

Kuntoutuks

2016

4

Työuupumuksesta toipumisen
yksilölliset polut

Asumispalvelujen hankinnan
kehykset

Työhön paluu
traumaattisen surun jälkeen



SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN Kotimaista kuntoutuksen tutkimusta tarvitaan	3
---	---

TIETEELLINEN ARTIKKELI

HELI SILTALA, ANNE MÄKIKANGAS, MARJA HÄTINEN, ULLA KINNUNEN JA MIKA PEKKONEN Työuupumuksesta toipumisen yksilölliset polut	4
--	---

MARKKU SALO Asumispalvelujen hankinnan kehyykset	17
---	----

KATSAUS

MARILIINU AHLSTRÖM JA MIKA ALA-KAUHALUOMA Työhön paluu traumaattisen surun jälkeen	29
---	----

HANKE-ESITTELY

ANNA ESKOLA, PIRJO KNUUTTILA JA LEENA HANNULA Tavoitteiden saavuttaminen näkyväksi työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa	35
--	----

KOULUTUSESITTELY

TOINI HARRA, ANNIKKI AROLA, TIINA HAUTALA, DENICE HALDIN, TIINA LAUTAMO JA KAIJA NEVALAINEN Toimintaterapia ihmisen toiminnan ja osallistumisen mahdollistajana	40
---	----

LECTIO PRAECURSORIA

ANU POLVINEN Sosioekonominen asema ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen	46
---	----

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-Kauhaluoma, Minna Mattila-Aalto, Matti Tuusa. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Irtonumero á 14 € postituskuluineen **JULKAISIJA** Kuntoutussäätiö | 39. vuosikerta | ISSN 0357-2390 **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Forssa Print

KUNTOUTUSSÄÄTIÖ ON KUNTOUTUKSEN TUTKIJIA, KEHITTÄJÄ, ARVIOIJA, KOULUTTAJA, TIEDOTTAJA JA KUNTOUTUSPALVELUIDEN TUOTTAJA. ERITYISIÄ OSAAMISALUEITA OVAT KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄN TOIMIVUUTEEN, KUNTOUTUSTARPEeseen, TOIMINTAKYKYYN, TYÖHYVINVOINTIIN SEKÄ OSALLISUUTEEN JA SYRJÄJÄTYMISEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET. TYÖ RAKENTUU VAHVOILLE KUMPPANUUKSILLE ALAN TOIMIJOIDEN KANSSA.

KOTIMAISTA KUNTOUTUKSEN TUTKIMUSTA TARVITAAN

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Tieteelliseen tutkimukseen suhtaudutaan Suomessa joskus kaksijakoisesti. Saatetaan pohtia, onko tieteelliseen tutkimukseen perustuva tiedontuotanto tarpeellista ja kannattaako sitä tukea. Toisaalta edellytetään, että esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteet perustuvat tutkittuun tietoon niiden vaikuttavuudesta. Näitä viestejä voi tulkita niinkin, että valmis, usein muissa maissa tuotettu tutkimustieto otetaan mielellään käyttöön, vaikka oman tutkimustoiminnan resursointiin ei koettaisi tarvetta. Kansainvälisesti tuotetun tutkimustiedon soveltaminen oman maan oloihin ei kuitenkaan ole aina helpoa tai edes mahdollista. Tämä on erityisen hankalaa ihmistieteellisessä, kuten käyttäytymis- tai yhteiskuntatieteellisessä, tutkimuksessa. Tälle alueelle sijoittuu tyypillisesti myös kuntoutuksen tutkimus.

Kuntoutuksen toimenpiteet tulee soveltaa kuntoutujan konkreettisiin työ- ja toimintakyvyn sekä elämänympäristössä toimimisen tavoitteisiin, toisin sanoen suomalaiseen yhteiskuntaan ja kotimaisiin käytäntöihin sopiviksi toimenpiteiksi. Siksi tarvitaan tutkimustietoa Suomessa toteutettujen kuntoutustoimenpiteiden vaikutuksista ja kuntoutumisen prosessin toimivuudesta omassa järjestelmässämme.

Tämän vuoden marraskuussa Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry:n yhdessä THL:n kanssa toteuttama, osallistujamäärän perusteella suosittu kuntoutuksen tutkimusseminaari osoitti hienosti, että emme ole vain kansainvälisen tiedon varassa, vaan suomalainen kuntoutusalan tutkimus on voimissaan. Seminaarissa oli mahdollista tutustua yli 50 korkeatasoiseen, hyvinkin eri tavoin kuntoutuksen tutkimusta lähestyvään esitelmään. Esitykset vahvistivat käsitystä siitä, että Suomessa tehdään omaan yhteiskuntaamme suoraan soveltuvaa kuntoutuksen tutkimusta.

Tutkittu tieto tulee levittää kuntoutusammattilaisten ja päättäjien tietoon. Tutkimusseminaarit ja kongressit ovat tärkeitä tiedon leviämisen paikkoja. Niin ikään viimeisimpään tietoon perustuvat teokset, kuten juuri ilmestynyt Kuntoutuminen-kirja, ovat merkittäviä tiedon levittämisen välineitä.

Myös tieteellis-ammattillisilla julkaisuilla, kuten käsissäsi olevalla Kuntoutus-lehdellä, on merkittävä tutkimustiedon levittämisen tehtävä. Tässäkin numerossa julkaistaan kuntoutuksen kannalta tärkeitä vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia. Näissä artikkeleissa käsitellään työuupumisesta toipumista ja asumispalvelujen yhteistoiminnallista mallia. Lehti julkaisee myös ammatillisesti tärkeitä kirjoituksia, joista esimerkkeinä tämän lehden traumaattisen surun jälkeisen työhönpaluun näkökulmia valottava katsaus ja laajasti kuntoutuksen aihealueille sijoittuvat hanke-esittely ja lectio praecursoria. Koulutusesittelysarjassa on vuorossa toimintaterapiakoulutus. Lehden tavoitteena on lisätä ajankohtaisia aiheita käsitteleviä lyhyitä kirjoituksia. Lukijoita kannustetaankin kirjoittamaan lehteen myös tällaisia kirjoituksia sekä esittelyjä kiinnostavista kuntoutuksen alan kirjoista.

Oikein miellyttävää joulunalusaikaa ja vuodenvaihdetta Kuntoutus-lehden lukijoille!

TYÖUUPUMUKSESTA TOIPUMISEN YKSILÖLLISET POLUT

Monimenetelmällinen tapaustutkimus kuntoutusinterventio- pitkäaikaisvaikutuksesta

Johdanto

Työuupumus: käsite ja hoito

Yleisimmin käytössä olevan määritelmän mukaan työuupumuksella tarkoitetaan kroonista työperäistä stressitilaa, joka ilmenee uupumusasteisena väsymisenä, kyynistymisenä sekä ammatillisen itsetunnon heikkenemisenä (Kalimo ym. 2006; Maslach ym. 2001; Näätänen ym. 2003). Työuupumus syntyy työn vaatimustekijöiden sekä työntekijän yksilöllisten tavoitteiden, voimavarojen ja selviytymiskeinojen välisessä vuorovaikutuksessa silloin, kun niiden välillä ilmenee ristiriitaa (Maslach ym. 2001). Työuupumus on sekä kansallisesti että kansainvälisesti merkittävä ongelma, joka uhkaa väestön terveyttä ja työkykyä (Ahola & Hakanen 2014). Kansanterveyslaitoksen keräämän Terveys 2000 -aineiston mukaan työikäisistä suomalaisista 27,9 prosenttia raportoi jonkinasteisia uupumusoireita ja 2,5 prosentilla oireet ovat vakava-asteisia (Ahola & Hakanen 2014). Tämän jälkeen vuonna 2011 tehdyn Terveys-tutkimuksen mukaan työuupumusoireilu oli jonkin verran vähentynyt työikäisillä (Suvisaari ym. 2012).

Työuupumusta hoidetaan monin eri keinoin, joista kuntoutusinterventiot ovat yksi mahdollinen hoitokeino. Työuupumusinterventiot voidaan tyypillisesti jaotella yksilökeskeisiin, työorganisaatioon keskittyviin tai

molemmat näkökohdat huomioiviin (Hätinen 2008; Maslach ym. 2001). Suomessa merkittävässä roolissa ovat Kelan kuntoutuskurssit, joiden avulla pyritään tukemaan uupumusoireista kärsivien henkilöiden työ- ja toimintakykyä ja jotka sijoittuvat siten pääasiallisesti yksilökeskeisten interventioiden piiriin (Kansaneläkelaitos 2008). Työuupumuksen takia toteutettujen kuntoutusinterventioiden vaikuttavuudesta on jonkin verran tutkimusnäyttöä (Awa ym. 2010; Hätinen ym. 2007), mutta tutkimuksellisia haasteita aiheuttavat muun muassa pitkäaikaisten seurantojen puute, kuntoutujien yksilölliset oirekuvat sekä erot käytetyissä interventio- ja tutkimusmenetelmissä (Awa ym. 2010; Hätinen ym. 2009).

Olemassa olevan tutkimustiedon mukaan työuupumuksesta toipumiseen näyttäisivät olevan yhteydessä sekä ympäristö- että yksilötekijät. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi hallinnan tunteen lisääntyminen ja vähentyneet aikapaineet työssä (Hätinen 2008; Hätinen ym. 2009). Työuupumuskuntoutujien toipumisprosessien on kuitenkin todettu olevan yksilöllisiä, eikä kuntoutus tehoa kaikkiin henkilöihin tai uupumusoireisiin samalla tavalla (Hätinen ym. 2009 ja 2013). Aihetta tulisikin tutkia kattavammin hyödyntämällä yhtäaikaaisesti sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Laadullisten menetelmien avulla kuntoutujien yksilöllinen kokemus

ja yksilöitä yhdistävät sekä toisaalta erottavat tekijät on mahdollista saada esille monipuolisemmin kuin määrällisessä tutkimuksessa, jonka muuttujakeskeinen lähestymistapa saattaa antaa harhaanjohtavan tasapäisen kuvan tutkittavasta aineistosta (ks. Mäkikangas & Kinnunen 2016). Toisin sanoen, kun jotkut yksilöt hyötyvät kuntoutusinterventios- ta ja joillakin toisilla työuupumusoireilu jopa lisääntyy, tämä näyttäytyy koko aineistoa määrällisesti analysoitaessa usein tutkittavien ilmiöiden – tässä tapauksessa työuupumusoireiden – muuttumattomuutena ajassa.

Käsillä olevassa tutkimuksessa hyödynnetään sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä, mitä voidaan pitää tutkimuksen kiistattomana ansiona sen tuottaman monipuolisen tiedon takia. Monimenetelmällinen tutkimusote voi kuitenkin tuottaa osin ristiriitaista tietoa esimerkiksi siten, että työuupumuksen määrällinen arviointimenetelmä ja toisaalta kuntoutujan yksilöllinen kokemus tarjoavat keskenään erilaista tietoa työuupumuksen kehityksestä. Tällainenkin tieto kuitenkin lisää ymmärrystä työuupumuksesta toipumisen yksilöllisestä ja monimuotoisesta prosessista ja osaltaan auttaisi myös jatkotutkimusten suunnittelussa ja kuntoutusinterventioiden kehittämisessä.

Toimijuus työuupumuskuntoutuksessa

Kuntoutustieteessä ja -tutkimuksessa on alettu painottaa aktiivisen toimintakyvyn merkitystä kuntoutumiselle (Järvikoski & Härkäpää 2011). Aktiivista toimintakykyä voidaan arvioida muun muassa toimijuuden käsitteen kautta, joka soveltuu hyvin myös työuupumuksesta toipumisen tarkasteluun ja sen ymmärtämiseen (Salminen ym. 2015). Yksi tunnetuimmista toimijuutta kuvaavista teorioista on Albert Banduran (2000) sosiokognitiivinen malli, joka määrittelee toimijuuden henkilökohtaisen, läheis- ja kollektiivisen toimijuuden kautta (ks. myös Järvikoski ym. 2015a). Kaikki toimijuuden muodot ovat olennaisia työuupumuksesta toipumisessa (Salminen ym. 2015), mutta koska tässä tutkimuksessa käsitellään yksilökeskeistä työuupumuskuntoutusta, painopiste on erityisesti henkilökohtai-

nessa toimijuudessa. Banduran (2000) mukaan yksilön voidaan sanoa ilmentävän henkilökohtaista toimijuutta, kun hän luottaa omiin kykyihinsä ja vaikutusmahdollisuuksiinsa sekä toimii omien tavoitteidensa mukaisesti.

