, med=3). Koska valtaosa vas-tasi ”suuri merkitys”, yhdistettiin tilastollisten tarkastelujen mahdollistamiseksi muut luokat kuvaamaan vertaistoiminnan pientä merki-tystä. Vertaistoiminnan muotoja selvitettiin kysymyksellä ”Mitkä seuraavista ovat yhdis-tyksenne toimintamuotoja?” (vertaistukiryh-mät, toiminnallinen vertaisuus, internet-vä-litteinen vertaisuus).

Täydentävää tietoa kerättiin vertaisille ja työntekijöille kohdistetulla vertaistoiminnan kyselyllä, jossa kartoitettiin toiminnan sisäl-töä, merkitystä yksilöille ja yhdistyksen toi-minnalle, vertaisten roolia sekä uupumisen tuntemuksia. Linkki sähköiseen kyselyyn jaetiin tutkimusohjelmaan kuuluvien yhdistys-ten yhteyshenkilöiden (n=10) kautta. Vasta-uksia saatiin 61 työntekijältä ja 77 vertaiselta. Kyselyn vastausprosenttia ei voi arvioida, koska kyseessä ei ole otantatutkimus. Kyse-lyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja ano-nyymiä. Osa yhdistyksistä on hyvin pieniä, jo-ten anonymiteetin varmistamiseksi ja vastaa-miseen rohkaisemiseksi vastaajilta ei kysytty taustayhdistyksen nimeä. Näin ollen tulosten analysoimisessa ei erotella valtakunnallisten järjestöjen ja paikallisyhdistysten vastauksia. Jatkossa käytämme selkeyden vuoksi käsitet-tä järjestö.

Kyselyyn vastanneista vertaisista 76 prosenttia toimi mielenterveysalan järjestöissä, 42 prosenttia päihdealan järjestöissä ja 7 prosenttia omaisjärjestöissä. Työntekijöistä suurin osa (82 %) työskenteli päihdealan järjestöissä, 37 prosenttia mielenterveysalan järjestöissä ja kuusi prosenttia omaisjärjestöissä. Vastausprosentit ovat yli sata, koska vertaiset voivat toimia useassa järjestössä yhtä aikaa ja toisaalta järjestöjen toimialat voivat kattaa eri toimintamuotoja. Päällekkäisyyksien vuoksi päihde- ja mielenterveysjärjestöjen vastauksia ei vertailtu keskenään. Vertaistoiminnan kysely laadittiin yhdessä tutkimusohjelmassa mukana olevien järjestöjen vapaaehtoisista ja vertaisista kootun ryhmän (n=7) kanssa heidän tärkeinä pitämiensä teemojen pohjalta.

Kvantitatiivista aineistoa analysoitiin SPSS-ohjelmistolla käyttämällä korrelaatioita ja ristiintaulukointeja. Prosenttilukujen suuruuserojen tilastollisen merkitsevyyden testaamiseen käytettiin nelikenttien osalta Fisherin eksaktia testiä ja laajempien taulukoiden kohdalla Pearsonin khiin neliö -testiä. Vertaistoiminnan kyselystä analysoitiin lisäksi työntekijöiden ja vertaisten antamia avoimia vastauksia, joilla syvennettiin kvantitatiivisesta aineistosta nousseita teemoja. Avovastaukset teemoiteltiin aiheisiin, jotka toistuivat vastauksissa erilaisissa muodoissa, sekä arvioitiin niiden määrällinen esiintyvyys. Tutkimuksessa yhdistettiin siis kahden eri kyselyn tuottamaa sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista

aineistoa. Monimenetelmällisyydellä tavoiteltiin laajemman ymmärryksen saavuttamista järjestöjen vertaistoiminnasta kartoittamalla siihen liittyvien ilmiöiden esiintyvyyttä, sisältöjä ja merkityksiä sekä organisaation että toimijoiden itsensä näkökulmasta.

Artikkelin aluksi kartoitamme vertaisuuteen liittyviä toimintamuotoja. Sen jälkeen tarkastelemme vertaistoiminnan merkitystä päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminnassa yhdistysten johdon, työntekijöiden ja vertaisten näkökulmista. Lopuksi käsittelemme vertaisten uupumista ja tuen tarvetta sekä tukemisen keinoja.

Vertaistoiminnan muodot ja vertaisten tehtävät päihde- ja mielenterveysjärjestöissä

Järjestökyselyssä kartoitettiin vertaistoiminnan muotoja paikallisyhdistyksissä ja valtakunnallisissa järjestöissä. Tarkastelun kohteina olivat vertaistukiryhmät, toiminnallinen vertaisuus ja internet-välitteinen vertaisuus (taulukko 2).

Vertaistukiryhmiä oli 60 prosentissa aineiston päihde- ja mielenterveysyhdistyksistä, huomattavasti useammin mielenterveysyhdistyksissä (74 %) kuin päihdeyhdistyksissä (43 %). Toiminnallinen vertaisuus kuului joka toisen yhdistyksen toimintamuotoihin ja internet-välitteistä vertaistukea tarjosi vajaa viidennes paikallisyhdistyksistä. Vertaistoi-

Taulukko 2. Vertaistoiminnan muotojen jakaumat yhdistyksen tai järjestön toimialan, toimintapaikkakunnan asukasluvun ja perustamisvuoden mukaan sekä ryhmien välisten erojen merkitsevyys.

	% (n)	vertaistukiryhmät		toiminnallinen vertaisuus	
			p	% (n)	p
päihdeyhdistykset (n=86)	43 % (n=37)			56 % (n=48)	
mielenterveysyhdistykset (n=100)	74 % (n=74)	Fisherin eksakti testi; p<0,001		46 % (n=46)	Fisherin eksakti testi; p=0,105
valtakunnalliset järjestöt (n=28)	54 % (n=15)			46 % (n=13)	
yli 50 000 asukasta (n=39)	77 % (n=30)			62 % (n=24)	
10 000-50 000 asukasta (n=50)	42 % (n=21)			48 % (n=24)	
alle 10 000 asukasta (n=42)	52 % (n=22)	X ² (2)=11,111; p=0,004		53 % (n=23)	X ² (2)=1,618; p=0,445
perustettu 2000-luvulla (n=44)	55 % (n=24)			48 % (n=21)	
perustettu v. 1986-2000 (n=74)	61 % (n=45)			44 % (n=33)	
perustettu ennen vuotta 1986 (n=61)	67 % (n=41)	X ² (2)=1,754; p=0,416		64 % (n=39)	X ² (2)=5,715; p=0,057

minnan muodot erosivat yhdistyksen toiminta-alueen asukasluvun ja perustamisajankohdan mukaan. Yhteydet olivat samansuuntaisia kuin vertaistoiminnan merkityksessä, eli kaikkia toimintamuotoja oli eniten suurilla toiminta-alueilla toimivissa ja ennen vuotta 1986 perustetuissa yhdistyksissä. Erityisesti vertaistukiryhmät ja verkkovertaisuus olivat yleisempiä suurilla toiminta-alueilla. Vaikka virtuaalinen vertaisuus parantaa järjestöjen mahdollisuuksia tavoittaa syrjäseutujen ja pienempien paikkakuntien asukkaita, sen järjestäminen vaatii usein läsnäoloa järjestön toimitiloissa, joten sen keskittyminen suuriin kaupunkeihin lienee luonnollista. Toiminnallista vertaisuutta järjestettiin samoissa määrin riippumatta yhdistyksen toiminta-alueen koosta.

Joka toinen valtakunnallisista järjestöistä tarjosi ryhmätoimintaan ja toiminnallisuuteen perustuvaa vertaisuutta. Virtuaalinen vertaistoiminta kuului joka kolmannen valtakunnallisen järjestön toimintavalikkoon, ja se oli niissä yleisempää kuin paikallisyhdistyksissä.

Vertaistoiminnan muotoja, sisältöä ja vertaisten roolia tarkennettiin vertaisille ja työntekijöille suunnatun kyselyn perusteella. Toimintamuotojen monipuolisuus näkyy seuraavassa työntekijän kuvauksessa vertaisten tehtävistä:

”Osallistuvat koulutusryhmiin, joissa saavat tietoja ja taitoja vertaisena toimimi-

seen. Tekevät itsenäisesti vertaistoimintaa verkostoissaan pääasiallisina muotoina vertaistuki/keskustelu, hoitoon tai palveluihin ohjaus, hoitoon tai palveluihin saattaminen, puhtaiden pistosvälineiden vaihtaminen sekä lomakkeiden täyttämässä auttaminen (esim. Kela). Muutama vertainen kerrallaan toimii yhdessä hankkeen ryhmässä vertaisohjaajana. Vertaiset ovat myös mukana kouluttamassa. He osallistuvat seminaareihin ja verkostoihin ja ovat hankkeen ohjausryhmässä edustettuina. He osallistuvat kaksi kertaa vuodessa hankkeen väliarviointiin.” (Työntekijä 1.)

Työntekijöiden vastauksissa korostui erityisesti vertaistuen tarjoaminen ja vertaisten ryhmäohjaajarooli, johon kuului esimerkiksi kurssien vetämistä sekä toisten neuvomista ja ohjaamista käsitöissä, askartelussa tai pientuotteiden tekemisessä. Vertaiset toimivat usein konkreettisissa auttamistehtävissä, esimerkiksi saattajina kolmannen sektorin paikkoihin, tukena viranomaisasioinnissa, eläkevalmentajina ja tukikoirakkona. He kävivät myös laulamassa palvelukodeissa, vierailivat asumisyksiköissä ja osallistuivat toimintapäiviin. Lisäksi vertaiset osallistuivat järjestöjen käytännön tehtäviin. He vastasivat kahvion, päivätuvan tai kokoontumistilan toiminnasta, laittoivat ruokaa, siivosivat, avustivat tapahtumissa ja retkillä tai päivittivät verkkosivuja. Toiminnan ja tekemisen ohessa tapahtuva asioiden jakaminen ja tukijana tai kuuntelijana toimiminen tuntui kuitenkin usein vertaisen pääasialliselta tehtävältä.

”Varsinaiseksi tehtäväkseni koen ryhmäläisten tekemisen ilon kokemuksen tukemisen, viihtyisyyden ja tervetulleeksi kokemisen, mahdollisuuden kertoa kuulumisiaan ja vapaaehtoisesti halutessaan jakaa kokemuksiaan mukavan ja rentouttavan tekemisen lomassa.” (Vertainen 1.)

Vertaistuki voi olla myös kahdenkeskistä, kuten tukihenkilötoiminta, yksilökeskustelut, vertaisvastaanotot ja vertaistukipuhelimeen vastaaminen. Vertaisia toimi myös erilais-

internet-välitteinen vertaisuus

% (n)	p
22 % (n=19)	
14 % (n=14)	Fisherin eksakti testi; p=0,101
36 % (n=10)	
31 % (n=12)	
8 % (n=4)	
7 % (n=3)	$\chi^2(2)=12,066; p=0,002$
18 % (n=8)	
11 % (n=8)	
28 % (n=17)	$\chi^2(2)=6,650; p=0,036$

sa verkkoauttamisen ja -tukemisen tehtävissä. He ylläpitivät esimerkiksi vertaistukiryhmää Facebookissa tai tukivat toisia Skypen välityksellä.

Vertaiset korostivat vastauksissaan työntekijöitä enemmän toimimistaan kouluttamiseen, luennointiin ja paneeleissa esiintymiseen liittyvissä tehtävissä. Tiedottaminen ja julkisuustyö sisälsivät erilaisiin tapahtumiin osallistumista, lehtihaastatteluja, esiintymisiä sähköisissä tietopalveluissa ja Youtubesa. Vertaistoiminta toteutui usein yhteistyössä ammattilaisten kanssa, jolloin he toimivat ammattilaisen työparina ryhmänohjaajina tai osallistuivat yhteistyökokouksiin, kehittämissyöryhmiin sekä suunnittelu- ja ohjausryhmiin. Vertaistuki voi olla lähellä ammatillisia tehtäviä, jolloin vertaiset olivat työsuhteessa hanke- tai päiväkeskustyöntekijöinä. Tiedollisia valmiuksia edellyttivät myös terveysneuvonta, sosiaali- ja palveluohjaus sekä talous- ja velkaneuvonta. Lisäksi vertaiset olivat usein mukana yhdistyksen hallituksessa puheenjohtajana, sihteerinä tai jäsenenä.

Vertaistuen merkitys päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminnalle

Vertaistoiminnalla oli suuri merkitys 67 prosentille aineiston paikallisyhdistyksistä (taulukko 1). Vain kymmenesosalle merkitys oli pieni tai yhdistys ei harjoittanut vertaistoimintaa. Vertaistoiminta koettiin yhtä tärkeäksi niin

päihde- kuin mielenterveysyhdistyksissäkin ja valtakunnallisissa järjestöissä lähes yhtä tärkeäksi kuin paikallisyhdistyksissä (taulukko 3).

Vertaistoiminnan merkityksen ja yhdistyksen perustamisvuoden välillä oli khiin neliö-testin mukaan tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0,007$). Vertaisuus koettiin keskeisemmäksi toiminnan painopisteeksi ennen vuotta 1986 perustetuissa yhdistyksissä verrattuna myöhemminä vuosina perustettuihin yhdistyksiin.

Vertaistuen merkitys korostui myös järjestöjen työntekijöiden vastauksissa. He totesivat usein, että toiminta perustuu vertaisuuteen ja vertaisten työpanos on tärkeä:

”Heidän työpanoksensa on korvaamaton. Kaikki yhdistyksen toiminta perustuu vertaistukeen ja yhdessä tekemiseen.” (Työntekijä 2.)

Vertaisten ja vertaistuen merkitystä korostettiin asiakastyössä. Työntekijät painottivat vertaisten omakohtaisen kokemuksen merkitystä toisille kuntoutujille. Tämä näkyi erityisesti etsivässä työssä ja palvelujen tuottamisessa. Vertaisten eli entisten asiakkaiden osallistumisen työhön nähtiin lisäävän nykyisten asiakkaiden luottamusta ammattilaisten toimintaa kohtaan ja parantavan toiminnan uskottavuutta. Vertaisten kokemus toipumisesta on uskottavampi ja vakuuttavampi kuin ammatillaisen tietämys.

Taulukko 3. Jakaumat vertaistoiminnan merkityksestä toiminnan painopisteinä yhdistyksen tai järjestön toimialan, toimintapaikkakunnan asukasluvun ja perustamisvuoden mukaan sekä ryhmien välisten erojen merkitsevyys.

	suuri merkitys	kohtalainen/pieni merkitys tai ei koske yhdistystä	erojen tilastollinen merkitsevyys
päihdeyhdistykset (n=80)	73 % (n=58)	27 % (n=22)	Fisherin eksakti testi; $p=0,116$
mielenterveysyhdistykset (n=97)	63 % (n=61)	37 % (n=36)	
valtakunnalliset järjestöt (n=28)	65 % (n=17)	35 % (n=11)	
yli 50 000 asukasta (n=35)	74 % (n=26)	26 % (n=9)	$\chi^2(2)=2,902$; $p=0,234$
10 000-50 000 asukasta (n=47)	70 % (n=33)	30 % (n=14)	
alle 10 000 asukasta (n=42)	57 % (n=24)	43 % (n=18)	
perustettu 2000-luvulla (n=42)	64 % (n=27)	36 % (n=15)	$\chi^2(2)=10,050$; $p=0,007$
perustettu v. 1986-2000 (n=73)	58 % (n=42)	43 % (n=31)	
perustettu ennen vuotta 1986 (n=59)	83 % (n=49)	17 % (n=10)	

*”Vertaiset tavoittavat niitä käyttäjiä ka-
duilta, jotka eivät ’uskalla’ syystä tai toi-
sesta tulla itse palveluiden piiriin.” (Työn-
tekijä 3.)*

Työntekijät liittivät vertaistuen hyödyllisyyden asiakastyöhön, erityisesti vertaisten ja asiakkaiden yhteiseen kieleen sekä päihde- ja mielenterveysproblematiikan ymmärtämiseen. Vertaisen katsottiin pääsevän henkilökohtaisemmalle tasolle asiakkaan kanssa kuin ammattiauttajan. Omakohtaisen toipumiskokemuksen koettiin kannustavan toisia asiakkaita, auttavan sitoutumisessa ja tukevan toipumisprosessia. Päihdejärjestöissä asiakkaat saivat vertaisilta myös näkökulmaa päihdetörmään elämään.

”Vertaisten tuki on joillekin se suurin ja tärkein toipumisen kannalta.” (Työntekijä 4.)

Vertaisten kokemuksesta katsottiin olevan hyötyä työn, työtapojen, hoidon ja palvelujen suunnittelemisessa, arvioimisessa ja kehittämisessä entistä asiakaslähtöisemmiksi ja monipuolisemmiksi. Vertaiset voivat lisätä työn ihmisläheisyyttä ja merkityksellisyyttä sekä tuoda asioihin uutta näkökulmaa ja konkreettista apua. Vertaisten on mahdollista nostaa esiin työn epäkohtia, sillä heillä on tietoa asiakkaiden toiveista. Vertaistukea ei myöskään voi korvata ammatillisella osaamisella.

”Kun toteutamme kuntoutuksen ja sote-palveluiden yhteiskehittämistä -- [vertaisten] rooli on keskeinen, niin ammattilaisten uudenlaisen työtteen kuin kuntoutujien osallistumisen kannalta.” (Työntekijä 5.)

Työntekijät eivät löytäneet vertaistoiminnasta juurikaan haittoja tai riskejä. Haasteeksi nähtiin toiminnan perustuminen vertaisen persoonaan ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Esimerkiksi mahdollisuus ottaa ammattilaisen rooli, ilman ammatillista koulutusta, voi vaikeuttaa hoito-ohjelman toimivuutta.

Vertaistoimintaan osallistumisen motiivit

Vertaisille itselleen keskeisintä toiminnassa oli mahdollisuus auttaa toisia. Se näkyi haluna jakaa kokemustietoa ja tukea toisia samassa elämäntilanteessa olevia esimerkiksi kertomalla omista selviytymiskeinoista. Vertaisen tarina voi olla peili, johon kuntoutuja voi verrata omia kokemuksiaan.

”Haluan luoda toivoa ja auttaa toisia oman kokemukseni kautta.” (Vertainen 2.)

Auttamisen halu perustui vertaisen omaan selviämiseen, sairauden aikana koettuun avuttomuuteen ja itse saatuun vertaistukeen tai apuun vaikeassa tilanteessa. Vertaista motivoi siis halu antaa jotain takaisin niin, että joku toinen voi saada voimaa selviämiseen.

”Haluan olla tukena muille niin kuin minua on tuettu kun olen tarvinnut apua.” (Vertainen 3.)

Toiminnan motiivina voivat olla myös päinvastaiset kokemukset, jolloin vertainen haluaa antaa toisille tukea, jota ei itse aikanaan saanut. Hän voi myös toivoa voivansa toimia toisten asiakkaiden äänenä tai vaikuttaa laajemmin.

”Haluan, että jatkossa olisi apua sellaisissa asioissa, joihin apua ei ollut silloin, kun olisin itse sitä kipeästi tarvinnut.” (Vertainen 4.)

Omat sekä hyvät että huonot kokemukset ja auttamisen halu liittyivät myös tarpeeseen kehittää palveluja. Vertaiset halusivat olla mukana luomassa uusia toimintatapoja ja hoitokäytäntöjä, jotka vastaisivat paremmin asiakkaiden tarpeita. Tämä tarkoitti omien elämäkokemusten ja toipumista edistäneiden sekä sitä vaikeuttaneiden asioiden tuomista julkisiksi tai ammattilaisten ja opiskelijoiden tietoisuuteen.

”Oman raitistumisen myötä syntyi halu auttaa muita saamaan apua. Kehittä-

mään palveluita paremmiksi, jotta niistä olisi enemmän apua ja että sitä olisi helpompi saada.” (Vertainen 5.)

Auttamisessa näkyi vertaistuen vastavuoroisuus sekä sen kautta tuleva mahdollisuus kääntää omat vaikeat kokemukset voimavaraksi.

”Auttamalla toisia autamme myös itseämme.” (Vertainen 6.)

Tärkeitä tekijöitä olivat sisäiset ja omakohtaiset syyt. Vertaistoiminta tuki vertaisen omaa kuntoutumista, raittiutta, toipumista tai mielenterveyttä. Se oli terapeuttista ja eheyttävää, paransi vointia, antoi mielekästä tekemistä ja toi elämään sisältöä. Merkityksellistä oli saada positiivista palautetta. Toimintaan osallistuminen loi tunteen siitä, että on tarpeellinen; sen kautta voi määrittellä itsensä yhteiskunnan hyödylliseksi jäseneksi.

”Haluan olla hyödyllinen ja aktiivinen yhteisön ja yhteiskunnan jäsen.” (Vertainen 7.)

”Koen työn tärkeäksi ja saan siitä itse onnistumisen kokemuksia. Menneisyyden asioista avoimesti puhuminen auttaa myös itseäni, joten teen työtä myös hyvin itsekäistä syistä.” (Vertainen 8.)

Vastauksissa nousi esiin vertaistoiminnan hyödyllisyys itselle. Toiminta voi olla harrastus, palkkatyön korvike, vastine työlle tai liittyä omaan osaamisalaan. Sen kautta sai uusia ystäviä ja tekemistä vapaa-aikaan. Joillain vastaajilla tavoitteet suuntautuivat tulevaisuuteen, kuten mahdollisuuteen saada opintoihin vaadittavaa kokemusta tai työpaikka.

”Toivon tehtävän auttavan minua saamaan järjestäältä työkokemusta ja mahdollisesti työpaikan.” (Vertainen 9.)

Osalla vastaajista vertaistoimintaan osallistumisen taustalta löytyi yhteiskunnallinen orientaatio, jolloin heitä motivoi halu yhteis-

kunnalliseen vaikuttamiseen tai mahdollisuus arvojen toteuttamiseen. Toiminnan tavoitteena oli päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvien ennakkoluulojen ja stigman vähentäminen esimerkiksi arkipäiväistämällä mielen-terveyteen ja päihdeongelmiin liittyviä asioita, oman ryhmän yhteiskunnallisen aseman parantaminen sekä asenteisiin, koulutukseen ja hoitoon vaikuttaminen.

”Lisäksi arvomaailmani on muuttunut terapian ja toipumisen myötä siten, että haluan auttaa yhteiskunnan epäkohdista kärsiviä – jos ei muuten, niin nostan näitä epäkohtia «suuren yleisön» tietouteen ja tarkasteltavaksi.” (Vertainen 10.)

Vertaistoiminta koettiin kutsumustehtäväksi, joka on tarpeellista, palkitsevaa ja antoisaa, vaikka vie voimia. Se oli keino saada hyvää kiertämään.

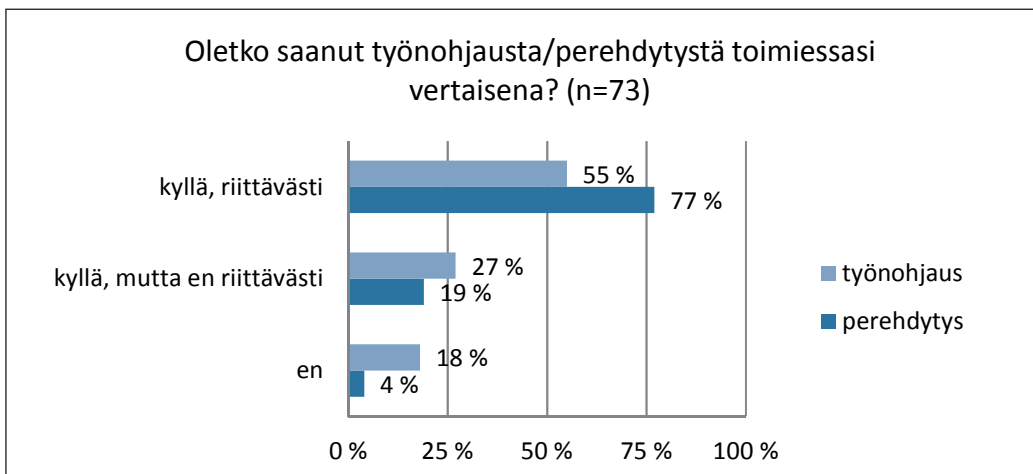
”Than on mun kutsumus juttu!” (Vertainen 11.)

Vertaisten tukeminen järjestöissä – tuen tarve ja tukitoimenpiteet

Vertaistukitoiminnassa ollaan tekemisissä monimutkaisten ilmiöiden ja ihmissuhteiden kanssa, joten vertaiset tarvitsevat tukea. Antamalla tukea voidaan varmistaa toimintaan sitoutuminen, virkistäytyminen, tehtävien mielekkyyden säilyminen ja kasvu vertaisena sekä vähentää uupumisen riskiä. (Ks. Myllymaa 2010, 87.) Seuraavaksi tarkastelemme vertaisten kokemaa uupumista ja väsymistä sekä järjestöissä käytettyjä tukitoimia.

Vertaisilta kysyttiin, olivatko he joskus uupuneet tai väsyneet liikaa toimiessaan vertaisina (vastausvaihtoehdot: ei/kyllä, kuka huomasi, saitko apua ja mistä?). Joka kolmas vertaisista oli kokenut uupumusta tai väsymystä vertaistoiminnassa. Tunteet korreloivat merkittävästi vertaisten kokemukseen siitä, että järjestö tuntui odottavan heiltä liikaa ($R=0,24$, $p=0,030$). Tosin vain joka kymmenes vastaajista koki järjestön odotukset liiallisiksi.

Noin 80 prosenttia aineiston vertaisista il-



Kuvio 1. Vertaisten kokemukset työnohjauksen ja perehdytyksen saannista ja riittävydestä.

moitti saaneensa työnohjausta. Perehdytystä tehtäviinsä vertaisena oli saanut vielä useampi vastaajista, peräti 96 prosenttia. Toisaalta reilu neljännes vastaajista oli kokenut saamansa työnohjauksen riittämättömäksi, viidennes saamansa perehdytyksen (kuvio 1). Vajaa viidennes vastanneista ei ollut saanut työnohjausta lainkaan. Riittävä työnohjaus ($R=-0,34$, $p=0,050$) ja perehdytys ($R=-0,21$, $p=0,070$) olivat yhteydessä vähäisempiin uupumisen ja väsymisen kokemuksiin. Vertais-toiminnan kyselyn avovastaukset vahvistivat osaltaan työnohjauksen merkitystä vertaisten jaksamisen tukemisessa:

”Ei kukaan huomannut, mutta itse tunnen väsymyksen. Onneksi on ollut työnohjausta. Ilman sitä olisi ollut vaikeaa ja en olisi saanut ryhmänohjauksessa tarvitsemiä työkaluja ongelmatilanteisiin.” (Vertainen 12.)

Vastaajat kuvasivat järjestössään käytössä olevia, vertaisiin kohdennettuja tukitoimenpiteitä. Joissain järjestöissä vertaisille oli nimetty oma tukihenkilö tai yhteyshenkilö tai heitä varten oli palkattu työntekijä. Erilaiset keskustelukäytännöt (kehitys- ja yksilökeskustelut, esimiehen kanssa käytävät keskustelut) joko säännönmukaisesti tai tarvittaessa olivat yleisiä.

”Keskustelut joissa huomioidaan heidän hyvinvointi, kattavat keskustelut n. 2–3 kertaa/kk.” (Työntekijä 6.)

Keskustelumahdollisuuksien lisäksi vertaisille järjestettiin säännöllisiä tapaamisia, palaverieja tai omia ryhmiä sekä annettiin työhön liittyvää tukea, kuten purkutilaisuus ryhmän jälkeen. Keskeisiä olivat myös erilaiset työn ja vastuun jakamisen menetelmät, kuten vuorottelemine tai se, ettei vertaiselle säilytetä liikaa vastuuta ryhmätoiminnoista.

On huomioitava se, että vertainen ei välttämättä rohkene tai halua ottaa väsymystään puheeksi itse. Vertaisten tukemisessa erityisen tärkeäksi nousikin jatkuva toiminnan seuranta ja arviointi, jota käydään keskustellen tai systemaattisesti työmäärää seuraten. Kommunikaatiossa tärkeäksi nousi pyrkimys avoimuuteen ja välittömyyteen sekä jatkuvaan vuoropuheluun.

”Itse olen huomannut pientä uupumista. Olen harkinnut taukoa vertaisena toimimiseen, mutta en ole sitä vielä tohtinut ehdottaa. (Vertainen 13.)

”Työmäärää seurataan vertaisten palauttamien lomakkeiden (keitä ovat tukeneet ja mitä tehneet) avulla sekä pitämällä yllä ryhmissä jatkuvaa keskustelua oman hyvinvoinnin tarkeydestä. Jos mitään uupu-

misen merkkejä on ilmassa, niihin tartutaan ja puututaan hyvin matalalla kynnyksellä.” (Työntekijä 1.)

Vastauksissa näkyi myös vertaisuuteen kuuluvat molemmipuolisuus ja vastavuoroisuus: toiset vertaiset saattoivat ottaa enemmän vastuuta, kun huomasivat jonkun uupuvan.

”Huomasin auttaneeni, myöhemmin hyvä mieli. Ja huonona päivänä sama ihminen tuki minua.” (Vertainen 6.)

Vertaisten uupumukseen oli saatu apua myös ammattiauttajilta, ohjaajilta tai järjestön ammatilaisilta. Puhuminen tai työnohjaus voi auttaa itsessään, toisaalta työntekijät voivat tarvittaessa määrätä vertaisen leppäämään. Yksittäisiä mainintoja tukimenetelmistä saivat konsultaatio, ohjausryhmä, koulutukset, virkistystilaisuudet, yhteistyö paikallisten yhdistysten kanssa koulutuksen ja työnohjauksen tiimoilta sekä mahdollisuus osallistua toiminnan arviointiin, suunnitteluun ja kehittämiseen.

Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksessa hyödynnettiin kahta aineistoa, mikä mahdollisti vertaistoiminnan tarkastelun organisaatiotasolla ja vertaisten näkökulmasta. Aineistoja yhdistämällä saatiin tietoa vertaistoiminnan yleisyydestä päihde- ja mielenterveysjärjestökentällä ja erilaisissa toimintaympäristöissä sekä vertaisuuteen liittyvistä käytännöistä. Tutkimuksessa onnistuttiin käyttämään moniaineistollisuutta niin, että siinä pystyttiin tuottamaan uutta ja merkityksellistä tietoa vertaistoiminnasta. Katsomme, että tutkimusaineisto vastasi tutkimuskysymyksiin hyvin aineiston heikkouksista huolimatta. Vertaistoiminnan kyselyn vastaajamäärät olivat suhteellisen pieniä, katoanalyysiä ei voitu tehdä ja kyselyssä käytetyt mittarit olivat karkeita. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi kuitenkin se, että vertaistoiminnan kyselyn laatimiseen osallistuneet vertaiset ohjasivat kyselyn sisältöä. Lisäksi tutkimus rajautui hankejärjestöihin ja niiden paikallisyhdistyksiin, joten tuloksia ei voi yleistää koskemaan

koko päihde- ja mielenterveysjärjestökenttää.

Tulokset vahvistavat käsitystä vertaisuuden vakiintuneesta asemasta päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminnassa (vrt. Hieta-Paalasmaa & Vuorela 2004, 35–36; Kaskela ym. 2014). Keskeistä oli vertaisten omakoh- taisten kokemusten ja sen tuoman ymmärryksen merkitys asiakkaille sekä muille kuntoutu- jille (vrt. Arminen 1998, 11; Nylund 1996, 194; Hietala 2013, 294). Vertaisuuden katsottiin luovan luottamusta ja uskottavuutta yhdis- tyksen toimintaan, mikä helpottaa esimerkiksi marginaalissa elävien ihmisten tavoittamista. Työntekijät tunnistivat vertaisuuden merkityk- sen myös oman työnsä kehittämisessä.

Tutkimuksen tuloksissa konkretisoituivat aiemmissa tutkimuksissa laaditut vertaisuuden määritelmät ja ominaisuudet, kuten vastavuoroinen tukeminen (vrt. Koskisuus & Narumo 2004, 19; Muurinaho 2001, 16) sekä sosiaalisuuden, vuorovaikutuksen ja yhteisöön kuulumisen merkitykset (vrt. Laimio & Karnell 2010, 9; Mikkonen 2009). Toiminta antaa vertaisille mahdollisuuden auttaa toisia omakoh- taisen kokemustiedon pohjalta sekä toteuttaa omia arvoja ja yhteiskunnallista orientaatiota. Vertaisena toimiminen myös tukee kuntoutu- jan tai toipujan omaa hyvinvointia. Vertaistoiminnassa korostui myös toiminnasta saatava konkreettinen hyöty. Osallistumisen motiivit liittyvät vertaisten arkeen, työhön ja vapaa- aikaan.

Keskeiseksi havainnoksi ja tulokseksi nousee työntekijöiden ja vertaisten näkemysten erilaisuus. He painottivat vertaisten tehtävien eri osa-alueita. Työntekijät korostivat vertaisten roolia järjestön sisällä auttamis- ja tukitehtävissä eli henkilökohtaisen tuen tarjoamista (vrt. Rissanen 2015). Vertaiset itse toivat voimakkaammin esiin välillistä auttamista (vrt. Rissanen 2015) eli kehittämis- ja vaikuttamistoimintaan osallistumista sekä roolia koulut- tajina, luennoitsijoina ja panelisteina eli toimimista myös järjestön ulkosuhteissa. Kyselyn tulosta tukee kahdessa mielenterveyspalvelu- ja tarjoavassa yksikössä tehty tutkimus, jossa todettiin, että suuri osa työntekijöistä ja pal- velun käyttäjistä toivoi yhteistyön lisäämistä, mutta tavat ja perusteet olivat erilaisia. Pal-

velun käyttäjät tai vertaiset toivoivat vaikutusvaltansa kasvattamista ja mahdollisuutta muuttaa toimintatapoja. Työntekijät painottivat osallistumista ja halusivat lisätä konsultaatiokäytäntöjä, eivät niinkään tasavertaista yhteistyötä. (Rutter ym. 2004, 1982.) Tulos korostaa tarvetta huomioida vertaisten oma orientaatio toiminnan sisältöjen ja tavoitteiden suunnittelussa. Palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisempään suuntaan nousi keskeiseksi vertaisten tehtäväksi sekä työntekijöiden että vertaisten itsensä näkökulmasta.