Keskeisenä henkilökohtaisen toimijuuden ilmentäjänä voidaan tarkastella yksilön pystyvyysuskoa eli yksilön luottamusta omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa (Bandura 2000, 2012). Pystyvyysuskoa ja toimijuutta käytetään tutkimuskirjallisuudessa myös osittain rinnakkaisina käsitteinä. Henkilökohtainen toimijuus ilmenee yksilön aktiivisena toimintana, ja sen yksi merkittävä osatekijä on pystyvyysusko. Henkilökohtaisen toimijuuden keskeiset piirteet ovat toiminnan tarkoituksellisuus, tulosten ennakointi, itsesäätely toiminnan toteuttamiseksi ja itsereflektio (Bandura 2006). Yksilön pystyvyysuskolla sekä toisaalta esimerkiksi itsereflektiolla voidaan nähdä olevan suuri merkitys työuupumuksesta toipumisessa, sillä yksilö kykenee terveytensä eheyty- misen myötä sekä tarkastelemaan omaa toimintaansa että toimimaan sellaisilla tavoilla, jotka edelleen edistävät hyvinvointia. Yksilökuntoutuksessa on mahdollista vaikuttaa työuupumuskuntoutujan ajatuksiin, jotka koskevat hänen selviytymiskeinojaan, palautumista ja työn suhdetta muuhun elämään, sekä pohtia keinoja näihin asioihin vaikuttamiseksi. Täten kuntoutujien henkilökohtainen toimijuus on keskeisesti intervention kohteena ja myös tämän tutkimuksen keskiössä. On kuitenkin tärkeää ottaa huomioon, että henkilökohtaisen toimijuuden vahvistumiseen tai heikkenemiseen vaikuttavat yksilön lisäksi myös toimintaympäristön tuki sekä rajoitteet (Järvikoski & Härkäpää 2011). Henkilökohtainen toimijuus rakentuu siis kehämäisessä vuorovaikutuksessa ympäristön sekä yksilön oman toiminnan ja tulkintojen kanssa.

Kuntoutuksen kannalta olennaista on huomata, että henkilökohtainen toimijuus ei ole yksilön muuttumaton ominaisuus, vaan siihen on mahdollista vaikuttaa (Järvikoski & Härkäpää 2011; Järvikoski ym. 2015a). Tämän vuoksi kuntoutujien omatoimisuuden ja aktiivisuuden lisääminen on yksi Kelan Työuupumus-kuntoutuskurssien keskeisistä tavoitteis-

ta (Kansaneläkelaitos 2008). Myös tutkimukset antavat viitteitä siitä, että toimijuudella on merkittävä rooli työuupumuksesta toipumisessa. Esimerkiksi Salminen ym. (2015) havaitsivat, että toipumisprosessissa keskeistä oli kuntoutujien oivallus siitä, että he pystyivät itse vaikuttamaan merkittävällä tavalla omaan hyvinvointiinsa. Toipumisprosessin myötä kuntoutujat oppivat hakemaan aktiivisesti apua, tunnistamaan paremmin omia rajojaan ja tarpeitaan sekä hyväksymään itsensä. Lloyd ym. (2013) havaitsivat puolestaan tutkimuksessaan, että hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan ryhmäinterventio myötä tapahtunut psykologisen joustavuuden lisääntyminen vähensi uupumusoireilua. Psykologinen joustavuus on sisällöltään rinnastettavissa henkilökohtaiseen toimijuuteen, ja tutkimustulos antaa osaltaan viitteitä siitä, että toimijuuteen pystytään vaikuttamaan interventioiden avulla.

Suomessa toimijuuden eri muotoja on tutkittu aiemmin lääkinällisen kuntoutuksen yhteydessä määrällisiä menetelmiä hyödyntäen, ja niiden on havaittu olevan yhteydessä kuntoutuksen tuloksellisuuteen (ks. esim. Järvikoski ym. 2013; Järvikoski ym. 2015b). Työuupumuskuntoutuksen alalla toimijuustutkimusta ei kuitenkaan ole juuri tehty, vaan vaikuttavuustutkimukset ovat keskittyneet pääasiassa interventioiden tuloksellisuuden tutkimiseen määrällisiä muuttujia hyödyntäen. Muutamat työuupumuskuntoutujien toipumisprosessia kuvaavat sekä määrälliset että laadulliset tutkimukset ovat sivunneet henkilökohtaiseen toimijuuteen liittyviä tekijöitä ja havainneet ne merkityksellisiksi uupumuksesta toipumisen kannalta (Bernier 1998; Fjellman-Wiklund ym. 2010; Hättinen ym. 2007; Lloyd ym. 2013; Salminen ym. 2015).

Käsillä olevan tutkimuksen tarkoituksena on jatkaa tätä tutkimussuuntaa ja selvittää tarkemmin henkilökohtaisen toimijuuden merkitystä työuupumuskuntoutujien toipumisprosessissa pitkällä aikavälillä. Keskittyminen henkilökohtaiseen toimijuuteen on perusteltua, sillä työssäkäyvien, aikuisten ihmisten toimintakyky ja vaikutusmahdollisuudet omaan elämäänsä ovat yleisesti ottaen hy-

vät (verrattuna esimerkiksi Kelan tukemien lääkinällisten laitostuntoutusten kohderyhmiin). Työhön liittyviä rakenteellisia tekijöitä tai kollektiivisia toimijuuden muotoja ei kuitenkaan jätetä huomiotta, vaan tarkoituksena on kartoittaa, kuinka henkilökohtainen toimijuus rakentuu suhteessa näihin tekijöihin.

Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on pitkäaikaisen seurannan ja tapaustutkimuksellisen otteen avulla selvittää yksityiskohtaisesti työuupumuksesta toipumisen kehityspolkuja ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on työuupumuskuntoutujien henkilökohtainen toimijuus ja sen mahdollinen vaikutus heidän toipumiseensa. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Miten kuntoutujien työuupumus kehittyy kuntoutusjakson jälkeen? Ovatko kuntoutuksen myönteiset vaikutukset pysyviä vai uusiutuuko työuupumus?
- 2) Mitkä tekijät edistävät kuntoutujien toipumista tai johtavat uupumuksen uusiutumiseen?
- 3) Miten kuntoutujien toimijuutta voidaan määritellä aineistosta? Tapahtuuko toimijuuden asteissa muutoksia kuntoutuksen myötä ja kytkeytyykö toimijuus työuupumusoireissa tapahtuneisiin muutoksiin?

Tutkimuksen toteutus

Aineisto

Tutkimus on jatkoa Työuupumuksesta toipumisen vaiheet -tutkimushankkeelle, joka toteutettiin Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja Kuntoutus Peurungan yhteisprojektina syksyllä 2012. Tutkimushankkeelle myönsi luvan Jyväskylän yliopiston eettinen toimikunta, ja hankkeen aineisto kerättiin kolmelta Peurungassa elo-syyskuun 2012 aikana järjestetyltä, Kelan tukemalta työuupuneiden Virveli-kuntoutuskurssilta (ks. Salminen ym. 2015; Kuntoutus Peurunka 2010). Kuntoutus-

kurssien tavoitteena oli edistää työuupumuksesta toipumista, auttaa löytämään keinoja, joiden avulla kuntoutujien työssä jaksaminen parantuisi, sekä kohentaa kuntoutujien elämänhallintaa ja lisätä sosiaalista osallistumista (Kansaneläkelaitos 2008; Kuntoutus Peurunka 2010). Kuntoutus muodostui kahdesta Peurungassa toteutetusta jaksosta: kymmenen vuorokauden perusjaksosta ja viiden vuorokauden seurantajaksoista. Perus- ja seurantajakson välinen aika oli enimmillään seitsemän kuukautta, jonka aikana kuntoutuja suoritti itsenäisesti sovittuja välitehtäviä. Virveli-kurssilla ohjelmaa oli yhteensä 70 tuntia, josta ryhmämuotoisen ohjelman osuus oli 59 tuntia ja yksilöllisen ohjelman osuus 11 tuntia (Kuntoutus Peurunka 2010). Kuntoutuskurssit toteutti moniammatillinen tiimi, johon kuuluivat muun muassa lääkäri, psykologi ja fysioterapeutti.

Tutkittavien vointia kartoitettiin ennen kuntoutuksen perusjaksoa sekä seurantajakson alussa. Alkuperäiseen tutkimushankkeeseen osallistumisen kriteerinä oli, että kuntoutujan työuupumus oli vähentynyt kuntoutuksen seurantajakson alkuun mennessä vähintään yhden luokka-asteen verran (lievä, kohtalainen, vakava uupumus tai ei uupumusta) joko BBI-15:n (Bergen Burnout Indicator 15; Näätänen ym. 2003) kokonaispistemäärän tai jonkin työuupumuksen oireulottuvuuden osapistemäärien osalta. Yhteensä 23 kuntoutujasta 15 täytti tämän kriteerin ja heistä kolme kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelusta 12 henkilöstä 11 valikoitui alkuperäiseen tutkimukseen BBI-15:n kokonaispisteiden perusteella ja yksi oireulottuvuuden osapistemäärän perusteella (uupumusasteinen väsymys). Laadullinen haastatteluaineisto kerättiin siten 12 henkilöltä kuntoutuskurssin seurantajakson lopussa loka-, marras- ja joulukuun 2012 aikana (Salminen ym. 2015). Puolistrukturoidut haastattelut pohjautuivat neljään ennalta määriteltyyn teemaan: työuupumuksen tausta, nykyhetki, kokemus kuntoutuksesta ja näkemykset tulevaisuudesta. Haastatteluiden yhteydessä vastaajilta tiedusteltiin halukkuutta osallistua samaa aihepiiriä käsittelevään seurantatutkimukseen.

Kaikki vastaajat olivat halukkaita ja antoivat käyttöön sähköpostiosoitteensa.

Seurantatutkimus toteutettiin vuonna 2014 ja sen tarkoituksena oli selvittää, millaisia yksilöllisiä toipumisprosesseja aineistosta on löydettävissä 1,5 vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen ja kuinka kuntoutujat itse kokevat toipumisprosessinsa sekä siihen vaikuttaneet tekijät. Aineisto kerättiin keväällä 2014 sähköisellä kyselylomakkeella. Lomake sisälsi BBI-15-kyselyn, jonka lisäksi vastaajien kokemuksia nykytilanteestaan ja kuntoutukselta kartoitettiin sekä strukturoitujen että avoimien kysymysten avulla. Kysely lähetettiin sähköpostitse 12 alkuperäiselle tutkittavalle, joista yhdeksän täytti kyselyn määräaikaan mennessä. Vastaamatta jättäneistä henkilöistä kaksi oli aineiston keräämisaikaan lomalla ja yksi jäi tavoittamatta. Tutkittavien keski-ikä oli 54 vuotta ja heistä kahdeksan oli naisia. Tutkittavat olivat kotoisin eri puolilta Suomea ja he edustivat eri ammattialoja. Seurantatutkimuksen toteuttamisen aikaan yksi tutkittava työskenteli osa-aikaisesti, yksi oli työtön ja muut työskentelivät kokoaikaisesti.

Tässä artikkelissa tarkastelun kohteena on yhdeksän tutkittavaa, joilta oli käytettävissä sekä vuonna 2012 kerätty tutkimustieto (työuupumusinventaaari ja haastattelutieto) että vuonna 2014 kerätyn seurantakyselyn tulokset. Ensimmäinen tutkimusongelma koskee vastaajien työuupumusoireissa tapahtuneita muutoksia. Tätä arvioitiin BBI-15:n pistemäärissä vuosien 2012–2014 aikana tapahtuneiden muutosten avulla sekä hyödyntämällä vastaajien seurantakyselyssä kuvaamia kokemuksia uupumuksensa vakavuustasosta ja sen muutoksista. Toisena tutkimusongelmana oli löytää tekijöitä, jotka kuvaisivat työuupumuksesta toipumista tai sen mahdollista uusiutumista, jotta pitkän aikavälin toipumisprosessia olisi mahdollista ymmärtää paremmin. Näitä kuvailevia tekijöitä etsittiin sekä vuonna 2012 kerätystä haastatteluaineistosta että vuonna 2014 toteutetusta seurantakyselystä. Erityisenä kiinnostuksen kohteena oli kuntoutujien toimijuus ja sen mahdollinen yhteys työuupumuksesta toipumiseen.

Tutkimusmenetelmät

Tutkimusaineiston analyysissä hyödynnettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä. Tämä monimenetelmällinen lähestymistapa (engl. mixed method) mahdollisti suhteellisen pienen otoksen kattavamman ja monipuolisemman analyysin tapaustutkimuksen periaatteiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009). Työuupumusoireiden määrällisenä mittarina tutkimuksessa käytettiin BBI-15-kyselyä (Näätänen ym. 2003), jota arvioitiin yksilötasolla oireiden keskiarvoina ja niiden muutoksina. Työuupumuksesta toipumisesta edistäneitä tekijöitä tarkasteltiin yksittäisten strukturoitujen kysymysten avulla, ja tulokset raportoitiin frekvensseittäin. Haastatteluaineistoa sekä seurantakyselyn avoimia vastauksia tutkittiin puolestaan laadullisen sisällönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009). Sisällönanalyysissä ei ole olemassa absoluuttisen oikeita tai vääriä tulkintoja, minä vuoksi analyysin laadun varmistamiseksi aineistosta ja siitä tehdyistä johtopäätöksistä käytiin keskusteluja kirjoittajien kesken, jotka ovat työpsykologian ja työuupumuskuntoutuksen asiantuntijoita.

Työuupumuksen määrällisenä mittarina käytetty BBI-15-kyselylomake on validoitu menetelmä, joka on Suomessa yleisesti käytössä sekä kliinisessä työssä että tutkimuksessa (Näätänen ym. 2003). Korkeampi kokonaispistemäärä BBI-15:ssä viittaa vakavampaan uupumukseen. Kokonaispistemäärän mukaan vastaajat voidaan luokitella neljään eri luokkaan: ei uupumusta, lievä uupumus, kohtalainen uupumus ja vakava uupumus. Lisäksi sama luokittelu voidaan tehdä erikseen kolmen eri oireulottuvuuden eli uupumusasteisen väsymyksen, kyynistymisen ja ammatillisen itsetunnon heikentymisen osalta.

BBI-15:n lisäksi työuupumuksesta toipumista arvioitiin vastauksista seuraaviin seurantakyselyjen avoimiin kysymyksiin: ”Ovatko työuupumusoireet lisääntyneet/vähentyneet kuntoutuksen jälkeen? Jos ovat, miksi?”, ”Mitä positiivisia/negatiivisia muutoksia työssäsi on tapahtunut kuntoutuksen päättymisen jälkeen?” ja ”Miten työssä tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet työhyvinvointiisi?”

Tutkittavien omien kertomusten perusteella tehty luokittelu ei ollut täysin yksiselitteistä, sillä useimmat vastaajat löysivät nykyisestä tilanteestaan sekä hyviä että huonoja puolia. Tutkittavien kertomukset nykyisestä voinnista auttoivat kuitenkin täydentämään BBI-15:n luokittelutietoa ja analysoimaan vastaajien toipumisprosessia.

Sekä haastatteluaineistoa että seurantakyselyn avoimia vastauksia tutkittiin sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jossa valmiita tekstiaineistoja tarkastellaan sisältöä eritellen, tiivistäen ja luokitellen (Tuomi & Sarajärvi 2009). Sisällönanalyysin erityisenä kiinnostuksen kohteena olivat kuntoutujien toimijuus ja sen merkitys työuupumuksesta toipumisessa. Näiltä osin lähestymistapa oli abduktiivinen eli aiempaa teoriaa hyödyntävä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Taustateorianä ja lähtökohtana analyysille toimi Banduran (2000, 2006) henkilökohtaisen toimijuuden käsite. Tarkoituksena oli selvittää, miten toimijuus näkyi tutkittavien haastatteluisissa sekä seurantakyselyn vastauksissa, oliko toimijuudessa tapahtunut muutoksia ja oliko toimijuus yhteydessä työuupumusoireissa tapahtuneisiin muutoksiin. Sisällönanalyysi noudatti mallia, jossa aineistoa luokiteltiin teoreettiseen viitekehukseen sopiviksi teemoiksi ja näitä yhdisteltiin yläkategorioiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Sisällönanalyysin ensimmäinen päävaihe oli litteroitujen haastatteluaineistojen sekä seurantakyselyjen avointen vastausten läpi lukeminen. Tässä vaiheessa yksittäisten tutkittavien vastauksista lähdettiin ensin erottelamaan parempaan vointiin/työuupumuksesta toipumiseen sekä voinnin heikentymiseen/työuupumuksen uusiutumiseen liittyviä tekijöitä. Kategorisointi oli aluksi kaksijakoinen, mutta tähän lisättiin myös ambivalentit tekijät, jotka eivät olleet puhtaasti myönteisiä tai kielteisiä. Seuraavaksi näin luokitelluista tekijöistä etsittiin vastaajien toimijuutta kuvaavia asioita. Toimijuuden karkeana määrittelynä olivat Banduran (2006) mallia mukaillen kuntoutujien aktiiviset teot ja muutokset sekä tarkempina esimerkkikriteereinä

Taulukko 1. Vastaajien työuupumuksessa tapahtuneet muutokset 1,5 vuoden seurannassa (kriteereinä BBI-15 ja oma kokemus).

Vuosi 2012		Vuosi 2014	
BBI-15 ennen kuntoutusta	BBI-15 kuntoutuksen seurantajaksolla	BBI-15 seurantajaksolla	Oma kokemus
Ei uupumusta	Ei uupumusta	Ei uupumusta	Ei-uupunut ¹
Lievä uupumus	Ei uupumusta	Vakava uupumus	Uupunut ²
Kohtalainen uupumus	Ei uupumusta	Ei uupumusta	Ei-uupunut ¹
Kohtalainen uupumus	Ei uupumusta	Ei uupumusta	Ei-uupunut ¹
Kohtalainen uupumus	Ei uupumusta	Lievä uupumus	Ei-uupunut ³
Vakava uupumus	Ei uupumusta	Lievä uupumus	Ei-uupunut ³
Vakava uupumus	Lievä uupumus	Kohtalainen uupumus	Uupunut ²
Vakava uupumus	Lievä uupumus	Vakava uupumus	Uupunut ²
Vakava uupumus	Kohtalainen uupumus	Kohtalainen uupumus	Uupunut ²

¹ Toipunut, ² Uudestaan uupunut, ³ Kovia kokenut, mutta positiiviseen keskittyvä

muun muassa avun hakeminen, itsereflektio, muutokset työn teossa tai vapaa-ajan vietyä sekä tulevaisuusodotukset uupumuksesta toipumisen osalta.

Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa yksittäisten tutkittavien vastauksista tehtyjä luokitteluja verrattiin toisiinsa. Näistä etsittiin yhdistäviä ja erottavia tekijöitä, ja samankaltaisia luokituksia yhdisteltiin yläkategorioiksi (esimerkiksi työn stressitekijöiden lisääntyminen, sosiaalinen tuki, muutokset työtä koskevissa arvoissa ja elämäntapamuutokset). Kolmannessa vaiheessa sisällönanalyysin tuloksia verrattiin BBI-15:n työuupumusasteisiin pyrittäessä kuvaamaan tutkittavien erilaisia toipumispolkuja. Toipumispolkuluokitusten muodostaminen oli kehämäistä ja itsekorjaavaa: luokkia ja niiden kriteereitä muokattiin aineistoa uudelleen lukemalla, kunnes kaikki yhteen toipumispolkuun luokitellut vastaajat täyttivät samat aiempien analyysivaiheiden perusteella määritellyt kriteerit sekä toisaalta erosivat kaikista muihin toipumispolkuihin luokitelluista vastaajista.

Tulokset

Kokemus työuupumuksesta ja sen muutos

Seurantatutkimuksessa lähes kaikkien vastaajien BBI-15-kokonaispistemäärät olivat kohonneet kuntoutuksen päättymisen jälkeen,

mutta ne olivat kuitenkin edelleen alhaisemmat kuin ennen kuntoutusjakson alkua. Neljän vastaajan työuupumuksen vakavuusluokitus oli pysynyt pitkäaikaisseurannassa samana ja viiden huonontunut. Kokonaispistemäärien perusteella kolme vastaajaa ei enää kärsinyt lainkaan työuupumuksesta, kahden työuupumus oli lievää, kahden kohtalaista sekä kahden vakavaa. Nämä työuupumusluokituksissa tapahtuneet muutokset on esitelty taulukossa 1. On kuitenkin hyvä huomata, että vastaajien oma kokemus työuupumuksesta toipumisesta oli seurantakyselyn avointen kysymysten perusteella näitä BBI-15-luokituksia positiivisempi: vastaajista viisi koki työuupumuksensa helpottuneen, yhden kokemuksissa ei ollut tapahtunut merkittävää muutosta ja vain kolme koki uupumuksensa lisääntyneen kuntoutusjaksoon nähden.

Työuupumuksesta toipumista edistäneet tekijät

Seurantakyselyn vastausten perusteella löytyi useita tekijöitä, jotka kytkettyivät tutkittavien hyvinvointiin ja jaksamiseen sekä työssä että yleisesti elämässä. Yhteensä viisi vastaajaa mainitsi työympäristöön liittyviä positiivisia tekijöitä, joita olivat muun muassa vähäisemmät työtunnit, työilmapiirin parantuminen ja esimiehen ymmärrys työuupumusta kohtaan. Kielteisesti hyvinvointiin vaikuttaneita asioita, kuten kiireen, lomautukset sekä yleisen epävarmuuden ja huonon työilmapii-

rin, mainitsi puolestaan neljä vastaajaa. Vastajaat olivat pyrkineet vaikuttamaan työhönsä liittyviin stressitekijöihin muun muassa työpaikkaa vaihtamalla (n = 4) sekä osa-aikaeläkkeelle hakeutumalla (n = 1). Toisaalta myös omiin asenteisiin ja elämäntapoihin liittyvät tekijät nousivat esille tutkittavien vastauksissa. Moni oli kuntoutuksen myötä kiinnittänyt enemmän huomiota työn ja vapaa-ajan väliin tasapainoon (n = 4), lisännyt vapaa-ajan harrastuksia (n = 6) sekä viettänyt enemmän aikaa perheen parissa (n = 6). Kuntoutus oli myös muuttanut tutkittavien suhtautumista työuupumukseen: vastaajat kertoivat ymmärtävänsä paremmin työuupumuksen syntyyn johtaneita tekijöitä (n = 6) sekä osaavansa hakea apua jatkossa, mikäli tarvetta ilmeni (n = 4). Lisäksi vastaajat mainitsivat toipumiseen vaikuttaneiksi tekijöiksi kuntoutusryhmästä saadun vertaistuen (n = 8) sekä ammattilaisten neuvot terveyden ja elämäntapojen parantamiseksi (n = 8).

Toimijuus ja toipumisen polut

Työuupumuspistemäärien sekä haastattelu- ja kyselyaineiston analyysin perusteella tutkittavien joukosta oli eroteltavissa kolme eri ryhmää eli toipumisen polkua, joita vastaajat olivat seuranneet. Nämä ryhmät nimettiin seuraavasti: a) ”työuupumuksesta toipuneet” (n = 3), b) ”uudestaan uupuneet” (n = 4) ja c) ”kovia kokeneet, mutta positiiviseen keskittyvät” (n = 2). Ryhmien yhteys työuupumusoireissa tapahtuneisiin muutoksiin on esitelty taulukossa 1.

Näistä ensimmäinen eli ”toipuneiden” ryhmä erottui joukosta selkeimmin: heidän kuntoutusjaksolla alkanut hyvä kehityksensä oli jatkunut, eivätkä he kärsineet enää työuupumuksesta sen enempää BBI-15:n kuin seurantakyselyn avoimien vastaustenkaan perusteella. Tähän ryhmään kuuluvien vastaajien asenteissa oli tapahtunut monenlaisia muutoksia kuntoutuksen jälkeen: heidän työhön ja vapaa-aikaan käyttämänsä aika sekä voimavaroinsa olivat nyt paremmin tasapainossa, he olivat ottaneet vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja kokivat työnsä arvostuksen lisääntyneen. Kaksi toipunutta (T1-2) vastaajaa kuva-

si haastattelussa vastuunottoa omasta hyvinvoinnistaan seuraavasti:

T1: ”Sillon kun se oli se ensimmäinen [kuntoutus]jakso menny, niin mä niinku heti silloin aloin tekemään niitä asioita, millekä mä voin jotakin. Elikä just se paikkakunnan vaihdos ja sitten sitten tuota, ää, uuden asunnon etsiminen - - sai niinku semmosta potkua, että näin mun pitää nyt tehdä. Ja nimenomaan mun pitää tehdä, että en mä voi sitä odottaa jostakin ulkopuolelta. Mun pitää niinku ottaa siitä vastuu itte.”