Joka kolmas tutkimukseen osallistuneista vertaisista oli kokenut tehtävässään uupumusta tai väsymystä. Tutkimukseen osallistuneiden vertaisten joukko oli pieni, joten tulosta ei voi yleistää laajasti. Jatkossa vertaisten jaksamista ja hyvinvointia tulisi tarkastella monipuolisemmilla ja tarkemmilla mittareilla kuin kyselyssä. Voidaan kuitenkin todeta, että järjestöissä on tärkeää panostaa vertaisten työhönsä, tukemiseen ja toimiin, joilla vertainen voi tarvittaessa helpottaa työmääräänsä tai vetäytyä tehtävistään. Järjestöissä olikin huomioitu vertaisten tukeminen erilaisin keinoin.

Vertaistoimintaa tarjotaan enemmän suurilla toiminta-alueilla toimivissa päihde- ja mielenterveysyhdistyksissä (vrt. Ala-Nikkola ym. 2016). Laaja väestöpohja mahdollistaa monipuoliset vertaisuuden viiteryhmit ja suurilla paikkakunnilla päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on helpompi välttää kuin pienissä yhteisöissä. Se alentaa kynnystä osallistua yhdistysten toimintaan. Olisi tärkeä mahdollistaa vertaistoiminta myös pienillä, syrjäisemmällä paikkakunnilla. Haasteeseen oli tartuttu etenkin valtakunnallisissa järjestöissä, joista kolmanneksen toimintatapoihin kuului internet-välitteinen vertaisuus. Vertaisuuden merkitys painottui ennen vuotta 1986 perustettujen yhdistysten toiminnassa. Jatkotutkimuksissa olisikin kiinnostavaa tarkastella, vastaavatko nuoremmat yhdistykset enemmän muihin nyky-yhteiskunnan muuttuneisiin tarpeisiin (esimerkiksi kehittämistoiminta, palvelutuotanto) ja mihin suuntaan vertaistoiminnan merkitys järjestöissä kehittyi.

Tulosten merkitys: Järjestöjen vertaistoiminnassa on tärkeää ottaa huomioon se, että työntekijöiden ja vertaisten käsitykset toiminnan tavoitteista ja luonteesta voivat olla erilaisia. Toisaalta esimerkiksi perheytyminen ja työhönsä ovat tärkeitä menetelmiä, kun tuetaan vertaisten jaksamista. On tärkeää järjestää yhteisiä tilaisuuksia, joissa vertaiset ja työntekijät voivat keskustella vertaistoiminnasta, sen tavoitteista ja vertaisten jaksamisesta.

Tiivistelmä

Artikkelissa tarkastellaan vertaistoimintaa päihde- ja mielenterveysjärjestöissä. Tutkimusaineisto koostuu kahdesta kyselystä. Ensimmäisessä kartoitettiin paikallisten päihde- ja mielenterveysyhdistysten (n=187) ja valtakunnallisten järjestöjen (n=28) johtajien käsityksiä vertaisuuden merkityksestä niiden toiminnassa sekä niissä tuotettavia vertaistoiminnan muotoja. Täydentävää aineistoa kerättiin järjestöjen työntekijöille (n=61) ja vertaisille (n=75) kohdistetulla kyselyllä, jossa tarkasteltiin vertaistoiminnan merkitystä, siihen liittyviä tehtäviä, vertaisten roolia ja asemaa sekä heihin kohdistuvia tukitoimenpiteitä ja tuen tarvetta.

Vertaistoiminnalla oli keskeinen merkitys päihde- ja mielenterveysjärjestökentällä. Sen painoarvo kuitenkin vaihteli. Vertaistoiminnan merkitys oli suurempi ja siihen liittyviä toimintamuotoja oli enemmän suurilla toiminta-alueilla toimivissa yhdistyksissä. Sen painoarvo korostui etenkin ennen vuotta 1986 perustetuissa yhdistyksissä.

Vertaisten rooli ja tehtävät hahmotuivat hieman eri tavoin työntekijöiden ja vertaisten itsensä näkökulmasta.

Työntekijät korostivat vertaisten roolia järjestöjen asiakastyössä ja konkreettisesti auttamis- ja tukitoiminnassa, kun taas vertaiset itse näkivät roolinsa laajemmin myös järjestön ulkosuhteissa ja yhteiskunnallisina vaikuttajina. Aineiston vertaisista kolmannes oli kokenut uupumusta tai väsymystä toimissaan vertaisena. Järjestöissä on tärkeää taata sekä vertaisten oman orientaation huomioiminen toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä että tarvittavat resurssit vertaisten tukemiseen.

Avainsanat: vertaistuki, vertaistoiminta, päihdejärjestöt, mielenterveysjärjestöt

English summary

The forms and importance of peer support in substance abuse and mental health organizations

The study examines peer support in substance abuse and mental health organizations. The study is based on two sets of data. Information on the importance and forms of peer support provided was collected by a questionnaire sent to local (n=187) and national (n=28) non-governmental organizations in the fields of substance abuse and mental health, addressed to the CEO or chairman of the board. Supplementary data on the roles and tasks of peers as well as their need for support in their own work was collected by a questionnaire sent to the personnel (n=61) and peers (n=75) in these organizations.

Peer support had a central role in both substance abuse and mental health organizations but it differed in different kinds of organizations. Peer support had a stronger emphasis and was more common in organizations operating in larger cities. Al-

so, organizations founded especially before year 1986 had a stronger element of peer support in them compared to younger organizations. The peers' roles and tasks were perceived somewhat differently by the personnel and the peers themselves. The personnel emphasized the peers' role in the organization's customer work and practical help and support related tasks, whereas the peers themselves perceived their role more broadly, including in the organizations' external relations and in advocacy work. Every third of the peers who answered the questionnaire had experienced fatigue or exhaustion in their work as a peer. The results highlight the need to consider the peer workers' own orientation and expectations in planning peer support in substance and mental health organizations, as well as the need to provide sufficient resources for supporting the peers' well-being and coping skills in their work.

Keywords: peer, peer support, NGO, substance abuse organizations, mental health organizations

Authors:

Päivi Rissanen, PhD, researcher, Finnish Central Association for Mental Health

Sari Jurvansuu, M.Soc.Sc, researcher, Finnish Association for Substance Abuse Prevention

Päivi Rissanen, VTT, tutkija, Mielenterveyden keskusliitto

Sari Jurvansuu, YTM, tutkija, Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry

Lähteet

Ala-Nikkola T, Sadeniemi M, Kaila M, Saarni S, Kontio R, Pirkola S, Joffe G, Oranta O, Wahlbeck K (2016) How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry* 16, 289. <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0992-5#Sec2> (haettu 16.12.2016)

- Arminen I (1998) *Therapeutic Interaction: A Study of Mutual Help in the Meetings of Alcoholics Anonymous*. Akateeminen väitöskirja. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 45, Helsinki.
- Campbell P (1996) *The history of the user movement in the United Kingdom*. Teoksessa Heller T, Reynolds J, Gomm R, Muston R, Pattison S (toim.) *Mental Health Matters*. Macmillan, Basingstoke, 218–225.
- Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes, J K (1999) *Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence*. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6, 2, 165–187.
- Hietala O (2013) *A-klinikan asiakaskahvilassa: etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä*. Akateeminen väitöskirja. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A. Tutkimuksia 37. Helsinki.
- Hietala-Paalasmaa O, Vuorela M (2004) *Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osallisuuden oikeutta*. *Kuntoutus* 27, 3, 29–41.
- Hokkanen L (2014) *Autetuksi tuleminen: Valtaistavan sosiaalisen asianajon edellyttämät toimijuudet*. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Lapponiensis* 278. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Huuskonen P (2015) *Vertaistuki. Vammaispalvelujen käsikirja*. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki> (haettu 11.8.2016)
- Kangas I (2003) *Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa*. Teoksessa Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U (toim.) *Sairas, potilas, omainen: Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tietolipas 189. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 73–95.
- Kaskela T, Pitkänen T, Tourunen J, Valkonen J, Härkönen J, Suvisaari J, Wahlbeck K, Kaikkonen R (2014) *Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat – ATH-tutkimuksen tuloksia*. Teoksessa Jalava J ym. *ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma*. Työpöytä 37/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 21–28.
- Koskisuus J, Narumo R (2004) *Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen mielenterveyskuntoutuksessa*. *Kuntoutus* 27, 3, 17–23.
- Kulmala A (2004) *Toiset identiteettiä rakentamassa*. *Yhteiskuntapolitiikka* 69, 3, 231–241.
- Laimio A, Karnell S (2010) *Vertaistoiminta – kokemuksesta vuorovaikutusta*. Teoksessa *Vertaistoiminta kannattaa*. Aspa-säätiö, Helsinki, 9–19.
- Lehtinen S-T (1997) *Vapaaehtoistoiminta – kasvava voimavara? Näkökulmia ammattityöhön. Omaehtoisen kehityksen julkaisuja*. Sarja B. Vapaaehtois-toiminta, 1. Kansalaisareena ry, Helsinki.
- Leppo A, Perälä R (2015) *Väsänyt vertainen tee-se-itse-hyvinvointivaltiossa*. Abstraktikirja.
- Mikkonen I (1996) *Sairastuneiden vertaisryhmät ja terveydenhuollon ammattilaiset*. Teoksessa Matthies A-L, Kotakari U, Nylund M (toim.) *Välittävät verkostot*. Vastapaino, Tampere, 217–225.
- Mikkonen I (2009) *Sairastuneen vertaistuki*. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet, no 173.
- Muurinaho J (2001) *Mielenterveyskuntoutujien oma-apuryhmät*. *Kuntoutus* 24, 2, 8–17.
- Myllymaa T (2010) *Vertaistoimijoiden jaksaminen ja työn tuki*. Teoksessa *Vertaistoiminta kannattaa*. Asumispalvelusäätiö Aspa, Helsinki, 87–93.
- Nylund M (1996) *Suomalaisia oma-apuryhmiä*. Teoksessa Matthies A-L, Kotakari U, Nylund M (toim.) *Välittävät verkostot*. Vastapaino, Tampere, 193–205.
- Nylund M (1999) *Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa*. Teoksessa Hokkanen L, Kinnunen P, Siisiäinen M (toim.) *Haastava kolmas sektori: Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki, 116–134.
- Rajala J (2008) *Selvästi parempi: A-kiltojen liitto 40 vuotta 1968–2008*. A-kiltojen liitto, Helsinki.
- Rissanen P (2015) *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. Akateeminen väitöskirja. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 88/2015. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Rutter D, Manley C, Weaver T, Crawford M, Fulop N (2004) *Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London*. *Social Science & Medicine* 58, 1973–1984.
- Savukoski M (2008) *Vapaaksi anoreksian kahleista: Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista*. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Lapponiensis* 142. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Siltaniemi A, Hakkarainen T, Luhtanen M, Perälähti A, Särkelä R, Londen P (2011) *Kansalaisbarometri: Hyvinvointi, palvelut ja osallisuus mielipiteissä*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- STM (2012) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015: Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Vuorinen M, Helasti K (1997) *Juttukeppi kiertämään – kokemuksia oma-aputoiminnasta vuosilta 1994–1997*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.

SYDÄNKUNTOUTUS JA ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUJEN KÄYTTÖ

Satunnaistettu tutkimus yli 60-vuotiaiden
sepelvaltimotautipotilaiden palvelujen käytöstä
sydäntuntoutuksen jälkeen

Johdanto

Sepelvaltimotauti on edelleen merkittävä kansanterveysongelma Suomessa, vaikka siitä aiheutuva kuolleisuus sekä ensikohtausten ilmaantuvuus ovat vähentyneet (Salomaa ym. 2014). Samalla ilmaantuvuuden painopiste on siirtynyt vanhempiin ikäluokkiin, mikä puolestaan asettaa uusia haasteita myös tuloksellisen sydäntuntoutuksen kehittämiseksi (Witt ym. 2004; Braverman 2011).

Sydäntuntoutuksen vaikutavuudesta on tehty useita katsauksia ja meta-analyysyjä. Laajassa, 47 tutkimusta sisältävässä Cochrane-katsauksessa todettiin, että liikuntaan perustuva sydäntuntoutus on vaikuttavuudeltaan tehokasta ja vähentää sekä kokonais- että sydänkuolleisuutta. Sydäntuntoutuksen avulla on voitu myös vähentää sairaalakäyntien määrää (Heran ym. 2011; Taylor ym. 2004). Lisäksi psykososiaalisesti painottuneen sydäntuntoutuksen avulla voidaan parantaa kuntoutujien elämäntapaa (Heran ym. 2011; Müller-Riemenschneider ym. 2010; Davies ym. 2010; Salminen ym. 2006).

Sydäntuntoutuksen vaikuttavuutta on perinteisesti arvioitu käyttäen vaikuttavuuden osoittimina vaaratekijöiden alenemista, kuolleisuutta, työkyvyn palautumista sekä toi-

mintakyvyn ja elämänlaadun kohenemista. Huomattavasti vähemmän on selvitetty sitä, onko sydäntuntoutuksella mahdollisesti vaikutusta myöhempään terveyspalvelujen käyttöön. Voidaan olettaa, että sydäntuntoutuksen myötä saavutettu vaaratekijöiden tason aleneminen ja toimintakyvyn paraneminen heijastuisivat myöhempään terveydenhuollon palvelujen tarpeen vähenemiseen. (Ades 2001; Chen ym. 2015.)

Aikaisempi kotimainen tutkimusnäyttö sydäntuntoutuksen ja terveyspalveluiden käytöstä

Suomessa kuntoutuksen ja terveyspalveluiden käytön yhteyttä on tietyvästi selvitetty aikaisemmin vain yhdessä tutkimuksessa (Renfors 2005). Tutkimus perustui 206 pohjoiskarjalaisen, iältään 55–75-vuotiaan sydäninfarktipotilaan otokseen. Osallistujat satunnaisesti jaettiin kolmeen ryhmään: pitkään laitostuntoutukseen, lyhyeen laitostuntoutukseen sekä oman kotipaikkakunnan terveydenhuollon tarjoamien avokuntoutuspalvelujen käyttöön. Osallistujien terveyspalvelujen käyttöä seurattiin kolmessa eri vaiheessa: infarktia edeltäneet kuusi kuukautta, sairastumisesta kuntou-

tuksen loppuarvioon (14–15 kuukautta) sekä tämän jälkeen kahden vuoden ajalta.

Tutkimuksen päätuloksena todettiin, ettei pitkä, laitosmuotoinen sydäntautien hoito vähentänyt myöhempää palvelujen tarvetta, kun sitä verrattiin lyhyeen laitoskuntoutukseen tai avokuntoutukseen. Palvelujen käyttöä selitti naisten osalta parhaiten masentunut mieliala, miesten osalta puolestaan sairauden vakavuus, jota kuvasivat NYHA-luokka ja infarktien lukumäärä. Kaikkiaan naiset käyttivät palveluja koko seurantajaksolla merkitsevästi miehiä enemmän. (Renfors 2005.)

Vaikka Renforsin (2005) selvityksessä yli puolet käyntimääristä kertyi perusterveydenhuollossa, kustannuksista 84 % syntyi erikoissairaanhoidossa. Renfors päätteli, että avokuntoutusta kalliimpaan laitoskuntoutukseen ohjaamista ei voida perustella terveydenhuollossa myöhemmin syntyvillä säästöillä. Johtopäätöksen pätevyyttä kuitenkin rajoittaa huomattavasti se, että tutkimuksessa kustannuksia laskettaessa ulkopuolelle jätettiin röntgen- ja laboratorioskannat sekä kajoavista toimenpiteistä (esim. sepelvaltimoiden ohitusleikkauksista tai pallolaajennuksista) aiheutuneet kustannukset. Artikkelissa ei myöskään raportoitu käynteihin liittyviä oire- tai syydiagnooseja. Näin ollen ei tiedetä, missä määrin käyntien taustalla on ollut muita kuin valtimotauteihin liittyviä sairauksia, joihin sydäntautien hoito ei luonnollisesti voida olettaa olevan vaikutusta. Kyseisessä ikäryhmässä monien muiden sairauksien, kuten esimerkiksi syöpien, ilmaantuvuus on kuitenkin suhteellisen yleistä (Suomen virallinen tilasto 2014).

Sydän 60+ - hankkeen seurantatutkimuksen tavoitteet

Käsillä oleva tutkimus on toinen osa RAY:n tuella vuonna 2008 käynnistettyä hanketta, jossa selvitettiin 60 vuotta täyttäneiden sepelvaltimotautipotilaiden sydäntautien hoito-ohjelman toimivuutta ja vaikuttavuutta. Tutkimuksen asetelmana käytettiin satunnaistettua, kontrolloitua hoitokoetta, jossa verrattiin interventio- ja vertailuryhmään satunnaistettuja henkilöitä.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen puolen vuoden seurantatutkimuksen tulokset osoittivat, että vertailuryhmään nähden tilastollisesti merkitsevästi suotuisampi muutos voitiin todeta interventio-ryhmäläisillä painoindeksin, LDL-kolesterolin, liikunnan harrastuksen sekä kokonaisriskipisteiden osalta. Vaaratekijöistä vain verenpaineen osalta voitiin vertailuryhmässäkin todeta tilastollisesti merkitsevä aleneminen. Suositusten mukaisia muutoksia ruokavaliossa voitiin todeta molemmissa tutkimusryhmissä, interventio-ryhmässä 44,3 % ja vertailuryhmässä 24,3 %; ero interventio-ryhmän eduksi oli tilastollisesti merkitsevä (Julkunen ym. 2012, 40).

Elämänlaadun osalta tulokset osoittivat kauden lopun tilastollisesti merkitsevää kohe- nemista interventio-ryhmässä, kun taas vertailuryhmässä muutosta ei tapahtunut. Sitä vastoin rasituskokeen avulla arvioidussa fyysisessä suorituskyvyssä tai koettujen rintakipujen määrässä ei kummassakaan tutkimusryhmässä voitu todeta merkitsevää muutosta. Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen toteutus, arviointimenetelmät sekä interventio-ohjelma on tarkemmin kuvattu hankkeen pääraportissa (Julkunen ym. 2012).

Tämän, tutkimuksen toisen vaiheen tavoitteena oli selvittää, oliko projektissa kehitetyllä, iäkkäille sydänpotilaille suunnatulla kuntoutusohjelmalla yhteyttä myöhempään erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön sekä tutkia, mitkä perussairauteen, vaaratekijöihin tai toimintakykyyn liittyvät tekijät mahdollisesti selittävät palvelujen käyttöä. Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö valittiin tulosmuuttujaksi, koska siitä aiheutuvat kustannukset ovat erityisen suuria (Purmonen ym. 2016; Renfors 2005) eikä tätä kysymystä ole aikaisemmissa tutkimuksissa erikseen selvitetty.

Menetelmät

Hankkeen ensimmäinen vaihe toteutettiin vuosina 2008–2011 yhteistyössä Helsingin ja Vantaan kaupunkien terveyskeskusten kanssa. Kuntoutujien rekrytointiin osallistui kaikkiaan 22 terveysasemaa; Helsingistä 14 ja Vantaal-

ta 8 asemaa. Tutkimuslupaa puoltavat lausunnot saatiin HUS:n eettiseltä toimikunnalta (23.4.2008) sekä Helsingin terveystieteiden keskukselta (14.5.2008) ja Vantaan kaupungilta (2.5.2008).

Tutkimuksen asetelmana käytettiin satunnaistettua, kontrolloitua hoitokoetta, jossa verrattiin kahta ryhmää (kuvio 1). Tutkimuksen asetelma ja menetelmät on kuvattu tarkemmin hankkeen pääraportissa (Julkunen ym. 2012). Potilaat, jotka täyttivät tutkimuksen seurantakriteerit sekä antoivat kirjallisen suostumuksen osallistumisestaan, saivat terveystieteiden keskukselta läheteen Kuntoutussäätiön Malminkartanon kuntoutuskeskukseen (1.9.2010 - 26.4.2013 Avire Oy).

Kuntoutussäätiössä osallistujat satunnaisesti jaettiin interventio- ja vertailuryhmään kahdeksan eri ositteen sisällä siten, että tutkimukseen tulevat jaettiin sukupuolen, iän (alle/yli 70-v.) ja asuinkunnan mukaan. Logistisista syistä vertailuryhmään valittiin osallistujia suhteessa noin 2/3.

Interventio- ja vertailuryhmään satunnaistetut osallistujat jaettiin satunnaistettuihin satunnaistettuihin interventio- ja vertailuryhmään kahdeksan eri ositteen sisällä siten, että tutkimukseen tulevat jaettiin sukupuolen, iän (alle/yli 70-v.) ja asuinkunnan mukaan. Logistisista syistä vertailuryhmään valittiin osallistujia suhteessa noin 2/3.

Interventio toteutettiin avokuntoutuksena Kuntoutussäätiön Malminkartanon kuntoutuskeskuksessa. Vuosien 2008–2011 aikana toteutettiin 16 kuntoutusryhmää; yhteen ryhmään valittiin 10–12 kuntoutujaa. Ryhmä kokoontui kerran viikossa järjestettyyn kurssipäivään yhteensä yhdeksän kertaa noin kolmen kuukauden aikana sekä yhteen seuranta-päivään kolmen kuukauden kuluttua interventiojakson päättymisestä. Intervention toteutti työryhmä, johon kuuluivat sisätautilääkäri, kuntoutuslääkäri, erikoissairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Heillä kaikilla oli useiden vuosien kokemus

sydänkuntoutuksesta ja he vastasivat pääosin tässä toteutetun, iäkkäille sydänpotilaille räätälöidyn kuntoutusinterventio sisällön suunnittelusta.

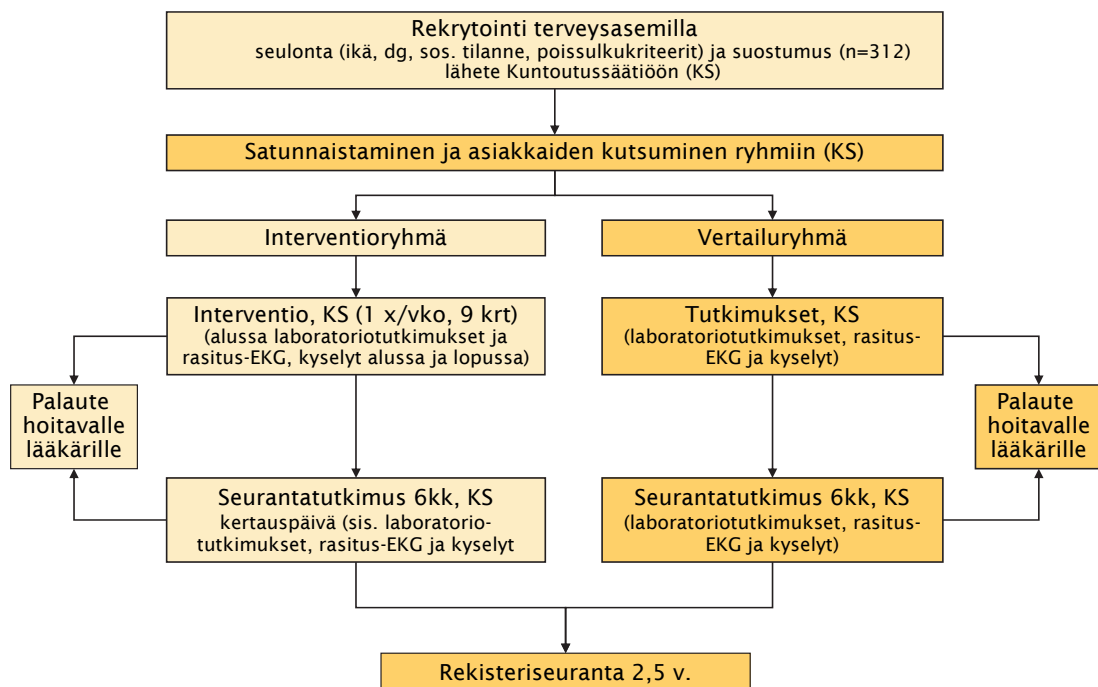
Ohjelmaan kuului ohjattua liikuntaa, rentoutusta ja neuvontaa sydänystävällisestä ravinnosta, sosiaaliturvasta sekä elintapojen vaikutuksesta sepelvaltimotautiin. Niiden kautta pyrittiin tukemaan osallistujien fyysisen suorituskyvyn kohentumista, kognitiivista vireyttä, sosiaalista osallistumista ja psyykkistä hyvinvointia. Ohjelma on yksityiskohtaisemmin kuvattu hankkeen pääraportissa (Julkunen ym. 2012). Interventio- ja vertailuryhmään satunnaistetuista (n = 192) kieltäytyi 17 (8,9 %). Ohjelmaan osallistuttiin aktiivisesti, vain neljä henkilöä (2,3 %) keskeytti ohjelman.

Vertailuryhmään satunnaistetuille suoritettiin vastaavat tutkimukset kuin kuntoutuskurssille osallistuneille, toisin sanoen sairaanhoitajan haastattelu, psyykkisen hyvinvoinnin kyselyt, laboratoriotutkimukset sekä rasiuskoe tutkimuksen alussa ja kuuden kuukauden kuluttua. Sekä osallistujille että hoitotahoille postitettiin laboratoriotutkimusten tulokset, rasiuskoe tulos ja erikoislääkärin lausunto siitä sekä kuntoutuslääkärin palaute veriarvoista ja mahdollisista lisätutkimusehdotuksista. Muutoin vertailuryhmään kuuluvia hoidettiin ja seurattiin silloisten hoitosuosittelujen ja käytännön mukaisesti.

Osallistujat

Hankkeeseen osallistujiksi ilmoittautui kaikkiaan 312 yli 59-vuotiasta sepelvaltimotautipotilasta. Heistä 286 (91,7 %) osallistui lähtötasomittauksiin ja hankkeen ensimmäiseen vaiheeseen. Näistä osallistujista 175 (61,2 %) oli satunnaistettu interventio- ja vertailuryhmään ja 111 (38,8 %) vertailuryhmään. Kaikkiaan siis 26 henkilöä (8,3 %) kieltäytyi osallistumisesta satunnaistamisen mukaiseen ohjelmaan; taustatekijöiden tai toimintakyvyn suhteen he eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi muista osallistujista (Julkunen ym. 2012).

Naisia oli 131 (45,8 %), iän keskiarvo koko ryhmässä oli 69,5 vuotta (kh = 5,77; vaihteluväli 60–88). Miehiä ja naisia verrattaes-



Kuvio 1. Tutkimuksen kulkukaavio (Julkunen ym. 2012).

sa voitiin todeta, että naisista merkittävästi suurempi osa (62,2 % vs. 14,2 % miehistä) oli yksin asuvia. Lisäksi naisten peruskoulutustaso oli jonkin verran korkeampi kuin miehillä (Julkunen ym. 2012). Tutkimusryhmien välillä ei todettu minkään taustamuuttujan suhteen merkittäviä eroja. Osallistujien rekrytointi sekä aineiston tarkemmat sosiodemografiset tiedot on esitetty hankkeen pääraportissa (Julkunen ym. 2012).

Rekisteriseurannan toteutus

Rekisteritiedot kaikkien tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen osallistuneiden erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä kerättiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Hilmo-järjestelmästä vuosilta 2009–2013. Terveystieteidenhuollon perustietolomakkeelta sekä vaativan sydänpotilaan lisätietolomakkeelta poimittiin seuraavia tietoja: hoitoon tulon syy ja tarve, diagnoosit, toimenpiteet, jatkohoito sekä tiedot laitoksiin tehtävistä avokäynneis-

tä (ns. benchmarking-tilasto). Seuranta-ajaksi määriteltiin kaksi ja puoli vuotta kunkin osallistujan kuuden kuukauden seuranta-aikaväliltä lukien. Lisäksi saatiin Tilastokeskukselta tutkimukseen osallistuneiden kuolleisuutta koskevat tiedot (kuolintaika ja -syy) vuosilta 2009–2013.

Hilmo-tietokannan tiedoista laskettiin erikoissairaanhoidon toimenpiteiden ja käyntimäärien summa, jossa otettiin huomioon laajasti tulkittujen sydän- ja verisuonitautien hoidon vuoksi tapahtuneet käynnit ja toimenpiteet. Diagnoosikategorioista otettiin tällöin huomioon ICD-10 luokituksen mukaiset koodiarvot I00–I99 sekä lisäksi diabetekseen, rytmihäiriöihin tai rintakipuihin viittaavat koodiarvot (E11, E66, R00–01 ja O6–07) ja edelleen toimenpiteinä sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset, pallolaajennukset ja sydänkuntoutus. Näin muodostettua käynti- ja toimenpidemääriä kuvaavaa summa-muuttujaa käytettiin erikoissairaanhoidon (esh) palvelujen käyttöä osoittavana tulomuuttujana.

Palvelujen käyttöä ennustavat tekijät

Kuntoutusintervention vaikuttavuuden selvittämiseksi otettiin huomioon palvelujen käyttöä mahdollisesti selittävinä taustatekijöinä ikä, sukupuoli, aikaisempi sairaushistoria, osallistujan taloudellinen tilanne sekä koulutustaso. Aiemman sairaushistorian indikaattoriksi muodostettiin kaksiluokkainen muuttujasiten, että ensimmäiseen luokkaan (1) kuuluvilla oli vain aiemmin diagnosoitu sepelvaltimotauti ja toiseen ryhmään (2) diagnosoitu sydäninfarkti ja/tai suoritettu kajoava toimenpide (sepelvaltimoiden varjoainekuvaus, ohitusleikkaus tai pallolaajennus).

Koulutustasoa kuvattiin kaksiluokkaisella muuttujalla (1 = kansakoulu/kansalaiskoulu, 2 = keskikoulu/peruskoulu tai ylioppilastutkinto). Taloudellisen tilanteen osoittimena käytettiin osallistujien itse ilmoittamia henkilökohtaisia kuukausittaisia bruttotuloja.

Lisäksi tarkasteltiin eräiden yksilökohtaisten toimintakykyä ja valtimotautien vaaratekijöitä kuvaavien lähtötasomuuttujien yhteyksiä palvelujen käyttöön. Liikapainon osoittimeksi valittiin tutkimushoitajan mittaama vyötärön ympärys. Sen lisäksi muodostettiin painoindeksiin perustuva 3-luokkainen muuttuja, jossa yli 60-vuotiaita koskevien Käypä hoito -suositusten mukaisen painoindeksialueen (24–29 kg/m²; arvo = 0) alapuolelle jääneet saivat arvon 1 ja sen ylittäneet arvon 2 (Käypä hoito -suositus 2011). Vähäisen liikunta-aktiivisuuden osoittimeksi muodostettiin alkukyselyn vastauksen perusteella kaksiluokkainen muuttuja, jossa 0-luokkaan kuuluvat ilmoittivat harrastavansa liikuntaa, joka sai aikaan hengästymistä ja hikoilua, vähintään kolme kertaa viikossa ja 1-luokkaan ne, jotka harrastivat tällaista liikuntaa harvemmin.

Vaaratekijöiden kokonaistason osoittimena käytettiin tutkimuksessa sovellettua vaaratekijöiden summa-indeksiä, jossa mukana olivat painoindeksi, tupakointi, liikunta-aktiivisuus, systolinen ja diastolinen verenpaine sekä kokonaiskolesteroli. Indeksien muodostaminen on tarkemmin kuvattu hankkeen pääraportissa (Julkunen ym. 2012).

Toimintakyvyn osoittimena käytettiin kliinisen rasisuskokeen neljän viimeisen rasisus-

minuutin työn keskiarvoa (W_{max4}). Lisäksi tarkasteltiin RAND-36 sairauteen liittyvän elämänlaatu-kyselyn (Aalto ym. 1999) tuloksista muodostettua fyysistä (QLfys) ja psyykkistä (QLpsy) toimintakykyä kuvaavia summa-
muuttujia (tarkemmin, Julkunen ym. 2012; Julkunen & Ahlström 2006). Masennusoireita arvioitiin Raitasalon (2007) modifioimalla Beck'in depressio-asteikolla.

Tilastolliset menetelmät

Tuloksia tarkasteltiin analysoimalla prosenttijakaumia, keskiarvoja sekä keskihajontoja. Alaryhmien välisiä eroja testattiin luokiteltujen muuttujien osalta khi²-testillä ja Mann-Whitney'n U-testillä sekä jatkuvien muuttujien osalta riippumattomien otosten t-testillä ja varianssianalyysillä. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Spearmanin rho-kertoimella. Palvelujen käyttömääriä ennustavia yksilökohtaisia tekijöitä analysoitiin korrelaatioiden ja multinomiaalisen logistisen regression avulla. Tutkimusaineiston tiedot analysoitiin IBM SPSS 22.0 -ohjelmistolla, logistisen regressiomallin analyysit tehtiin STATA 12 -ohjelmistolla.

Tulokset

Sydänkuntoutuksen yhteys kuolleisuuteen

Tutkimukseen osallistujista oli vuoden 2013 loppuun mennessä kuollut yhteensä 16 henkilöä (5,1 %). Seuranta-ajaksi muodostui tällöin kuolleisuuden osalta kuntoutuksen alkamisesta laskien 38–64 kk. Kuolemista 11 voitiin luokitella sydänperäisiksi ja viisi muista syistä johtuviksi, näistä neljä oli syöpäkuolemia.

Taustatekijöiden osalta voitiin todeta, että kuolleet olivat keskimäärin 4,5 vuotta vanhempia kuin elossa olevat, ero oli tilastollisesti merkitsevä (p = 0.003). Miesten kuolleisuus oli suuntaa antavasti korkeampi kuin naisten (7,1 % vs. 2,8 % vastaavasti, p = 0.086); ikävakioiduna ero oli tilastollisesti lähes merkitsevä (F (1) = 4,77, p = 0.030). Sitä vastoin tulo- ja koulutustasolla, yksin elämisellä tai asuinkunnalla ei ollut yhteyttä kuolevuuteen.