T2: ”Et kyllähän me ollaan kukin oman onnemme seppiä sillä lailla. Ja sitten tässä fyysisen kunnon kohotuksessa ja ittestähän se pitää lähteä, että tekee sen muutoksen ja tekee ne muutokset ja päättää et näin se on. Että kyllä mä niinku ja sitten on rohkeampi niinku tekemään ja nyt mä tiedän, että kun mä kotiakin menen, että mistä mä haen sitä apua.”

Toipuneiden vastaajien ymmärrys työuupumuksen synnystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä oli lisääntynyt kuntoutuksen myötä, ja he pyrkivät huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan esimerkiksi liikkumalla, matkustelemalla, harrastamalla kulttuurilla sekä viettämällä enemmän aikaa perheen parissa. Näiden vastaajien toimijuutta voisi kuvailla vahvaksi ja aktiiviseksi. Kuntoutuksen päätyttyä uupumuksesta toipuneet luottivat vahvasti omaan työkykyynsä, eivätkä he pitäneet työuupumuksen uusiutumista todennäköisenä. Seurantakyselyssä kaksi toipunutta tutkittavaa kertoi lisäksi työolojensa muuttuneen selkeästi paremmiksi.

Toipuneiden vastakohtana erottui neljä ”uudestaan uupunutta” henkilöä, joiden kuntoutusjaksolla alkanut toipuminen ei ollut jatkunut, vaan he kärsivät puolitoista vuotta myöhemmin jälleen vähintään kohtalaisesta työuupumuksesta BBI-15:llä arvioitaessa. Uudestaan uupuneiksi luokiteltujen kertomus nykyisestä voinnistaan vastasi BBI-15:n an-

tamaa tietoa. Näitä henkilöitä yhdistivät pitkäaikainen tai jo ennen kuntoutusjaksoa uusiutunut työuupumus sekä huonot työolosuhteet. Kuten toipuneiden henkilöiden, myös uudestaan uupuneiden toimijuus oli kuntoutusjaksolla vahvistunut ja heillä oli tapahtunut asennemuutoksia, kuten esimerkiksi täydellisyden tavoittelusta luopumista tai elämäntapojen muuttamista terveellisemmiksi. Uudestaan uupuneet painottivat kuitenkin toipuneita kuntoutujia enemmän ympäristöön ja työhönsä liittyviä tekijöitä työuupumuksensa taustalla ja siitä toipumisessa, eli heidän toimijuutensa oli passiivisempaa kuin työuupumuksesta toipuneilla. Yksi uudestaan uupuneista (U1-2) kuvasi muilta saamansa tuen olennaista roolia toipumisprosessissaan seuraavasti:

U1: ”[Tytär] muutti sit mun kanssani asumaan - - hän oli sitten aina kotona kun mä tulin ja tietystä mielessä hän rupes niinku mua rupes potkimaan, et nyt tuota, et äiti mä en jaksa kattella sua tolasena ja et sä oo oikeesti tommonen ja mieti nyt, että et nää kaks tavallaan se työterveyshuolto ja sitten tää hänen potkunsa - - että tietystä mielessä hän oli mulle semmonen et mä tiesin että mulla on siinä tavallaan tuki, et mun ei tarteakaan yksin - - kyllä se sillä lailla mua paljon, paljon potki eteenpäin.”

Kuntoutusjakson jälkeen uudestaan uupuneet olivat edelleen joutuneet kamppailemaan työhönsä liittyvien stressitekijöiden kanssa. Heitä voisikin vaihtoehtoisesti kuvata ”olosuhteiden uhreiksi”, sillä Banduran (2000) teoriaa mukailten he eivät todennäköisesti olleet saaneet ympäristöstään riittävästi tukea orastavalle toimijuudelleen. Toisaalta nämä tutkittavat pitivät jo kuntoutuksen lopulla uudestaan uupumistaan todennäköisempänä kuin toipumisen polulla pysyneet henkilöt. Yksi vastaa- jista kuvasi tilannettaan seuraavasti:

U2: ”Toivon hirveesti, että pystyisin välttämään [uupumuksen uusiutumisen], mutta että... kun näitä nyt on ollu näitä

näitä uusintoja niin vaikka mulla nyt on kuitenkin semmonen paras tunne mitä on koskaan ollu näiden tuota sairastumisten aikana silleen. Mä toivon että mä pystyn välttämään, mutta en mä uskalla sanoa.”

”Kovia kokeneet, mutta positiiviseen keskittyvät” henkilöt osoittivat kuntoutusjaksolla vahvan toimijuuden merkkejä, joita olivat muun muassa työpaikan vaihdos, työhön liittyvät asennemuutokset sekä vastuunotto omasta hyvinvoinnista. Myöhemmin seurantatutkimuksessa he molemmat kärsivät kuitenkin jälleen lievistä työuupumuksista BBI-15:llä mitattuna. Tähän on todennäköisesti syynä heidän kuntoutusjakson jälkeen kohtaamansa stressitekijät, joita olivat muun muassa läheisen sairaus, huono taloustilanne ja pitkät työmatkat. Toisin kuin uudestaan uupuneet henkilöt, kovia kokeneet mutta positiiviseen keskittyvät näkivät kuitenkin tilanteensa huomattavasti aiempaa valoisampana, eivätkä he kokeneet kärsivänsä enää työuupumuksesta. Seurantakyselyn perusteella näyttäisi siltä, että näiden henkilöiden toimijuus oli vaikeuksista huolimatta säilynyt vahvana ja sen ansiosta he pystyivät keskittymään elämän positiivisiin puoliin haasteista huolimatta. Toinen heistä (K1) kuvasi seurantakyselyssä tilannettaan seuraavasti:

K1: ”Ajoittain olen ollut todella väsynyt valvottuani lapsen kanssa öitä - huolehdin työpäivän aikana lapseni hyvinvoinnista kännykän avulla eli keskittyminen työhön on välillä huonoa - - On pakko jaksaa, koska talous ei anna periksi jädä pois töistä.

[Kuntoutuksen myötä] ymmärsin, että voin toipua ja että syy ei ole vain minussa. Voin kuitenkin itse vaikuttaa toipumiseeni ja jopa muuttaa huonoja olosuhteita äänestämällä jaloilla. - - Jä-mäkkyyden harjoittelu oli tärkeää. Nyt osaan sanoa ei, en aina jaksa miellyttää muita vaan pyrin ajattelemaan myös omaa hyvinvointiani.”

Pohdinta

Päätulokset

Tässä artikkelissa selvitettiin pitkäaikaista työuupumuksesta toipumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä laadullisten että määrällisten tutkimusmenetelmien avulla. Tutkimukseen valittiin mukaan henkilöitä, jotka olivat alun perin hyötynet kuntoutuksesta BBI-15-työuupumuskyselyn perusteella. Puolitoista vuotta tämän kuntoutuksen päättymisen jälkeen toteutetun seurantatutkimuksen tulokset kuitenkin osoittivat, että työuupumusoireiden pitkäaikainen kehityskulku oli hyvin yksilöllistä. Yleisellä tasolla näyttäytyi, että kaikkien vastaajien työuupumusasteet olivat hieman nousseet kuntoutuksen päättymisen aikaisesta tilanteesta. Yksityiskohtainen tarkastelu kuitenkin osoitti, että vain viiden vastaajan työuupumuksen vakavuusluokat (Näätänen ym. 2003) olivat muuttuneet. Nämä muutokset olivat tapahtuneet kielteiseen suuntaan eli työuupumuksen kokemukset olivat lisääntyneet. Neljän vastaajan työuupumusluokitus oli puolestaan pysynyt samana, ja heistä kolmen voidaan katsoa toipuneen uupumuksesta täysin 1,5 vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Mielenkiintoista kuitenkin on, että kysyttäessä tutkittavien omaa kokemusta työuupumusoireilun tasosta ja sen muutossuunnasta neljä koki työuupumuksensa helpottuneen ja vain kolme koki uupumuksensa pahentuneen. Kahden vastaajan kokemuksissa ei puolestaan ollut tapahtunut merkittävää muutosta.

Puolentoista vuoden seurannassa vastaajien oma kokemus toipumisestaan näyttäytyi siis myönteisempänä kuin tutkimuksessa käytetyn BBI-15-kyselyn pistemäärät. Tämä saattaa osaltaan johtua BBI-15:n mittauksesta, joka on herkkä sen hetkiselälle työkuormitukselle. Avoimissa kysymyksissä tutkittavat puolestaan arvioivat oireiluaan pitkällä aikavälillä ja vertasivat nykyvointiaan kuntoutusta edeltävään aikaan, jolloin heidän työuupumuksensa oli korkeammalla tasolla. Toisaalta kuntoutuksen seurantajaksolla kerätyn haastattelutiedon perusteella tutkittavien kokemukset omasta voinnistaan olivat varsin myön-

teisiä jo kuntoutuksen perus- ja seurantajakson välillä – poikkeuksena ne henkilöt, jotka seurantatutkimuksessa luokiteltiin uudelleen uupuneiksi. Tämän tuloksen perusteella voidaan todeta, että kuntoutustutkimuksessa kuntoutujien oman toipumiskokemuksen tiedustelu on yhtälailla tärkeää kuin strukturoitujen menetelmien käyttö.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat hyötynet kuntoutuksesta lyhytaikaisesti, mutta seurantatutkimuksen perusteella kuntoutuskurssilla alkanut myönteinen kehitys ei kuitenkaan ollut jatkunut kaikilla toivotulla tavalla. Aineistosta oli löydettävissä tähän monia syitä. Ensinnäkin tutkittavien vastauksista nousi esiin työhön liittyvien tekijöiden iso merkitys työuupumuksen uusiutumisen tai siitä toipumisessa. Tutkittavat olivat pyrkinet vaikuttamaan työhönsä liittyviin stressitekijöihin muun muassa työpaikkaa vaihtamalla, ja kohentuneet työolot näyttivätkin edistäneen vastaajien toipumisprosessia. Vastaajat eivät kuitenkaan olleet pystyneet vaikuttamaan kaikkiin työn ongelmakohtiin, kuten esimerkiksi esimiehen toimintaan tai lomautuksista johtuvaan epävarmuuteen ja kireään työtahtiin. Nämä tekijät olivatkin vastaavasti yhteydessä työuupumuksen uusiutumiseen.

Myös monet työntekijään itseensä liittyviä tekijät ovat tutkitusti yhteydessä työuupumukseen (Alarcon ym. 2009; Demerouti 2014) ja tutkittavien mukaan heidän oma asenteensa sekä elämäntapansa olivatkin vaikuttaneet olennaisesti uupumuksesta toipumiseen. Yhden vastaajan sanoin toipumiseen johtanut muutos oli tapahtunut nimenomaan ”korvien välissä”, sillä hänen työnkuvansa oli säilynyt muuttumattomana. Toinen vastaaja kertoi puolestaan tajunneensa, että ”mikäli hän ei itse tee muutoksia elämässään, ei niitä tee kukaan muukaan”. Vastaajat kertoivat kiinnittäneensä kuntoutuksen myötä enemmän huomiota esimerkiksi terveellisiin elämäntapoihin sekä perheen ja ystävien kanssa vietettyyn laatu-aikaan. Itse kuntoutuskurssiin liittyneistä tekijöistä tutkittavat mainitsivat vaikuttavimmiksi ryhmästä saadun vertaistuen sekä ammatilaisten neuvot hyvinvoinnin edistämiseksi.

Toimijuuden vahvistaminen on kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita (Järvikoski & Härkäpää 2011), ja tavoite näyttäisi täyttyvän hyvinvoinnin polulla pysyneiden kuntoutujien osalta. Vastaajien kertomusten mukaan kuntoutusjakso oli merkittävästi vahvistanut heidän henkilökohtaista toimijuuttaan kannustamalla muun muassa elämäntapamuutoksiin, sosiaalisiin suhteisiin panostamiseen sekä työn ja vapaa-ajan selkeämpään erottamiseen. Henkilökohtaisen toimijuuden vahvistuminen selittää myös sitä huomionarvoista havaintoa, että tutkittavat selkeästi kokivat kuntoutuksen hyödyttäneen heitä, vaikka edistys ei kaikkien tapauksissa näkynytäkään BBI-15-arviointimenetelmällä mitattaessa. Kuntoutajat pitivät kuitenkin henkilökohtaista toimijuutta lisäneiden tekijöiden ohella kuntoutuksen merkittävimpänä antina toisilta kuntoutujilta sekä työntekijöiltä saatua tukea, mikä viittaa läheistoimijuuden merkitykseen. Myös kuntoutujien toipumispolkujen tarkempi analyysi viittaa siihen, että paras pitkäaikaistulos kuntoutuksesta saadaan, kun vahvaan henkilökohtaiseen toimijuuteen yhdistyvät suotuisat ympäristötekijät. Havainnot vastaavat Banduran (2000) teoriaa toimijuuden rakentumisesta, joka ottaa huomioon läheis- ja kollektiivisen toimijuuden merkityksen ja joka toisaalta kuvaa, kuinka suotuisat ympäristötekijät vahvistavat henkilökohtaista toimijuutta ja synnyttävät myönteisen hyvinvoinnin kehän. Toisaalta ”kovia kokeneiden, mutta positiiviseen keskittyvien” kuntoutujien kokemukset viittaavat siihen, että vahva toimijuus suojaa uupumuksen uusiutumiseltsä myös hankalissa elämäntilanteissa – ainakin silloin, kun arvio- na käytetään yksilön omaa kokemusta.