Kun edelleen tarkasteltiin aikaisemmin diagnosoituja sydäninfarkteja tai aiemmin suoritettuja kajoavia toimenpiteitä (sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset, varjoainekuvaukset tai pallolaajennukset), ei näilläkään voida todeta tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kuolleisuuteen tässä aineistossa (kaikki p-arvot > 0.200).

Kuolleista 12 oli satunnaistettu interventioryhmään ja neljä verrokkeihin. Ryhmien välinen ero (6,3 % vs. 3,3 %) ei ollut tilastollisesti merkitsevää ($p = 0.256$). Ja vaikka otettiin huomioon vain sydänperäiset kuolemat, ryhmien välinen ero oli edelleen ei-merkitsevää (4,3 % vs. 2,5 %; $p > 0.4$). Myöskään iän kontrolloiminen ei muuttanut tulosta. Pienten kuolleisuuslukujen vuoksi tarkemmat tilastolliset analyysit tältä osin eivät olleet perusteltuja.

Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö

Palvelujen käytön arvioimiseksi muodostettiin siis summamuuttuja, johon laskettiin laajasti tulkiten sydän- ja verenkiertosairauksista johtuvat käynnit tai toimenpiteet, jotka olivat toteutuneet kahden ja puolen vuoden aikana kunkin osallistujan kuuden kuukauden seurantapäivästä laskien. Näistä analyyseista jätettiin pois kaksi tapausta, jotka olivat kuolleet jo ennen rekisteriseurannan alkua.

Tulokset osoittivat, että tässä aineistossa ($N=310$) oli 139 (44,8 %) henkilöä, joilla ei ollut lainkaan rekisteriin merkittyjä erikoissairaanhoidon käyntejä tai toimenpiteitä seurantajakson aikana. Siis lähes puolet tutkimukseen osallistuneista ei ollut käyttänyt interventiota seuranneiden 2,5 vuoden aikana sydänsairauksiin liittyviä erikoissairaanhoidon palveluja. Interventioryhmässä heitä oli 87 /190 (45,8 %) ja verrokeissa 52/120 (43,3 %); tutkimusryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää ($\chi^2 = 0.179$, $df = 1$, $p = 0.670$).

Seuraavaksi verrattiin taustatekijöiden suhteen henkilöitä, jotka olivat käyttäneet esh-palveluita niihin, jotka eivät olleet käyttäneet esh-palveluita. Iän ja tulotason yhteyttä palvelujen käyttöön analysoitiin 2-suuntaisel-

la varianssianalyyysillä, jossa ryhmittelijöinä olivat luokiteltu palvelujen käyttö/ei-käyttö ja tutkimusryhmä. Tulokset osoittivat, että esh-palveluja käyttäneet olivat keskimäärin noin kaksi vuotta vanhempia (68,5 vs. 70,8 vuotta), ero oli tilastollisesti merkitsevää ($F = 9,78$, $df = 1$, $p = 0.002$). Ero oli molemmissa tutkimusryhmissä samansuuntainen eikä sukupuolen kontrolloiminen muuttanut tulosta. Tulotasolla puolestaan ei ollut merkitsevää yhteyttä tai yhdysvaikutusta palvelujen käyttöön (p -arvot > 0.300).

Luokiteltuina muuttujina tarkasteltiin vielä sukupuolen, koulutustason, sairaushistorian ja yksin asumisen mahdollisia eroja palveluja käyttäneiden ja ei käyttäneiden välillä. Suorat yhteydet olivat kaikilta osin tilastollisesti ei-merkitseviä (kaikki p -arvot > 0.200). Yhteenvetona taustatekijöistä voidaan todeta, että vain ikä erotteli merkitsevästi erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneet ei-käyttäjistä.

Palvelujen käyttömäärää selittävät yksilölliset tekijät

Kuten palveluja käyttämättömien suuren osuuden (44,8 %) perusteella voitiin odottaa, palvelujen käyttöä kuvaavan summamuuttujan jakauma osoittautui huomattavasti normaalista poikkeavaksi (vinous = 7,56) ja sen vaihteluväliksi 0–76. Verrokkien joukossa todettiin yksi huomattavasti muista poikkeava tapaus (käyntejä 76), joka päätettiin poistaa jatkoanalyyseista, jolloin vaihteluväliksi muodostui 0–26. Tämän jakauman keskiarvo oli 2,34 ($kh = 4,00$), mediaani = 1.00 sekä vinous 2,86. Palveluja käyttäneiden käyntimäärät vaihtelivat tyypillisesti yhdestä viiteen 2,5 vuoden seurantajaksoilla (41,7 %), ja vain 13,3 %:n osalta käyntejä tai toimenpiteitä oli tätä enemmän. Kaikista käynneistä kajoavien toimenpiteiden määrä oli yhteensä 11 (1,6 %), niistä kolme ohitusleikkauksia. Kuntoutusryhmään osallistuneiden ja verrokkien joukossa kajoavien toimenpiteiden tapausmäärät olivat samaa tasoa (3,7 % vs 3,4 %, vastaavasti).

Tutkimusryhmien käyntimäärien jakaumia verrattiin Mann-Whitney'n U-testillä, joka osoitti, ettei ryhmien välillä ollut merkitse-

Taulukko 1. Yksilökohtaisten tekijöiden korrelaatiot (Spearman's Rho) seurantajakson aikana kirjattujen sydänsairauksiin liittyvien erikoissairaanhoidon käyntien ja toimenpiteiden määrään miehillä ja naisilla.

	MIEHET n = 154	NAISET n = 129
Tutkimusryhmä/verrokki	-0,02	-0,04
Ikä	0,32***	0,15
Elää yksin	-0,21**	-0,08
Sairaushistoria ¹	0,11	-0,04
Riskipistesumma ²	0,04	0,20*
BMI/alle suosituksen ³	0,07	0,05
BMI/yli suosituksen ³	0,02	0,17
Vyötärön ympäryys	0,00	0,21*
Vähäinen liikunta ⁴	0,03	0,31***
Rasituskoe (W4min) ⁵	-0,42***	-0,32***
Elämänlaatu/fyysinen toimintakyky ⁶	-0,27***	-0,27**
Elämänlaatu/psykykinen toimintakyky ⁶	-0,09	-0,13
Depressiivisyys ⁷	0,12	0,05

¹Sairaushistoria ennen sepelvaltimotautia

²Painoindeksi, tupakointi, liikunta-aktiivisuus, verenpaine ja kolesteroli

³BMI/alle suosituksen; miehet n = 115, naiset n = 89, BMI/yli suosituksen; miehet n = 122, naiset n = 100

* p<.05; ** p<.01; ***p<.001

⁴Liikuntaa < 3 kertaa/vko

⁵Rasituskoe (4 rasitusmin. työn ka, W4min) miehet n = 146 ; naiset n = 122, puuttuvista tiedoista johtuen.

⁶Arvioituna RAND-asteikolla

⁷Arvioituna RBDI-depressioasteikolla

vää eroa ($p = 0.921$). Vastaavasti ei myöskään miesten ja naisten välillä ollut merkitsevää eroa palvelujen käyttömäärissä ($p = 0.822$); iän kontrolloiminen ei muuttanut tulosta. Myöskään aikaisemman sairaushistorian tai koulutustason yhteys palvelujen käyttömäärään ei ollut tilastollisesti merkitseviä (p -arvot 0.611 ja 0.283, vastaavasti).

Sen sijaan siviilisäädyn tarkastelu osoitti, että yksin elävien ja perheellisten palvelujen käyttömäärät erosivat tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0.029$). Tämän tuloksen analysointia tarkennettiin 2-suuntaisella ANOValla, jossa ryhmittelijöinä olivat kaksiluokkainen siviilisäätö ja sukupuoli sekä kovariaatteina ikä ja tutkimusryhmä. Näin tarkasteltuna sekä yksin elämisellä että sukupuolella oli merkitsevä yhteys palvelujen käyttöön (p -arvot 0.013 ja 0.032 vastaavasti), ja niiden yhdysvaikutus

oli myös merkitsevä ($p = 0.029$). Korkeimmat käyntimäärät kasautuivat yksin elävien miesten osalle (ka = 5,09, kh = 6,1), kun ne muiden kohdalla vaihtelivat välillä 1,94 (perheelliset miehet) ja 2,46 (yksin elävät naiset).

Seuraavaksi tarkasteltiin vielä eräiden vaaratekijöiden sekä toimintakykyä kuvaavien muuttujien korrelatiivisia yhteyksiä esh-palvelujen käyttöön erikseen miehillä ja naisilla; tulokset on esitetty taulukossa 1.

Taulukosta käy ilmi, että runsaampaan esh-palvelujen käyttöön korreloivat sekä miehillä että naisilla selvimmin huono fyysinen toiminta- ja suorituskky. Niiden lisäksi miehillä vain ikä ja yksin asuminen olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä käyntimäärään. Naisilla toimintakyvyn osoittimien lisäksi myös vaaratekijöistä vähäinen liikunta sekä vyötärön ympäryys korreloivat esh-palve-

Taulukko 2. Taustamuuttujien, valtimotaudin vaaratekijöiden ja elämänlaadun yhteys erikoissairaanhoidonpalveluiden määrään (mallissa 1 esh-palveluiden määrä = 1–2; mallissa 2 esh-palveluiden määrä > 3) miehillä ja naisilla multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin mukaan.

	MIEHET n = 146				NAISET n = 122			
	ESH-käyntejä 1-2		ESH-käyntejä > 3		ESH-käyntejä 1-2		ESH-käyntejä > 3	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Tutkimusryhmä/verrokki	0,60	-0,25 - 1,45	-0,33	-1,34 - 0,68	-0,47	-1,46 - 0,52	-0,42	-1,46 - 0,63
Ikä	0,04	-0,05 - 0,13	0,04	-0,06 - 0,14	0,03	-0,08 - 0,15	-0,03	-0,14 - 0,09
Elää yksin	-0,60	-1,99 - 0,80	-0,28	-1,65 - 1,08	-0,07	-1,06 - 0,91	0,21	-0,85 - 1,28
BMI/alle suosituksen ¹	0,14	-1,21 - 1,49	-0,11	-1,59 - 1,36	0,66	-0,82 - 2,13	1,52	-0,09 - 3,13
BMI/yli suosituksen ¹	0,43	-0,93 - 1,80	-0,05	-1,63 - 1,53	0,25	-1,12 - 1,63	0,09	-1,40 - 1,59
Vyötärönympäryys	0,01	-0,06 - 0,08	0,00	-0,08 - 0,08	0,03	-0,04 - 0,10	0,06	-0,02 - 0,13
Vähäinen liikunta ²	-0,85	-1,84 - 0,15	-0,78	-1,84 - 0,28	0,80	-0,26 - 1,86	1,20*	0,06 - 2,33
Rasituskoee (W4min) ³	-0,02*	-0,04 - 0,02	-0,04**	-0,06 - 0,01	0,01	-0,02 - 0,04	-0,05**	-0,09 - 0,01
Elämänlaatu/fyysinen ⁴	0,00	-0,03 - 0,02	-0,03*	-0,05 - 0,00	-0,02	-0,06 - 0,01	-0,01	-0,04 - 0,02

HUOM! Malli 1 = esh-käyntejä 1-2; Malli 2 = esh-käyntejä > 3

OR = ristitulosuhde, 95% CI = 95% luottamusväli

* p<.05; ** p<.01; ***p<.001

¹BMI/alle suosituksen; miehet n = 115, naiset n = 89, BMI/yli suosituksen; miehet n = 122, naiset n = 100

* p<.05; ** p<.01; ***p<.001

² Liikuntaa < 3 kertaa/vko

³ Rasituskoee (4 rasitusmin. työn ka, W4min) miehet n = 146 ; naiset n= 122, puuttuvista tiedoista johtuen

⁴ Arvioituna RAND-asteikolla

lujen käyttöön, ja myös tutkimuksessa sovellettu riskipistesumma oli yhteydessä suureen käyntimäärään. Merkille pantavaa on myös se, että aiemman sairaushistorian vakavuus ei ollut yhteydessä esh-palvelujen tarpeeseen.

Lopuksi tarkasteltiin esh-käyntimääriä vahvimmin ennustavien tekijöiden yhteisvaikutusta multinomiaalisen logistisen regression avulla erikseen miehillä ja naisilla. Tätä varten käyntimäärät luokiteltiin kolmeen luokkaan: 0 = ei käyntejä, 1 = 1–2 käyntiä, 3 = 3–26 käyntiä. Tulokset on esitetty taulukossa 2.

Näin analysoituna osoittautui, että esh-palvelujen käyttöä vahvimmin selittäväksi tekijäksi sekä miehillä että naisilla kiteytyi rasituskoeeella arvioitu fyysinen suorituskyky. Sen lisäksi lähes merkitsevinä tekijöinä olivat miehillä heidän itseraportoimansa fyysisen elämänlaatu ja toimintakyky sekä naisilla vähäinen liikunta (ks. taulukko 2).

Pohdinta

Erikoissairaanhoidon osuus on tuoreen selvityksen mukaan noin kolmannes terveydenhuollon kokonaismenoista, ja verenkiertoelinten sairauksien osuus näistä kustannuksista on kolmanneksi suurin (Purmonen ym. 2016). Sydänkuntoutuksen mahdollista vaikutusta näiden palvelujen käyttöön ei kuitenkaan ole aiemmin erikseen selvitetty. Tiedossamme on vain yksi kotimainen tutkimus, jossa tarkasteltiin laitospuolisen ja avokuntoutuksen yhteyksiä myöhempään terveydenhuollon palvelujen käyttöön yleensä. Siinä esitetyt tulokset viittasivat siihen, ettei laitospuolinen kuntoutus vähentänyt myöhempää terveyspalvelujen käyttöä tai kustannuksia verrattuna avokuntoutukseen (Renfors 2005). Lisäksi tuloksien luotettavuutta rajoittavat eräät johdannossa esiin nostetut seikat, kuten muiden kuin valtimotautien osuuden jättäminen huomiotta.

Käsillä olevan tutkimuksen tulosten luotettavuutta puolestaan tukevat satunnaistettu tutkimusasetelma, sosiodemografisten taustatekijöiden monipuolinen kontrollointi sekä erikoissairaanhoidon palvelujen käytön rajaaminen nimenomaan sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviin käynteihin ja toimenpiteisiin. Johtopäätöksiänsä pitävyyttä rajoittavat toisaalta suhteellisen lyhyt seuranta-aika suhteessa otoskokoon.

Tämän tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa saatiin interventoryhmässä lähes kaikkien keskeisten vaaratekijöiden (esim. veren kolesteroliarvot ja ylipaino) tasoja laskemaan tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin verrokeilla (Julkunen ym. 2012). Tällä perusteella sekä eräiden aiempien tutkimusten perusteella saattoi olettaa, että interventoryhmässä sairauden ennuste olisi suotuisampi ja vastaavasti erikoissairaanhoidon tarve vähäisempi kuin verrokeilla.

Päätulokset

Tässä saadut tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että tutkimuksessa sovelletulla kuntoutusinterventiolla ei ollut merkitsevää yhteyttä interventiota seuranneiden kahden ja puolen vuoden aikana rekisteröityjen, sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvien erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön. Kaikkiaan tämä tulos on samansuuntainen kuin Renforsin (2005) lähes vastaavan ikäisiin sydänpotilaisiin perustuneen selvityksen päätulos.

Vastemuuttujana erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö on kustannustensa vuoksi tärkeä mutta myös ankara sydäntautitieteen tuloksellisuuden kriteeri. Saattaa olla, että kahden ja puolen vuoden seuranta-aika tässä käytettävissä olleen otoksen kokoon nähden on liian lyhyt vaaratekijöiden alentamiseen fokusoidun kuntoutusintervention kuntoutuksen vaikutusten osoittamiseen. Toisaalta on mahdollista, että saavutetut suotuisat elintapamuutokset ovat hiipuneet puolen vuoden seurannan jälkeen. Toinen mahdollinen selitys voisi olla, että interventiolla saavutetut suotuisat muutokset vaaratekijöissä – vaikka olivatkin tilastollisesti merkitseviä – eivät olleet

niin suuria, että ne heijastuisivat merkitsevästi erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeeseen.

Lisäksi kiinnittää huomiota niiden henkilöiden odottamattoman suuri määrä, jolla ei rekisteritietojen mukaan ollut lainkaan sydänsairauksiin liittyviä erikoissairaanhoidon käyntejä tai toimenpiteitä. Myönteinen tulkinta tuloksista olisi se, että iäkkäätkin selpelvaltimotautipotilaat selviävät varsin hyvin nykykäytännön mukaisen hoidon ja seurannan turvin. Keskimäärin tässä aineistossa esh-käyntejä kertyi 2,34 osallistujaa kohti, mikä merkitsee noin yhtä esh-käyntiä vuodessa. Myönteistä tulkintaa tukisi myös kajoavien toimenpiteiden vähäinen määrä kahden ja puolen vuoden seurannan aikana. Jatkotutkimuksissa olisi ilmeisesti tarpeen ottaa huomioon myös perusterveydenhuollon palvelujen käyttö, kun pyritään selvittämään sydäntautitautituksen vaikutuksia kokonaisuudessaan.

Palvelujen käyttäjiä ja ei-käyttäjiä verrattaessa ei voitu todeta merkitsevää eroa sukupuolen, tulo- tai koulutustason suhteen. Sen sijaan ilmeni, että poikkeavan suuria käyntimääriä kasautui yksin eläville miehille. Tätä ryhmää on eräissä aiemmissakin selvityksissä päädytty pitämään valtimoterveystieteen kannalta riskiryhmänä (Case ym. 1992; O'Shea ym. 2002; Julkunen ym. 2012). Esimerkiksi laajaan kanadalaiseen aineistoon perustuvassa tutkimuksessa (Schmaltz ym. 2007) todettiin sydäninfarktin sairastaneiden, yksin elävien miesten riski kuolla merkitsevästi suuremmaksi kuin yksin elävien naisten tai perheellisten henkilöiden. Ei kuitenkaan tiedetä, mitkä välittävät tekijät selittäisivät tämän useassa tutkimuksessa todetun yhteyden. Kysymys voi olla epäsuotuisista elintavoista ja/tai sosiaalisen tuen vähäisyydestä ja sitä kautta vaaratekijöiden kasautumisesta.

Tässä aineistossa kuitenkin miesten yksin elämisen selitysvaiva hiipui ei-merkitseväksi, kun sitä analysoitiin yhdessä fyysisen suorituskyvyn tulosten kanssa. Suoritetussa post hoc -analyysissä kävi ilmi, että yksin elävien ja perheellisten miesten rasituskokeen tulokset erosivat erittäin merkitsevästi ($t(144) = 4,210, p < 0.001$). Naisten osalta vastaavaa eroa ei voitu todeta ($p = 0.987$).

Tämän hankkeen pääraportissa todettiin myös, että yksin elävät sekä miehet että naiset harrastivat vähemmän liikuntaa kuin perheelliset, sen sijaan perinteisten sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden suhteen ei voitu todeta merkitsevää eroja (Julkunen ym. 2012, 35). Näyttää siis siltä, että huono fyysinen suorituskyky ainakin osin selittäisi yksin elävien miesten muita runsaamman esh-palvelujen käytön. Asian tarkempi selvittäminen on kuitenkin jatkotutkimuksissa tarpeen, jotta valtimotautien ennaltaehkäisy ja kuntoutustoimenpiteet voitaisiin suunnata tuloksellisesti.

Edelleen palvelujen käyttömäärää selittävien yksilökohtaisten tekijöiden tarkastelu osoitti odotetusti, että vanhemmat potilaat käyttivät useammin erikoissairaanhoidon palveluja kuin nuoremmat. Kuten yksin elämisen, myös iän selitysvoima kuitenkin laskee ei-merkitseväksi, kun ennustemallissa oli mukana fyysisen toimintakyvyn osoittimia.

Kaikkiaan voimakkaimmin käyntimääriä selittäväksi tekijäryhmäksi osoittautuivat fyysisistä suoritus- ja toimintakykyä eri aspekteista kuvaavat muuttujat, erityisesti rasituskokeen tulos, sekä miehillä myös oma arvio terveyteen liittyvästä fyysisestä elämänlaadusta.

Vaikka keskeiset tulokset olivat sekä miehillä että naisilla varsin samansuuntaiset, korrelaatioiden tasolla voitiin havaita joitain eroja. Naisten joukossa liikunta-aktiivisuus näytti olevan jossain määrin tärkeämpi vähäiseen käyntimäärään liittyvä tekijä kuin miehillä. Lihavuuden ja muiden vaaratekijöiden merkitys näytti kuitenkin selittyvän fyysisen suorituskyvyn kautta. Renforsin (2005) tuloksista poiketen masentuneisuudella ei tässä tutkimuksessa etenäkään naisten osalta ollut yhteyttä myöhempään esh-palvelujen käyttöön. Tämä selittyy sillä, että Renfors ei tarkastellut erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä tältä kannalta. Näiden palvelusektoreiden sekä sukupuoleen mahdollisesti liittyvien erojen merkitystä on syytä selvittää tarkemmin myöhemmissä tutkimuksissa (Keeley & Driscoll 2010).

Sydänkuntoutuksen kehittäminen

Yhtenä selityksenä siihen, että kuntoutusinterventiolla ei voitu todeta merkitsevää yhteyttä myöhempään erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön, voisi tällä perusteella olla intervention tuloksettomuus fyysisen suorituskyvyn parantajana. Projektin aiemmassa raportissahan jouduttiin toteamaan, että rasiuskokeella arvioidussa fyysisessä suorituskyvyssä ei kummankaan tutkimusryhmän osalta tapahtunut juuri lainkaan muutosta. Tämän lisäksi erityisesti verrokkiryhmän miesten suorituskyky oli sekä tutkimuksen alussa että kuuden kuukauden seurannassa hivenen interventioryhmän miesten suorituskykyä parempi. (Julkunen ym. 2012.)

Aiemmassa raportissa pohdittiin myös syitä vähäisiin tuloksiin fyysisen suorituskyvyn osalta ja arveltiin, että interventioryhmien suuri koko (8–12 henkeä) sekä ryhmien suuri heterogeisuus rajoittivat merkittävästi liikuntaohjelman rasittavuuden tasoa ja monipuolisuutta. Iäkkäiden sydänpotilaiden tehokas liikunnallinen kuntoutus on parhaiten toteutettavissa selvästi pienemmissä ryhmissä, joissa osallistujien yksilölliset ominaisuudet voidaan paremmin huomioida (Hautala ym. 2016).

Myös ryhmien muodostaminen suorituskyvyn lähtötason mukaan yhtenäisemmiksi kuin tässä projektissa oli mahdollista tuottaisi todennäköisesti selemmän suorituskyvyn paranemisen. Vastaavia suosituksia ohjelmien yksilölliseksi tai ryhmäkohtaiseksi räätälöimiseksi ja suuntaamiseksi on esitetty jo pitkään (Donker 2000; Rantala & Virtanen 2008), mutta käytännössä tämän suuntainen kehitys näyttää olevan varsin hidasta (Hämäläinen & Röberg 2007; Mäkinen & Penttilä 2007a, 2007b). Kuntoutuksen käytännön ja menetelmien kehittämisen kannalta tämän tutkimuksen tulokset näyttävät korostavan fyysisen toimintakyvyn kohentamisen ja säilyttämisen merkitystä myös iäkkäämpien sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla. Vastaavan suuntaisia, sydänkuntoutuksen tehostamiseen tähtäviä suosituksia on esitetty tuoreessa suomalaisessa artikkelissa (Hautala ym. 2016).

Tulosten merkitys: Kuntoutuksen käytännön kehittämisen kannalta tämän tutkimuksen tulokset korostavat fyysisen toimintakyvyn kohentamisen ja säilyttämisen merkitystä myös iäkkäämpien sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla. Liikunnallisen kuntoutuksen tuloksellinen toteutus näyttäisi kuitenkin edellyttävän kuntoutusryhmän koon pitämistä suhteellisen pienenä, alle 10 osallistujan kokoisena. Tällöin myös ryhmien muodostaminen suorituskyvyn lähtötason mukaan yhtenäisemmiksi olisi mahdollista ja tuottaisi todennäköisesti selvemmän suorituskyvyn paranemisen. Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää selvittää sydänkuntoutuksen mahdollisia vaikutuksia paitsi erikoissairaanhoidon myös avoterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen ja käyttöön.

Tiivistelmä

Sydänkuntoutuksen vaikuttavuutta on perinteisesti arvioitu käyttäen osoittimina vaaratekijöiden alenemista, kuolleisuutta, työkyvyn palautumista sekä elämänlaadun kohenemista. Huomatavasti vähemmän on selvitetty sitä, onko sydänkuntoutuksella yhteyttä myöhempään terveyspalvelujen käyttöön.

Tämä tutkimus on toinen osa hanketta, jossa selvitettiin yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutusohjelman toimivuutta ja vaikuttavuutta satunnaistetulla, kontrolloidulla tutkimusasetelmalla. Tämän tutkimuksen toisen vaiheen tavoitteena oli selvittää iäkkäille sydänpotilaille suunnatun kuntoutusohjelman mahdollinen yhteys myöhempään erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön sekä tutkia, mitkä perussairauteen, vaa-

ratekijöihin tai toimintakykyyn liittyvät tekijät voisivat selittää palvelujen käyttöä.

Hankkeeseen osallistui kaikkiaan 312 sepelvaltimotautipotilasta, jotka oli satunnaistettu kuntoutusryhmään ja vertailuryhmään. THL:n Hilmo-tietokannasta laskettiin kahden ja puolen vuoden ajalta erikoissairaanhoidon toimenpiteiden ja käyntimäärien summa, jossa otettiin huomioon sydän- ja verisuonitautien hoidon vuoksi tapahtuneet käynnit ja toimenpiteet.

Tulokset osoittivat, että lähes puolella osallistujista (44,8 %) ei ollut lainkaan rekisteriin merkittyjä erikoissairaanhoidon käyntejä tai toimenpiteitä 2,5 vuoden seurantajakson aikana. Palveluja käyttäneiden käyntimäärät vaihtelivat yleisimmin (41,7 %) välillä 1–5/seurantajakso, ja vain 13,3 %:n osalta käyntejä tai toimenpiteitä oli tätä enemmän. Kajoavien toimenpiteiden osuus kaikista käynneistä oli vain 1,6 %.

Kuntoutusinterventioon osallistuneiden ja verrokkien välillä ei ollut eroa palvelujen käytössä. Voimakkaimmin käyntimääriä selittäväksi tekijäryhmäksi osoittautuivat fyysisistä suoritus- ja toimintakykyä kuvaavat muuttujat, erityisesti rasituskokeen tulos. Kuntoutuksen menetelmien kehittämisen kannalta tämän tutkimuksen tulokset tukevat tuoreimpia suosituksia, jotka korostavat fyysisen toimintakyvyn kohentamisen ja säilyttämisen merkitystä myös iäkkäämpien sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla.

Avainsanat: sepelvaltimotauti; sydänkuntoutus; terveyspalvelujen käyttö; ikääntyminen; fyysinen suorituskyky

Abstract

Rehabilitation of elderly coronary heart disease patients and use of special health care services. Results of a randomized, controlled trial.

Risk factor levels, mortality, and physical as well as psycho-social functioning have traditionally been used as out-come criteria for efficacy of cardiac rehabilitation. Less is known about the possible impact of cardiac rehabilitation on use of later health care services.

This report is the second part of a project where the feasibility and efficacy of an age-tailored rehabilitation program for cardiac patients over 60 years of age was evaluated. A controlled, randomized design was used. Subjects in the intervention group participated in a weekly organized, ten-day rehabilitation program. Control group participated in same assessments (including risk factor evaluation with laboratory tests and questionnaires, and exercise test), otherwise they were treated and followed-up according to usual care.

The aim of this second part of the study was to evaluate if the applied rehabilitation program had any impact on the use of special health care services during the following two and half years. And, furthermore, to investigate which disease related, risk factors and/or indicators of functional capacity might predict use of services.

Participants were 312 coronary heart disease patients (mean age 69,5 yrs, women 46,8 %) recruited from health centers in cities of Helsinki and Vantaa. For each patient, the number of visits or interventions related to vascular health, and recorded as a special health care service was calculated from the Hilmo-register, provided by the National Institute for Health and Welfare. Also, data of mortality and causes

of death were received from Statistics Finland data base.

Results showed that nearly half (44,8 %) of the participants had no registered visits or interventions in special health care because of vascular health problems. The number of visits for those who had used special health care varied usually (41,7 %) between one to five, and only for 13,3 % of participants the total number of visits exceeded five. The total number of invasive interventions was only 11, i.e., 1,6 % of all visits.

Between the two study groups there was no difference in the number of special health care visits or interventions. The most significant predictors of high number of visits were factors related to poor physical functioning, especially a low functional capacity in the clinical exercise test. Even statistically significant raw correlations of some socio-demographic factors such as old age and living alone for men with the number of visits lost their significance when analyzed together with indicators of physical functioning.

In sum, the results of this study support the recent recommendations for cardiac rehabilitation which underline the importance of promotion and maintenance of good physical functioning also among elderly coronary patients.

Key words: coronary heart disease; cardiac rehabilitation; health services; ageing; physical fitness

Juhani Julkunen, professori (emeritus), FT, Helsingin yliopisto, Kuntoutussäätiö

Tuula Lehikoinen, erikoissuunnittelija, FM, Kuntoutussäätiö

Mila Gustavsson-Lilius, terveystieteiden erikoispsykologi, PsT, Kuntoutussäätiö

Hannu Vanhanen, LKT, sisätautien erikoislääkäri, dosentti

Lähteet

- Aalto A-M, Teperi J, Aro AR (1999) Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina: Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Tutkimuksia / Stakes Research reports, 101.
- Ades PA (2001) Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 345, 892–902.
- Braverman DL (2011) Cardiac rehabilitation. A contemporary review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 90, 599–611.
- Case RB, Moss AJ, Case N, McDermott M, Eberly S (1992) Living alone after myocardial infarction: impact on prognosis. *JAMA* 267, 515–9.
- Chen HM, Liu CK, Chen HW, Shia BC, Chen M, Chung CH (2015) Efficiency of rehabilitation after acute myocardial infarction. *Kaohsiung J Med Sci* 31, 351–357.
- Davies E, Moxham T, Rees K, Singh S, Coats A, Ebrahim S, Lough F, Taylor R (2010) Exercise training for systolic heart failure: Cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 12, 706–715.
- Donker FJS (2000) Cardiac rehabilitation: A review of current developments. *Clinical Psychology Review* 20, 923–943.
- Hautala AJ, Alapappila A, Häkkinen H, Kettunen J, Laukkanen J, Meinilä L, Savonen K (2016) Sepelvaltimotautipotilaat liikunnalliseen kuntoutukseen. *Suomen Lääkärilehti* 71, 2652–2655.
- Heran BB, Chen J, Ebrahim S, Moxham T, Oldbridge N, Rees K, Thompson DR, Taylor RS (2011) Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane Library*, Issue 7.
- Hämäläinen H, Röberg M (2007) Sydänkuntoutus osana moniulotteista palveluketjua. *Suomen Lääkärilehti* 62, 3771–3775.
- Julkunen J, Ahlström R (2006) Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *J Psychosom Res* 61, 33–39.
- Julkunen J, Pietilä P, Gustavsson-Lilius M, Sala R, Sauliala T, Notkola V (2012) Yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautia sairastavien avokuntoutuksen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi (Sydän 60+). Kuntoutussäätiön Tutkimuksia. *Research Reports* 85/2012. Helsinki 2012.
- Keeley RD, Driscoll M (2010) A moderator-mediator analysis of coronary heart disease mortality. *J Psychosom Res* 69, 549–554.
- Käypä hoito -suositus (2011) Lihavuus (aikuiset): Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (Viitattu 12.1.2012). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Müller-Riemenschneider F, Meinhard C, Damm K, Vauth C, Bockelbrink A, Greiner W & Willich S (2010) Effectiveness of nonpharmacological secondary prevention of coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17, 688–700.
- Mäkinen A, Penttilä UR (2007a) Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. *Suomen Sydänliiton julkaisuja* 2007:1.
- Mäkinen A, Penttilä UR (2007b) Suomi on sepelvaltimokuntoutuksen takapajula. *Suomen Lääkärilehti* 62, 4656–4657.
- O’Shea JC, Wicox RG, Skene AM ym. (2002) Comparison of outcomes of patients with myocardial infarction when living alone versus those not living alone. *Am J Cardiol* 90, 1374–7.
- Purmonen T, Tyrväinen V, Purmonen T, Rytönen A, Kataja V (2016) Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. *Suomen Lääkärilehti* 71, 417–424.
- Raitasalo R (2007) Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. *Sosiaalija terveysturvan tutkimuksia* 86.
- Rantala M, Virtanen V (2008) Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? *Duodecim* 124, 254–60.
- Renfors T (2005) Laitoskuntoutus ei vähennä palvelujen kysyntää. *IMPAKTI* 3/2005, 16–17.
- Salminen M, Sintonen H, Vahlberg T, Isoaho R, Veronen S, Kivelä S-L (2006) Sepelvaltimotautia sairastavien iäkkäiden elämänlaatu. *Yleislääkäri*, 1, 24–26.
- Salomaa V, Havulinna AS, Koukkunen H, Kärjä-Koskenkari P, Juolevi A, Mustonen J, Ketonen M, Lehtonen A, Immonen-Räihä P, Lehto S, Airaksinen J, Kesäniemi YA, Finami- tutkimusryhmä (2014) Sepelvaltimotautitapahtumine ilmaantuvuus on

- vähentynyt ja ennuste parantunut. FINAMI-tutkimuksen tuloksia 1993–2007. Suomen Lääkärelehti 69, 31–36.
- Schmaltz HN, Southern D, Ghali WA, Jelinski SE, Parsons GA, King KM, Maxwell CJ (2007) Living alone, patient sex and mortality after acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine* 22, 572–78.
- Suomen virallinen tilasto (2014) (SVT) Kuolemansyyt [verkköjulkaisu].
ISSN=1799–5051. Liitetaulukko 1a. Kuolleet peruskuolemansyyn ja iän mukaan 2014, molemmat sukupuolet. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 24.10.2016].
- Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, ym. (2004) Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*, 116, 682–92.
- Witt BJ, Jacobsen SJ, Weston SA, Killian JM, Meverden RA, Allison TG, Reeder GS (2004) Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. *J Am College of Cardiology* 44, 988–96.