Vaikka kaikilla tutkimukseen osallistuneilla kuntoutujilla oli havaittavissa henkilökohtaisen toimijuuden vahvistumista kuntoutusjakson aikana ja kaikki myös kokivat hyötynensä kuntoutuksesta, osa kärsi kuitenkin työuupumuksen oireista 1,5 vuotta myöhemmin. ”Uudestaan uupuneille” oli tyypillistä, että heidän työuupumuksensa oli kuntoutuksen alkaessa vakavampaa ja/tai pitkäkestoisempaa. Nämä henkilöt myös kokivat nykyisen työtilanteensa huonoksi ja uuvut-

tavaksi. Mukana oli henkilö, joka oli jäänyt työttömäksi jo ennen kuntoutusjakson alkua ja jolle kuntoutuskurssi ei siis välttämättä ollut alun perinkään oikea tukimuoto. On varsin ymmärrettävää, että hankala lähtötilanne sekä uudet vaikeudet ovat osaltaan johtaneet siihen, että näiden vastaajien työuupumus oli lisääntynyt pitkäaikaisseurannassa. Se osoittaa, että kuntoutusjaksolla alkanut henkilökohtaisen toimijuuden vahvistuminen ei yksin riitä pitämään kuntoutujia toipumisen polulla, vaan työn stressitekijöillä on merkitystä työuupumuksen uusiutumisessa. Havainto myötäilee niitä tutkimustuloksia, joiden mukaan työssä tai työpaikalla toteutetut muutokset vahvistavat uupumusinterventioiden vaikutavuutta (Härkäpää 2002).

Toisaalta tutkimuksen tulokset osoittavat, että ympäristön stressitekijät eivät automaattisesti johda työuupumuksen uusiutumiseen: näyttäisi siltä, että ”kovia kokeneiden, mutta positiiviseen keskittyvien” henkilöiden vahvistunut toimijuus suojasi stressitekijöiltä ja johti yhtä myönteiseen kokemukseen omasta voinnista kuin kokonaan työuupumuksesta toipuneillakin. Näitä kahta toipumisen polulla pysynyttä ryhmää yhdisti omien ajatusten ja toiminnan aktiivinen reflektointi, vahva pystyvyysusko sekä aktiiviset muutokset käyttäytymisessä. Kyseisiä piirteitä voidaan kuvata vahvaksi henkilökohtaiseksi toimijuudeksi. Vaikka uudestaan uupuneiden ryhmällä oli kuntoutuksen perusjakson jälkeen nähtävissä samantapaisia muutoksia, on kuitenkin todennäköistä, että pitkäaikaisesta tai vakavasta työuupumuksesta kärsivät henkilöt tarvitsivat enemmän tukea ympäristöltään, jotta myönteiset muutokset olisivat pysyviä. Oletus työuupumuskuntoutujien tuen tarpeesta mu- kailee Banduran (2000, 2012) sosiokognitiivista käsitystä, jonka mukaan henkilökohtaisen toimijuuden oletetaan kehittyvän vuorovaikutuksessa ympäristötekijöiden, erityisesti sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutuksen, kanssa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kuntoutujien henkilökohtainen toimijuus ja erityisesti sen keskeinen osatekijä pystyvyysusko oli merkittävässä roolissa työuupumuksesta

toipumisessa. Tätä korostaa tutkimuksen havainto, jonka mukaan tutkittavien kuntoutuksen seurantajakson lopussa esittämä arvio omasta tulevaisuuden pärjäämisestään ja toipumisestaan ennusti erittäin hyvin heidän puolitoista vuotta myöhempää toipumispolkuaan. On mahdollista, että tutkittavien vähäinen usko omiin toipumismahdollisuuksiinsa on johtanut heikkoon toimijuuteen ja sitä kautta uudestaan uupumiseen, vaikka syyseuraussuhteiden suuntaa ei tässä tutkimusasetelmassa olekaan mahdollista osoittaa.

Tutkimuksen rajoitukset

Tutkimukseen osallistui vain yhdeksän henkilöä, ja siksi tulosten yleistettävyyden on varsin rajallista. Tämä tutkimus tulisikin ymmärtää ensisijaisesti tapaustutkimuksena. Tutkimuksen vahvuutena on monipuolisten aineistonkeruumenetelmien käyttö, mikä mahdollisti moniulotteisen kuvan saamisen työuupumus-kuntoutuksen vaikuttavuudesta sekä kuntoutujien yksilöllisistä toipumisprosesseista. Aineistosta erottui varsin selkeästi kolme erilaista toipumispolkua, joita oli mahdollista ymmärtää paitsi työolojen, myös kuntoutujien henkilökohtaisen toimijuuden kautta.

Työuupumus-kuntoutuksen vaikutusmekanismeista tarvitaan jatkotutkimuksia, sillä työuupumuksella on kauaskantoisia seurauksia uupuneiden henkilökohtaiseen hyvinvointiin (Ahola & Hakanen 2014). Myös tässä tutkimuksessa havaittujen toipumispolkujen tunnistaminen isommalla aineistolla olisi tarpeen. Samoin toimijuutta ja sen yhteyttä työuupumuksesta toipumiseen olisi hyvä kartoittaa jatkotutkimuksilla, jotka olisivat suurempia otoskooltaan ja joiden asetelma mahdollistaisi kuntoutujien henkilökohtaisessa toimijuudessa tapahtuvien muutosten tarkemman seurannan eri ajankohdissa sekä tulosten laajemman yleistettävyyden. Myös toimijuuden eri muotojen kattavampi huomiointi on tärkeää, sillä henkilökohtaiseen toimijuuteen rajoittuminen saattaa johtaa liian yksilökeskeiseen ja jopa yksilöä syyllistävään näkemykseen työuupumuksen synnystä ja toipumisprosessista.

Johtopäätökset

Kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttavat luonnollisesti monet tekijät, mutta tämän tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutujien orastavan henkilökohtaisen toimijuuden tukeminen on haaste, johon kuntouttamisella kannattaisi pyrkiä vastaamaan. Aineistomme perusteella vastaajien toimijuutta saadaan kyllä heräteltyä kuntoutuksen aikana, mutta ongelmana on se, kuinka toimijuuden vahvistumisesta saataisiin pysyvää siten, että kuntoutujat pystyisivät onnistuneesti kohtaamaan tulevaisuuden haasteet.

Tutkimukseen osallistuneista yhdeksästä vastaajasta moni eli viisi henkilöä toivoi ylimääräistä seurantajaksoa esimerkiksi vuoden kuluttua kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Vastaajien mukaan heidän toipumistaan edistäisi se, että olisi jotain konkreettista, mitä odottaa kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Se voisi kannustaa kuntoutujia muun muassa oman olon tarkkailuun sekä elämäntapamuutoksien ylläpitoon. Nämä seikat antavat viitteitä läheis- ja kollektiivisen toimijuuden (Bandura 2000) merkityksestä kuntoutuksessa. Myös näitä toimijuuden muotoja olisi syytä kartoittaa hyödyntäen monimenetelmällisiä tutkimusasetelmia. Lisäksi tutkimus osoitti, että kuntoutujien oma uskomus pärjäämisestään kuntoutusjaksojen jälkeen ennusti hyvin heidän toipumistaan tai uudelleen uupumistaan pitkässä seurannassa. Tätä havaintoa voisi hyödyntää konkreettisesti työuupumus-kuntoutuksessa ja mahdollisia lisäjaksoja tai tukitoimia kohdistaa niihin, jotka itse pitävät uupumuksensa uusiutumista todennäköisimpänä.

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työuupumukselta toipumisen kehityspolkuja ja näihin yhteydessä olevia tekijöitä 1,5 vuoden seurannan aikana. Erityisenä kiinnostuksen kohteena oli toimijuus ja sen rakentumisen yhteys työuupumukselta toipumiseen. Tutkimusaineisto koostui Kuntoutus Peurungan Virveli-kuntoutus-

kursseille osallistuneista ja kuntoutukselta lähtökohtaisesti hyötynneistä henkilöistä (n = 9). Kyseessä on tapaustutkimus, jossa näiden henkilöiden toipumisprosessia tutkittiin monipuolisesti sekä haastattelun että kyselyiden avulla. Tulokset osoittivat, että monet työympäristöön liittyvät tekijät olivat yhteydessä toipumisprosessiin, mutta ne eivät yksinään selittäneet sitä, oliko henkilöiden työuupumus uusiutunut vai ei. Aineistosta löydettiin kolme erilaista kehityspolkua, jotka olivat ”työuupumuksesta toipuneet”, ”uudestaan uupuneet” ja ”kovia kokeneet, mutta positiiviseen keskittyvät”. Kuntoutujien toipumispolkuun näyttäisi tämän tutkimuksen perusteella olevan yhteydessä heidän kokemansa henkilökohtainen toimijuus, joka ilmeni erityisesti uskona omaan pärjäämiseen kuntoutusjakson lopussa. Näihin tekijöihin olisikin hyvä kiinnittää huomiota sekä jatkotutkimuksissa että työuupumusinterventioiden kehitystyössä, jotta kuntoutuksen vaikuttavuutta voitaisiin tehostaa.

Avainsanat: työuupumus, kuntoutus, toimijuus, seurantatutkimus, monimenetelmällisyys

Abstract

The individual recovery paths from job burnout: a mixed methods case study on the long-term impact of a rehabilitation intervention.

The purpose of this study was to examine the developmental paths of burnout recovery and factors associated with it during a 1.5-year follow-up period. A special interest of the study was in agency and whether it is connected to burnout recovery. The study sample (n = 9) included people, who had benefitted from a rehabilitation period arranged earlier in Peurunka Rehabilitation Centre. This research was a case study, which was based

on data collected by interviews and questionnaires in analyzing the recovery process of the participants. Analysis showed that many job-related factors were connected to the recovery process, but none of them was able to explain alone whether participants' burnout had relapsed or not. Three different recovery paths were found among the sample: "recovered participants", "relapsed participants" and "participants with difficult experiences but positive mindset". The results indicate that the personal agency of the people participating in rehabilitation is connected to their recovery paths. Agency was manifested, for example, in participants' self-efficacy estimates at the end of the rehabilitation period. These factors should be paid more attention in future studies as well as in developing burnout interventions in order to improve the effectiveness of burnout rehabilitation.

Keywords: burnout, rehabilitation, agency, follow-up study, mixed methods

Heli Siltala, PsM, tohtorikoulutettava, psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto

Anne Mäkikangas, PsT, dosentti, psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto

Marja Hätinén, PsT, työterveyspsykologi, työ- ja organisaatiopsykologian erikoispsykologi, Terveystalo Jyväskylä

Ulla Kinnunen, PsT, professori, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Mika Pekkonen, LT, johtava ylilääkäri, Kuntoutus Peurunka, Laukaa

Lähteet

- Ahola K, Hakanen J (2014) Burnout and health. Teoksessa Leiter MP, Bakker AB, Maslach C (toim.) Burnout at work: A psychological perspective. Hove, East Sussex: Psychology Press. 10–31.
- Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA (2009) Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress* 23, 3, 244–263.

- Awa WL, Plaumann M, Walter U (2010) Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 78, 2, 184–190.
- Bandura A (2000) Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science* 9, 3, 75–78.
- Bandura A (2006) Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science* 1, 2, 164–180.
- Bandura A (2012) On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management* 38, 1, 9–44.
- Bernier D (1998) A study of coping: Successful recovery from severe burnout and other reactions to severe work-related stress. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations* 12, 1, 50–65.
- Demerouti E (2014) Individual strategies to prevent burnout. Teoksessa Leiter MP, Bakker AB, Maslach C (toim.) *Burnout at work: A psychological perspective*. Hove, East Sussex: Psychology Press. 10–31.
- Fjellman-Wiklund A, Stenlund T, Steinholtz K, Ahlgren C (2010) Take charge: patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burnout. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42, 475–481.
- Härkäpää K (2002) Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa: Aalto AM ym. (toim.) *Kannattaa-ko kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Raportteja nro 267, Helsinki: STAKES. 29–44.
- Hätinen M (2008) Treating job burnout in employee rehabilitation: Changes in symptoms, antecedents and consequences. *Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino*.
- Hätinen M, Kinnunen U, Mäkikangas A, Kalimo R, Tolvanen A, Pekkonen M (2009) Burnout during a long-term rehabilitation: comparing low burnout, high burnout – benefited, and high burnout – not benefited trajectories. *Anxiety, Stress, & Coping* 22, 3, 341–360.
- Hätinen M, Kinnunen U, Pekkonen M, Kalimo R (2007) Comparing two burnout interventions: Perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management* 14, 3, 227–248.
- Hätinen M, Mäkikangas A, Kinnunen U, Pekkonen M (2013) Recovery from burnout during a one-year rehabilitation intervention with six-month follow-up: Associations with coping strategies. *International Journal of Stress Management* 20, 4, 364–390.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Salminen A-L (2015a). Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus* 38, 2, 18–32.
- Järvikoski A, Martin M, Autti-Rämö I, Härkäpää K (2013) Shared agency and collaboration between the family and professionals in medical rehabilitation of children with severe disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research* 36, 1, 30–37.
- Järvikoski A, Puumalainen J, Härkäpää K (2015b) Client participation in medical rehabilitation for adults with severe disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research* 17, 3, 240–257.
- Kalimo R, Hakanen J, Toppinen-Tanner S (2006) Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä MBI-GS. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kansaneläkelaitos (2008) Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi, versio 15/2008, täsmennetty 5.12.2008. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 31.10.2016]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/8CB38AF6DEC218EAC225753D00425B50/\\$file/standardi_15.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/8CB38AF6DEC218EAC225753D00425B50/$file/standardi_15.pdf)
- Kuntoutus Peurunka (2010) Työohje Virveli-kurssi.
- Lloyd J, Bond FW, Flaxman PE (2013) The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress* 27, 2, 181–199.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology* 52, 1, 397–422.
- Mäkikangas A, Kinnunen U (2016) The person-oriented approach to burnout: A systematic review. *Burnout Research* 3, 11–23.
- Näätänen P, Aro A, Matthiesen SB, Salmela-Aro K (2003) *Bergen Burnout Indicator 15*. Helsinki: Edita.
- Salminen S, Mäkikangas A, Hätinen M, Kinnunen U, Pekkonen M (2015) My well-being in my own hands: Experiences of beneficial recovery during burnout rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 25, 4, 733–741.
- Suvisaari J, Ahola K, Kiviruusu O, Korkeila J, Lindfors O ym. (2012) Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa S Koskinen, A Lundqvist, N Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 96–107.
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (5. uud. laitos.). Helsinki: Tammi.

ASUMISPALVELUJEN HANKINNAN KEHYKSET

Yhteistoiminnallista mallia etsimässä

Johdanto

Vuosikymmen sitten mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kaikista tuottajista noin 30 prosenttia oli osallistunut palvelujen kilpailutukseen (Salo & Kallinen 2007). Nyt sosiaali- ja terveyspalveluja hankitaan, kilpailutetaan, ulkoistetaan ja yksityistetään ruutiinomaisesti. Kilpailutuksen piiriin kuuluu noin 90 prosenttia asumispalveluista. Vuonna 2005 asumisyksiköiden keskimääräinen koko oli alle 13 asukasta yksikköä kohti. Laskutavasta riippuen tutkijaryhmämme arvioi lukumäärän vähintään kolminkertaistuneen vuosikymmenen aikana¹. Asukkaiden enemmistö muodostui pääosin entisistä psykiatrisista sairaalapotilaista. Nyt asukasprofiili on huomattavasti monimuotoistunut. Tutkimuksemme osoitti myös kuntoutumistulosten olleen merkittävästi heikompia yksiköissä, joihin oli sijoitettu ikäihmisiä, kehitysvammaisia ja mielenterveyskuntoutujia (ibid.).

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa merkittävin hallinnollinen muutos on ollut päätöksenteon siirtyminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon lääkäreiltä kunnallisille sosiaalipalvelujen viranomaisille. Vuonna 1988 voimaan astuneessa sosiaalihuoltolaisessa asumispalvelut määriteltiin osaksi sosiaalipalveluita (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 17§). Lain täytäntöönpano kesti poikkeuksellisen pitkään. Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta todetaan,

että kunta voi järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut ”hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntainliitolta tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta” (L733/1992, 17§).

Vuoden 1994 alussa astui voimaan laki julkisista hankinnoista. Sen mukaan ”(V)altion ja kuntien viranomaisten sekä muiden tässä laissa tarkoitettujen hankintayksiköiden on kilpailun aikaansaamiseksi sekä tarjousmenetelyyn osallistuvien tasapuolisen ja syrjimättömän kohtelun turvaamiseksi noudatettava hankinnassaan, mitä tässä laissa säädetään” (L1501/1992, 1§). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta tuottaa kunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan autonomian mahdollisuuden, minkä laki julkisista hankinnoista suhteellistaa avaamalla kilpailun sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon ”Euroopan talousalueesta tehdyn sopimuksen mukaisesti”. Näin ollen nämä lait sisältävät itsehallinnon osalta vastakkaisia pyrkimyksiä.

Sosiaalihuoltolain mukaan asumispalvelut ovat sosiaalihuollon avopalveluita, eivät enää laitoshoidollisen erikoissairaanhoidon jatketa. Päätöksenteko näyttää laajemmin siirtyneen sosiaalipalvelujen kunnallisille viranomaisille vasta hankintalain käyttöönoton jälkeen 2000-luvun alkuvuosina. Tämän jälkeen kunnalliset viranomaiset olisivat yhdenmukaisesti seuranneet uuden julkishallinnollisen

¹ Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita ei Suomessa ole tilastoitu. Arviomme perustuu viranomais tietoihin tutkimiltamme alueilta. Suurimmassa osassa yksiköistä oli 30–40 asukasta, mutta yli 50 asukkaan yksiköt eivät olleet poikkeuksellisia.

johtamisen oppeja (Eräsaari 2006). Tässä artikkelissa osoitetaan, että uusia julkishallinnon oppeja on sovellettu toisistaan varsin poikkeavilla tavoilla.

Hyvinvointipalvelujen markkinaehtoisuuden aikakaudella julkisen päätöksenteon konteksti on muuttunut (Krachler & Greer 2015). Palvelutuotannolla vaurastumista pidetään asiaankuuluvana sivutuotteena palvelujen markkinaehtoisuudesta. Tarkasteltaessa kunnallisia sosiaali- ja terveyspolitiikan toteuttajia havaitaan, ettei suunnanmuutos ole ollut yhdensuuntainen eikä ristiriidaton. Lehdon ja Tynkkysen (2013) haastattelututkimuksen mukaan vain yksityiset palveluyrittäjät uskovat vahvasti yksityisen palvelutuotannon alentavan palvelujen hintoja sekä parantavan niiden laatua ja saatavuutta. Kunnallisen terveydenhuollon ja vanhuspalvelujen johtajat sekä poliittiset päätöksentekijät uskovat yksityisen palvelutuotannon parantaneen ennen muuta palvelujen saatavuutta. Vain alle puolet johtajistosta arvioi hankintojen vähentäneen kuntien kustannuksia, parantaneen palveluita ja lisänneen asiakastytyväisyyttä. Sen sijaan selkeää näkemystä ei ilmaistu, miten yksityinen palvelutuotanto olisi vaikuttanut palvelujen laatuun ja asiakkaiden tyytyväisyyteen. (Ibid.)

Julkisten palvelujen markkinoistumista tutkineen Julian Le Grandin (2007) mukaan yksityisten palvelumarkkinoiden toimivuus edellyttää riittävää määrää keskenään kilpailevia palveluntuottajia, markkinoiden avoimuutta uusille kilpailijoille ja pelisääntöjä, jotka pakottavat kilpailussa hävinneet muuttamaan toimintaansa tai poistumaan markkinoilta. Julkisten palvelujen hankinnassa Le Grand pitää valintaa ja kilpailua tuloksellisempänä vaihtoehtona kuin ammattilaisiin ja managereihin luottamista, hallintovallan käyttämistä, käyttäjien äänen kuulemista tai heidän etujensa ajamista (ibid.).

Artikkelissa kuvaan, millaisia tavoitteita kunnalliset tilaajat asettavat hankittavil-

le asumispalveluille ja kuinka he tavoitteiden toteutumista valvovat. Selvitän, millaisia asumispalvelujen tilaamisen kehyksiä tunnistettiin haastatteluaineiston perusteella. Lopuksi pohdin lyhyesti, miten Le Grandin palvelujen hankinnan analyysiä voitaisiin soveltaa tilaamisen kehyksissä. Artikkelini muodostaa suppean osan työn alla olevaa laajaa tutkimustani mielenterveystyön markkinaehtoisuudesta.

Kuvaan ensin tutkimuksen aineistot ja haastattelujen analyysimenetelmät. Tämän jälkeen esittelen tilaajien keskeiset tavoitteet asumispalveluille. Tilaajahaastattelujen kvalitatiivinen analyysi tuotti kolme toisistaan selvästi poikkeavaa tilaajien merkitysrakenteiden jäsennostapaa, joita nimitän kehyksiksi. Esitän tiivistetysti kehysanalyysin tulokset sekä kehysten vahvuuksien ja heikkouksien pohjalta rakennetun vaihtoehtoisen kehyksen pääpiirteet. Johtopäätöksissä hyödynnän tuloksia palvelujen markkinaehtoisuuden ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen (sote) pohdinnassa.

Tekijät, aineistot ja menetelmät

Asumispalvelujen musta laatikko -hankkeessa kerättiin laaja haastatteluaineisto kolmelta seutukunnalta² vuoden 2015 aikana. Kaupunkien väestöpohja vaihteli 80 000 asukkaasta 300 000:een. Valinnassa kiinnitettiin huomiota siihen, että kaupungilla oli sopimus suurten tai keskisuurten palveluntuottajien kanssa, jotka toimivat eri puolilla Suomea. Kaupunkien tuli myös olla asumispalvelujen kilpailuttamisen eri vaiheissa (käynnistyvä hankintakierros; keskivaiheen sopimuskausi; päättynyt sopimuskausi). Tutkimusluvut haettiin kaupunkien viranomaisilta ja hallinnon alan eettisiltä toimikunnilta. Haastateltavien osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja anonyymiä. Litteroidusta aineistosta poistettiin haastateltavien tunnistetiedot. Alkuperäinen haastatteluaineisto on hankkeen vas-

² Koneen säätiö rahoitti vuonna 2015 tutkimus- ja kehittämishanketta, jonka tutkijaryhmään kuuluivat VTT Tuukka Tammi (THL), toimittajat Antti J. Järvi ja Anu Silfverberg (Long Play Oy), kokemusarvioitsijat Tomi Kallio ja Nina Peltola sekä artikkelin kirjoittaja.

tuullisen tutkijan hallussa ja asianmukaisesti säilytettynä.

Asumispalveluita ja niiden kehittämishaasteita kartoitettiin kunnallisten tilaajien kanssa. Kultakin asumispalvelun sopimusalueelta valittiin tutkimuskohteiksi kuusi asumispalvelutuottajaa. Valinnassa korostettiin markkina-asemaansa vahvistaneiden suurten yritysten osuutta, jotta palvelutuotannon oletettua rakennemuutosta voitaisiin analysoida. Tutkimukseen osallistui myös pienten ja keski suurten yksityisten palvelutuottajien, kolmannen sektorin ja kunnallisia asumispalveluyksiköitä. Tutkijaryhmän jäsenet haastattelivat palvelujen tilaajia (n = 4), yrittäjiä (n = 18), palvelutuottajien aluejohtajia (n = 4) sekä asumisyksiköiden johtajia ja vastaavia ohjaajia (n = 18). Yksiköiden työntekijöitä haastateltiin ryhmissä. Fokusryhmähaastatteluihin osallistui kolmesta seitsemään työntekijää, yhteensä noin 90 työntekijää. Tutkimuksessa haastateltiin 120 asumisyksiköiden asukasta. Noin sadan yksilöhaastattelun lisäksi tehtiin kolme asukkaiden fokusryhmähaastattelua.