PALKKATYÖ TYÖHÖNVALMENNUKSEN TAVOITTEENA KEHITYSVAMMAISILLA TYÖNHAKIJOILLA

Tausta

Kehitysvammaisille työnhakijoille tarjottavaa työhönvalmennusta halutaan suunnata kohti palkkatyötä ja niin sanottua Individual Placement and Support (IPS) -mallia (Becker & Drake, 1994). Työhönvalmennuksen IPS-malliin viitataan monesti myös näyttöön perustuvana tuetun työllistymisen mallina (ks. taulukko 1), jonka työllistymistulokset ovat tutkimuksissa toistuvasti ylittäneet muiden palvelumuotojen tuloksen (Bond 2004). Tutkimusnäyttö perustuu tosin lähinnä yhdysvaltalaisiin mielenterveyskuntoutujilla toteutettuihin vertailututkimuksiin, eikä vastaavia tuloksia välttämättä saavuteta kehitysvammaisten ihmisten työllistymisessä. Käytännössä IPS-mallia ei yleensä myöskään noudateta sellaisenaan tutkimusten ulkopuolella (Spelkavik & Evans 2007). Esimerkiksi työn etsintä aloitetaan usein hitaammin kuin IPS-mallissa esitetään. Lisäksi jonkinlaiset arvioivat ja valmentavat jaksot nähdään usein tarpeellisina. (Spelkavik & Evans 2007.) Näin on erityisesti kehitysvammaisten työnhakijoiden kohdalla, sillä heidän kanssaan on vaikeaa käyttää tuetun työllistymisen mallin mukaisia asiakasprofiloinnin menetelmiä, kuten haastattelua, kyselyitä tai itsearviointeja (Walsh 2006). Tässä katsauksessa esitellään kehitysvammaisten työnhakijoiden yksilöarvioinnin näkökulmia palkkatyötä tavoittelevassa työhönvalmennuksessa.

Kehitysvammaisten työnhakijoiden työhönvalmennus ja työmotivaation arviointi

Nykyisellään kehitysvammaisille työnhakijoille on tarjolla työhönvalmennusta vaihtelevasti paikkakunnasta riippuen (Vesala ym. 2015). Myös sen sisällöt ja työelämätavoitteet voivat vaihdella palvelun tuottajasta riippuen. Kuntien järjestämä työhönvalmennus toteutuu useimmiten osana työtoimintojen ohjausta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Tällöin sen tavoitteeksi voidaan tapauskohtaisesti asettaa esimerkiksi pitkäjänteisyyden harjoittelu, ja asiakasta voidaan tukea palkkatyön sijasta myös kohti avotyötoimintaa. Kehitysvammaiset työnhakijat voivat periaatteessa hakeutua myös Kelan työhönvalmennukseen, jonka tavoitteena on aina palkkatyö ja jonka valintakriteerinäkin ovat asiakkaan mahdollisuudet ylittää merkittäviin lisäansioihin. Tällaisen suhteellisen vaativana pidetyn työhönvalmennuksen on kuitenkin aiemmin todettu soveltuvan melko heikosti kehitysvammaisten henkilöiden tarpeisiin (Härkäpää ym. 2013).

Kehitysvammaiset ihmiset hakeutuvat työhönvalmennukseen monista eri syistä. Suuri osa tavoittelee palkkatöihin pääsyä, mutta toiveena voi olla esimerkiksi johonkin ammattialaan tutustuminen ja joskus pelkästään toimintakeskusten välttäminen. Usein jääkin sosiaalityöntekijän tehtäväksi arvioida, missä

Taulukko 1. Keskeisiä IPS-mallin sisältöjä.

Keskittyminen avoimiin työmarkkinoihin
Palvelunkäyttäjää ei valikoida heidän ennalta arvioitun ”työllistettävyytensä” perusteella.
Työhönvalmennus toimii yhteistyössä lääkinnällisen kuntoutuksen kanssa siten, että työhönvalmentaja toimii osana hoitotiimiä.
Töiden etsintä aloitetaan nopeasti - neljän viikon sisällä palvelun aloittamisesta.
Palvelu ja töiden etsintä suunnitellaan asiakkaan omien toiveiden perusteella.
Töiden etsinnässä huomioidaan asiakkaan tuen tarpeet ja työskennellään yhteistyössä työnantajien kanssa ns. pilotyöpaikkojen löytämiseksi.
Tukea tarjotaan sekä asiakkaalle että työnantajalle niin pitkään kuin on tarpeellista.
Asiakkaalle ja työnantajalle tarjotaan asiantuntevaa tukea tarjolla olevien taloudellisten tukien hakemiseksi.

määrin kuhunkin tavoitteeseen voidaan kulloinkin panostaa. Työhönvalmennus on suhteellisen edullista palvelua, eikä asiakasvalikointiin siten kohdistu suuria taloudellisia paineita. Sen sijaan asiakkaiden tulee selvittää työskentelyssään melko itsenäisesti, eikä palvelu välttämättä sovellu esimerkiksi henkilöille, joilla on käytösongelmia.

Mikäli työhönvalmennus rajautuu jatkossa palkkatyön tavoitteluun, työnhakijan oman työelämämotivaation kartoittaminen nousee keskeiseksi haasteeksi palvelunohjauksessa. Kehitysvammaisten työnhakijoiden palkkatyömotivaation selvittäminen voi nimittäin olla huomattavan vaikeaa ilman omakohtaista kokeilemisen mahdollisuutta. Heillä ei yleensä ole tällaisten valintojen edellyttämiä käsityksiä työelämästä, työtehtävistä tai omista taidoista. Heidän työmotivaationsa saattaakin vaikuttaa häilyvältä ja lyhytjänteiseltä, mikäli sitä pyritään arvioimaan tavanomaisten haastattelun, kyselyiden tai itsearviointien avulla (Finlay & Lyons 2001; Timmons ym. 2011). Tällöin vastaukset voivat heijastella esimerkiksi oman ikäluokan kulloisiakin toiveammatteja. Kehitysvammaisille suunnattuja työmotivaation kartoittamisen menetelmiä on ylipäättään tarjolla hyvin vähän (esim. Reading-free Vocational Interest Inventory 2, ks. Becker 2000), eivätkä ne kuvaa valittavana olevia työelämäpolkuja riittävän monipuolisesti ja ymmärrettävästi tämän kohderyhmän tarpeisiin.

Palkkatyötä koskevan motivaation kartoittaminen edellyttäneesi jatkossa jonkinlaista työhönvalmennusta edeltävää työelämäjak-

soa, jotta kehitysvammaiset työnhakijat pystyvät mieltämään, millaisia työelämävaihtoehtoja he ovat itselleen valitsemassa. Aitojen, tietoon perustuvien elämänvalintojen mahdollistamiseksi tällaisessa esivalmennuksessa voidaan hyödyntää niin sanotun ”yksilökeskeisen elämänsuunnittelun” menetelmiä (Mansell & Beadle-Brown 2004). Nämä menetelmät pyrkivät pohjustamaan päätöksentekoa kuvaamalla muun muassa taustatietoja, tukiverkostoja ja elämäntilanteita visuaalisten mallien ja elämänpolkukarttojen avulla. Tällainen lähestymistapa voi olla erityisen tarpeellinen silloin, kun työllistymispyrkimykset ajoittuvat samanaikaisesti muiden kuormittavien elämäntavoitteiden kanssa. Lisäksi työnhakijan yleisempää muutosvalmiutta voidaan pyrkiä kartoittamaan selvittämällä hänen tietämystään, asennoitumistaan ja henkistä kypsyttään suhteessa tavoitteisiinsa. Mukana voi olla esimerkiksi kysymyksiä muutoksen tarpeesta, saatavilla olevasta tuesta sekä siitä, mitä henkilö on jo itse tehnyt tavoitteensa saavuttamiseksi.

Taustatiedot ja tietojen vaihto

Kehitysvammaisten ihmisten työhönvalmennus aloitetaan nykyään usein hyvin vähäisillä taustatiedoilla. Siinä tavoitellaan monesti myös itsenäistymis- ja irtautumiskehityksen tukemista, mistä syystä lähiomaisia ei välttämättä haluta käyttää taustatietojen antajina. Tässä työhön tukeminen poikkeaa huomattavasti terveydenhuollosta, jossa lähiomaisia

pidetään välttämättöminäkin tietolähteinä arjen toimintakyvyn ja taitojen kartoittamisessa. Läheiskyselyillä voidaan saavuttaa hyödyllisiä tietoja esimerkiksi kommunikaatiokeinoista, mahdollisesta poikkeavasta käyttäytymisestä tai keinoista rauhoittua ongelmatilanteissa. Näiden lisäksi läheisiltä voitaisiin kerätä listoja niistä askareista ja työtehtävistä, joista työnhakija on aiemmin kyennyt suoriutumaan itsenäisesti. Joskus läheiset saattavat nähdä työllistymistavoitteen kilpailevan muiden samanaikaisten elämäntavoitteiden kanssa. Tällöin muista tavoitteista saattaa muodostua eräänlaisia ”työllistymisvalmiuden” kriteereitä, jotka läheisten mielestä tulisi saavuttaa ennen töihin pyrkimistä. Näissä tilanteissa työnhakijan voi olla vaikeaa pitää kiinni omista tavoitteistaan.

Oppilaitokset eivät yleensä ota kantaa oppilaidensa edellytyksiin hyötyä työhönvalmennuksesta. Lisäksi mukautettuja opintotodistuksia on kritisoitu siitä, että ne eivät välitä luotettavaa tietoa varsinaisista työtaidoista (Ala-Kauhaluoma & Härkäpää 2006). Työhönvalmennuksen kannalta keskeisiksi taustatiedoiksi ovatkin osoittautuneet kuvaukset opiskelijan konkreettisesta osaamisesta ja itsenäisestä työsuoriutumisesta esimerkiksi työharjoittelujaksoilla. Tällaiset kirjaukset voivat kuitenkin olla hyvin vaihtelevia sekä työnantajasta riippuvaisia, ja niitä tulisi edelleen kehittää myös työhönvalmennuksen tarpeisiin.

IPS-mallista poiketen kehitysvammaisten työnhakijoiden työhönvalmennus ei yleensä toimi kiinteässä yhteistyössä mielenterveyskuntoutuksen tai muunkaan lääkinällisen kuntoutuksen kanssa. Usein tiedonkulku on vähäistä myös asumispalvelun kanssa. Näistä syistä kulloisiakin kuormitustekijöitä ei aina pystytä ennakoimaan riittävästi. Toisaalta muut palvelut eivät pysty tukemaan työhönvalmennusta tehokkaasti esimerkiksi stressinhallintaa harjoittamalla.

Osaamisen ja työsuoriutumisen arviointi

IPS-mallissa asiakkaalle luodaan positiivinen, työnhakua tukeva asiakasprofiili, joka

välttää ennakkoluuloista suhtautumista asiakkaan mahdollisuuksiin. Tämä asiakasprofiili luodaan yleensä lähinnä haastattelemalta (ks. esim. European Union of Supported Employment Toolkit) selvittäen työnhakijan tavoitteita ja konkreettista osaamista. Samalla pyritään yhdessä sopimaan siitä, mitä informaatiota työnhaussa pidetään relevanttina ja miten tuen tarpeista kerrotaan työnantajalle. Kehitysvammaisten työnhakijoiden kanssa näiden asioiden läpikäyminen kestää tavallista pidempään. Valmiit haastattelu- tai itsearviointimenetelmät (esim. Melba, ks. Föhres ym. 2004; WORQ, ks. Finger ym. 2014) eivät yleensä sovellu heille, ehkä joitain erikseen suunnattuja haastattelumenetelmiä lukuun ottamatta. Heillä työtaitojen kartoituksessa onkin tapana käyttää apuna muun muassa yksinkertaisia työtaitojen tarkistuslistoja. Näistä valtaosa on työhönvalmentajien itse laatimia, eikä asiakasprofilointiin ole löydetty yhtenäisiä käytäntöjä. Eräänkin kaupungin työhönvalmennuksessa laskettiin olevan käytössä yli 70 erilaista arviointimenetelmää.

IPS-mallin mukaan työhönvalmennuspalvelua ei tulisi rajoittaa työnhakijoiden taitojen perusteella. Lyhytaikaisia harjoittelujaksoja voidaan käyttää lähinnä työtaitojen ja tuen tarpeen arviointiin (European Union of Supported Employment Toolkit). Käytännössä tällaisista harjoittelujaksoista on kuitenkin muodostunut tarpeelliseksi koettu keino ohjata kehitysvammaisten asiakkaiden pääsyä varsinaiseen työhönvalmennukseen. Työn ohessa tapahtuvan havainnoinnin ajatellaan tuovan luotettavaa tietoa siitä, miten työnhakija tosiasiansa toimii ja miten hän kykenee suoriutumaan työnsä vaatimuksista. Lisäksi havainnointi voi tuoda tietoa tuen tarpeista sekä tavoista oppia uusia asioita. Kehitysvammaisten työntekijöiden toimintakyky voi riippua huomattavan paljon kulloisestakin fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä.

Joissain maissa (esimerkiksi Hollannissa ja osissa Saksaa) työhönvalmennuspalveluihin voidaan ohjautua myös yksilöarvioinnin ja testauksen pohjalta. Tällöin työskentelyn tuottavuutta voidaan arvioida esimerkiksi kokoonpanotyöhön suunniteltujen mittaus-

menetelmien avulla (Methods-time measurement). Testauksessa voidaan puolestaan hyödyntää joko standardoituja työnäytteitä (mm. Valpar Component Work Samples, ks. esim. Jackson ym. 2004) tai varsinaisia testitehtäviä. Testit voivat liittyä tiettyihin ammatteihin esimerkiksi työkalujen käytön kautta (Hand-Tool Dexterity Test, ks. Bennett 1965), jolloin saatavilla voi olla ammattialakohtaisia normeja. Kuitenkin arvioinnissa käytetään myös palveluntuottajien itse määrittämiä raja-arvoja. Tällaiseen arviointiin käytettäviä teollisuuspsykologian testistöjä pidetään yleisesti melko vanhanaikaisina (esim. Purdue Peg Board, ks. Tiffin & Asher 1948; Ruward-testi, ks. Weinert & Wehner 1981), vaikka niitä edelleen hyödynnetään myös oppilaitosten pääsykokeissa ja EU:n työllisyysprojekteissa. Työllistymismahdollisuuksien kannalta on tärkeämpää selvittää, pystyykö henkilö suoriutumaan joistain tehtävistä niille asetettujen vaatimusten puitteissa, kuin arvioida hänen suoriutumistaan suhteessa muihin. Siksi suorituskriteereihin perustuvaa testausta pidetään tuetun työllistymisen kannalta relevantimpina ja hyväksyttävämpänä kuin normitietoihin nojautavaa testausta. Tällöinkin on tärkeää varmistua siitä, että suorituskriteerit todella heijastavat joitain työn kannalta keskeisiä vaatimuksia. Esimerkiksi pelkkä hitaus ei yleensä ole ehdoton työllistymisen este, ja hitautta kompensoimaan on yleensä saatavilla palkkatukea.

Työn vaativuuden arviointi ja työn yhteensovittaminen

Työpaikan löydyttyä työhön tukemisen prosessissa edetään työn vaatimusten arviointiin ennen työn tai työkokeilun aloittamista. Tämä toteutetaan yleensä haastatteleamalla työnantajan edustajaa. Lisäksi työympäristöä ja työn tekemistä voidaan havainnoida, ja työhönvalmentaja voi myös itse kokeilla työn tekemistä. Näiden tietojen pohjalta työhönvalmentaja luo kuvauksen työn eri osatehtävistä. Yksinkertaisimmillaan kuvaus muistuttaa laajennettua tavallista tehtävänkuvausta.

Työn vaativuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuna myös arviointimenetelmiä,

joiden perusteella työn vaatimukset pyritään purkamaan tiettyihin osatekijöihin (esim. Melba ja keskeneräiseksi jäänyt EU-hanke UEmploy, ks. UEmploy European Report). Tällaiset menetelmät voivat olla erittäin aikaa vieviä, eivätkä ne välttämättä huomioi nykyaikaisten työtehtävien vaatimuksia. Esimerkiksi Melbarviointimenetelmän on tarkoitus parantaa kommunikaatiota eri tahojen (työhönvalmentajan, työntekijän, työnantajan sekä palvelun tilaajan) välillä, mutta sen sisältämällä termitillä on selvästi arkikielestä poikkeavia merkityksiä. Tästä syystä sen käyttäminen edellyttää kouluttautunutta työhönvalmentajaa, joka toimii tulkkina eri osapuolten ja Melban välillä. Melbasta löytyy vastaava vaatimusteikkokko myös työntekijän työsuoriutumisen erittelyyn. Siten molempien asteikkojen vertaaminen mahdollistaa työn ja työntekijän yhteensovittamisen. Kehitysvammaisten työntekijöiden työsuoriutumisesta ei voida kuitenkaan arvioida pelkkään haastatteluun perustuen, vaan se tulisi tehdä ensisijassa havainnoimalla – mieluiten useiden päivien aikana. Muun muassa näistä syistä Melban käyttö ei olekaan vakiintunut heidän työsuoriutumisen arvioinnin välineeksi.

Palkkatyösuhteeseen tähdätessä työsuoriutumiselle tulisi ihannetilanteessa asettaa jo ennalta jonkinlaiset tuottavuustavoitteet. Tämä selkiyttäisi työkokeilujen järjestämistä, kun työssä suoriutumista voitaisiin alusta pitäen verrata tiettyyn tavoitetasoon. Etenkään kehitysvammaisten työntekijöiden kohdalla näin ei kuitenkaan yleensä tapahdu, vaan suoriutumista arvioidaan epämääräisemmin ja yleensä vasta työelämäjakson päättyessä. Jakson aikana työnantajilta saatava palaute on usein hyvin niukkaa tai suoriutumisen hyviä puolia painottavaa. Kriittisempi palaute saattaa tulla esiin vasta jakson päättyessä, kun keskustellaan mahdollisen työsuhteen muodostamisesta. Työelämäjaksojen arvioinnissa käytetään monesti erilaisia palaute-lomakkeita, joissa arvioidaan etenkin yleistä työkäyttäytymistä. Työsuoriutumista ei yleensä verrata mihinkään ulkopuolisiin kriteereihin, vaan arviota voidaan pyytää esimerkiksi asteikolla 1–5. Tämä vaikeuttaa asiakkaan ko-

konaistilanteen hahmottamista, sillä palautteen antajilla on taipumus skaalata asteikkoa kohteesta riippuen. Objektivisempi kuva työnhakijan työsuorittumisesta olisi kuitenkin tarpeen työhönvalmennuksen jatkosuunnittelemiseksi. Yksi esimerkki tällaisesta arviointimenetelmästä on Taidoista työpoluiksi -projektissa (RAY 2013–2017) luotu Työsuorittumisprofiili (www.taidoistatyopoluiksi.fi). Siinä työnantaja pyydetään vertaamaan työsuorittumista hänen palkkatyölle asettamiinsa vähimmäisvaatimuksiin. Pidemmällä seurantaajalla Työsuorittumisprofiilia voi käyttää myös erilaisten työtehtävien soveltuvuuden vertailuun sekä tarvittavan tuen määrän arviointiin.

Työhönvalmennuksen tulokset ja vaikuttavuus

Osatyökykyisten työhönvalmennukselle ei ole Euroopassa yleensä asetettu tiettyjä työllistymistavoitteita (Spjelkavik & Evans 2007). Sen sijaan palvelun tuloksellisuuden seurannassa on käytetty esimerkiksi elämänlaadun arvioinnin menetelmiä (Kelan palveluissa WHOQOL-BREF) tai palveluntuottajan itse laatimia toimintakyvyn arvioinnin menetelmiä, kuten The Samhall-Method (<https://samhall.se/>). Palvelunkäyttäjien omien tavoitteiden toteutumista on Suomessa seurattu lähinnä Kelan työhönvalmennuksessa (GAS-menetelmällä). Projektien ja muiden interventioiden vaikuttavuuden arviointiin on kehitteillä yksilötason muutoksia kartoittava Kykyviisari (<https://www.ttl.fi/tutkimushanke/kykyviisari-arvioi-tyotoimintakykysi/>). Kaikkien tällaisten yksilötason vaikutusten seuraaminen perustuu asiakkaiden tekemiin itsearviointeihin, ja niiden soveltaminen kehitysvammaisille työnhakijoille vaatii erityistä perehtyneisyyttä.

Työnhakijan kognition ja yleisen toimintakyvyn tiedetään ennustavan työhönvalmennuksen tuloksellisuutta sekä vaikuttavan tarvittavaan tuen määrään työhönvalmennuksessa (ks. esim. Su ym. 2008). Tällaisten tietojen keräämistä on pidetty tuetun työllistymisen filosofian vastaisena, mutta palveluiden kilpailutus tulee jatkossa lisäämään tarvetta toimintakykytiedon keräämiseen. Työhön-

valmennus tulee mitoittaa asiakkaiden tarpeen perusteella ja sen tulosten arviointi tulee suhteuttaa käyttäjien toimintakykyyn. Myös palvelunkäyttäjät itse tarvitsevat tietoa palveluiden tuloksellisuudesta valintojensa perusteeksi.

Lopuksi

Kehitysvammaisille työnhakijoille tarjotaan siis nykyisellään melko avointa, yksilövalmennukseen keskittyvää työhönvalmennusta, jossa ei aina tavoitella varsinaista työllistymistä. Palkkatyötavoitteen myötä työelämätaavoitteiden kirkastaminen ja valintojen tekeminen tulevat nousemaan entistä keskeisemmäksi osaksi työhönvalmennusprosessia. Tällöin työelämäjaksojen tavoitteita voidaan terävöittää. Kun työkokeilujen mittapuuksi otetaan alusta alkaen palkkatyön vaatimukset, tarvittavat mukautukset ja uudelleenjärjestelyt voidaan todeta nopeasti jo työkokeilun aikana. Haasteellisissa tilanteissa työkäyttäytymistä voidaan arvioida esimerkiksi videointien avulla. Joskus voi olla tarpeen palata myös taitojen harjoitteluun. Tiukasti katsoen tällainen palvelu ei enää kuuluisi varsinaiseen työhönvalmennukseen vaan johonkin sitä edeltävään mutta työelämään tähtäävään palveluun. Työhön tukemisen kokonaisuutta ajatellen onkin hyvä muistaa, että kokonaisten työnkuvien harjoittelu vie kehitysvammaisilla työntekijöillä monesti vähintään useita kuukausia.

Tulosten merkitys: Katsauksen sisältöjä voidaan käyttää kehitysvammaisten ihmisten työllistymistä tukevien palveluiden suunnittelussa. Esiteltäviä arvioinnin näkökulmia voidaan hyödyntää sekä palvelunohjauksessa että käytännön työhönvalmennuksessa.

Avainsanat: tuettu työllistyminen, työllistymisedellytysten arviointi, työhönvalmennus

Ville Villberg, PsM, psykologi, erityisasiantuntija, Taidoista työpoluiksi -projekti, Rinnekoti-Säätiö

Lähteet

- Ala-Kauhaluoma M, Härkäpää K (2006) Yksityinen palvelusektori heikossa työmarkkina-asemassa olevien työllistäjänä. Työpoliittinen tutkimus 312, Työministeriö, Helsinki.
- Becker MDR, Drake RE (1994) Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community mental health journal* 30, 2, 193–206.
- Becker RL (2000) Reading-free Vocational Interest Inventory 2: Manual. Elbern Publications.
- Bennett GK (1965) Hand-tool dexterity test. Psychological Corporation.
- Bond GR (2004) Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric rehabilitation journal* 27, 4, 345.
- European Union of Supported Employment Toolkit. Education and Culture DG. Lifelong Learning Programme. <http://www.euse.org/content/supported-employment-toolkit/EUSE-Toolkit-2010.pdf> (haettu 11.1.2017).
- Finger ME, Escorpizo R, Bostan C, De Bie R (2014) Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation* 24, 3, 498–510.
- Finlay WM, Lyons E (2001) Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological assessment* 13, 3, 319.
- Föhres F, Kleffmann A, Sturz A, Weinmann S (2004) Käsikirjat I, II ja III Melban käyttö, 6. uusittu painos. Durkhaus Kay GmbH, Lich Saks. Suomensosiaalisen lasten ja nuorten tukisäätiö, 2004.
- Härkäpää K, Harkko J, Lehikoinen T (2013) Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 128. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Jackson M, Harkess J, Ellis J (2004) Reporting patients' work abilities: how the use of standardised work assessments improved clinical practice in Fife. *The British Journal of Occupational Therapy* 67, 3, 129–132.
- Mansell J, Beadle-Brown J (2004) Person-centred planning or person-centred action? Policy and practice in intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17, 1, 1–9.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2014) Sosiaalihuollon työelämäosallisuutta tukevan lainsäädännön ja palvelujärjestelmän uudistamistarpeita arvioivan työryhmän loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2014:32.
- Spjelkavik Ø, Evans MJ (2007) Impression of supported employment. A study of some European Supported Employment Services and their activities. Oslo: Work Research Institute.
- Su CY, Lin YH, Wu YY, Chen CC (2008) The role of cognition and adaptive behavior in employment of people with mental retardation. *Research in developmental disabilities* 29, 1, 83–95.
- Tiffin J, Asher EJ (1948) The Purdue Pegboard: norms and studies of reliability and validity. *Journal of applied psychology* 32, 3, 234.
- Timmons JC, Hall AC, Bose J, Wolfe A, Winsor J (2011) Choosing employment: Factors that impact employment decisions for individuals with intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities* 49, 4, 285–299.
- UEmploy European Report. European Contexts for Vocational Integration: Disability and Employment. Saatavilla: http://www.eden-online.org/nap_elgg/mod/file/download.php?file_guid=2734
- Vesala HT, Klem S, Ahlström M (2015) Kehitysvammaisten ihmisten työllisyystilanne 2013–2014. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Walsh PN (2006) Assessment and employment of people with intellectual disabilities. *Assessing Adults with Intellectual Disabilities: A Service Providers' Guide*, 138–151.
- Weinert C, Wehner T (1981) Struktur- und dimensionalanalytische Betrachtungen des psychomotorischen Inventars von "Ruward": Untersucht an vier Gruppen dysmelter Jugendlicher und einer Kontrollgruppe. *Diagnostica*.

KELAN TYÖKYVYTTÖMYYSSELÄKKEIDEN HYLKÄYKSET

Mitkä syyt ovat yhteydessä hylkäykseen ja hylkäysosuuksien vaihteluun vakuutuspiireittäin?

Kelan työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysosuudet ovat viime vuosina koko ajan pikkuhiljaa kasvaneet. Hylkäysosuudet myös vaihtelevat vakuutuspiireittäin. Tein lisensiaattitutkielmani Kelan työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäyksistä ja niiden vakuutuspiirikohtaisesta vaihtelusta. Aineistona minulla olivat kaikki vuoden 2014 aikana Kelalta uuden työkyvyttömyyseläkepääätöksen saaneet henkilöt. Hylkäysosuuksien vaihtelu oli tuolloin voimassa olevan vakuutuspiirijaon mukaisesti Pohjois-Karjalan 35 prosentista Keski-Uudenmaan 44 prosenttiin. Tutkimukseni oli kvalitatiivinen rekisteritutkimus, ja varsinaisena tutkimusmenetelmänä oli logistinen regressioanalyysi.

Hylkäysten määrän vähentämisessä on keskeistä se, että niin sanotut turhat hakemukset saataisiin estettyä jo ennalta. Osa hylätyistä työkyvyttömyyseläkehakemuksista johtaa lisäksi muutoksenhakuun, joka sitoo eri toimijoiden työpanosta jopa enemmän kuin varsinaisen hakemuskäsittely. Muutoksenhakuteessa kuitenkin vain 7 prosenttia hakemuksista johtaa päätöksen muuttamiseen (SOMLA 2015). Työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset eivät ole pelkästään taloudellinen asia, vaan niihin liittyy hyvin vahvasti myös sosiaalinen ja oikeusturvanäkökulma. Työkyvyttömyyseläkehakemuksen hylkäämisen kokee tilasto-

jen mukaan vuosittain noin 6 000 työeläkelaitoksen kautta eläkettä hakenutta ja noin 7 800 Kelan kautta eläkettä hakenutta (Eläketurvakeskus 2015, Kela 2015). Hylkäys voi aiheuttaa hakijalle vaikean tilanteen ja johtaa pitkään valituskierteeseen ja toimeentulon epävarmuuteen (Honkanen 2014, 157). Henkilökohtaisella tasolla työkyvyttömyyseläkkeen hylkääminen voi aiheuttaa hakijalle myös pois käännättämistä, jolloin avuntarvitsija suljetaan hänen tarvitsemansa avun ulkopuolelle (Hänninen & Karjalainen 2007, 9, 170).

Hakijan oma tilanne selittää hylkäyksiä

Työkyvyttömyyseläkkeen hakijoihin liittyvät yksilölliset tekijät selittävät pääosin hylkäyksiä ja hylkäysosuuksien vakuutuspiirikohdasta vaihtelua. Sukupuolten suhteen ei ollut eroa hylkäysosuuksissa, vaan naisten ja miesten hakemuksia hylättiin lähes yhtä paljon. Niin sanotussa parhaassa työiässä olevien hakemuksia hylättiin kolminkertaisesti verrattuna nuorimpaan ikäryhmään. Kaikkein vanhimman (yli 60-vuotiaiden) ja nuorimman (alle 25-vuotiaiden) ikäryhmän hakemuksia hylättiin kaikkein vähiten. Nuorimman ikäluokan osalta on huomioitava kuitenkin se, että tässä ryhmässä olivat myös kehitysvammaisuuden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Tuloksista voisi yleistäen todeta, että suurissa opiskelijakaupungeissa nuoret ha-

keutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle mielen-terveyden häiriöiden vuoksi ja Itä- ja Pohjois-Suomessa vastaavasti iäkkäät henkilöt tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi, mikä heijastuu myös hylkäysten osuuksiin. Sairausluokista vähiten hylättiin kasvainten vuoksi tehtyjä eläkehakemuksia, joissa hylkäysosuus on vain 11 prosenttia, ja eniten tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi tehtyjä eläkehakemuksia, joissa hylkäysosuus on 53 prosenttia.

Pitkään (yli 200 päivää) työttöminä oleiden henkilöiden työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäysriski oli lähes kaksikymmenkertainen verrattuna niihin, joilla ei ollut lainkaan maksussa työttömyysturvaa vuosina 2013 ja 2014. Pitkäaikaistyöttömien hakemuksista hylättiin kaikkiaan lähes 90 prosenttia. Työttömien hakemuksia hylätään muita useammin todennäköisesti siksi, että heillä ei ole työterveyshuollon kaltaista toimijaa ohjaamassa kuntoutukseen tai koordinoimassa heidän kokonaistilannettaan (Kivekäs 2013). Lisäksi työttömien työkyvyn arvioinnissa on omat haasteensa, koska heidän työssä olostaan on voinut kulua jo hyvinkin pitkä aika eikä enää ole ehkä lainkaan tarjolla sellaista työtä, josta he ovat jääneet työttömiksi.

Hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen saavan työttömän profiilissa näyttäytyvät sairauspäivärahauden katkonaisuus, hoitavan lääkärin lausuntojen osittaiset puutteet, kuntoutumista ehkäisevä päihteiden käyttö, työeläkekuntoutukseen ohjaamattomuus ja asiakkaan kokonaistilanteen koordinoiminen puute (Kivekäs ym. 2013, 48). Työttömien terveysongelmat eivät välttämättä myöskään ole viranomaisten tiedossa, koska heidän sairastaessaan heille ei ole aina kirjoitettu sairauslomia (Honkanen 2014, 156). Tässä tarvittaisiinkin lisää moniammatillista tai monikerroksellista (Hupe & Hill 2007) katutason byrokraatiatyötä, jota eri paikalliset toimijat tekevät keskenään asiakkaiden asioita edistäessään.

Niillä työkyvyttömyyseläkkeen hakijoilla, jotka eivät ole olleet lainkaan työttöminä, hylkäysten osuus on selvästi pienempi. Tulos tukee aiemmissa tutkimuksissa esiin nousutta ilmiötä, jossa työttömyyden lisääntyessä myös niin sanotut turhat hakemukset lisääntyvät

(Gould ym. 2012). Työttömyyden pitkittyessä työkyvyttömyyseläke voi olla houkutteleva poistumistie työelämästä (Blomgren & Virta 2012, 29). Eli vaihtoehdoksi työttömyydelle haetaan työkyvyttömyyseläkettä, vaikka edellytyksiä työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle ei olisikaan olemassa. Tämän hakijaryhmän osalta hylkäävä päätös on todennäköisesti myös raskas poiskäännyttämiskokemus, koska hakijat voivat joutua välinputoajiksi eri etuuksien väliin: he ovat liian terveitä työkyvyttömyyseläkkeelle mutta liian sairaita töihin (Honkanen 2014). Työttömän hakijan ohjaaminen kuntoutukseen tai koulutukseen työkyvyttömyyseläkkeen sijaan voidaan myös nähdä poiskäännyttämisenä, mutta tämän poiskäännyttämisen voidaan katsoa olevan hakijalle hyödyksi (Hänninen & Karjalainen 2007). Myös täyden sairauspäivärahauden täyttyminen näyttäisi lisäävän hieman hylkäyksen riskiä. Suurella joukolla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtävistä ei ole ollut mitenkään merkittävää sairauspäivärahaistoriaa (Laaksonen ym. 2014, 50).

Työkykyneuvontaan osallistuminen ei vähennä hylkäysriskiä

Työkykyneuvonnalla on nähty olevan selvä tilaus etenkin työttöminä oleville asiakkaille (Kivekäs 2013, Hiljanen ym. 2013). Kuitenkin myös työkykyneuvontaan osallistuminen näyttäisi tutkimukseni valossa altistavan hylkäyksille: tämän ryhmän riski hylkäyksille on yli puolitoistakertainen verrattuna niihin, jotka eivät ole olleet työkykyneuvonnassa. Työkykyneuvontaan osallistuneiden joukossa oli työttömiä selvästi enemmän ja heidän työttömyytensä oli kestänyt pitemmän aikaa kuin hakijoiden keskimäärin. Heistä valtaosa oli jo ikääntyneitä, ja sairausperusteena oli useimmiten tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Toisaalta on huomattava se seikka, että Pohjois-Karjalan vakuutuspiirissä joka neljäs työkyvyttömyyseläkettä hakenut oli ollut työkykyneuvonnassa, ja siitä huolimatta Pohjois-Karjalan työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysosuus oli valtakunnan alhaisin.

Joka tapauksessa tällä tutkimuksella jou-

dutaan ainakin osittain kumoamaan näkemys, jonka mukaan työkykyneuvontaa lisäämällä ja tehostamalla voidaan vähentää työkyvyttömyyseläkehylkäyksiä luontevalla tavalla, kun ”asiakas pääsee kuntoutukseen tai tilalle löytyy ajoissa jokin muu ratkaisu eikä todennäköisesti hylkäämiseen johtavaa eläkehakemusta koskaan tehdäkään” (Kivekäs 2013). Tässä rekisteritutkimuksessa lähes 60 prosenttia työkykyneuvontaan osallistuneiden hakemuksista hylättiin, joten siltä osin Kivekkään esittämä näkemys ei vahvistunut. Vai voisiko syynä olla se, että työkykyneuvontaa ei vielääkään tehdä riittävän laajasti ja vaikuttavasti? Tai voisiko olla niin, että ilman työkykyneuvontaa hylkäysosuudet olisivat vieläkin korkeammat?

Vakuutuspiirien kesken on eroja

Vakuutuspiirien alueelta tulevien työkyvyttömyyshakemusten hakutiheys vaihtelee maan eri osissa siten, että se on Espoon vajaasta 3 promilleesta Lapin 8 promilleen. Tutkimuksessa havaittiin, että hakutiheyden noustessa hylkäysriski vastaavasti kasvoi, joten tämä vahvasti aikaisempaa näkemystä siitä, että korkea hakemusmäärä altistaa keskimääräistä suuremmalle hylkäysosuudelle (Blomgren & Virta 2012). Samoin työttömyysasteiden ääripäätt olivat kaukana toisistaan, kun Pohjanmaalla työttömyysaste oli vajaat 8 prosenttia ja Pohjois-Karjalassa vajaat 18 prosenttia. Alueen työttömyysaste ei kuitenkaan selittänyt hylkäyksiä yhtä suoraviivaisesti kuin hakijoiden henkilökohtainen työttömyys: matalan työttömyysasteen vakuutuspiireissä oli korkeitakin hylkäysosuuksia, ja taas päinvastoin korkeimman työttömyyden vakuutuspiirissä työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysosuus oli kaikkein pienin. Tämä tulos poikkeaa työeläkejärjestelmän puolella tehdystä tutkimuksesta, jonka mukaan todennäköisyys työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumisessa kasvaa alueen työttömyyden kasvaessa (Laaksonen & Gould 2013a ja 2013b).

Vakuutuspiirikohtaisesti on havaittavissa eroja myös eri sairausluokkien hylkäysosuuksissa. Suurimmat erot löytyivät verenkierto-

elinten sairauksien perusteella tapahtuvissa hylkäyksissä. Näitä hylättiin vähiten Länsi-Uudellamaalla, jossa hylkäysosuus oli vain 6 prosenttia. Sen sijaan Keski-Suomessa tässä ryhmässä hylkäysosuus oli lähes 37 prosenttia. Tässä yhteydessä herää kysymys, voisiko alueen terveydenhuollon toiminnalla ja/tai eri toimijoiden yhteistyöllä olla yhteyttä näin suuriin hylkäyseroihin. Tämä tulos on mielenkiintoinen ja olisikin tarkemman tutkimisen arvoinen.

Merkittäviä eroja havaittiin vakuutuspiirien välillä myös kuntoutukseen osallistumisessa. Oulussa hakijoista oli ollut kuntoutuksessa yli 16 prosenttia ja vastaavasti Kymenlaaksossa vain runsas 5 prosenttia. Näin suuret erot eivät todennäköisesti ole selitettävissä väestön yksilöllisillä ominaisuuksilla, vaan eri vakuutuspiirien alueella on saattanut olla erilaista käytäntöä kuntoutustoimenpiteisiin ohjaamisessa. Tutkimuksella ei pystytty antamaan vastausta siihen, mistä tämä ero johtuu.

Merkittäviä eroja on myös kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden hakemusten hylkäysosuuksissa. Espoossa kuntoutukseen osallistuneiden työkyvyttömyyseläkehakemuksia on hylätty 36 prosenttia, kun Varsinais-Suomessa kuntoutukseen osallistuneiden hakemuksista on hylätty lähes kaksinkertainen määrä eli 61 prosenttia. Näin mittava ero hylkäysosuuksissa nostaa esille kysymyksen siitä, onko kuntoutukseen ohjaaminen tapahtunut kaikissa vakuutuspiireissä samoilla kriteereillä, vai onko tässä havaittavissa organisaatiokohtaista portinvartijuutta, jossa etuuden ratkaisijat voivat omalla toiminnallaan myös vaikuttaa organisaation toimintaan (Shoemaker & Vos 2009, 62) eli tässä tapauksessa työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäämiseen. Tällä tutkimuksella ei voida kuitenkaan tarkemmin selvittää, mitkä seikat tässä ovat olleet taustalla, mutta tulos näyttää viranomaisen harkintavallan erilaisena käyttönä eri vakuutuspiireissä.

Vastaavaa vaihtelua vakuutuspiirien välillä on nähtävissä myös täyden sairauspäivärahauden jälkeen hylätyissä hakemuksissa. Oulussa täyden sairauspäivärahauden jälkeen työkyvyttömyyseläkettä hakeneiden ha-

kemuksista hylättiin 61 prosenttia, kun Kanta-Hämeessä hylkäysten osuus oli vain vajaat 38 prosenttia. Kun erot hylkäysosuuksissa ovat näin suuret, voidaan tässäkin kysyä, ovatko ilmiön taustalla Oulun ja Kanta-Hämeen toisistaan poikkeavat sairauspäivärahan myöntökäytännöt (eli viranomaisen harkintavallan erilainen käyttö) vai voidaanko eroja selittää ainoastaan väestön yksilöllisten ominaisuuksien vaihtelulla.

Kun tarkastellaan vakuutuspiirin toimintaa työkykyneuvontaan poimittujen ja sidosryhmäyhteisyyden laajuuden mukaan, vakuutuspiirikohtaista vaihtelua on jälleen hyvin paljon. Näissä molemmissa ääripäät olivat todella kaukana toisistaan, kun Päijät-Hämeessä työkykyneuvontaan oli poimittu vain 6 prosenttia hakijoista ja Pohjois-Karjalassa lähes 27 prosenttia. Yhtä huomattavat erot olivat myös sidosryhmäyhteistyöhön käytettyjen päivien määrässä: Oulussa tähän oli panostettu 0,03 päivää ja Pohjois-Karjalassa 2,23 päivää 1000 asukasta kohti. Eri vakuutuspiirien toiminta näyttää hyvin erilaisena, ja tämä kuvastaa niitä valintoja, joita vakuutuspiireissä on tehty. Vakuutuspiirien työkykyneuvontaan poimittujen määrä ja tehdyn sidosryhmäyhteisyyden määrä ovat siis yhteydessä hylkäysosuuksiin, mutta regressioanalyysissä saatu tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kuitenkin vakuutuspiirin tekemällä sidosryhmäyhteisyyden määrällä silloin, kun yhteistyötä on tehty paljon, näyttää olevan yhteyttä vähäisempiin työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäyksiin. Tästä voisi päätellä, että vakuutuspiirin aktiivisuudella verkostoitua ja toimia yhteistyössä paikallisten toimijoiden kanssa voidaan saada hylkäysosuuksia alhaisemmiksi. Tässä näyttää toimijoiden rooli aktiivisina katutasen byrokraatteina, jotka käyttävät itsenäisesti harkintavaltaa mutta toimivat myös yhteistyössä eri organisaatioiden kollegoiden kanssa (Lipsky 1980).

Johtopäätökset

Nykyisin työvoiman palvelukeskusten ja kuntien työllistämisyksiköiden toiminnan ulkopuolelle jää työttömiä, jotka hakevat työ-

kyvyttömyyseläkettä omatoimisesti ja ilman viranomaisten tai terveydenhuollon tukea. Ruotsalaistutkimuksessa on todettu, että sosiaalivakuutuksen toimijoiden aloitteesta tai ohjauksessa tehdyt hakemukset saavat myönteisen päätöksen selvästi useammin kuin ilman heidän apuaan tehdyt hakemukset (Ydreborg & Ekberg 2004). Kelassa kannattaisi ehkä pohtia, voisiko työkyvyttömyyseläkeprosessia muuttaa siten, että hakijat ohjattaisiin (tai velvoitettaisiin) hakeutumaan joko ohjauskäynnille tai puhelinohjaukseen vakuutuspiirin etuuskäsittelijälle tai työkykyneuvojalle (tai moniammatillista ohjausta tarvitsevien työttömien kohdalla työvoiman palvelukeskukseen) ennen hakemuksen jättämistä, mikäli työterveyshuolto ei ole ollut mukana hakemusprosessissa. Mikäli hakija saisi tukea ennen hakemuksen jättämistä, häntä voitaisiin ohjata jo siinä vaiheessa täydentämään mahdollisesti puutteellista hakemustaan tai hänet voitaisiin tarvittaessa ohjata esimerkiksi kuntoutustoimien pariin.

Toisena vaihtoehtona olisi kontaktoida hakijaa henkilökohtaisesti välittömästi sen jälkeen, kun hakemus on saapunut Kelaan, jo ennen kuin hakemusta ryhdytään tarkemmin käsittelemään. Tämä ei kuitenkaan poistaisi niin sanottuja turhia hakemuksia yhtä tehokkaasti kuin hakijan ja viranomaisen yhteistyö ennen hakemuksen jättämistä. Lisäksi yhtenä vaihtoehtona on jo aiemmin esille nousnut ehdotus, että hakijoita kuultaisiin siinä vaiheessa, kun kielteinen päätös näyttäisi olevan tulossa (Paunio 2002, 24). Sekin olisi hakijaa ajatellen myönteinen asia, mutta mielestäni asiakkaan kuuleminen tässä vaiheessa on myöhäistä, koska kielteinen päätös on käytännössä jo tehty ja etuuden ulkopuolelle jääminen on tosiasia. Kuuleminen voisi kyllä osaltaan auttaa hakijaa ymmärtämään hylkäyksen taustalla olevia tekijöitä ja näin ehkä vähentää muutoksenhakujen määrää, mutta hakijan poiskäännyttämisen kokemukseen se ei välttämättä auta.

Yhtenä vaihtoehtona voisi olla myös Kelan etuuskäsittelyn uudistaminen nykyisestä etuuteen pohjautuvasta siiloutuneesta mallista siten, että sairauspäivärahan, kuntoutuk-

sen ja työkyvyttömyyseläkkeiden hakemusten käsittelijät tekisivät yhä enemmän kokonaisvaltaista etuustyötä kaikki etuudet huomioiden ja asiakkaiden tarpeista lähtien. Nykyisessä mallissa voidaan nähdä katutason byrokraattien jopa liika erikoistuminen, joka estää heitä näkemästä työtään (asiakkaan tilannetta) kokonaisuutena. Ratkaisujen tekeminen voi olla tällöin kapeakatseista portinvartijuutta (Lipsky 1980). Mikäli etuuskäsittelyn katsantokannan laajentaminen ei ole mahdollista, ainakin etuuskäsittelijöiden tietämystä eri etuuksista tulisi lisätä samoin kuin yhteistyötä toisen etuuden työntekijöiden kanssa. Samalla tämä tarkoittaisi muutosta myös asiantuntijalääkäreiden toimintaan. Heidän tulisi jo sairauspäivärahaikauden aikaista lausuntoa laatiessaan pohtia nykyistä laajemmin hakijan tulevaa työkykyä. Tällä toiminnalla saataisiin nykyistä varhaisemmassa vaiheessa hakijat ohjattua kuntoutustoimenpiteisiin, jolloin mahdollinen kuntoutus päästäisiin aloittamaan riittävän ajoissa.

Se, että eri vakuutuspiireissä työkykyneuvontaan näyttää ohjautuvan hakijoita hyvin vaihtelevasti, kuvastaa vakuutuspiirien toimintaa, mutta se kuvastaa samalla myös sitä, mitä valintoja vakuutuspiireissä on tehty esimerkiksi eri tehtävien priorisoinnissa. Jos vakuutuspiirien toimintaa tarkastellaan portinvartijuuden kautta, voidaan kysyä, missä määrin työkykyneuvojat ja sairauspäivärahan etuuskäsittelijät toimivat tässä itsenäisesti portinvartijoina ja missä määrin heidän toimintaansa ohjaavat organisaation arvot, käytännöt tai esimiesten omat henkilökohtaiset näkemykset (Shoemaker & Vos 2009). Voidaan myös kysyä, missä määrin etuuskäsittelijöille osoitetaan aikaa tähän työhön ja minkälaista toimintaa heiltä edellytetään. Kun työkyvyttömyyseläkkeiden osalta on todettu hylkäyksen olevan hakijalle poiskäännyttämistä, voidaanko poiskäännyttämistä nähdä myös siinä, että työkykyneuvontaan ohjataan joissakin paikoin vain hyvin pieni määrä hakijoista. Joka tapauksessa yhteistä näkemystä tai toimintatapaa asiassa ei ole vakuutuspiireille muodostunut tai Kelan linjausta on tulkittu eri vakuutuspiireissä eri tavoin, jolloin myös resurssien

kohdistaminen on priorisoitu eri tavoin. Tässä olisikin nähtävissä Kelan etuusyksikössä yhteisen keskustelun ja arvioinnin tarvetta.

Kansalaisten luottamus koko työkyvyttömyyseläkejärjestelmään on horjunut (Paunio 2002, 24), ja epäoikeudenmukaisiksi koetut etuushylkäykset ruokkivat epäluottamusta, vaikka hylkäyksiin olisikin perusteltu syy. Sen vuoksi eri toimijoiden tulisi tehdä kaikki voitava, että luottamusta viranomaisten toimintaan saataisiin vahvistettua. Yhtenä keinona on se, että asiakkaat saadaan ohjattua yhteistyössä sujuvasti ja oikea-aikaisesti tarvitsemiinsa palveluihin.

Tulosten merkitys: Tutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa käytäntöön kaikissa niissä tilanteissa ja kohtaamisissa, joissa etenkin jo pitempään työttöminä olleiden ohjaamista ja neuvontaa tapahtuu. Myös työkyvyttömyyseläkeneuvontaa antavat voivat soveltaa tuloksia työssään. Vakuutuspiirien toiminnassa tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan yhdenmukaistamisessa ja kehittämisessä.

Avainsanat: työkyvyttömyyseläke, hylkäysosuus, hylkäysriski, etuuskäsittely, työkykyneuvonta, vakuutuspiirikohtainen vaihtelu, harkintavallan käyttö, katutason byrokratia, portinvartijuus, poiskäännyttäminen

**Riitta Huurinainen, KM, hyvinvointijohtaja,
Joensuun kaupunki
(vakuutuspiirin johtaja, Kela,
28.2.2017 saakka)**

Lähteet

- Blomgren J, Virta L (2012) Kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäyksen vuosina 2005–2011. Nettityöpapereita 39. Kela, Helsinki.
- Gould R, Saarnio L, Härkäpää K (2012) Myöntö vai hylkäys. Teoksessa Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (toim.) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Eläketurvakeskus (2015) Työeläkejärjestelmästä myönnettyjen uusien työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisut vuosina 2005–2014.

- Hiljanen I, Kantonen P, Kivekäs J (2013) Polku hylkäävään työkyvyttömyyseläkepäätökseen. Kansaneläkelaitoksen ja keskinäinen työeläkeyhtiö Varman selvitys. Kela, Helsinki.
- Honkanen P (2014) Työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäyspäätökset sosiaalisena ja oikeudenmukaisuuskysymyksenä. Teoksessa Kalliomaa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M (toim.) Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Teemakirja 13. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. 156–181.
- Hupe P, Hill M (2007) Street-level Bureaucracy and Public Accountability. *Public Administration* 85, 2, 279–299.
- Hänninen S, Karjalainen J (2007) Tarve harkinnassa. Teoksessa Hänninen S, Karjalainen J, Lehtelä K-M (toim.) Pääsy kielletty, poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaalityö. Stakes, Helsinki.
- Kela (2015) Varsinaisen työkyvyttömyyseläkkeen hakemuksen hylkäysprosentit vuonna 2014. Kelaston raportti WIT107A.
- Kivekäs J (2013) Työkyvyttömyyseläkkeiden viidakossa hylkäyksiä voitaisiin vähentää. Varman blogi 11.10.2013. <https://www.varma.fi/fi/ajankohtaisia/blogi/blogiarkisto/pages/tyokyvyttomyyselakkeiden-viidakossa-hylkayspaatoksia-voitaisiin-vahentaa.aspx>. Viitattu 31.1.2015.
- Kivekäs J, Hiljanen I, Kantonen P (2013) Polku hylkäävään työkyvyttömyyseläkepäätökseen. *Kuntoutus* 2, 45–49.
- Laaksonen M, Blomgren J, Gould R (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Eläketurvakeskuksen raportteja 05. Helsinki, Eläketurvakeskus.
- Laaksonen M, Gould R (2013a) The effect of municipality characteristics on disability retirement. *European Journal of Public Health* 24, 1, 116–121.
- Laaksonen M, Gould R (2013b) Regional differences in disability retirement: explaining between-county differences in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 39, 6, 609–617.
- Lipsky M (1980) *Street-level Bureaucracy, Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, Russel Sage Foundation.
- Paunio R-L (2002) Toimeentuloturvajärjestelmän kehittämistarpeita. Julkaisussa Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 2001. Helsinki, Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia.
- Shoemaker PJ, Vos TP (2009) *Gatekeeping Theory*. New York, Routledge.
- SOMLA (2015) Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan ratkaisutilasto. http://www.sosiaaliturvanmuutoksenhakulautakunta.fi/files/ratkaisutilasto_2015.pdf. Viitattu 18.6.2016.
- Ydreborg BA-M, Ekberg K (2004) Disqualified for disability pension – a case/referent study. *Disability and Rehabilitation* 26, 1079–1086.

TYÖTÄ VAILLA OLEVIEN TERVEYSTARKASTUKSET PÄÄMÄÄRÄTIETOISESTI JA MONIAMMATILLISESTI YHTEISTYÖTÄ TEHDEN

Johdanto

Monet suomalaiset ja kansainväliset tutkimukset osoittavat, että työttömillä ja työttömyyttä kokeneilla on huonompi terveys ja suurempi kuolleisuus kuin työssä käyvillä. Jos työttömän sairaudet ja kuntoutustarve jäävät tunnistamatta, riski syrjäytyä yhteiskunnasta (mukaan lukien terveyspalvelut) kasvavat. Terveystarkastuslaki (1326/2010/13§) velvoittaa kunnat järjestämään työterveyshuollon ulkopuolelle jääville työkäisille terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia. Tällä toiminnalla pyritään huolehtimaan työ- ja toimintakyvyn säilymisestä.

Työttömyys ja heikkenevä terveys näyttävät tutkimusten mukaan olevan toisiaan vahvistava huono kierre (esim. Heponiemi ym. 2008; Mannila ja Martikainen 2005; Saikku & Sinervo 2010, Sinervo & Hietapakka 2013.) Terveystarkastusongelmat ja työkyvyssä olevat puutteet ovat monissa tapauksissa syynä syrjäytymiselle työmarkkinoilta.

Työttömyyden pitkittyessä vähintään toiveikkuus vähenee ja mieliala huononee. Terveystarkastuspalvelujen merkitys työttömän työllistymisen tukena ja työttömän kokonaistilanteen hallinnassa on suuri. Työkyvyn tukeminen ja edistäminen voi olla osa työllistymistä edistäviä toimenpiteitä. Myös mielenterveyspalvelujen saatavuus ja toimivuus ovat tärkeitä, sil-

lä mielenterveyden ongelmat ovat merkittävät osatyökykyisyyden ja työkyvyttömyyden syy.

Polkuja työelämään (TEMPO) -hankkeessa kehitetään ja levitetään osatyökykyisen työnhakijan tukemisen malleja ja hyviä käytäntöjä. Hankkeen toiminta-aika on 1.4.2015–31.3.2018, ja sitä rahoittavat sosiaali- ja terveysministeriö sekä Euroopan sosiaalirahasto.

TEMPO-hankkeen tavoitteena on tukea työkykyä ja työhön palaamista ja pääsemistä, kun työkyvyssä on terveydellisiä rajoitteita. Kehittämistyö liittyy

- terveyden- ja sosiaalihuollon palveluketjujen ja asiakasohjautumisen kehittäminen ja selkiyttämiseen työkäisten työttömien tukemisessa sekä
- osatyökykyisen tukemiseen työkykykoordinaattorin tuella ja tämän tuen nivomiseen osaksi julkisten toimijoiden palveluketjua. Tuki käsittää konkreettisten palvelujen käytön ohjaamisen ja urasuunnittelun tuen sekä psykososiaalisen tuen kohti työhön siirtymistä.

Hankkeessa kehitetään osatyökykyisille henkilöille ja nuorille työelämään pyrkiville palveluohjausmallia työttömien ohjautumisesta terveystarkastuksiin, työkykyarvioon ja tarvittaessa muiden palveluiden ja tuen piiriin sekä interventioita, joilla voidaan yllä-

pitää työttömien työ- ja toimintakykyä työttömyyden alkaessa ja ehkäistä kansanterveydellisiä riskejä. Lisäksi hankkeessa kehitetään työssä jatkamisen ja työhön palaamisen psykososiaalisen tuen käytäntöjä ja konkreettisia interventioita tämän tuen osaksi.

Viitekehys

Työttömän terveyden ja työkyvyn tukeminen edellyttää perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä työ- ja elinkeinohallinnon ja Kelan tiivistä yhteistyötä, jotta kullekin työtä vailla olevalle löydetään sopivia työhön tai koulutukseen liittyviä ratkaisuja. Eri toimijat – TE-toimisto, työvoiman palvelukeskus, Kela tai sosiaalitoimi – voivat ohjata työttömän henkilön kunnan terveydenhuoltoon, jos työttömällä ilmenee terveyteen liittyviä ongelmia.

Sairauksien ja terveystarkastusten aikainen toteaminen ehkäisee myöhäisemmässä vaiheessa ilmenevien vakavien toimintakyvyn rajoitusten syntymistä. Työttömien henkilöiden sairauksien mahdollisimman aikainen hoitaminen ja kuntoutustoimenpiteiden toteuttaminen vähentävät työllistymisen esteitä, ehkäisevät työttömyyden pitkittymistä ja edistävät avoimille työmarkkinoille työllistymistä. Edellä mainitut toimenpiteet vähentävät työttömyydestä aiheutuvia kustannuksia ja lisäävät verotuloja parantuneen työllisyyden myötä. (TEM raportteja 10/2011.)

TEMPO-hankkeen palveluohjautumisselvityksessä ilmeni, että palveluohjautuminen työttömien terveystarkastuksiin on hyvin erilaista eri kuntatoimijoiden kohdalla ja osalle asiakkaista sattumanvaraista. Työttömien terveystarkastukseen asiakas voi hakeutua myös itse.

Sote-uudistuksessa eli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksessa tavoitellaan asiakaslähtöistä palvelujen saatauvuutta. Asiakkaan tarpeisiin perustuva sosiaali- ja terveystarkastusten rakenteellinen yhteensovittaminen on keskeinen keino parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja järjestää ne kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti. Lähdekohtana on, että asiakkaan tarpeita arvioidaan kokonaisuutena ja tieto siirtyy sujuvasti

toimijoiden välillä. Ihmisiä ei enää juoksuteta asiantuntijalta toiselle niin, ettei kenelläkään ole kokonaiskuvaa, eikä enää tuhjata aikaa ja rahaa jonottamiseen ja päällekkäisiin toimenpiteisiin.

Kirkkonummen kunnan perusterveydenhuollossa työttömien terveystarkastuksiin ohjautuminen ja myös jatkotoimet on suunniteltu systemaattisesti. Heidän mallinsa esitellään tässä hyvänä käytäntönä.

Case: Työtä vailla olevien terveystarkastukset Kirkkonummella

Kirkkonummen työtä vailla olevien henkilöiden terveystarkastuksiin liittyvien palveluprosessien tavoitteena on asiakkaiden hyvinvoinnin tukeminen ja työllistymisen tai opiskelun esteiden minimoiminen. *Erilaisia väyliä terveystarkastuksiin ohjautumiseen on mietitty systemaattisesti.*

- Suurin osa asiakkaista ohjautuu terveystarkastuksiin TE-toimistosta, monialaisesta työvoiman palvelukeskuksesta tai kunnan kuntouttavasta työtoiminnasta (Toimimarisista).
- Lisäksi asiakkaita ohjautuu myös muista kunnan peruspalveluista, kuten terveys- ja sosiaalipalveluista.

Yksittäisen työttömän terveystarkastusprosessin käynnistyminen edellyttää terveystarkastuksen tarpeen toteajan lähetettä terveyskeskukseen tai asiakkaan omaa yhteydenottoa.

Kirkkonummella tavoitteena on, että työtä vailla oleva kokee tarkastuksen myönteiseksi ja motivoituu hoitamaan omaa terveytensä. Tarkastuksen tekijä, terveydenhuollon ammattilainen, saa tutkittavan terveydentilasta sekä työ- ja toimintakyvystä arvion, jossa huomioidaan yksittäisten tekijöiden vaikutukset työ- ja toimintakyvyn kokonaisuuteen – *painotuksena jäljellä oleva työ- ja toimintakyky.* Myös muiden kuin lääketieteellisten asioiden vaikutus huomioidaan. Näitä ovat esimerkiksi motivaatio, sosiaaliset syyt ja suomenkielen taito. Tavoitteena on myös asiakkaan terveystarkastusten kartoittaminen ja niihin

liittyvän neuvonnan antaminen. Asiakkaan lähettänyt taho saa aina palautteen ja vastaukset esittämiinsä kysymyksiin.

Tiedonkulun varmistus

Työtä vaille olevien terveystarkastukset aloitettiin Kirkkonummella vuonna 2014. Tarkastettavan jokaisesta tapaamisesta tehdään kirjaus työkyvyn arviointeja koskevaan tiedostoon asiakkaan jatko-ohjauksen varmistamiseksi terveystarkastusprosessissa. Kyseisestä tiedostosta voi seurata terveystarkastuksen etenemistä.

Tällä hetkellä kaikki osalliset toimijat lähettävät asiakkaiden terveystarkastuslähteet keskitetysti työllistymisyksikkö Toimariin, josta ne lähtevät eteenpäin ja johon ne palautuvat edelleen lähettävälle taholle toimitettaviksi. Toimarin tehtävänä on koordinoita ja tilastoida terveystarkastuksia.

Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen prosessin jokaisessa vaiheessa

Terveystarkastusprosessissa tarkastettava ohjautuu aina ensin asiaan perehtyneen sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolle. Tapaaminen etenee yhdessä sovitun hoitajan tarkastussuunnitelman mukaisesti yksilöllisesti soveltaen. Hoitajan ja asiakkaan välinen keskustelu on terveystarkastuksen keskeisin osa. Terveystarkastuksessa kartoitetaan asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen työ- ja toimintakyky. Alkutarkastuksen perusteella hoitaja konsultoi omalääkäriä tai kuntoutuslääkäriä, terveysosiaalityöntekijää/työkyvykoordinaattoria tai muita kunnan asiantuntijoita. Hoitaja ohjaa asiakkaan omalääkärille, jos asiakkaalla on hoitoa vaativa sairaus, laajemman arvioinnin tai lausunnon tarvetta tai asiakkaalla itsellään on toiveenaan lääkärille pääsy.

Omalääkäri tekee puolestaan seulontatyypin kokonaisarvion tutkittavan terveydentilasta kiinnittäen erityisesti huomiota tarkastettavan työ- ja toimintakykyyn. Edeltävä hoitajan tarkastus toimii lääkärintarkas-

tuksen runkona. Tarkastettavan terveysriskit huomioidaan. Yksittäiset työ- ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät kartoitetaan, ja kunkin osatekijän vaikutus työ- ja toimintakyvyn kokonaisuuteen arvioidaan. Työkykyä huomattavasti – ajankohtaisesti tai potentiaalisesti – uhkaavat tekijät nostetaan tarkempaan tarkasteluun ja otetaan huomioon laadittaessa tutkittavan yksilöllistä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutuja lähetetään tarvittaessa erikoissairaanhoidon tai ostopalvelututkimuksiin, jos terveyskeskuksessa tehtävät tutkimukset, hoito ja/tai terapiat eivät ole riittäviä. Terveyskeskuksen kuntoutuslääkäriä tai terveysosiaalityöntekijää voidaan myös konsultoida, jos esimerkiksi moniammatillisen kuntoutustyöryhmän kokoontuminen katsotaan tarpeelliseksi. Tähän viitataan kuvassa 1.

Moniammatillinen työryhmä asiakkaan tukena

Laaja-alaiset tai monimutkaiset työ- ja toimintakyvyn tai kuntoutustarpeen arvioinnit edellyttävät Kirkkonummen terveyskeskuksen kuntoutustyöryhmän koolle kutumista. Vakituisesti tähän työryhmään kuuluvat terveysosiaalityöntekijä, kuntoutuslääkäri, vastaava fysioterapeutti ja mielenterveyspalveluiden johtaja. Kerran viikossa kokoontuvassa, monialaisessa kuntoutustyöryhmässä käsitellään asiat aina yhdessä asiakkaan, tämän omaisten, omalääkärin, asiakkaan omien terapeuttien sekä muiden kuntoutukseen osallistuvien asiantuntijoiden kanssa. Tarvittaessa työryhmään kutsutaan myös vammaispalveluiden, aikuissosiaalityön tai kuntouttavan työtoiminnan edustaja. Lisäksi asiakkaan tilannetta voidaan selvittää TE-toimiston, Kelan, työeläkevakuutusyhtiön tai erikoissairaanhoidon kanssa. Näin kuntoutussuunnitelma laaditaan alusta alkaen aina asiakkaan kanssa yhdessä omalääkärin toimiessa suunnitelman kirjaajana. Lisätutkimusten, hoitojen ja kuntoutustoimenpiteiden suositukset määritellään yhdessä ja yksityiskohtaisesti. Asiakkaan sitoutuminen suunnitelmaan varmistetaan. Kokouksen päätteeksi määritellään mahdollisen seurantakäynnin ajankohta sekä yhteyshenkilö tai

Työtä vailla olevan terveystarkastus + ohjaus aktivointitoimenpiteisiin



Kuva 1. Työtä vailla olevien terveystarkastus Kirkkonummella.

-henkilöt. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma lähetetään asiakkaalle ja kokouksessa sovituille tahoille (esimerkiksi Kelaan tai vammaispalveluihin).

Mikäli terveystarkastuksen perusteella asiakkaalla ei todeta työllistymistä estäviä terveydellisiä tai muita rajoitteita, hänet voidaan ohjata suoraan työllistymisen aktivointitoimenpiteisiin, ensisijaisesti työllistymisyksikkö Toimariin. TE-toimiston, kunnan ja asiakkaan kanssa laaditaan aina aktivointisuunnitelma, jossa määritetään toimenpiteet, kuten terveystarkastus ja kuntouttavan työtoiminnan aloittaminen. Kuntouttavan työtoiminnan tai monialaisen työllistymistä edistävän palvelupisteen (TYP) alkukartoituksessa käydään läpi työttömyyden syyt ja esteet ja pohditaan, mitä niille voidaan tehdä.

Toimariassa asiakkaan toimintakykyä ja

työssä pärjäämistä pystytään arvioimaan päivittäin. Asiakas seuraa myös itse omaa jaksamistaan ja kirjaa omat huomionsa työkyvystään päivittäin. Jos suunnitelluilla toimenpiteillä ei saavuteta tuloksia, vaihtoehtoja voidaan miettiä nopeastikin tarvittaessa kuntoutuslääkäriä konsultoiden. Palvelun päättyessä asiakkaan kanssa yhdessä arvioidaan Toimarijaksoa ja suunnitellaan tulevaa. Kirjattu loppusuunnitelma toimitetaan lähettävälle lääkärille tarvittavia jatkotoimenpiteitä varten.

Vaikeistakin terveydellisistä ongelmista kärsivä työtön voidaan ohjata Toimarin työtoimintaan hänen työ- ja toimintakykynsä arvioon. Vain muutaman kuukauden mittainen aktivointijakso voi antaa lääkärille arvokasta tietoa tarkastettavan todellisesta työ- ja toimintakyvystä kuntoutussuunnitelman tai eläkelausunnon kirjoittamista varten.