Tutkijaryhmän kokoonpano poikkesi tavanomaisesta. Siihen kuului kaksi tutkivaa journalistia, kaksi koulutettua kokemusarvioitsijaa sekä kaksi mielenterveys- ja päihdetutkimukseen erikoistunutta yhteiskuntatieteilijää. Toisella kokemusarvioitsijalla on pitkäaikainen kokemus asumispalvelujen käytöstä. Tutkijaryhmä laati yhdessä teemahaastattelurungot. Kaikista haastatteluista noin 50 prosentissa oli kaksi tai kolme haastattelijaa. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001.)

Kolmeen tilaajahaastatteluun osallistui tilaajapäälliköiden lisäksi asumispalvelupäällikkö ja yhteen haastatteluun myös asumispalveluista vastaava sosiaalityöntekijä. Tein yhden vertailevan haastattelun tilaajapäällikön kanssa. Tilaajien teemahaastattelu muodostui neljästä pääaiheesta:

1. Asumispalvelujen tehtävät ja perustelut.
2. Asukkaiden toiminta- ja vaikuttamismahdollisuudet.
3. Asumispalvelujen hankinta.
4. Palvelujen tilaajat, yhteistyö palvelutuottajien kanssa ja palvelujen kehittäminen.

Artikkelin tilaajahaastattelut litteroitiin. Niiden kesto vaihteli runsaasta kahdesta tunnista kolmeen tuntiin. Haastattelijoita oli neljä (kerran), kolme (kaksi kertaa) ja yksi (kerran): yhdestä kahteen yhteiskuntatieteilijää, journalisti ja kokemusarvioitsija.

Tilaajien haastatteluaineisto koodattiin kokonaan. Tarkempaa analyysiä varten muodostettiin 15 teemakoodia (Saldana 2009). Runsaan 50 tekstisivun analyysiaineiston yleisimmät teemakoodit ovat (suluissa suhteellinen osuus analyysiaineistosta):

1. Palvelujen kilpailutus, hankintojen arviointi ja kehittäminen (21 %)
2. Tilaajien ja tuottajien yhteistyö (11 %)
3. Tilaajien tehtävät, toimintamahdollisuudet ja -rajoitukset (10 %)
4. Vallitsevien asumispalvelujen kriittiset tekijät (9 %)
5. Palvelujen tuotantopoliittika (7 %)
6. Asumispalvelumarkkinat (7 %)
7. Tilaajien kuntoutusnäkemys (6 %)

Tutkimuksen esiyymmärryksenä oli, että tilaajat soveltaisivat tilaaja-tuottajamallia melko yhdenmukaisesti. Yhtenevyys pelkistyi lähinnä tavoitteiden asettamiseen ja valvonnan kuvaamiseen. Tilaajahaastattelujen aineistolähtöinen sisällönanalyysi toi esiin yllättäviä ja merkittäviä eroja siinä, kuinka tilaajat tulkitsevat ja jäsentävät suhdettaan asumispalvelujen tuottajiin (Tuomi & Sarajärvi 2004). Kuvattujen erojen jäsentämisessä hyödynnettiin goffmanilaista kehysanalyysiä. Goffmanin (1986) mukaan sosiaalinen käyttäytyminen tapahtuu aina jossakin merkitysjärjestelmän luomassa kehyksessä. Kehyksen muuttuessa merkitysjärjestelmää luovat teot ja puheet tulkitaan uudella tavalla. Tilaaja-tuottajamallia on pidetty osana uutta julkisjohtamisen oppia (New Public Management, NPM, ks. Jylhäsaari 2009). Kehysanalyysin tulokset antavat aihetta pohtia, onko NPM:n soveltaminen yhdenmukaista.

Tilaaajien tavoitteet asumispalvelutuottajille

Haastattelujen perusteella kunnalliset tilaajapäälliköt ovat varsin tietoisia mielenterveys- ja päihdekuntoutujien yhteisöllisen asuttamisen riskeistä. Asumispalvelujen julkitavoitteena on vuosikymmenien ajan ollut asukkaiden kuntoutuminen. Palvelun käyttäjien enemmistön asuminen on silti muuttunut hyvin pitkäaikaiseksi. Tilaajat tulkitsevat tämän johtuvan asumispalvelujen toimintakäytännöistä.

(P)alveluntuottaja pystyy vaikuttaa siihen tilapäisen asumisen pituuteen sil omal tavoitteellisella ja siihen pärjäämiseen tähtäävällä toiminnallaan... Me (kunnan tilaajat, MS) ollaan tietosempia siitä, et mihin näitten ihmisten kohdalla pyritään, et on pyritty parantamaan tätä vuorovaikutusta näitten muitten asumispalveluitten kanssa, jotta tavallaan kunnan edustajana oltais tietosia siitä, että mitä näis paikois tehdään. Ja että oikeesti autettas niit ihmisii kuntoutumisessa. (Tilaajapäällikkö 1.)

Mitä täs itse oon miettiny jo pitkän aikaa, että... onks se ihan oikeesti niin, että palveluntuottajat haluavat selvittää juurta jaksaen asiakkaan kanssa, et mikä olisi hänelle se paras. Vai onko se vaan se, että kunhan se palvelu pyörii? Musta se on se kriittisin piste. (Tilaajapäällikkö 2.)

Jokainen tilaajapäällikkö esitti asumispalvelujen keskeisimpänä julkitavoitteena asukkaiden kuntoutumisen itsenäiseen tai itsenäisempään asumiseen. Tavoite on samanaikaisesti sosiaalihuollollinen ja asuntopoliittinen. Tutkijaryhmän yllätti se, että tavoitteita kuvatessaan haastateltavat eivät erityisemmin kiinnittäneet huomiota asukkaiden mielenterveyteen eivätkä päihteettömään elämään. Tämä olisi aikaisemmassa julkishallinnollisessa tavoitteenasettelussa ollut todennäköistä. Tilaajat eivät myöskään korostaneet asukkaiden yhteiskuntaan kiinnittymistä (integraatiota) eivätkä osallisuutta (inkluusiota), mikä olisi tyy-

pillistä kriittisen sosiaalityön ja -politiikan viitekehyksille (Rowe 2015).

Asumispalvelujen tilaamista näyttäisi määrittävän ensisijaisesti kaksi toisiinsa yhdistyvää tekijää. Ensiksikin kunnalliset tilaajat pyrkivät kustannusten kasvun tehokkaaseen hillitsemiseen kunnallistalouden kriisin olosuhteissa. Asiakasvirtoja on tehostettu ja eri asumismuodoista oletetaan aiheutuvan erilaisia kustannusvaikutuksia. Mitä itsenäisemmin ”kuntoutumisessaan edennyit” palvelun käyttäjä asuu, sitä vähemmän hänestä uskotaan aiheutuvan kunnalle kustannuksia.

Mistä tilaajat ovat omaksuneet itsenäisen asumisen retoriikan? Keskeisiä tekijöitä näyttäisi olevan ainakin kolme. Ensiksi, tilaamisen asiakirjoissa ja hallinnollisissa käytännöissä tilaamisen kohteina ovat asumisen eri tuki- ja muodot. Mielenterveys- ja päihdekuntoutusta sekä niiden sisältötavoitteita ei tilata. Toiseksi, asumispalvelujen sääntely edellyttää hallinnollisesti riittävän yksinkertaista lähestymistapaa, mihin soveltuu ajatus palvelun käyttäjän portaittaisesta edistymisestä tuetummasta vähemmän tuettuun asumiseen. Asumismuodosta tulee keskeisin asukkaiden kuntoutumisen ja hyvinvoinnin peruste. Sen sijaan mielenterveyskuntoutujien elämänhallinnan tutkimusten ja päihdekuntoutuksen perusteiden mukaan yksilön tuen määrä vaihtelee ja jopa kasvaa kuntoutumista tukevilla elämänmuutoksissa (Deegan 1988; Perkinson et al. 2014, 616–622; Repper & Perkins 2003, 48).

Kolmanneksi, asumispalvelujen tilaamisesta vastaavat kunnalliset virkamiehet ovat keskeisiä toimijoita kansallisen asunnottomuuden vähentämishojelman paikallisessa soveltamisessa. Tämä on vahvistanut itsenäisen asumisen viitekehyksen asemaa. Yhdysvaltojen suurkaupungeissa kehitetty Asunto ensin -ohjelma perustui asunnottomuuden ehkäisyyn sekä kuntoutumisen tukemiseen ja osallisuuden vahvistamiseen. Myös kansalaisoikeudet olivat vahvasti esillä. Paradoksaalista on, että ongelmaltaan vähäisessä Suomessa pitkäaikaisasunnottomien asuttaminen on ollut ensisijaista päihde- ja mielenterveyskuntoutukseen nähden. (Rowe 2015; vrt. Karppinen 2014; Perälä & Jurvansuu 2016; Saari 2015, 161–212.)

Kilpailutuksissa tilaajat ilmaisevat tavoitteensa: sen, mitä palvelun tuottajien tulisi edistää ja miten heidän tulisi organisoida toimintansa tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteet saavat konkreettiset reunaehdonsa hankintojen tarjouspyynnöissä. Tilaajilla ei ole kattavaa keinovalikoimaa palveluntuottajien toiminnan tuloksellisuuden varmentamiseksi. Lakisääteinen valvonta ei ole erityisen tehokas keino asumispalvelutuotannon tavoitteiden edistämiseksi. Palveluyritysten palkitseminen bonus- ja sanktiojärjestelmän avulla on yleistymässä. Tässä ei ole mahdollista analysoida näitä keinoja tarkemmin.

Aiemmin mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen hallinnollinen päätöksenteko ja asiantuntemus olivat samoissa käsissä. Tilaamisen aikakaudella hallinnollinen ja sisällöllinen asiantuntemus ovat erkaantuneet toisistaan. Esiteltävien kolmen kehyksen välillä ei tässä suhteessa ole ratkaisevaa eroa. Myös asiantuntemuksen kontekstit ovat dramaattisesti muuttuneet, sillä käyttäjien, perushenkilöstön, palvelutuotannon ja tilaamisen asiantuntemukset ovat entisestään erkaantuneet toisistaan.

Nyt on näitä aluejohtajia... he on harvoin substanssiosaajia. He hoitaa tätä verkostoa ja henkilöstöhallintoa ja suhteita kuntiin, vastaa kilpailutuksiin. Niin, he eivät osaa substanssista mitään. Sit heillä on yleensä mukana näis tapaamisissa joku yksikön johtaja tai joku muu, joka harvoin myöskään on siellä (asumispalvelujen, MS) arjessa. Tällä yksikön johtajalla ei oo sitä kulttuurista, ja tää aluejohtaja ei tiedä. Enhän määkään oo mikään substanssiasiantuntija. Se jää se keskustelu varmaan hyvin yleiselle tasolle. (Tilaajapäällikkö 3.)

Edellisessä otteessa tilaaja tunnistaa, ettei hänellä ole sisällöllistä asiantuntemusta mielenterveys- ja päihdekuntoutuksesta. Harvoilla tilaajapäälliköillä on mielenterveys- ja päihdealan erikoiskoulutusta tai työkokemusta. Tilaajapäällikön mukaan palveluntuottajien neuvottelukumppaneilla ei ole sen enempää

ymmärrystä asumispalvelujen arjesta. Tutkijaryhmämme havaitsi, että erityisesti suurten asumispalveluyritysten alue- ja yksikönjohtajien tehtäväkentät ja toimenkuvat olivat etäänntyneet kuntoutumista tukevan työn arjesta. Kehityssuunta on päinvastainen perinteisen tuloksekkaan mielenterveys- ja päihdetyön johtamisen kanssa, jossa sääntönä oli johtamisen läsnäolo työn arjessa.

Asumispalvelujen tilaamisen kolme kehystä

Haastateltavia pyydettiin asettamaan ”kokemustaan vastaavaan ja arvostamaansa paremmuusjärjestykseen mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisen palveluntuottajat: julkiset; järjestöjen ja yhdistysten; pienten ja keskisuurten (liikevaihto alle kolme miljoonaa euroa vuodessa) yksityisten sekä suurten palveluntuottajien ja muiden tuottamat asumispalvelut”. Haastattelussa kysyttiin paremmuusjärjestyksen perusteita. Tutkijaryhmämme teki kiintoisan havainnon: osa tilaajista luotti julkisiin ja kolmannen sektorin palveluihin. Jotkut tilaajat luottivat pieniin ja keskisuurisiin yrityksiin sekä kolmannen sektorin palveluihin. Yksi tilaajan edustaja korosti palveluntuottajan johtamistaitoja omistusmuotoa oleellisempänä tekijänä. Nämä erot vaikuttivat tilaamisen kehysten rakentamiseen.