Pohdinta

Lyhyelläkin työttömyysjaksolla voi olla suuri kielteinen vaikutus yksilön omakuvaan. Työtä vailla olevat kokevat herkästi itsensä kelvottomiksi tai arvottomiksi yhteiskunnan jäseniksi. Heidän suhtautumistaan yhteiskunnan tarjoamiin palveluihin voi leimata oman itsen suojeleminen, mikä saattaa ilmetä muun muassa negatiivisuutena, vastustavana asenteena, passiivisuutena tai motivaation puutteena. Työtä vailla olevan henkilön *terveystarkastuksen vuorovaikutuksen tulisi olla erityisen arvostavaa ja kunnioittavaa mutta toisaalta myös kannustavaa, motivoivaa ja aktivoivaa.*

Kirkkonummen työtä vailla olevien terveystarkastukset ovat antaneet hyvää tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tarkastukset on koettu tarpeellisiksi ja hyödyllisiksi. Erityisesti pitkäaikaistyöttömillä on todettu moninaisia terveydellisiä ja elämäntilanteen ongelmia. Näitä olisi pystyttävä paremmin ehkäisemään tai hoitamaan heti työttömyyden alkuvaiheessa. *Työtä vailla olevien varhaiset terveystarkastukset tuottaisivat paljon hyvää sekä yhteiskunnalle että yksilöille.* TEMPO-hankkeen kohderyhmiksi onkin tämän vuoksi valittu ensisijaisesti alle 300 päivää työttömänä olleet sekä nuoret varhaisten kuntoutusinterventioiden kehittämiseksi.

Työsuhteen päättyessä työterveyshuollon olisi hyvä laatia työttömäksi jäävän kanssa suunnitelma työkyvyn ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi ja ohjata hänet ottamaan yhteyttä kuntansa perusterveydenhuoltoon terveystarkastusta varten. *Varsinkin osatyökykyisen työttömäksi jäävän välitön ohjaus työterveyshuollosta terveyskeskukseen olisi suotavaa.* Valitettavasti tämä ohjaus ei nykyisin riittävässä määrin toteudu. Toivottavasti kilpailukyky sopimukseen kirjattu uudistus työterveyshuollon jatkumiseksi kuuden kuukauden ajan irtisanomisen jälkeen tuo uusia rakenteita työterveyshuoltoon asiakkaan perusterveydenhuoltoon ohjaamisessa.

Etenkin osatyökykyisillä motivaatio erilaisiin aktivoiviin toimenpiteisiin voi olla hyvin heikko heti työttömyyden alkuvaiheessa. Syyinä tähän voivat olla esimerkiksi ansiosidonnaisen korvauksen riittävyys, työuupumus,

häpeä työpaikan menettämisestä, masennus tai vaikkapa tekemättömät työt kotona. Työttömyyden haitalliset vaikutukset työllistymiseen, terveyteen ja elämäntilanteeseen ovat kuitenkin ilmeiset ja niiden ilmaantuminen voi tapahtua salakavalasti. *Panostaminen varhaisiin työttömyyden alkuvaiheen ryhmämuotoisiin, aktiivisiin ja ennaltaehkäiseviin kuntoutustoimenpiteisiin olisi todennäköisesti hyvin kannattavaa.*

TEMPO-hankkeessa olemme huomanneet, että alle 300 päivää työttömänä olleiden valjastaminen terveystarkastuksiin on haasteellista. Työterveyshuollon ammattilaiset eivät ole välttämättä tietoisia asiakkaitensa työttömyyden alkamisesta ja/tai ohjaus perusterveydenhuoltoon ei ole ainakaan suunnitelmallista ja systemaattista. Toisaalta TE-toimiston virkailija ei saa tietoa asiakkaan terveysongelmista eikä hän yleensä katso oikeudekseen kysyäkään asiaa. Työttömäksi jäävät eivät myöskään aktiivisesti itse hakeudu terveyspalveluihin tai eivät niitä käyttäessään kerro omasta työstästatuksestaan hoitohenkilökunnalle. *Terveyden- ja sosiaalipalveluiden ammattilaiset eivät myöskään ohjaa työtä vailla olevia kunnan järjestämiin terveystarkastuksiin,* tarkastukset eivät toteudu kunnassa tai näistä palveluista ollaan ammattilaisten keskuudessa tietämättömiä.

Vuoden 2017 aikana TYP-asiakkuuksien kriteerit muuttunevat ainakin paikallisesti niin, että tähänastisten pitempien työttömyysjaksojen tarkastelun sijaan ensisijaiseksi asiakasryhmäksi tulevat 200–499 päivää työtä vailla olleet kuntalaiset. Näin ollen asiakkaat pääsevät nopeammin kaikkien palvelujen piiriin ja samalla myös terveystarkastuksiin.

Hyväntasoinen lähete terveystarkastukseen on tärkeä. Tavallinen rutiininomainen terveystarkastus ei anna riittävästi tietoa ja hyötyä työllistymisen edistämiseksi. Lähettävän tahon tulisi ilmaista selkeästi tutkittavan terveystarkastukseen lähettämisen syy ja määrittellä ne kysymykset, joihin halutaan vastauksia. Suotavaa olisi myös liittää lähetteen mukaan tutkittavan elämäntilanteen keskeisimmät tiedot – ainakin olennaisesti kysymyksenasetteluun liittyvät. Tietoja tarvitaan,

koska työ- ja toimintakyvyn arviota tehtäessä asiakkaan terveydentilaa suhteutetaan aina hänen kokonaistilanteeseensa.

Tarkastajalla tulisi olla myös kohtalainen käsitys tarkastettavan omista suunnitelmista ja motivaatiosta. Ammattilaisten vastuu on olla positiivisesti myötävaikuttamassa motivaation rakentumiseen, jos sitä ei ole.

Työtä vailla olevien terveystarkastuksilla olisi hyvä olla selkeä päämäärä. Terveyskeskuksen rooli on toimia terveydenhoidon asiantuntijana työllistymiseen johtavassa prosessissa yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Irralliset terveystarkastukset ilman selkeää päämäärää tuovat vain vähän tietoa ammatillisille eivätkä johda tarpeellisiin toimenpiteisiin. Työllistymisen jatkotoimenpiteet ovat muiden tahojen kuin terveydenhuollon vastuulla. Tarkastusta tekevällä olisi kuitenkin hyvä olla jonkinlainen käsitys asiakkaan työllistymisen tai kouluttautumisen jatkumahdollisuuksista, jotta tutkimustilanteessa voitaisiin keskittyä olennaisiin asioihin. Terveystarkastuksen tarkoituksena on motivoida asiakasta löytämään oma työllistymisen tai koulutuksen polkunsä. Terveydentilan salliessa tulisi välittömästi terveystarkastuksen jälkeen seurata työttömän aktivoivat toimenpiteet. Konkreettiset työllistymisen jatkotoimenpiteet auttavat työtä vailla olevia motivoitumaan työelämään tai koulutukseen. Tarvitaan myös henkilökoh- taista ohjausta ja selkeästi määritelty yhdys- henkilö, kuten työkykykoordinaattori, työllis- tymisen edistämiseksi tai opiskelupaikan saa- miseksi.

Kirkkonummen työtä vailla olevien terveystarkastusten suunnitteluvaiheessa arviointiin, että suurin osa tarkastettavista tarvitsisi vain hoitajan suorittaman tarkastuksen. Ennakkosuunnitelmista poiketen kaikki tähän asti tarkastetut Kirkkonummen asiakkaat ovat ohjautuneet aina myös lääkärille. Toivot- tavasti tähän saadaan jatkossa muutos oppi- misen myötä.

Moniammatillinen kuntoutustyöryhmä on toimiva tapa auttaa asiakkaita ja ammattilai- sia erityisesti tilanteissa, joissa perustyönteki- jällä, esimerkiksi omalääkärillä, on vaikeuk- sia löytää selkeää oman alansa ammatillista

ratkaisua asiakkaan tilanteeseen. Laajempi- en ongelmien käsitteleminen tuo mukanaan myös kokoukseen osallistujille käytännön oppimista tavallisimmista ihmisten ongelmis- ta. Kuntoutustyöryhmän jäsenet saavat myös paremman käsityksen tarjolla olevista lähi- palveluista ja eri organisaatioiden toiminta- tapojen eroista. Terveyskeskuksen kuntoutus- työryhmä on koettu Kirkkonummella yleisesti tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Yllättäen eri- tyisesti kokeneet terveyskeskuslääkärit ovat ilmaisseet kuntoutustyöryhmän tuen välttä- mättömyyden omassa työssään.

Kunnan sosiaalipalveluiden ja terveys- palveluiden keskinäisen yhteistyön ei voida odottaa aina olevan mutkatonta uusia toi- mintamalleja luotaessa. Näiden palveluiden työkuultuurit poikkeavat selkeästi toisistaan, koska niiden asiakaskunnat ovat profiililtaan ja palveluiden käytön määrän osalta erilai- set. Väärinymmärrysten mahdollisuus on yhteistoimintaa aloitettaessa varsin luonnollis- ta. Terveys- ja sosiaalipalveluiden keskinäisen yhteistyön sujuvuutta hankaloittavat myös eri asiakas- ja potilastietojärjestelmät ja niis- sä olevien potilastietojen siirtymisten tekniset ja lainsäädännölliset rajoitukset. Tiedonkulun varmistamiseksi täytyy usein keksiä uudenlai- sia ratkaisuja. Toisaalta henkilökuntaresurs- sien riittävyys palveluiden yhteiseen kehittä- mistyöhön voi olla vaikeaa jokapäiväisten peruspalveluiden pyörittämiseen tarvittavan henkilökunnan niukkuuden vuoksi. Edellä mainituista uhkista huolimatta meidän tuli- si kuitenkin pyrkiä löytämään uusia paikal- lisia toimintatapoja (jo ennen sote-uudistuk- sen alkamista), jotta työtä vailla olevat voitai- siin ohjata terveystarkastuksiin ja tarpeellisiin kuntoutusinterventioihin jo heti työttömyy- den alkuvaiheessa.

Tulosten merkitys: Kirkkonummen työtä vailla olevien terveystarkastuk- set ovat antaneet hyvää tietoa sosiaa- li- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Erityisesti pitkäaikaistyöttömillä on to- dettu moninaisia terveydellisiä ja elä- mänhallinnan ongelmia, joista saadaan

tarkastusten avulla hyödyllistä tietoa. Kirkkonummen työtä vailla olevien terveystarkastuksen malli osoittaa, miten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö parhaimmillaan toimii moniammatillista asiantuntijuutta hyödyntäen. Asiakkaan tilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti, ja ohjautuminen on yhden tahon hallinnassa.

Avainsanat: työkyky, osatyökyky, työttömyys, terveystarkastus

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

Ulla Railio, johtaja, työllistymisyksikkö Toimari, Kirkkonummen kunta

Eija Viukari, terveysosiaalityöntekijä/työkyvykoordinaattori, Kirkkonummen kunta

Pirkko Mäkelä-Pusa, projektipäällikkö, Tempo-hanke, Kuntoutussäätiö

Julia Anttilainen, tutkija, Tempo-hanke, Kuntoutussäätiö

Lähteet

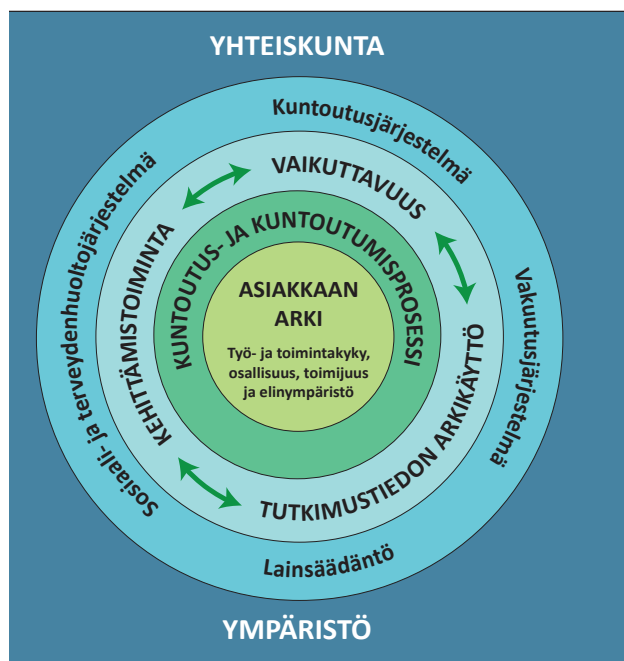
- Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto A-M, Keskimäki I (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja Työ ja yrittäjyys 14/2008.
- Mannila S, Martikainen P (2005) Työttömyys. Julkaisussa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saikku P, Sinervo L (2010) Työttömien terveystalouden juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen koemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 42/2010. Helsinki.
- Sinervo L, Hietapakka L (2013) Työttömien terveystalouden tulokset. Valtakunnallisen terveystalouden tutkimuksen 2013 tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpöytä 41/2013.
- TEM raportteja 10/2011. Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveystalouden tulokset. Työ- ja elinkeinoministeriö, Työllisyys- ja yrittäjyysosasto. Työryhmän raportti 1.3.2011.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. www.finlex.fi.
- Työttömien terveydenhuollon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kirje 19.8.2013. <http://stm.fi/documents/1271139/1365032/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen/3b1979ea-c36c-4114-9399-6c45e49b40b1>

MONIALAISTA YHTEISTYÖTÄ JA SYVENTÄVÄÄ OSAAMISTA KUNTOUTUSALAN ERIKOISTUMISKOULUTUKSILLA

Kuntoutusalan koulutus yhteiskunnallisessa muutoksessa

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveysalan uudistus ja siihen liittyvä lainsäädäntötyö ovat herättäneet keskustelua ja huolta kuntoutuspalvelujen toimivuudesta uusissa palvelurakenteissa (mm. Kuitunen 2016, Kuitunen & Aaltonen 2015, Parkkinen ym. 2016). Rakenteiden muuttuessa työntekijöiltä vaaditaan uudenlaista osaamista, jotta kuntoutuspalvelut vastaavat niin asiakkaiden kuin uusien rakenteiden tarpeisiin. Suunnitteilla ja käynnistymässä olevat kuntoutusalan erikoistumiskoulutukset ovat osaltaan edistämässä korkeakoulutettujen ammattilaisten osaamisen kehittymistä.

Erikoistumiskoulutukset ovat lainsäädäntöön pohjautuvaa, työelämän pitkäkestoisiin tarpeisiin, korkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä työelämäyhteistyöhön pohjautuvaa, korkeakoulutetuille suunniteltua asiantuntijakoulutusta. Tässä kirjoituksessa esittelemme ammattikorkeakoulujen suunnitteilla olevien kuntoutusalan erikoistumiskoulutusten taustaa, kehittämistä ja sisältöjä. Kirjoitus perustuu vuosina 2014–2016 käytyyn valtakunnalliseen kuntoutusalan ammattikorkeakoulujen dialogiprosessiin (Harra ym. 2016) ja SOTELIKA-verkoston so-



Kuvio 1. Kuntoutusalan yhteinen osaaminen (Harra ym. 2016).

siaali-, terveysalan, liikunta- ja kauneusalan työelämätarpeita koskeneeseen kartoitus-hankkeeseen (Kukkonen 2017).



vaativissa asiantuntijatehtävissä määrättyllä työelämän osa-alueella. Hän hallitsee asiantuntijaroolinsa edellyttämän tieteellis-ammattillisen erikoisosaamisen tai erityisasiantuntijuuden näissä työ- ja toimintaympäristöissä. Koulutuksen suorittaneen tulee kyetä analysoimaan, arvioimaan ja kehittämään erikoisalansa ammattikäytäntöjä tutkimustiedon menetelmin sekä toimimaan yhteisöissä ja verkostoissa oman erikoistumisalansa asiantuntijana. (Korkeakoulujen erikoistumiskoulutukset 2016.)

Sosiaali- ja terveystieteiden alan käynnissä olevat uudistukset tulevat muuttamaan laajasti sosiaali- ja terveyspalveluja. Tämä muutos vaatii koko sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan henkilöstön uudenlaista osaamista uudistuvissa toimintakulttuureissa, rakenteissa ja palveluissa sisältöineen ja toimintatapoineen. Uudistukset edellyttävät entistä vahvempaa asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja yhteisen asiakasymmärryksen rakentamista. Moniammatillisen ja monikulttuurisen työskentelyn merkitys ja näihin liittyvät osaamiset korostuvat tulevaisuudessa. Kokonaisvaltaisen kuntoutusosaamisen ohella tarvitaan asiakaslähtöistä työskentelyotetta ja palvelumuotoiluosaamista uusien kuntoutuspalvelujen tuottamisessa. Myös taloudellisen osaamisen ja oman toiminnan kustannusvaikutusten ymmärtäminen korostuu, kun palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erkaantuvat toisistaan. Lisäksi digitalisoituvat palvelut vaativat ennakkoluulotonta asennoitumista ja jatkuvaa oman asiantuntijuuden päivittämistä.

Erikoistumiskoulutuksia kartoittaneen valtakunnallisen työelämäkyselyn mukaan (Pikkarainen ym. 2017) kuntoutusalan tulokset poikkeavat joiltain osin muiden sosiaali- ja terveystieteiden vastaajien tuloksista. Kuntoutusalalla on jo nykyisin erilaista yritystoimintaa sekä runsaasti vakiintunutta ammattialakohdasta lisä-, jatko- ja täydennyskoulutusta, jotka voivat sujuvoittaa alalla työskentelevien siirtymistä SOTE-toimintamalliin. Kuntoutusalalla on tapahtumassa myös laaja sukupolven vaihdos, mikä vaatii uusilta, alalle tulevilta työntekijöiltä esimies-, johto-, asiantuntija-

ja kehittämistehtäviin suuntautumista erilaisine syventävine osaamisineen. Lisäksi jo alalla työskentelevät tulevat tarvitsemaan uutta osaamista arki- ja koti- sekä etä- ja lähikuntoutuksen lisääntyessä.

Kuntoutusalan käynnistyvät erikoistumiskoulutukset

Keväällä 2016 laadittiin kuntoutusalan ehdotukset erikoistumiskoulutuksista. Valmisteluun osallistuivat ne ammattikorkeakoulut, jotka vastaavat tällä hetkellä kuntoutusalan amk-tasoisien koulutuksen toteuttamisesta Suomessa. Loppuvuonna 2016 saadun opetus- ja kulttuuriministeriön rahoituspäätöksen mukaan syksyllä 2017 käynnistetään moniammatillisen kotikuntoutuksen erikoistumiskoulutus Jyväskylän (JAMK), Kaakkois-Suomen (XAMK), Metropolian, Oulun (OAMK) ja Tampereen (TAMK) ammattikorkeakouluissa. Myöhemmin tätä erikoistumiskoulutusta voivat toteuttaa kaikki sopimuksessa mukana olevat ammattikorkeakoulut. Koulutus on suunnattu kaikille sosiaali- ja terveystieteiden korkeakoulututkinnon suorittaneille ja alan työelämäkokemusta omaaville asiantuntijoille. Koulutuksen lähtökohtana on oman asiantuntijuuden kehittyminen sidottuna omiin työtehtäviin, ja osana koulutusta tullaan tekemään myös oman työn kehittämistehtäviä.

Keväällä 2017 käynnistyy myös Monialaisen etäkuntoutuksen erikoistumiskoulutuksen suunnittelu ammattikorkeakoulujen yhteistyönä. Taulukossa 1 kuvataan näiden kahden erikoistumiskoulutuksen tavoitteet, osaamiset ja työmuodot menetelmineen niiden luonnosteluvaiheessa.

Arki-, koti- ja lähikuntoutus ja osittain myös etäkuntoutus ovat vielä niukasti määriteltyjä käsitteitä, joten niiden teoreettisten perusteiden kuvaamiseen tarvitaan monialaista tutkimus- ja kehittämistyötä. Kotiympäristöissä ja arkikuntoutuksessa tarjottavien kuntoutustuotteiden yksilöllinen räätälöitävyys tulee myös korostumaan, jotta ne voivat aidosti tuottaa lisäarvoa asiakkaille. Räätälöitävyys koskee uusien ympäristöjen ja paikkojen lisäksi myös kuntoutusinterventioiden kestoja,

Taulukko 1. Luonnos kuntoutusalan erikoistumiskoulutuksista.

	KUNTOUTUSALAN ERIKOISTUMISKOULUTUKSET	
	Moniammatillinen kotikuntoutus	Monialainen etäkuntoutus
Tarkoitus	Kehittää sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ammattilaisten monialaisten ja moniammatillisten työryhmien ja yhteisöjen sekä niiden jäsenten kotikuntoutus-osaamista osana SOTE-maakuntamallissa.	Laajentaa ja syventää sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ammattilaisten etäohjauksen ja -kuntoutuksen teoreettisia perusteita sekä vahvistaa monialaisen etäkuntoutuksen käyttöönotto- ja soveltamisosaamista osana uudistuvia SOTE-palveluita.
Tavoitteet	SOTE-rakenteen perusteiden ja toimintakulttuurin ymmärtäminen, Monialaisen kuntoutuksen työ- ja kulttuurien arviointi ja uudelleen muotoilu. Kotikuntoutuksen perusteiden ja moniammatillisen yhteistoimijuuden sisäistäminen osana integroituvia SOTE-palveluita. Kotikuntoutuksen palvelutuotteiden kehittäminen ja pilotointi valituille asiakasryhmille.	Teoreettisten, käytännöllisten ja kokemuksellisten valmiuksien rakentaminen etäkuntoutuksen nykyisistä ja tulevista toimintamalleista SOTE-palvelujärjestelmässä. Etäkuntoutuksen palvelutuotteiden ja sovellusten arviointiin, muotoiluun ja kehittämiseen tarvittavien valmiuksien kehittäminen yhteistyössä teknologia- ja SOTE-alan asiantuntijoiden sekä kuntoutuksen asiakasryhmien kanssa.
Osaamiset	Asiakkuus- ja kuntoutus-/kuntoutumisprossien osaaminen, palvelujärjestelmäosaaminen, vaikuttavuus- ja kehittämisosaaminen, digitaalinen ohjausosaaminen kotikuntoutuksessa ja lähipalveluissa.	Asiakkuusosaaminen etäkuntoutuksen asiakasprosesseissa, digitaalinen osaaminen ja ohjausosaaminen etäkuntoutuksessa ja palvelutuotteiden muotoiluosaaminen sekä vaikuttavuuden ja käytettävyyden arviointiosaaminen.
Menetelmät, työmuodot	Monimuotokoulutuksen oppimistehtävät tehdään omaan työyhteisöön soveltaen sekä paikallisia, alueellisia ja kansallisia hankkeita hyödyntäen.	Monimuotokoulutuksen oppimistehtävät tehdään omaan työyhteisöön soveltaen, olemassa olevia etäkuntoutuksen välineitä ja hanketoimintaa hyödyntäen.

ajoituksia ja jaksotuksia, jotta ne voivat toimia parhaalla mahdollisella tavalla ja ottaa huomioon asiakkaiden erilaiset elämäntilanteet, ympäristöt ja verkostot.

Arki- ja kotikuntoutuksen tulee muuttua kokonaisvaltaisesti uudenaikaiseksi kuntoutustuotteeksi, eikä se saa jäädä nykyisten kuntoutustuotteiden siirtämiseksi sellaisenaan uusiin ympäristöihin. Kotikuntoutukseen voidaan

liittää toimijuuden, kuntoutusvalmiuden ja arjen ympäristöjen tietoinen käyttöön ottaminen niin, että kotona ja arjessa oleva elämä ja elinympäristö toimivat kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana. Päätösvalta ja vastuu siirtyvät kodissaan asuvalle ja arkeen elävälle ihmiselle läheisineen, jolloin kuntoutujan aktuaalinen ja myös potentiaalinen kuntoutusvalmius sekä yksilölliset kuntoutus-

Taulukko 2. Kuntoutusalan erikoistumiskoulutuksen tuottamat asiantuntijuuden osa-alueet SOTE-uudistuksen näkökulmasta (soveltaen Tynjälä 2016).

Osaamisen komponentit				
Moni- ammattillinen kotikuntoutus	Teoreettis- käsitteellinen osaaminen	Käytännöllis- kokemukselli- nen osaaminen	Itsensäätelyä ja toiminnan sääätelyä koskeva osaaminen	Sosio- kulttuurinen osaaminen
Työntekijä- näkökulma	Kotikuntoutuksen teoreettiset perusteet ja peruskäsitteet Uudenlaisen moniammatillisuuden perusteet ja lähtökohdat	Harjoittelu uusissa kuntoutus-ympäristöissä ja uusissa verkostoissa	Oman osaamisen nykytilan analyysi, osaamistarpeiden tunnistaminen, yhteisen osaamisen jakaminen ja vastaanottaminen, uudenlainen viestintä ja tiedottaminen	Uusien palvelurakenteiden toimintakulttuurien ja toimintatapojen rakentaminen, erilaisten työkyönteurien integrointi, hyvien käytänteiden soveltaminen
Asiakas- näkökulma	Kotikuntoutuksen perusteiden kuvaaminen ja sanoittaminen asiakas- ja omaisyhteistyössä	Asiakkaat kehittäjä-kumppaneina uusien kuntoutustuotteiden muotoilussa	Asiakaslähtöisyyden, tavoitteellisuuden ja kuntoutumisprosessien säätely, asiakkaiden ja omaisten omaehtoisen toiminnan säätely	Kotikulttuurien kunnioittaminen ja hyväksyminen kuntoutumisen lähtökohtana

tarpeet saadaan aidosti esille ja kuntoutuksen lähtökohdiksi. (Soveltaen Pikkarainen 2016.) Juuri arjen ympäristöissä asiakkaalle ja hänen läheisilleen on syntynyt näkemys tarvittavasta muutoksesta, jolloin asiakkaalla on myös tahtoa ja uskoa muutoksen saavuttamiseen (soveltaen Järvikoski & Härkäpää 2011). Kuvatesaan voimavarojaan ja muutostarpeitaan asiakas rakentaa luontevasti kuntoutumisvalmiuttaan sitoutuen myös omaehtoiseen toimintaan tulevassa kuntoutumisprosessissa. Koska tämä asiakkaan kokemustieto on arki- ja kotikuntoutuksen lähtökohta, vaaditaan yksilöllisten kuntoutumisprosessien ja muotoiltavien kuntoutusinterventiotuotteiden tarkastelua aivan uudella tavalla. Kodin konkreettiset paikat ja tilanteet sekä arkikonteksti välineineen ja toimintoinen luovat kotikuntoutuksen alustan. Näistä asiakasta (kuntoutujaa), työntekijää ja interventioita koskevista tekijöistä rakentuu kotikuntoutuksen uudenlainen teoreettinen perusta erilaisine lähestymistapoineen ja

käytännöllisine sovelluksineen.

Arki- ja kotikuntoutus laajenevat elämäntulon vaiheesta riippuen myös muihin asiakkaan ympäristöihin kuten päivähoitoon, kouluun, opiskeluun, harrastuksiin, työhön ja palveluasumiseen. Samalla kuntoutuksessa korostuu verkostomainen työtapa ja erilaisten palvelu- ja hallintorakenteiden rajapintojen ylittäminen, joissa joustavilla ja liikkuvilla palveluilla sekä eri lailla muotoutuvilla tiimeillä on keskeinen merkitys (mm. Koi-vuniemi ym. 2016). Yhteistoimijuuden (asiakas-työntekijä, työntekijä-työntekijä) tulee olla symmetristä, vastavuoroista, kunnioittavaa ja eri osapuolille lisäarvoa tuottavaa (Harra 2014).

Monialaisen etäkuntoutuksen erikoistumiskoulutuksen syventävät osaamiset puolestaan liittyvät etäohjaukseen sekä sovellettavuuteen ja käytettävyyteen tarvittavien valmiuksien kehittämiseen. Samalla kuntoutusalan asiantuntijoiden valmiudet erilaisten

rajapintojen ylittämiseen lisääntyvät vastavalla tavalla kuin kotikuntoutuksessa (taulukko 1). Koti- ja etäkuntoutuksen palveluista voi muodostua myös erilaisia kombinaatioita eli niin sanottua hybridikuntoutusta erilaisen asiakastilanteiden ja -tarpeiden mukaan.

Kaiken kaikkiaan tulevaisuuden kuntoutusalan asiantuntijoiden työ on vastavuoroista, kollegiaalista ja konsultatiivista toimintaa erilaisissa monialaisissa verkostoissa, joten myös kuntoutusalan koulutuksen on ennakoitava näitä työelämän muutoksia (vrt. Koivuniemi ym. 2016, Kuukkanen & Hynynen 2016). Kuntoutus siirtyy seinistä ja instituutioista erilaisiin asiakasympäristöihin, joissa työntekijöiltä vaaditaan joustavuutta, avoimuutta ja ennakkoluulottomuutta niin asiakas- kuin asiantuntijayhteistyössä (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Asiantuntijuuden kehittyminen erikoistumiskoulutuksessa

Tynjälän (2016) mukaan syventävän asiantuntijuuden kehittyminen vaatii pitkää kokeuksellista harjaantumista. Tähän harjaantumiseen tarvitaan tietoista, tavoitteellista ja reflektiivistä toimintaa tiettyssä työ- ja asiantuntijuuskontekstissa. Kuntoutusalalla tämä tarkoittaa esimerkiksi SOTE-maakuntamallin tuottamien aivan uusien työkontekstien tunnistamista ja rakentamista. Näissä uusissa toimintaympäristöissä myös aikaisemmin saavutetulle kuntoutusalan asiantuntijuudelle asetetaan uudistumishaasteita (taulukko 2). Työntekijöiltä vaaditaan paitsi oman ammattialan ja yksilöllisen persoonallisen tiedon käyttöä, myös osallistumista yhteisiin, erilaisten verkostojen tuottamien luovien tietoprosessien rakentamiseen.

Erityisesti kotikuntoutuksessa tämä tarkoittaa asiakkaan ja hänen virallisten ja epävirallisten verkostojensa hyödyntämistä uusien kuntoutustuotteiden yksiköllisissä muotoiluissa. Kuntoutuksen siirtyessä arki-, koti- ja lähiympäristöihin asiakkaiden yksilöllisten kuntoutumisprosessien valmistautumis- ja käynnistymisvaiheisiin tarvitaan aikaa ja

tukea. Kun työntekijä ja asiakas tunnistavat asiakkaalle merkitykselliset arjen ja kotiympäristön tekijät yhdessä, kuntoutuksen motiiviongelmakkaan eivät jää yksin asiakkaan kannettaviksi, vaan hän ratkaisee niitä yhdessä työntekijän kanssa.

On tärkeää, että kuntoutusalan koulutuksessa vastataan työelämässä tapahtuviin muutoksiin ja rakennetaan jo työelämässä toimiville väyliä osaamisen uudistamiseen. Uusissa kuntoutusalan erikoistumiskoulutuksissa alan työntekijät päivittävät osaamistaan pystyäkseen vastaamaan ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin ja yksilöllisiin terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin haasteisiin.

**Aila Pikkarainen, THM, KM, lehtori,
Hyvinvointiyksikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu JAMK**

**Mirja Immonen, TtL, MBA, koulutuspäällikkö,
Hyvinvointiyksikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu JAMK**

**Sanna Sihvonen, TtT, yliopettaja,
Hyvinvointiyksikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu JAMK**

Lähteet

- Harra T (2014) Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 156. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lapin yliopisto. Verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-772-8>. 3.1.2017.
- Harra T, Holvikivi J, Hyrkkänen U, Immonen M, Kivi-aho-Tiippana A, Pikkarainen A, Sallinen M, Sihvonen S (2016) Kuntoutusalan koulutuksen uudistaminen ammattikorkeakouluissa. Dialogityöskentelyn tulokset. Verkossa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/113478/Kuntoutusalan+koulutuksen+uudistaminen+ammattikorkeakouluissa.pdf;jsessionid=BB5AF9D0278937F704686C7C764CAC49?sequence=1>. 5.1.2017.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet: näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. WSOYpro, Helsinki.
- Koivuniemi M, Karapalo T, Walden P, Pikkarainen A (2016) Kuntoutuksen ohjaajat (AMK) – osaajina kuntoutuksen koordinoititehtävissä. Kuntoutus 1, 65–70.
- Korkeakoulujen erikoistumiskoulutukset (2016) Käsi- kirja koulutusten kehittäjille. Verkossa: www.unifi.fi.

- fi. ja www.arena.fi.
- Kuitunen S (2016) Kuntoutus integroi Soten. Kuntoutus 2, 50–51.
- Kuitunen S, Aaltonen E (2015) Kuntoutuksen vaikuttavuus pitää moninkertaistaa. Digitaalisten palveluiden avulla voidaan arvioida kuntoutuksen vaikutuksia ja parantaa kuntoutujan hyvinvointia. Helsingin Sanomat, Vieraskynä 17.8.2015. Verkossa: <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000002845496.html>
- Kukkonen T (2017) Uutta erikoistumisosaamista korkeakoulutetuille. Sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan erikoistumiskoulutustarpeiden kartoitus 2016. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B, Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia 47, Joensuu. Verkossa: <http://www.theseus.fi/handle/10024/122346>
- Kuukkanen T, Hynynen P (2016) Moniammatillinen tiimioppiminen sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ja opettajien kokemana. Ammattikasvatuksen aikakauskirja 18 (1), 53–61.
- Parkkinen M, Ilomäki T, Shemeikka R (2016) Näkemyksiä kuntoutuksen kehittämisestä ja SOTE-uudistuksesta yli sektori- ja ammattirajojen. Kuntoutus 2, 43–49.
- Piirainen A, Sjögren T (2016) Laaja-alainen ja monikerroksinen kuntoutuksen osaaminen. Terveysten edistämisen tutkimuskeskus, julkaisuja 6. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Verkossa: https://www.jyu.fi/sport/laitokset/terveys/Laajaalainen.jpg/image_view_fullscreen
- Pikkarainen A (2016) Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja, osa II. Ikääntyneiden arki-, koti- ja lähikuntoutus. Varhaisvaiheesta ympärivuorokautiseen hoivaa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 221, Jyväskylä.
- Pikkarainen A, Immonen M, Sihvonen S (2017) Kuntoutusalan osaamistarpeet SOTE-uudistuksen kynnyksellä. Teoksessa Kukkonen T (toim.) Uutta erikoistumisosaamista korkeakoulutetuille. Sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan erikoistumiskoulutustarpeiden kartoitus 2016. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B, Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia 47, 90–105, Joensuu. Verkossa: <http://www.theseus.fi/handle/10024/122346>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2015) Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 2015:18. Helsinki. Verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3509-9>. 3.1.2017.
- Tynjälä P (2016) Asiantuntijan tieto ja ajattelu. Teoksessa Kallio E (toim.) Ajattelun kehitys aikuisuudessa. Kohti moninäkökulmaisuuutta. Kasvatusalan tutkimuksia 71, Suomen kasvatustieteellinen seura, Jyväskylä.

MATERIAALIPANKKI AIVOVAURIOKUNTOUTUKSEEN

Trevor Powell: Aivotyökirja. Opas ja harjoituksia aivovaurion saaneelle, läheiselle sekä ammattilaiselle

Illan hämärtyessä olohuoneeseemme avautuu uusia maailmoja. Seuratessani puolisoni tietokonepelien pelaamista en voi olla ajattelematta, että pian tämä on osa myös neuropsykologisen kuntoutuksen arkea. Harppauksin kehittyvät virtuaaliset toimintaympäristöt tarjoavat valtavasti soveltamismahdollisuuksia kognition arvioimiseen ja kuntouttamiseen. Todennäköisesti ja toivottavasti voimme pian viedä kuntoutujamme pois vastaanotto-toimistoista monipuolisia virikkeitä tarjoaviin virtuaaliympäristöihin kehittelemään ja harjoittelemaan vaikkapa muististrategioita. Kenties kuntoutujan omat arkiympäristöt siirretään virtuaalilaseihin, jotta hän voi harjoitella kompensaatiokeinojen käyttöä turvallisessa testiympäristössä niin, että siirtovaikutus omaan arkeen on mahdollisimman vahva. Toistaiseksi olemme päässeet hyödyntämään kuntoutuksessa digitaalisen toimintaympäristön mahdollisuuksia vasta pienimuotoisesti.

Millaista kuntoutusmateriaalia meillä sitten on käytettävissä virtuaalivallankumousta odotellessamme? Brittiläisen neuropsykologin Trevor Powellin Aivotyökirja on vastikään ilmestynyt suomennettuna. Powell on koonnut kirjaan vuosikymmenien aivovammakuntoutustyönsä pohjalta harjoituksia ja tietoa, jotka hän tarjoaa aivovamman tai aivoverenkier-

tohäiriön (AVH) saaneiden kuntoutujien, heidän kuntouttajiensä ja läheistensä käyttöön. Kirjan ensimmäinen osa koostuu aivovaurioihin ja niiden seurauksiin liittyvistä tietoarkeista. Toinen osa sisältää oiretiedostusta ja strategioiden käyttöä tukevia tiedonkäsittelyharjoituksia ja kolmas osa sopeutumista edistäviä pohdintatehtäviä. Kuntoutujien läheiset on huomioitu heille erityisesti kohdennetuilla tietoarkeilla.

Powellin työuran aivovammasuuntautuneisuus näkyy Aivotyökirjassa. Materiaalisia painottuvat aivovammojen yleiset oireet: muistin, toiminnanohjauksen, tarkkaavuuden ja tunnesäätelyn vaikeudet. Nämä teemat ovat keskeisiä AVH:nkin kuntoutuksessa, mutta toisaalta AVH:issä usein esiintyvien neuropsykologisten erityishäiriöiden kirjo jää kirjassa vähälle käsittelylle.

Aivotyökirjassa ei ole lähdeviitteitä, mutta tietoarkit pohjautuvat selvästi pääosin tieteellisesti tutkittuun tietoon. Monet harjoitukset muistuttavat periaatteiltaan yleisesti käytössä olevia kognition tutkimus- ja kuntoutusmenetelmiä (muun muassa N-back, KIM, BADS) ja kognitiivisen psykoterapian keinoja. Yksien kansien väliin koottuna materiaali on helposti käytettävissä. Kognitiiviset harjoitukset ovat myös tervetullut lisä erityisesti pitkiin kuntoutuksiin, joiden aikana harjoitusmateriaali herkästi loppuu kesken. Aivotyökirjan harjoituksissa on riittävästi vaikeusastetta lievienkin oireiden kuntoutukseen. Miltä kuulostaa esimerkiksi tehtävä: ”Kun laskutehtävässä on tähti, tarkoitus on tehdä päinvastainen lasku-

toimitus kuin edellisessä laskutehtävässä. Kun laskutehtävän edessä on X, älä tee tehtävää. Laske yhteen jo laskemiasi laskujen vastaukset, ja siirry sitten laskemaan seuraavan sarakkeen tehtäviä. Kun laskutehtävän edessä on M...” Ja niin edelleen.

Vaikuttavuustutkimusten valossa pelkkä oireeseen suoraan kohdistuva kognitiivinen harjoittelu on aivovaurioiden kuntoutuksessa harvoin hyödyllistä. Sekä muistin, toiminnanohjauksen että tarkkaavuuden kuntoutuksessa strategioiden omaksuminen, palautteen anto ja metakognitiivisten taitojen vahvistaminen on todettu keskeiseksi osaksi vaikuttavaa kuntoutusta (Nukari ym. 2012). Siksi Aivotyökirjankaan harjoituksista ei voida ajatella olevan hyötyä mekaanisesti suoritettuina, vaan niihin tulisi liittää muita neuropsykologisen kuntoutuksen elementtejä. Parhaimmillaan kirja on asiantuntevan kuntouttajan lähdemateriaalina, josta kuntouttaja pystyy poimimaan soveltuvia harjoituksia demonstratiiviseen, oiretiedostusta tukevaan käyttöön ja strategiaharjoittelun materiaaliksi. Kuntouttajan tulee pystyä huomioimaan materiaalin käytössä yksilöllisesti kuntoutujansa kognitiiviset vahvuudet ja heikkoudet, sopeutumisen vaihe ja kuntoutustavoitteet. Aivotyökirjan käytössä on sama haaste kuin valmiissa kuntoutusohjelmissa: tarkasti valitusta kohderyhmästä huolimatta kaikki materiaali ei sovellu sellaisenaan kaikille vaan edellyttää valikoimista ja muokkaamista.

Kuntoutujan tai hänen läheisensä itsenäiseen työskentelyyn Aivokirjan suosittelemisessa onkin syytä olla varovainen. Powell itse suosittelee kirjaa omatoimiseen harjoitteluun vaikka toisaalta toteaa harjoitusten valinnan ja stimulaation kohdistamisen oikeisiin kognition osa-alueisiin edellyttävän asiantuntemusta. Tällaiseen valikoimiseen ja kohdentamiseen pystymistä ei voi odottaa kuin neuropsykologian asiantuntijoilta.

Esipuheessaan Powell kuvaa vetämiensä kuntoutusryhmien periaatteita. Muutoin Aivotyökirja ei ehdota kuntoutukselle valmista runkoa eikä ohjaa tiettyyn harjoitusten etenemisjärjestykseen. Kirja ei kommentoi harjoitusten linkittymistä eri kuntoutustarpeisiin

tai teorian tietoon, vaan vapaus ja vastuu niiden tarkoituksenmukaisesta käyttämisestä jäävät kuntouttajalle.

Powellin mukaan kirjan harjoitukset on suunnattu syventämään oiretiedostusta. Puutteellinen oiretiedostus on yleinen haaste sekä aivovamman että AVH:n jälkeen, ja oiretiedostuksen vahvistaminen on olennaista kuntoutumisen edistymiseksi. Aluksi oiretiedostuksen herääminen voi kuitenkin aiheuttaa kuntoutujassa psyykkistä kuormittumista (Toglia & Kirk 2000). Siksin on tärkeää, että harjoituksia tehdään turvallisen terapeutin allianssin kontekstissa. Kognitiivisiin harjoituksiin on liitetty pieni metakognitiivinen elementti: kuntoutujaa pyydetään arvioimaan harjoituksen vaikeutta ja listaamaan käyttämiään keinoja. Lisäksi osassa harjoituksia ohjataan strategian käyttöön. Strategioiden koekilemisellä kirjan harjoituksissa ei liene suora siirtovaikutusta kuntoutujan omaan arkeen. Siksi harjoituksia voi olla tarpeen täydentää kuntoutujan oman elämän esimerkeillä tai ne on muutoin linkitettävä kuntoutujan arkitodellisuuteen.

Kirjan kolmas osa, sopeutumiseen liittyvät harjoitukset, on teoksen parasta antia. Yhtä monipuolista harjoituskokoelmaa sopeutumisaiheesta ei ole aiemmin ollut tarjolla, ja moni aivovauriokuntoutusta tekevä liittyy sen varmasti mielellään työkalupakkiinsa. Harjoituksissa kuntoutuja pääsee pohtimaan monipuolisesti esimerkiksi muutoksia henkisessä toimintakyvyssään, ihmissuhteissaan ja arvoissaan sekä suhtautumistaan avun pyytämiseen ja virheiden tekemiseen. Aivan kirjan lopusta löytyy elämänlaatuun, hyvinvointiin ja onnellisuuteen liittyviä pohdintatehtäviä. Vahvuuksien havainnointiin tähtääviä harjoituksia saisi olla kirjassa enemmänkin. Aivotyökirja on varmasti hyödyllinen paitsi harjoituskokoelmana, myös ideapankkina, josta voi poimia aiheita psykoedukatiivisiin ja -terapeuttisiin keskusteluihin.

Powell toivoo kirjastaan alkua täydennettävälle materiaalikokoelmalle. Kirjaa selaillessa tuleekin väistämättä mieleen jatkokehitystoiveita toisaalta materiaalin laajentamisesta kattamaan useampia neuropsykologisia oirei-

ta ja toisaalta koko materiaalin digitoimisesta. Olisi kätevää, jos kirjan tiedot ja harjoitukset olisivat sähköisessä, helposti muokattavassa, kenties visuaalisesti tai auditiivisestikin rikastetussa formaatissa, josta voisi koostaa kuntoutuksen edetessä yksilöllisesti räätälöidyn harjoituspaketin suoraan kuntoutujan omalle äylälaitteelle. Nykyasussaan kirjan lomakkeet ovat kopioitavuuden ehdoilla mustavalkoisia ja tekstipainotteisia.

Neuropsykologian virtuaalitodellisuuksia odoteltaessa, niiden rinnalla ja muista lähteistä kerätyllä materiaalilla täydennettynä Aivotyökirja on hyödyllinen kuntoutuksen ammattilaisen lähdeos.

Powell, Trevor (soveltaen suomentanut Kristiina Relander-Syrjänen): Aivotyökirja. Opas ja harjoituksia aivovaurion saaneelle, läheiselle sekä ammattilaiselle. Hogrefe Psychologien Kustannus Oy, 2016.

Laura Sarkki, PsM, neuropsykologiaan erikoistuva psykologi. Kirjoittaja on työssään kuntouttanut aikuisia aivovauriokuntoutujia.

Lähteet

- Nukari J, Poutiainen E, Nybo T, Hämäläinen P, Kalska H (2012) Neuropsykologisen kuntoutuksen vaikutavuus. *Psykologia* 47, 182–202.
- Toglia J, Kirk U (2000) Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation* 15, 57–70.

Kirjoita kirjaesittely Kuntoutus-lehteen!

Kuntoutus-lehti ottaa mielellään vastaan esittelyjä ja arvosteluja kuntoutusalaan koskevista uusista julkaisuista. Alla joitain kiinnostavia esimerkkijulkaisuja, joista toivotaan esittelyä. Saa ehdottaa kirjaa näiden ulkopuoleltakin!

- Heikki Hiilamo: Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö – Mistä sote-uudistuksessa on kysymys? Into Kustannus, 2015
- Juha Peltosalmi, Anne Eronen, Tapio Litmanen, Pia Londén, Petri Ruuskanen: Järjestöbarometri 2016: järjestöjen tulevaisuus. SOSTE Suomen sosaali ja terveys ry, Helsinki 2016
- Reino Myllymäki & Toni Hinkka: Yhdistysjohtamisen opas. CxO Academy Kirjat. Ketterät Kirjat Oy, 2016
- Heli Nurmi: Työuupumuksen itsehoito – Kuinka kierrän karikat. Kustannus Oy Duodecim, 2016
- Anna-Liisa Salminen, Sinikka Hiekkala & Jan-Henry Stenberg (toim.) Etäkuntoutus. Kelan tutkimus, Helsinki 2016
- Jaana Fedotoff, Heidi Leppäkari & Päivi Timonen (toim.) Koordinaatit nuorten tieto- ja neuvontatyöhön. Suuntaviivoja ammatilliseen osaamiseen. Koordinaatti – Nuorten tieto- ja neuvontatyön kehittämiskeskus, Oulun kaupunki 2016
- Hanna-Kaisa Hoppania, Olli Karsio, Lena Näre, Antero Olakivi, Liina Sointu, Tiina Vaittinen & Minna Zechner: Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä. Gaudeamus 2016
- Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara, Aarne Ylinen (toim.): Kuntoutuminen. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 2016

Ilmoita kiinnostuksesi kirjaesittelyn tekemiseen toimitussihteeri Annika Laisola-Nuotiolle, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi

Elinsiirron saaneiden fyysinen ja psyykinen toimintakyky teemana elinsiirtoliikuntaviikon tutkijasymposiossa

Vantaalla 11.–15.7.2016 järjestettyjen elinsiirronsaaneiden Euroopan mestaruuskilpailujen yhteydessä järjestettiin European Transplant Sport Week -tapahtumakokonaisuus. Tapahtumaan kuului kansainvälinen elinsiirtoliikunnan symposio ja sitä edeltävät tutkijatyöpajat. Symposion ja tutkijatyöpajat järjesti Suomen Vammaisurheilu ja -liikunta VAU yhteistyössä Sydän- ja keuhkosiirroksia SYKE:n ja Munuais- ja maksaliiton kanssa. Tutkijatyöpajat ja symposio saivat tukea EU:n Erasmus+ Sport -ohjelmasta.

Näihin tilaisuuksiin oli kutsuttu nimekkäitä asiantuntijapuhujia sekä kotimaasta että Euroopasta. Kotimaisia pääpuhujia olivat elinsiirtokirurgian professorit Krister Höckerstedt ja Ari Harjula. Kansainvälisiksi pääpuhujiksi oli kutsuttu brittiläinen Loughborough'n yliopiston urheiluantropologian lehtori David Howe ja Judit Berente, Elinsiirron saaneiden ja dialyysissa olevien urheilun Euroopan järjestön ETDSF:n puheenjohtaja.

Tutkijatyöpajojen tavoitteena oli edistää moniammatillista vuoropuhelua elinsiirron saaneiden henkilöiden, tutkijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Yleisteemana tutkijatyöpajoissa oli ”suorituskyky, harjoittelu ja harjoitettavuus”. Symposiossa esiteltiin tuloksia liikunnan vaikutuksista terveyteen ja elämänlaatuun, liikuntasuosituksista, vanhempien roolista lasten ja nuorten liikunnan harrastamisen ja terveiden elämäntapojen edistämiseksi, urheilun ja liikunnan voimasta psykologisessa kuntoutumisessa sekä sosiaalisen inklusion edistämiseksi urheiluun ja liikuntaan osallistumisen keinoin. Symposiossa oli sekä suullisia esityksiä että postereita.

Fyysinen kuntoutus parantaa selviytymisennustetta

Fyysisen kuntoutuksen tärkeydestä tapahtumaan osallistuneet tutkijat, terveydenhuollon ammattihenkilöt ja kokemuspuhujat olivat yhtä mieltä: liikunta on elintärkeää elinsiirron saaneille. Liikunnalla on havaittu lukuisia positiivisia vaikutuksia elinsiirron saaneiden terveyteen. Symposiossa esiteltyjen tutkimustulosten mukaan liikunta muun muassa edistää toipumista elinsiirtoleikkauksen jälkeen, parantaa pitkän ajan elinennustetta sekä vähentää metabolisen oireyhtymän ja osteoporoosin riskiä. Lisäksi fyysinen harjoittelu jo siirtoleikkausta odotettaessa parantaa selviytymisennustetta ja vähentää siirtolistalla olevien masennusoireilua. Aiheesta puhuneen professori Krister Höckerstedtin mukaan fyysisen kunnan merkitys ennen elinsiirtoleikkausta on toipumisen kannalta erittäin merkittävä.

Fyysisen aktiivisuuden määrästä, tasosta ja harjoittelun intensiteetistä sen sijaan tiedetään puhujien mukaan toistaiseksi varsin vähän. Professori Ari Harjulan sekä norjalaisen Katrine Rolidin esityksissä todettiin, että korkean intensiteetin harjoittelu (HIT, high intensity training) tuo enemmän positiivisia terveysvaikutuksia elinsiirron saaneille kuin keskitason tehon harjoittelu. Tutkimustietoa tarvitaan kuitenkin lisää, erityisesti tietoa sydämensiirron saaneiden fyysisen harjoittelun turvallisuudesta on liian vähän. Harjula sekä fysioterapeutti Linda Ulenius muistuttivat myös, että fyysisen harjoittelun tasoa tulee leikkauksen jälkeen nostaa vähitellen ja ohjatusti.

Elinsiirron saaneiden psyykkinen toimintakyky pääosin hyvällä tasolla

Symposiumissa käsiteltiin fyysistä aktiivisuutta myös elämänlaadun, psyykkisen toimintakyvyn ja sosiaalisen osallisuuden näkökulmasta. Professori Harjulan mukaan sydämen- ja keuhkosiirron saaneiden koettu elämänlaatu SF-36 mittarilla mitattuna on varsin hyvää verrattuna terveisiin ikätovereihin. Tutkimuksen mukaan elämänlaadun kokemusta heikentää immunosuppressiivisen lääkityksen tuomat sivuvaikutukset, vatsa- ja suolistovaivojen ollessa suurin elämänlaatua heikentävä tekijä.

Jyväskylän yliopistolta vastikään tohtoriksi väitellyt liikuntatieteen maisteri Kwok Ng esittää, että elinsiirron saaneiden toimintakykyä kannattaisi tarkastella kansainvälisen ICF-luokittelun näkökulmasta. ICF on WHO:n hyväksymä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF-luokitusjärjestelmässä potilas nähdään kokonaisuutena, jossa keskeisiä komponentteja ovat osallistumisen mahdollisuuksien lisääminen ja yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen tukeminen. ICF-viitekehyksessä huomioidaan toimintakyvyn rajoitteiden lisäksi myös muut yksilölliset tekijät, kuten yksilön kokemat ympäristötekijät, henkilön yksilöllinen tausta, persoonallisuus ja selviytymiskeinot.

Kwok Ng:n tekemän selvityksen mukaan munuaissiirron saaneiden kokemat fyysiset ja ympäristön asettamat toimintakyvyn rajoitukset olivat vähäisemmät verrattuna muihin siirron saaneisiin. Tämä lienee myös lääketieteellisen tutkimusevidenssin tulos sivuvaikutusten ja toimintakyvyn haitta-asteen osalta. Ng:n mukaan kaikki siirron saaneet kokivat ympäristötekijät (perhe, ystävät, terveydenhuollon ammattihenkilöt) selviytymistä edesauttavina tekijöinä.

Vertaistuki ja osallisuuden kokemukset ylläpitävät psyykkistä toimintakykyä

Osallisuuden teemaa käsittelevät symposiossa ja työpajoissa myös lukuisat kokemuspuhujat. Fyysisen harjoittelun ja urheilun merkityksestä toipumiselleen ja elämänlaadulleen

kertoivat muiden muassa maksasiirron saanut juoksija Pinja Söyriä ja sydänsiirron saanut, Ironman-kilpailuun osallistunut tanskalainen Casper Palmviq. Niin ikään osallisuuden ja liikunnan merkityksestä puhuivat Lesley-Ann Pace ja hänen kuusivuotias maksasiirron kokenut tyttärensä Phoebe sekä elinsiirron saaneiden nuorten TACKERS-talvileirejä Sveitsissä järjestävä Liz Schick.

Tapahtumakokonaisuuden esitysten perusteella voi todeta, että toisten vertaisten esimerkki rohkaisee ja innostaa aktiiviseen elämäntapaan. Osallisuuden kokemus on elinsiirron läpikäyneiden kuntoutuksen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeää. Vertaistuki on myös itsehoidon tärkeyden sisäistämisen kannalta merkityksellistä.

Symposiumin ja työpajojen esitykset ovat katsottavissa englannin kielellä klikkaamalla kunkin esiintyjän nimeä: <http://www.vantaa2016.fi/etsw16/elinsiirtosymposio/tyopajat>

Mila Gustavsson-Lilius

Kirjoittaja on erikoistutkija ja voimavara-suunnittelija Kuntoutussäätiössä.

Hyviä ja rohkaisevia tuloksia verkkosopeutumisvalmennuskursseista



Verkkosova-hanke (2015–2016) syntyi tarpeesta kehittää ja laajentaa Suomen Parkinson-liiton sopeutumisvalmennuskurssitarjontaa ja -toimintaa. Hankkeessa toteutettiin neljä verkkosopeutumisvalmennuskurssia Parkinsonin tautia sairastaville, kaksi pelkästään verkossa ja kaksi sellaista, joissa oli kurssin alussa lähitapaaminen. Osallistujia kursseilla oli yhteensä 28, seitsemän jokaisella kurssilla.

Uudella verkossa järjestettävällä kurssimallilla pyrittiin vastaamaan paremmin työssä käyvien tarpeisiin ja lisäämään maantieteellistä tasa-arvoa, kun matkustus toiselle paikkakunnalle ja poissaolot työstä eivät ole esteenä sopeutumisvalmennukseen osallistumiselle. Sairauden alkuvaiheessa moni myös kieltää sairautensa tai ei halua kertoa siitä lähipiirilleen ja työnantajalleen. Näin ollen verkossa toteutettava kurssi, johon voi osallistua omasta kodista käsin, saattaa madaltaa osallistumiskynnystä. Verkkosova-kursseista on saatu hyviä ja rohkaisevia tuloksia sekä kehitysideoita, joista myös seuraavat opinnäytetyöt kertovat.

Ryhmäytymisen helppous verkossa yllätti

Ensimmäisessä (1) opinnäytetyössä kartoitettiin Verkkosova-kursseille osallistuneiden (n = 28) kokemuksia kursseista. Aineisto koostui verkkokursseilta koko kurssin jälkeen sekä jokaisen asiantuntijaverkkotapaamisen jälkeen kerätyistä palautteista, joissa oli käytössä Likert-asteikko 1–5.

Osallistujat antoivat korkeita arvoja lähes kaikille verkkokurssien osa-alueille koko kurssia koskevassa palautteessa. Selvästi heikoimmat keskiarvot saivat väittämät ”Videotapaamiset olivat teknisesti toimivia”- (kaikkien kurssien ka 3,5) ja ”Suuri osa tiedoista oli minulle uutta” (kaikkien kurssien ka 2,9). Osallistujien kokemuksissa asiantuntijataapaamisista kaikki aiheet ja tapaamiset koettiin palautteen mukaan keskimäärin hyödyllisiksi.

Ryhmäytymisen kannalta ja eri verkkokurssityyppien välisestä vertailusta opinnäytetyö

antaa mielenkiintoisia ja rohkaisevia tuloksia. Osallistujat kokivat kurssirakenteen hieman toimivammaksi verkkokursseilla, joissa oli lähitapaaminen kurssin alussa. Toisaalta esimerkiksi ryhmäytyminen vaikuttaa palautteiden mukaan tapahtuneen yhtä helposti myös ainoastaan verkossa järjestetyillä kursseilla. Ryhmäytyminen on viimeisellä kurssilla arvioitu parhaalla keskiarvolla, vaikkei kurssi sisältänytkaan lähitapaamista. Yleisesti ottaen Verkkosova-kursseille osallistuneet kokivat ryhmäytymisen tapahtuneen helposti. Tekijöiden mukaan verkkomuotoinen ryhmäohjaus ja ryhmädynamiikan tukeminen on onnistunut Verkkosova-kursseilla hyvin haasteista huolimatta.

Verkon välityksellä tavoitteisiin lähikurssien veroisesti

Toisessa (2) opinnäytetyössä kartoitettiin erimuotoisten sopeutumisvalmennuskurssien osallistujien kurssikokemuksia ja verrattiin niitä keskenään. Erimuotoisilla kursseilla tässä tarkoitetaan Verkkosova-kursseja viikonloputapaamisella (kaksi) ja pelkästään verkossa (kaksi) sekä Erityisosaamiskeskus Suvituulella järjestettäviä viiden päivän lähikursseja (kaksi varhaisvaiheen ja kaksi keskivaiheen Parkinson-sopeutumisvalmennuskurssia).

Toteutustavoiltaan erilaisia kursseja verrattaessa todetaan, että osallistujat saavuttivat tavoitteensa melko yhtäläisesti kurssimuodosta riippumatta. Osallistujat arvioivat kurssilla käsitellyistä asioista saamansa hyödyn myös melko samalla tavalla. Verkkokurssilaiset ovat arvioineet vertaistuen Suvituulen kurssilaisia paremmaksi, etenkin ne, joilla verkkokurssiin sisältyi myös lähitapaaminen. Kaikilla kolmella erimuotoisella kurssilla hyödyllisimmäksi koettiin liikuntaohjaus ja -neuvonta, ja erot kurssien välillä olivat tässä vähäisimmät. Myös

neurologin ja psykologin käsittelemistä aiheista useat osallistujat mainitsivat hyötyneensä.

Verkkosopeutusvalmennus hyvä lisä perinteisten rinnalle

Kolmannessa (3) opinnäytetyössä selvitetään Verkkosova-projektin asiantuntijaohjaajien kokemuksia verkko-ohjauksesta verrattuna perinteiseen kasvokkain tapahtuvaan ohjaukseen. Työssä selvitetään myös asiantuntijaohjaajien näkemyksiä verkko-ohjaamisesta tarvittavista taidoista, kehittämismahdollisuuksista ja verkkosopeutusvalmennuksen tulevaisuudesta. Aineisto kerättiin verkkokurssien asiantuntijaohjaajilta puolistrukturoidulla sähköpostihaastattelulla, ja viisi seitsemästä vastasi haastatteluun.

Huolimatta ohjausmuotojen eroista fyysisen, sosiaalisen ja symbolisen ohjausympäristön osalta ohjaaminen verkossa ja kasvokkain toimivat vastaajien kokemusten perusteella samojen periaatteiden mukaan, ohjauksen elementit ovat samoja, eivätkä ohjaajan ja osallistujan roolit eroa toisistaan toteutustapojen välillä. Vastaajien mielestä verkko-ohjaus eroaa kasvokkain tapahtuvasta ohjauksesta erityisesti siinä, että verkossa ohjaajat ja osallistujat näkevät toisistaan vain kameran rajaaman osan, jolloin ilmeitä ja eleitä on vaikeampi havaita. Kasvokontakti yksittäiseen osallistujaan ei ole mahdollista, ja osallistujien välinen kommunikointi on vastausten mukaan vähäisempää. Erot ilmenivät myös ohjaustilan erityisvaatimuksina.

Verkko-ohjaamisessa tarvittavat taidot ovat vastaajien mielestä pääasiassa sanalliseen ilmaisuun, havainnointi- ja keskittymiskykyyn sekä tekniikkaan liittyviä. Kehittämis-kohteet koskivat kasvokkaisten tapaamisten ja verkkokeskustelujen yhdistämistä, kurssilaisten keskinäisen yhteydenpidon aktivoimista verkkotapaamisten välillä, kurssilaisten ennakokysymyksiin panostamista, useampien henkilöiden perehdyttämistä verkko-ohjaukseen sekä ohjaukseen käytettävän tilan muunneltavuutta ja rauhallisuutta.

Verkko-ohjauksen tulevaisuus näyttäytyy vastausten perusteella valoisalta. Vastaajien mielestä verkkosopeutusvalmennus on hy-

vä lisä perinteisten tapaamisten rinnalle. Verkkokurssi on taloudellinen ja joustava toteutusmuoto, mikä lisää osallistujien tasa-arvoa ja mahdollistaa useampien osallistumisen sopeutusvalmennuskursseille.

Kiitosta ohjaajan organisointikyvystä ja tasapuolisesta huomioimisesta

Neljännessä (4) opinnäytetyössä tarkkailtiin ohjaajan toimintaa neljännellä Verkkosovakurssilla videoimalla kurssitapaamiset (6/8) ja havainnoimalla niitä. Havainnointirungoksi valikoitui aikaisempiin julkaisuihin perustuen neljä hyvän ohjaajan roolia/ominaisuutta, jotka ovat organisointi, ohjaus, sosiaalinen ja tekninen rooli.

Hyvän ohjaajan roolit (julkaisujen Matikainen 2003, Nurmela et Suominen 2005 ja Tella ym. 2001 mukaan):

Organisointi

- Keskustelun ohjaus
- Pelisääntöjen sopiminen/noudatus

Ohjaus

- Viestintä ja tiedotus
- Verkkomateriaalin sisällön ohjaus
- Sairauteen liittyvä ohjaus

Sosiaalinen rooli

- Vuorovaikutus (aktivointi, kysely, kommentointi, palautteen anto)
- Motivointi ja kannustus
- Ryhmäyttäminen

Tekninen rooli

- Verkkomateriaalin käytön ohjaus
- Tietotekniset ongelmien ohjaus
- Tietotekniikan toimivuuden huomiointi (opinnäytetyön tekijät)
- Kameran säätäminen (opinnäytetyön tekijät)

Yhteenvedon kuudesta verkkotapaamisesta ohjaajan toiminnassa korostui sosiaalinen rooli, josta eniten oli kyselyä, sitten aktivoimista, kommentointia, motivointia, kannustusta ja ryhmäyttämistä, vähiten oli palautteen an-

toa. Toiseksi eniten ohjaajan toiminnassa oli organisointia, joka sisälsi keskustelun ohjausta ja pelisäännöistä sopimista ja mainintaa niiden noudattamisesta. Teknistä roolia oli alle neljännes kurssin merkinnöistä, ja siitä eniten koski kameran säätelyä. Lisäksi ohjaaja varmisteli tietotekniikan toimivuutta ja ratkoi teknisiä ongelmia. Vähiten merkintöjä tuli ohjauksesta, jossa lähes puolet tuli viestinnästä ja tiedotuksesta. Lisäksi ohjaaja käsitteli verkkomateriaalien sisältöä ja ohjasi sairauteen liittyvissä asioissa. Jokaisessa verkkotapaamisessa oli mukana myös eri alan asiantuntija, jolla oli vetovastuu ohjauksesta, mikä osaltaan vaikuttaa ohjauksen vähäisyyteen.

Tekijät arvostivat ohjaajan toiminnassa organisointikykyä, kurssilaisten tasapuolista huomioimista ja myös hiljaisempia aktivoimista liikaa painostamatta sekä rauhallisen ja rennon ilmapiirin luomista. Myös ohjaajan teknisiä taitoja ja ongelmanratkaisukykyä pidettiin oleellisina. Ohjaajan ja asiantuntijan välistä keskustelua olisi kaivattu kuitenkin enemmän, samoin ohjaajan persoonan parempaa esilletuomista. Lopuksi opinnäytetyössä todetaan, että Verkkosova on jo nyt hyvin toteutettu kokonaisuus, jota on mahdollista kehittää vielä eteenpäin.

Verkkosova-opinnäytetyöt syksy 2016:

1. Iina Tenhunen, Vesa Thynell & Matti Österman: Osallistujien kokemuksia verkkosopeutusvalmennuskursseista, <http://www.theseus.fi/handle/10024/121899>
2. Asta Eriksson & Taina Lantela: Verkossa vai "livenä", <http://www.theseus.fi/handle/10024/121898>
3. Arja Heikelä-Välimäki: Verkkohjaaminen sopeutusvalmennuksen kursilla. Asiantuntijoiden kokemuksia verkko-ohjaamisesta Verkkosova-projektissa, <http://www.theseus.fi/handle/10024/121857>
4. Anni Hiivola, Anni Sirkki & Laura Viiman: Ohjaajan toiminta verkkosopeutusvalmennuskurssilla, <http://www.theseus.fi/handle/10024/121876>

Lopuksi

Verkkosova-hanke sai jatkoa myös vuosille 2017–2018. Jatkohankkeessa kehitetään verkkosopeutusvalmennuskursseja saatujen palautteiden ja kokemuksen pohjalta sekä pyritään mallintamaan verkkokurssia myös muihin sairausryhmiin. Projektissa kokeillaan mm. työelämän kysymyksiä käsittelevää verkkokurssia dystoniaa ja MS-tautia sairastaville. Parkinsonin tautia sairastaville verkkokurssi on nyt tarjolla yhtenä vaihtoehtona muiden kurssien rinnalla.

Lähteet

- Matikainen J (2003) Oppimisen ohjaus verkossa. Helsinki: Palmenia kustannus.
- Nurmela S, Suominen R (2005) Verkkoo-pettajaksi viikossa. Turku: Painosalama Oy.
- Tella S, Vahtivuori S, Vuorento A, Wager P, Oksanen U (2001) Verkkoo opetuksessa – opettaja verkossa. 2001. Helsinki: Edita Oyj.

Laura Jussila

Kirjoittaja on Verkkosova-projektityöntekijä Suomen Parkinson-liitto ry:ssä.



SOPEUTUMISVALMENNUKSEN DIGILOIKKA Suomen Parkinson-liiton Verkkosova-projektin (2015–2016) loppuseminaari

Aika: Tiistai 4.4.2017 klo 13–17

Paikka: Yhteisöotalo Lounatuulet, Pihlaja-Sali, Läntinen Pitkätatu 33, Turku tai verkossa <https://www.youtube.com/parkinsonliitto>.

Kohderyhmä: Sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan ammattilaiset ja opiskelijat sekä kaikki asiasta kiinnostuneet

Ohjelma:

- 13.00–13.05 Tervetuloa
Toiminnanjohtaja Hanna Mattila, Suomen Parkinson-liitto ry
- 13.05–13.40 Ryhmämuotoinen verkkokuntoutus
Ohjelmistosuunnittelija ja verkko-oppimisen asiantuntija Oili Niittyinen
- 13.40–14.00 Verkkosova-projektin esittely
Projektityöntekijä Laura Jussila, Suomen Parkinson-liitto ry
- 14.00–14.30 Tekninen toteutus
Järjestelmäasiantuntija Mika Arvola, Turun AMK
- 14.30–14.45 Verkkosova-tapaaminen käytännössä
Kurs시오hjaaja Laura Jussila ja kurssilaiset
- 14.45–15.15 KAHVITAUKO
- 15.15–15.45 Verkkosova-kurssien vaikuttavuus
Lehtori Sirppa Kinos ja tuntiopettaja Jaana Tomppo, Turun AMK
- 15.45–16.15 Verkko-ohjaus vs. kasvokkainen ohjaus asiantuntijoiden näkökulmasta
Opinnäytetyöntekijä Arja Heikelä-Välämäki, Turun AMK
- 16.15–16.45 Verkkosopeutumisvalmennuksen kehittäminen ja tulevaisuus, keskustelua
Projektityöntekijä Laura Jussila, Suomen Parkinson-liitto ry

Tilaisuus on maksuton ja sisältää kahvitarjoilun.

TERVETULOA!

Ilmoittautumiset 31.3. mennessä osoitteeseen:

<https://my.surveypal.com/digiloikka>

Lisätiedot: Laura Jussila, laura.jussila@parkinson.fi
tai p. 050 463 8278

TURKU AMK



Suomen Parkinson-liitto ry
Finlands Parkinson-förbund rf



Yksi elämä -Terveystalkoot myös kuntoutuksen asialla

Yksi elämä -Terveystalkoot on Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteistä tekemistä kohti suomalaisten parempaa terveyttä ja hyvinvointia. Yksi elämä -Terveystalkoilla on kolme päätavoitetta: valtimoterveystalon edistäminen läpi elämän, valtimoterveystalon varhainen tunnistaminen sekä kuntoutus ja vertaistuki-toiminta osaksi valtimosairauksia sairastavien hoitoketjuja. (www.yksielama.fi)

Kuntoutus ja sen kehittäminen ovat keskeinen osa Yksi elämä -Terveystalkoiden toimintaa. Tutkimusten perusteella tiedämme, että valtimosairauksia sairastavien kuntoutuksessa on jotain positiivista, jotain negatiivista ja etenkin suurta vaihtelevuutta maamme eri alueiden välillä. Positiivisella puolella on kuntoutusosaamisen kehittyminen. Akuuttivaiheen kuntoutus on vuosien mittaan laajentunut puhtaasti fysioterapeuttien toteuttamasta terapiasta toiminnalliseen kuntoutustavan hoidon suuntaan. Jo varhain pyritään akuuttiosastoillakin siihen, että kuntoutus olisi kiinteä osa päivittäisiä toimintoja.

Negatiivisella puolella on edelleen se, että valtimosairauksia sairastavien kuntoutukseen pääseminen syystä tai toisesta viivästyy. Tiedonkulussa terveydenhuollon yksiköiden välillä saattaa olla puutteita, ja joskus aivotai sydäntapahtuman jälkeen ihminen kotiutetaan niin, ettei jatkokuntoutusta ole mietitty tai siitä ei ole huolehdittu. Diabetesta sairastavien osalta on varsin tavallista, että kuntoutusmahdollisuuksia aletaan miettiä vasta lisäsairauksien ilmetessä. (Koskinen 2016, Diabetesbarometri 2015, THL 2015.)

Järjestöt avokuntoutusta kehittämässä

Yksi elämä -Terveystalkoissa johtotähtenä on ihmisen osallisuuden vahvistaminen ja arjen hyvinvoinnin tukeminen. Tähän pyritään kehittämällä menetelmiä, joissa kuntoutus olisi lähellä ihmistä ja hänen arkeaan. Tulppa -avokuntoutusmenetelmä on alun perin Sydänliiton kehittämä kuntoutusmuoto sydäninfarktin sairastaneille tai valtimoterveystalon riskissä oleville henkilöille. Nyt Yksi elämä -Terveystalkoiden toi-



mintana koulutus ja materiaalit on laajennettu koskemaan laajemminkin myös diabetes sairastavia ja lievän aivoverenkiertohäiriön sairastaneita. Tämä ryhmämuotoinen avokuntoutus on tällä hetkellä perusterveydenhuollon toimintana käytössä 12 sairaanhoitopiirissä, ja menetelmän käyttöön on koulutettu 1000 terveydenhuollon ammattilaista ja vertaisohjaajaa. Tulppa-avokuntoutusryhmällä on kymmenen viikoittaista kokoontumiskertaa ja kaksi seurantatapaamista kuuden kuukauden ja 12 kuukauden kuluttua ryhmän alkamisesta. Ryhmissä on keskimäärin kymmenen kuntoutujaa. Luentojen sijaan painotetaan toiminnallisuutta ja tekemistä. (www.sydanliitto.fi/tulppa.)

Ryhmän vahvuutena on valmis malli ja valmiit materiaalit. Sekä ammattilais- että vertaisohjaajat käyvät kahden päivän peruskoulutuksen mallin käyttöön. Erityisenä vahvuutena nähdään myös terveydenhuollon ammattilaisen asiantuntemuksen ja koulutetun vertaisohjaajan arkituntemuksen yhdistelmä ryhmi- en ohjaamisessa. Ryhmänvetäjinä ovat terveyden- tai sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja koulutettu vertaisohjaaja paikallisyhdistyksestä. Näin osallistujat saavat paitsi ammattilaisen ohjausta, myös vertaisohjaajan antamaa tukea ja rohkaisua.

Kuntoutujakohtaiseen tavoitteiden asetteluun ja tulosten seurantaan kiinnitetään Tulparyhmissä huomiota. Ryhmän aikana kuntoutuja valitsee omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyvän avaintekijän, johon hän toivoo muutosta. Lisäksi valtimotaudin riskitekijöissä tapahtuvia muutoksia seurataan 0, 6 ja 12 kuukauden kuluttua. Seurattavat tekijät ovat verenpaine, veren rasva-arvot, verensokeri, painoindeksi, vyötärönympäryys, tupakointi ja kävelymatka mitattuna kuuden minuutin omavauhtisella kävelytestillä.

Verkkomuotoinen kuntoutus sopii myös valtimosairauksia sairastaville

Diabetesliitossa on Yksi elämä -toimintana kehitetty verkkopohjaisia kursseja diabetesta sairastaville. Tyyppi 2 tutuksi -kurssi on suunnattu vastadiagnosoiduille tyyppin 2 diabeetikoille. (www.diabetes.fi/d-opisto.) Tavallisin syy hakeutua kurssille on diabetekseen liittyvä tiedontarve. Osallistujat tutustuvat kuuden viikon verkkokurssillaan diabetekseen sairautena, elintapatekijöihin, kuten liikuntaan, ravitsemukseen ja lepoon, sekä siihen, miten itse voi vaikuttaa näihin asioihin. Kurssi on kokonaan verkossa, jokaisella viikolla tulee uutta asiaa itsekseen ja myös verkkoalustalla yhteisesti pohdittavaksi sekä erilaisia toiminnallisia tehtäviä. Kurssin aikana osallistujilla on myös tilaisuus kysyä keskustelupalstalla itseään askarruttavista asioista Diabetesliiton asiantuntijoilta. Palautteiden mukaan kurssi auttaa vastasairastuneita oivaltamaan, mistä sairautensa on kysymys ja miten moneen asiaan voi itse omalla toiminnallaan vaikuttaa. Seurantaselvitysten mukaan opittu jää myös elämään omaan arkeen. Vielä kahden vuoden kuluttuakin osallistujilla oli kirkkaana mielessään käytännön asioita syömisestä, liikunnasta ja asioiden rytmittämisestä. (Koski 2016.)

Tyyppi 1 tasapainoilee -kurssi on suunnattu tyyppin 1 diabetesta jo useamman vuoden sairastaneille. Tavallisin syy hakeutua kurssille ovat hoidossa jaksamiseen liittyvät tekijät. Kurssi kestää kuusi viikkoa, ja siihen voi osallistua anonymisti, eli kurssilaiset osallistuvat kurssiin nimimerkillä, tai avoimesti omalla nimellään. Anonyymikurssi toteutuu kokonaan verkossa, omalla nimellään kurssille tulevat tapaavat toisensa kurssin alussa ja myös kurssin lopussa. Palautteiden mukaan kurssilta saa tukea hoidossa jaksamiseen ja arjen hallintaan. Kurssin osallistujat pitävät hyvänä myös toisilta saamaansa vertaistukea kurssin aikana. Monilla ei omassa arjessaan juurikaan ole kontakteja toisiin tyyppin 1 diabetesta sairastaviin.

Malleja ja materiaalia

Järjestöistä löytyy siis monenlaisia kuntoutukseen sopivia malleja terveydenhuollon ja



muiden kuntouttajien käyttöön. Järjestöistä on saatavilla mallien ja koulutuksen lisäksi myös monenlaista hyvään hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää materiaalia. Esimerkkinä Hyvän hoidon avainperhe (lapset, aikuiset, raskausdiabeteksen sairastaneet ja tyyppin 2 ehkäisyn tueksi) diabetesta sairastavien ohjaukseen ja neuvontaan sekä Aivovoimaa-liikunnanohjausmateriaali aivoverenkierohäiriön sairastaneen ohjaukseen. Kaiken kaikkiaan olisi hyvä huomioida se, että kuntoutus ei ole mikään erillinen saareke, joka alkaa jostakin sairauden vaiheesta, vaan se on jatkumo heti sairauden ilmenemisestä lähtien ja jatkuu osana hyvää hoitoa koko sairauden kaaren ajan.

Projektipäällikkö Sari Koski
Yksi elämä -Terveystalkoot
sari.koski@diabetes.fi
+358 50 310 6600

Lähteet

- Diabetesbarometri (2015) Suomen Diabetesliitto ry.
- Koski S (2016) Seurantaselvitys Tyyppi 2 tutuksi -kurssille osallistuneille. Julkaisematon tieto.
- Koskinen M (2016) AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutumisen 2013–2015 AVH-kuntoutuksen seurantatutkimuksen loppuraportti. Aivoliitto ry:n julkaisusarjan raportti 11.
- THL (2015) Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Uusi seulontamenetelmä nuorten oppimisen vaikeuksien ja mielenterveyden ongelmien tunnistamiseen

Nuorten oppimisvaikeuksien tunnistamiseen ja tukeen on saatavilla erittäin niukasti palveluja peruskouluiän jälkeen. Osalla nuorista oppimisen vaikeudet ovat lisäksi päällekkäisiä mielenterveysongelmien kanssa. Nuoret eivät välttämättä osaa itse kuvata, saati nimetä vaikeuksiaan. Ammatillaisiensa eivät aina osaa kysyä vaikeuksista suoraan. Oppimisen vaikeudet ja mielenterveyden ongelmat vaikeuttavat kuitenkin nuorten opintoihin hakeutumista, niissä edistymistä sekä työelämään pääsyä ja työssä selviämistä. Seulontamenetelmälle, joka helpottaa oppimisen ja mielenterveyden haasteiden tunnistamista ja puheeksi ottamista, on siis selvä tarve.

Kysely oppimisen ja mielenterveyden ongelmista (KOMO) on uusi seulontamenetelmä, joka on kehitetty Kuntoutussäätiön *NUTTU – Nuoret tuella työelämään* -hankkeessa (RAY-STEAA, 2014–2017). Kyselyn tarkoitus on helpottaa nuorten aikuisten oppimisen vaikeuksien ja mielenterveyden ongelmien tunnistamista. Se on tarkoitettu ensisijaisesti nuorten kanssa työskenteleville ammatillisille käytettäväksi puheeksi oton, tarkempien selvittelyjen ja mahdollisten tukisuunnitelmien tarpeen tunnistamisen välineenä. KOMO-kyselyssä kartoitetaan nuorten itsensä kokemia vaikeuksia.

Kyselyssä on 23 oppimisen vaikeuksiin (ml. lukemiseen sekä kielellisiin, matemaattisiin ja näönvaraisiin taitoihin) liittyvää kysymystä ja 15 mielenterveyteen liittyvää väitettä. Kyselyn avulla saa nopeasti kartoitettua oppimisen ja mielenterveyden keskeisiä kysymyksiä, sen täyttämiseen kuluu noin 5–10 minuuttia.

Kyselyyn on tehty myös tulkintaohjeistus sitä käyttäville ammatillisille. Ohjeissa kuvataan lyhyesti erilaisia oppimisen vaikeuksia ja mielenterveyden ongelmia. Kyselyssä käsiteltävät asiat voivat olla arkoja vastaajille. Ohjeissa korostetaan kyselyn käyttömahdollisuuksia näiden arkojen aiheiden keskusteluun tuomisen tukena ja suositellaan aina tarkentamaan kyselytietoja haastattelemalla.

Ohjeissa onkin lisäksi lista asioita, joita ammattilaisten on hyvä selvittää silloin, kun kyselyyn vastaaja tuo esiin oppimisen vaikeuksiin tai mielenterveyden ongelmiin viittaavia seikkoja. Tällaisia kyselyn täyttäneiden tilanteeseen ja kyselyn tuloksiin vaikuttavia muita tekijöitä voivat olla muun muassa ongelmien alkuaikojen kohta, koulu- ja opiskeluhistoria, arjen sujuminen ja taloudellinen tilanne. Lisäksi ohjeistetaan selvittämään aiemmin tehdyt tutkimukset ja kyselyn täyttäneiden omat toiveet ja tarpeet mahdolliselle tuelle. Ammatillaiset voivat hyödyntää KOMOa pohtiessaan kullekin nuorelle soveltuvia jatkotutkimuksia, opiskelumahdollisuuksia ja urasuunnitelmia sekä tukipalveluita. Kyselyn avulla saatu tieto voi helpottaa myös siirtymistä opinnoista työelämään.

Alustavia tuloksia kyselyn käytöstä

KOMO-kyselylomakkeesta on kerätty tietoa NUTTU-hankkeen yhteydessä. NUTTU-hankkeessa nuoret täyttivät oppimisen vaikeuksia ja mielenterveyden ongelmia kartoittavan kyselyn käyttäessään TE-palvelujen tukipalveluita. Nuoret, jotka raportoivat vaikeuksia kyselyssä, kutsuttiin psykologin yksilötapaamiseen. Tapaamisessa nuorten vaikeuksien luonnetta selvitettiin tarkemmin haastattelemalla. Nuorille tarjottiin mahdollisuutta osallistua neuropsykologisiin tutkimuksiin sekä ammatillisesti ohjattuun vertaisryhmään.

Kyselyn toimivuudesta on saatu alustavasti kannustavia tuloksia. KOMO-kyselyn ja sen perusteella tehtyjen jatkoselvittelyjen avulla on tunnistettu nuoria, joiden oppimisen vaikeudet ovat jääneet aiemmin toteamatta. Kyselyn perusteella psykologin yksilöhaastatteluihin päätyneistä nuorista ja lopulta neuropsykologisiin tutkimuksiin osallistuneista nuorista kaikilla todettiin oppimisvaikeuksia, mutta yli puolella tutkituista näitä vaikeuksia ei ollut aikaisemmin todettu. Oppimisen ja mielenterveyden pulmien kartoittaminen saman kyselyn avulla on vaikuttanut hyödylliseltä. Alustavien tulosten mukaan jopa yli puolet

neuropsykologisen tutkimuksen perusteella oppimisvaikeuksia omaavista nuorista kuvasi itsellään myös mielenterveyden pulmiin sopivia oireita.

Lopuksi

KOMO-seulasta saadut alustavat tulokset vastaavat hyvin Kuntoutussäätiön aiempien tutkimusten tuloksia. Kuntoutussäätiön Opi oppimaan -hankkeessa vain alle puolella asiakkaista oppimisvaikeus oli havaittu kouluaikana, ja vielä pienempi osa, alle 40 %, oli saanut tukea oppimisvaikeuksiinsa palveluiden muodossa (Korkeamäki ym. 2010). Oppimisen vaikeuksien tunnistaminen on kuitenkin hyödyllistä missä elämänvaiheessa tahansa, ja oppimisvaikeuksiin tarvittaessa kohdennetut ohjaus, tukitoimet ja kuntoutus myös hyödyttävät kaiken ikäisiä.

Nuorten tarpeet ja toimintatavat elävät nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa. Uudet tavat vaikeuksia kokevien nuorien tavoittamiseen ovat tarpeen. Nuorten kanssa työskenteleville ammattilaisille uusi KOMO on erinomainen puheeksi oton väline ongelmien alustavan kartoituksen lisäksi. Monet nuoret saattavat kokea helpottavana jo ongelmiansa nimeämisen esimerkiksi oppimisvaikeuksik-

si. Pulmien alustava tunnistaminen ja ohjaaminen tarkempiin tutkimuksiin mahdollistaa esimerkiksi tavoitteiden asettamisen ja voimavarojen suuntaamisen parhaalla mahdollisella tavalla. KOMOn tulkintaohjeissa on lisäksi vinkkejä lisätiedon ja matalan kynnyksen avun hankkimiseksi.

Kysely oppimisen ja mielenterveyden ongelmista (KOMO) tulee yleisesti saataville nuorten ja nuorten aikuisten parissa työskenteleville kevään 2017 aikana. KOMO löytyy tulevaisuudessa alla mainituilta verkkosivuilta.

Lähteet ja luettavaa

www.oppimisvaikeus.fi

www.kuntoutussaatio.fi/nuttu

Korkeamäki J, Reuter A, Haapasalo S (2010) Aikuisten oppimisvaikeuksien tunnistaminen, arviointi ja kuntoutus. Opi oppimaan -hankkeen toimeenpano ja tulokset. Kuntoutussäätiön työselosteita 40.

**Mila Gustavsson-Lilius, Marika Ketola,
Tuula Mentula, Minna Parkkila, Kati Peltonen,
Erja Poutiainen, Johanna Stenberg,
Katri Turunen**

NUTTU-työryhmä

Vankeusaika mahdollisuutena

Yhteisiasiakkuus sosiaalista osallisuutta ja työllisyyttä tukevilla verkostoissa

Rikosseuraamuslaitos (Rise), Kuntoutussäätiö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vankiterveydenhuollon yksikkö (THL/VTH), ViaDiar ja Helsingin Diakonissalaitos toteuttavat vuosina 2016–2019 hankkeen, jonka avulla edistetään rikostaustaisten henkilöiden osallisuutta ja sitä kautta vähennetään uusintarikollisuutta. Noin kahden miljoonan euron suuruisia hanketta rahoittaa Euroopan sosiaalirahasto sosiaali- ja terveysministeriön kautta.

Vankeusaika mahdollisuutena -hankkeen tavoitteena on parantaa rikostaustaisten henkilöiden yhteiskuntaan integroitumista ja rikollisuudesta irtautumista asiakastyön, uusien palvelumuotojen kokeilun, verkostoyhteistyön yhteisen kehittämisen ja suositusten avulla. Pitkän aikavälin tavoitteena on edistää tuomittujen mahdollisuuksia rikoksettomaan elämään, sosiaaliseen osallisuuteen ja työllistymiseen kuntoutuksen, koulutuksen ja työelämäpalveluiden avulla.

Rikosseuraamuslaitoksen johtamassa hankkeessa kehitetään verkostoyhteistyössä sovellettavia vaikuttavia ja oikea-aikaisia osallisuutta, kuntoutumista ja työllistymistä tukevia palvelupolkuja. Kehittämistyötä tehdään Risen, työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun (TYP-verkoston) sekä kolmannen sektorin ja vertaistukea tarjoavien järjestöjen yhteistyöverkostoissa. TYP-verkostoista mukana ovat Varsinais-Suomi, Keski-Suomen Eteläinen verkosto ja Keski-Uudenmaan verkosto. Myös muiden TYP-verkostojen kanssa tehdään yhteistyötä. Käytännön tavoitteena on myös, että palveluiden asiakuskriteereitä sovellettaisiin tulevaisuudes-

sa kaikissa yhteistyöverkostoissa yhtenäisesti. Hankkeen eritysteemoina ovat monikulttuurisuus ja sukupuolisensitiivisyys. Hankkeen kehittämistyön tulosten pohjalta tehdään suosituksia eri viranomaisille yhteistyön kehittämiseksi ja vahvistamiseksi ja sitä kautta valmistaudutaan myös tulevaan sote-uudistukseen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) osahanke tuottaa Rikosseuraamuslaitokselle, kunnille, TE-toimistoille, TYP-palveluille ja muille toimijoille yhteisen työ- ja toimintakyvyn arvioinnin työkalun rikostaustaisten kanssa työskentelyä varten. Kuntoutussäätiön osahankkeen tavoitteena on varmistaa verkostotyön osaaminen, sote-palvelujen, työvoimapalvelujen, kolmannen sektorin toiminnan ja mahdollisuuksien sekä seuraamusten kuntouttavien sisältöjen tuntemus kaikille verkostossa toimiville. Kuntoutussäätiö vastaa myös hankkeen arvioinnista. ViaDiar ry:n osahankkeessa tarjotaan matalan kynnyksen työ- ja päivätoiminta-, ryhmä- ja asumispalveluita rikostaustaisille henkilöille. Palveluita kehitetään verkostoyhteistyössä ViaDiar ry:n Varikoilla, joissa varustetaan ihmisiä osallisuuteen, työhön ja hyvään arkeen. Helsingin Diakonissalaitoksen osahanke kehittää pääkaupunkiseudulla nuorten rikostaustaisten romanien kanssa tehtävää työtä.

Lisätietoja hankkeesta:

Projektipäällikkö Kati Kaarlejärvi,
Rikosseuraamuslaitos,
kati.kaarlejarvi@om.fi , p.+358 50 3439593

Tutkija Jouni Puumalainen,
Kuntoutussäätiö,
jouni.puumalainen@kuntoutussaatio.fi,
p. +358 40 5108941

Kuntoutusverkosto KUVEn jatkaa kasvuaan

Kuntoutusverkosto KUVEn jäsenorganisaatioiden määrä on ylittänyt 80. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan toiminnan päätyttyä ja kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen käynnistyttyä on tarve yhteiselle verkostolle osoittautunut suureksi. Verkosto on lunastanut paikkansa kuntoutuksen kentällä ja erilaiset toimijat ovat liittyneet mukaan yhteistyöhön. Kaikki toimijat, joiden jäsen-, asiakas- ja kohderyhmiä kuntoutuksen kysymykset koskettavat ovat edelleen tervetulleita mukaan.

Kuntoutusverkoston ensimmäinen kokous pidettiin lokakuussa 2015. KUVEn kokoontui vuonna 2016 neljä kertaa käsitellen mm. kuntoutuksen uudistamisen suuntia ja kehittämistarpeita erilaisista näkökulmista. Kesäkuussa verkosto järjesti vaikuttajatilaisuuden «Kuntoutus näyttää sote-integraation suunnan» eduskunnan Kansalaisinfossa. Tilaisuudessa luovutettiin KUVEn kuntoutuskannanotto perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulalle. Kuluvana vuonna verkoston yksi keskeinen tavoite on kuntoutusjärjestelmän uudistamiseen vaikuttaminen.

KUVEn toimii kuntoutujan aseman parantamiseksi 1) luomalla jaettua ymmärrystä kuntoutukselta 2) vahvistamalla ja selkiyttämällä kuntoutuksen asemaa yhteiskunnassa 3) vaikuttamalla tulevaisuuden kuntoutuksen rakenteisiin, toimintatapoihin ja sisältöihin. Verkoston toimintaa koordinoivat SOSTE ja Kuntoutussäätiö. Puheenjohtajana toimii Kuuloliiton toiminnanjohtaja Pekka Lapinleimu.

Verkoston jäseniin, toimintaan ja materiaaleihin voi tutustua Innokylän kaikille avoimessa työtilassa. (www.innokyla.fi/web/tyotila1987141). Sieltä löytyvät myös tiedot seuraavista kokouksista ja muuta ajankohtaista. Lisäksi muun muassa Kuntoutusporttia hyödynnetään tiedon levittämisessä.

Voit ilmoittaa kiinnostuksestasi liittyä verkostoon: paivi.opari@soste.fi.

Tervetuloa mukaan verkostotyöhön!

Mika Ala-Kauhaluoma

Kirjoittaja on yhteyspäällikkö Kuntoutussäätiössä.

Väitös: Nuoren huono-osaisuus kasautuu ja vaikuttaa pitkälle keski-ikään

Nuorena koettu huono-osaisuus lisää kasautuessaan kuolleisuutta ennen keski-ikä. Huono-osaisuuden vaikutuksia voidaan kuitenkin ehkäistä mm. tukemalla perhesuhteita ja kouluttautumista, toteaa YTM *Noora Berg* kansanterveystieteen väitöstutkimuksessaan.

Berg seurasi tutkimuksessa erilaisia huono-osaisuuden kehityspolkuja nuoruudesta keski-ikään ja havaitsi, että sosiaalisilla suhteilla on iso merkitys huono-osaisuuden kasautumisessa. Vaikeat nuoruusiän perhesuhteet olivat osa riskien ketjuja, jotka ylsivät taloudellisiin ja mielenterveyden ongelmiin keski-ikään saakka.

”Huono-osaisuutta olisikin järkevää tarkastella paljon laajemmin kuin vain köyhyytenä tai syrjäytymisenä työmarkkinoilta”, sanoo Berg.

Useat samanaikaiset vaikeudet nuoruuden sosiaalisissa suhteissa olivat myös yhteydessä kuolleisuuteen 26 vuotta kestäneen seurantatut-

kimuksen aikana. Voimakkain yksittäinen riskitekijä kuolleisuudelle oli epävarmat koulutussuunnitelmat tai niiden puuttuminen 16-vuotiaana.

Tutkimus on osa Stressi, kehitys ja mielen-terveys -tutkimusta (TAM-hanke), joka toteutetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella. Tutkimus käsittää yhden tamperelaisen ikäluokan, jota seurattiin kyselytutkimuksilla 16, 22, 32 ja 42 vuoden iässä.

Noora Berg, Accumulation of disadvantage from adolescence to midlife - A 26-year follow-up study of 16-year old adolescents. Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis. 8/2017. Helsinki.

Lähde: THL:n verkkoutinen 1.2.2017, www.thl.fi.

Filosofian tohtori Seija Anneli Talo 1942–2016

Seija Talo menehtyi 74-vuotiaana 22.11.2016. Hän aloitti tutkijanuransa kliinisen psykologian ja fonetiikan parissa, mutta toimi päätyönään kuntoutusalan tutkijana ja monipuolisena kehittäjänä.

Seija Talo syntyi Heinävedellä. Hän kirjoitti ylioppilaaksi Haminan yhteislyseosta ja valmistui maisteriksi vuonna 1966 Turun yliopistossa pääaineenaan psykologia ja erikoisalanaan kliininen psykologia. Seija väitteli vuonna 1992 oppialanaan kuntoutuksen psykologia. Hänet nimitettiin kuntoutusopin dosentiksi Turun yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan vuonna 2001.

Nuorena psykologina Seija hankki työkokemusta lastensuojelun ja vammaishoidon alalta. Tutkijan ura avautui Seijalle useiden Yhdysvalloissa vietettyjen vuosien aikana. Hän toimi kolmen vuoden ajan kokeellisen perustutkimuksen assistenttina Kuurojen keskuslaitoksessa St. Louisissa 70-luvun alussa. Vuonna 1976 hän teki Suomessa lisensiaattityön fonetiikan alalta. Vuoden kestäneellä toisella opintojaksolla Seija perehtyi neuropsykologisiin testeihin ja tutkimuksiin San Antoniossa Texasissa.

Seija työskenteli lähes 25 vuotta kuntoutuspsykologina ja tutkijana moniammatillisessa tiimityössä Kelan kuntoutustutkimuskeskuksessa (KKT) sekä erikoistutkijana Kelan Turun tutkimusyksikössä. Hänet muistetaan uutterana ja päämäärätietoisena, tehtäviinsä sitoutuneena työoverina, joka yhteistyöhankkeissa oli muita innostava ja kannustava sekä tarvittaessa omasta ajastaan tinkivä, auttamishaluinen työtoveri.

Arkityössään Seija kohtasi ja tutki kuntoutujia, joilla useimmiten oli vaikea-asteisia ja pitkäaikaisia kipuja sekä niiden aiheuttamia toimintakyvyn rasitteita ja esteitä. Samalla Seija kehitti kliinisen arvioinnin jäsentämistä ja tiimityön ammatillista selkiyttämistä. Kuntoutujan Seija kohtasi aina mahdollisuutena, yksilönä voimavaroineen, mikä auttoi sekä



ohjeitten selkiyttämässä että paremman vuoro vaikutuksen saavuttamisessa asiakastyössä.

Seijalle tarjoutui tilaisuus toimia 1980-luvulla kliinikkona ja tutkijana Mensana-kipuklinikassa Baltimoressa Yhdysvalloissa. Seijan saama arvonnanto kansainvälisessä työryhmässä vauhditti hänen tutkijanuraansa. Suomeen palattuun hän jatkoi kivun kliinisten hoitomallien ja käyttäytymisterapeuttisten menetelmien kehittämistä.

KKT:ssä käynnistyi 1990-luvun alussa kroonisia selkäoireita käsittelevä Akseli-tutkimus, jossa arvioitiin erilaisten tutkimusmenetelmien käyttökelpoisuutta alaselän kivun kuntoutuksessa. Tästä KKT:n aineistosta Seija työryhmineen kirjoitti kymmeniä tutkimusraportteja. Uuden Baltimoressa vietetyn jakson aikana Seija jatkoi tutkimustyötään ja viimeisteli väitöskirjansa. Tunnustuksena tutkimuksistaan psykologisten tekijöiden merkityksestä kipupotilaan kuntoutuksessa hän sai kansainvälisesti merkittävästä selkätutkimuksesta myönnettävän Volvo Award -palkinnon vuonna 1992.

Kelan Turun tutkimusyksikön erikoistutkijana 90-luvulla Seija edisti ja kehitti WHO:n suositusta yhtenäistä kuntoutuksessa käytettävää kansainvälistä toimintakyvyn luokitus- ja käsitejärjestelmää. Tästä työstä tuli keskeinen sisältö hänen myöhemmälle tutkijanuralleen, joka jatkui hänen elämänsä loppuun asti.

Kelan työuran jälkeen Seija työskenteli kolme vuotta STAKESissa luokituskeskuksen kehityspäällikkönä. Tehtävänä oli vastata WHO:n uuden Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) suomennoksen viimeistelytyöstä. Seija kehitti WHO:n kannustamana ICF-luokituksen käyttömahdollisuuksia ja tuki myös nuoria tutkijoita tässä kehitystyössä.

Työnohjaajana Seija ohjasi tutkijoita ja opasti käytännön toimijoita ymmärtämään toimintakyvyn moniulotteisuutta ja löytämään oikeat käsitteet sen kuvaamiseen. Keskustelut ja pohdinnat kollegoiden kesken tai moniammatillisissa ryhmissä olivat antoisia ja antoivat sysäyksiä kehittämistyölle.

Seija nautti kansainvälistä arvostusta ICF-luokituksen asiantuntijana. Hänen työpanoksensa oli painava kehitettäessä monitieteistä ja moniammatillista kuntoutusta. Näitä tavoitteita hän toteutti Kuntoutuksen tutkimuksen ja kehittämisen yhdistyksessä (KUTKE ry) edustaen yhdistystä sen kansainvälisen Eu-

ropean Forum for Rehabilitation Research (EFRR) -organisaation hallituksessa. Hänellä oli ratkaiseva rooli uusittaessa EFRR:n sääntöjä ja Helsingin valikoituessa järjestön kotipaikaksi. Hän oli myös EFRR:n tieteellisen julkaisun International Journal of Rehabilitation Research (IJRR) -lehden toimitusneuvoston pitkäaikainen jäsen. Tässä työssä hän osallistui useisiin kansainvälisiin kokouksiin ja seminaareihin aktiivisena puhujana ja neuvonantajana.

Seijan oman työryhmän ICF-kehitystyön BPS-ICF-malli, joka toimintakyvyn arvioinnissa ja edistämisessä ottaa huomioon ihmisen bio-psyko-sosiaalisena kokonaisuutena, toimi niin sanottuna kärkihankkeena. Vielä maaliskuussa 2016 ilmestyi Seijan ja työryhmän kirjoittama katsausartikkeli edellä mainitusta aiheesta IJRR-lehdessä.

Matkailu, liikunta ja kulttuuriharrastukset olivat Seijalle tärkeitä. Perheensä lomapaikassa Houtskarissa Seija oli onnellinen. Meri, luonnon rauha ja läheiset ihmiset merkitsivät hänelle paljon.

Ulla Rytökoski
Marjatta Musikka-Siirtola
Juhani Wikström

Kirjoittajat ovat Seija Talon entisiä työtovereita ja ystäviä.

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2017

Kuntoutus-lehti ilmestyy tänä vuonna totutusta poikkeavasti kolme kertaa – marraskuun lehti on kaksoisnumero. Tilaushinnat ovat ennallaan. Tilaamalla lehden seuraat alan tutkimusta ja ajankohtaisuuksia sekä saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistaviksi lehdessämme!
Katso uusittu kirjoitusohje verkkosivulta:
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/kirjoitusohjeet.

Tilaushinnat vuonna 2017

Kestotilaus 54 euroa

Vuositilaus 58 euroa

Opiskelijat 27 euroa

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa.

Irtonumero 14 euroa/kpl + postimaksu.

Ilmestymisaikataulu

Nro	Ilmestyy	Ilmoitusaineistot
1	viikko 10	viikko 7
2	viikko 22	viikko 19
3–4	viikko 47	viikko 44

Tilaukset ja osoitteenmuutokset

www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi | puh. 040 739 7183

Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat väri-ilmoituksia:

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

½ sivua, (88 x 125 mm): 120 euroa

¼ sivua (44 x 62 mm): 100 euroa

Lisätietoja: timo.korpela@kuntoutussaatio.fi / p. 044 781 3128



Kuntoutussäätiö

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

Tilauksen voit tehdä osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

Hinnat:
Kestotilaus 54 euroa
Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa
Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa

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

Kuntoutus