Haastattelujen analyysin lähtökohtana oli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Kehysanalyysi tuli tutkimusprosessiin sisällönanalyysin tuotettua tilaajien erilaiset tavat toimia ja tuottaa merkityksiä. ”Kehystä” käytettiin edelleen tilaajien merkityksenannon ja toiminnan ymmärtämiseen sekä kehysten välisten oleellisten erojen osoittamiseen. Kehykset eroavat toisistaan ennen muuta niiden tavassa määrittää ja jäsentää tilaajien ja palveluntuottajien yhteistyötä. Julkishallinnollisessa kehyksessä (kehys I) luotetaan tilaajan ylivaltaan ja asiantuntemukseen. Tuotteistuksen kehyksessä (kehys II) luotetaan palvelun tuottajien asiantuntemukseen. Markkinaehtoisessa kehyksessä (kehys III) luotetaan kilpailuun ja vaihtoarvovälitteisiin mekanismeihin. Yhteistoiminnallinen kehys (kehys IV) on tutkijan konst-

ruktio kehysten I - III vahvuuksista ja niiden puutteista. Tilaajien toiminnassa voi olla elementtejä eri kehyksistä

Kehys auttaa ymmärtämään, miksi tilaaja toimii ja tuottaa merkityksiä juuri kuin tekee. Kehykset heijastavat julkishallinnon ja kunnallisen sosiaalipolitiikan viimeaikaisia muutostrendejä: perinteisimmän julkishallinnollisen vahvan ohjauksen kehysten ongelmat implikoivat tuotteistukseen ohjaavaa kehystä. Markkinaehtoinen vahvan ohjauksen kehys ilmentää julkishallinnon uusliberalisoitumista. Esittelen seuraavassa tiivistetysti kehysanalyysin tulokset.

Julkishallinnollinen vahvan ohjauksen kehys

Vahvan ohjauksen kehykselle on tyypillistä tilaajan retorisesti selkeä tietoisuus palvelutuotannon tavoitteista. Tavoitetietoisuus yhdistyy epäluottamukseen suuryritysten toimintaa kohtaan, mitä suuryritysten hegemonisoitunut asema entisestään vahvistaa. Tilaaja voi olla palvelun tuottajan ja tilaajan kaksoisroolissa, mikä pitää yllä tilaajan paternalistista oikeassa olemisen uskoa: *"tää meidän toiminta on parempaa kuin yksityisten palveluntuottajien, koska me yritetään oikeesti kuntouttaa ihmisiä asumaan itsenäisesti"* (tilaajapäällikkö 1). Kehyksessä ohjaamisen keinoina ovat palvelutuottajien kontrolli ja valvonta sekä kilpailutuksen sopimusteknisten ehtojen toistuva tarkistaminen.

Nykytilanteessa perinteisen vahvan ohjauksen soveltaminen synnyttää lähes väistämättömästi epäluottamusta: voittoa tavoitteleva yritystoiminta karsastaa julkisen toimijan kaksoisroolia tilaajana ja tuottajana. Kolmannen sektorin toimijat eivät katso hyvällä, että heidän on puettava kansalaisyhteiskunnasta kumpuavat arvotietoiset lähtökohtansa markkinaehtoisuuden kaapuun. Epäluottamuksesta aiheutuvat yhteistyön ongelmat johtavat tilaajien ja tuottajien vastavuoroiseen osapöytätoimintaan. Tämä heikentää ratkaisevasti tilaajan tavoittelemaa palvelukokonaisuuksien rakentamista. Vahvan ohjauksen avulla voidaan pyrkiä sääntelemään palvelutuottajien

voiton tavoittelua ja aktivoimaan palveluntuottajia asiakkaiden laitostumisen ehkäisemiseksi. Toimivaa asumispalvelujen kokonaisuutta ei voida nykyoloissa rakentaa vahvan ja paternalistisen ohjauksen varaan. (Vrt. Le Grand & New 2015.)

Tuotteistukseen ohjaava kehys

Tuotteistukseen ohjaavassa kehyksessä vältytään paternalismilta. Tilaaja ohjaa palvelutuotantoa pilkkomalla palvelukokonaisuuksia erillisiksi tuotteiksi. Asumispalvelut tavaramuotoistetaan hinnoittelun ja hinnalla kilpailemisen avulla. Yhden palvelukokonaisuuden pilkkominen yli kymmeneksi erillistuotteeksi johtaa uuteen laadulliseen muutokseen. Tuotteistukseen ohjaava kehys voidaan ymmärtää vastausyrityksenä perinteisen vahvan ohjauksen synnyttämään tilaajien ja tuottajien väliseen epäluottamukseen. Käytännössä kehys muodostuu olosuhteissa, missä julkista asumispalvelutuotantoa ei ole rakennettu tai siitä on luovuttu.

Ohjauksen keinoina ovat palvelutarpeen analyysi, kehittynyt tarveharkinta ja eriytetty tuotteistus. Monituotemarkkinoilla tilaajan tehtävänä on toimia ostajana ja palveluntuottajien myyjänä. Kehyksessä luottamuksen uskotaan rakentuvan jättämällä tuottajille avoin pelikenttä. Miksi tuottaja sitoutuisi palvelukokonaisuuksien – muun kuin oman monopolistisen palvelukonserninsa – rakentamiseen? Tilaajien sinänsä tarpeellinen antipaternalistinen ennakoasenne voi synnyttää katteetonta hyväuskoisuutta. Paradoksaalisesti, kun paternalismista ja vahvasta ohjauksesta luovutaan, voidaan samalla joutua luopumaan palvelujärjestelmän rakentamisesta. Tuotteistus voi edistää laadukkaiden palvelujen muodostumista, mutta ilman vahvaa ohjausta ja sääntelyä se johtaa väistämättä pirstaleiseen toimintajärjestelmään.

Tuotteistukseen ohjaavan kehysten vahvuutena on mahdollisuus luoda toimintaympäristö, missä useammat palveluntuottajat eri toimintafilosofioineen ja tavoitteineen voivat toimia rauhanomaisesti rinnakkain. Julkistaloudellisesti ja asukkaiden kuntoutumisen

kannalta koordinoitun kokonaisuuden mnettäminen on kohtuuton kustannus.

Markkinaehtoinen vahvan ohjauksen kehys

Kehys voidaan ymmärtää vastausyrityksenä palvelujärjestelmän pirstaloitumiseen ja epäluottamuksen rakentumiseen. Sitä luonnehtii pyrkimys kehittää kustannus- ja vaikuttavuustehokas palvelukokonaisuus markkinoiden aikakaudelle. Toiminnan tuloksellisuutta jäsennetään mitattavina suureina (tuloksellisuusprosentteina) ja sen arvoa määritetään ensisijaisesti vaihtoarvoina, taloudellisina palkintoina ja sanktioina. Markkinaehtoiselle kehykselle otollisissa olosuhteissa julkisia palveluja ei ole tai niitä ollaan purkamassa. Julkisten palvelujen liikelaitostamiseen voidaan soveltaa samoja markkinaehtoisia periaatteita.

Hankintamenettelyssä tilaajat asettavat mitattavan tuloksellisuuden perusteet. Palveluntuottajat ilmoittavat tarjoamansa palvelun tulostavoitteen, jota hinnan ohella käytetään tarjouspyyntöjen keskinäisessä vertailussa. Tuloksellisuuden arviointiin sovelletaan bonuksia ja sanktioita. Saavuttaessaan tulostavoitteet palveluntuottaja saa lisämäärärahaa tai aikaisempaa sopimuskautta jatkavan lisäajan, ”optiovuoden”. Mikäli tuottaja ei saavuta tulostavoitteita, yritys voi joutua taloudellisesti vastuuseen sopimusrikkomuksesta. Tilanne asettaa (usein paikalliset) pienet ja keskisuuret tuottajat eriarvoiseen asemaan suuryritysten kanssa, sillä pienille toimijoille taloudelliset korvausvaateet muodostuisivat kohtalokkaiksi.

Tilaajat uskovat palveluntuottajien omaksuman tehokkaamman ja tuloksellisemman toimintakulttuurin bonus- ja sanktiojärjestelmän avulla (vrt. Lehto & Tynkkynen 2013). Tuloksellisuustavoitteita ja niiden toteutumista on tosin arvioitava jatkuvasti, jolloin kehysten mukaisesti tilaajien ja tuottajien välinen oppimisprosessi tulee mahdolliseksi ja jopa välttämättömäksi. Tässä mielessä kehys edustaa paternalismin ja antipaternalismin välimuotoa.

Ensintumalta kehys vaikuttaa toimival-

ta. Se luo selvän mahdollisuuden edellä esitettyjen kehysten karikkojen väistämiseen. Tilaaja antaa antipaternalistisesti tuottajien määrillä itse tulostavoitteensa. Menestyäkseen kilpailuolosuhteissa jokaisen palvelun tuottajan on kuitenkin arvioitava mahdollisuutensa epärealistisesti – tai hyväksyä, että jotkut kilpailijoista tekevät niin. Tilaajan tavoittelema palvelun tuottajien organisatorinen ja työ-kulttuurinen muutosprosessi voisi parhaimmillaan johtaa toimivaan oppimisprosessiin. Bonus- ja sanktiojärjestelmän käyttö tuloksellisuuden keinona viivästyttää yhteistä oppimisprosessia. Voidaanko yhteistä oppimista saada aikaan yksinkertaisemmilla ja helpommilla tavoilla?

Markkinaehtoisen kilpailun olosuhteissa suurena vaarana on arvotietoisuuden mnettäminen. Bonusten nykyinen käyttö vahvistaa palveluyritysten taloutta mutta ei palvelun käyttäjien taloudellista asemaa. Palvelun käyttäjien itsenäinen elämä on edelleen pääsääntöisesti mahdollista vain huonosaisiuden mittapuilla. Ilman käyttäjien talouden kohentumista ”itsenäinen asuminen” muuttuu lähinnä tekniseksi toimenpiteiden sarjaksi. Oikeudenmukaisuutta vahvistavat hyvinvointipoliittiset tavoitteet eivät sovi kehysten raameihin. Kuvaavaa on, että kehysten omaksunut tilaaja piti mielenterveyskuntoutujien työtoimintaa ja työosuusrahaa epäoikeudenmukaisena toimintana ja tulonsiirtona suhteessa työttömiin.

Kehys tuo esiin, kuinka hyvinvointitalouden suuntaa muutetaan markkinaehtoisen ohjauksen avulla. Palvelun tuottajaa palkitaan erityisesti siitä, että yrityksen harjoittama toiminta on tuloksellista ja tavoitteellista. Eikö tämän tulisi sisältyä itse hankinnan lähtökohtiin? Miksi vain palvelua tuottavaa yritystä tulisi palkita mielenterveys- ja päihdekuntoutusta edistävästä toiminnasta, kun mielenterveys- ja päihdekuntoutujan oma panos on ratkaiseva hänen kuntoutumisessaan (vrt. Hyväri 2001; Rissanen 2015)? Asumis-palvelujen henkilöstön osuutta kuntoutumisen tukemisessa ei tule mitenkään vähätellä. Markkinaehtoisessa kehyksessä tilaaja palkitsee yritystä ja sen omistajia, ei kuntoutumista

tukenutta henkilöstöä eikä kuntoutumistyön tehneitä palvelun käyttäjiä.

Markkinaehtoisen viitekehyksen avulla ei suunnisteta kohti tilaajien asettamia tavoitteita. Itsenäinen asuminen – ja lisäksi: itsenäinen elämä³ – koskevat asumispalveluja käyttävien mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asemaa yhteiskunnassa. Markkinaehtoisen kehyksen avulla ei vahvisteta kuntoutujien elämän haltuunottoa⁴ eikä heidän osallistumistaan yhteiskuntaan. Molemmat ilmiöt ovat merkittävässä määrin myös taloudellisia.

Yhteistoiminnallinen kehys tutkijan konstruktiona

Tilaamisen kehysten hallinnollis-juridiseen hankintaosaamiseen ei sisälly riittävää ymmärrystä hankittavista palveluista ja tuotteista. Tilaajat eivät saavuta asumispalvelujen tavoitteita hallinnollisen asiantuntijaosaamisen avulla. Yksinkertaisin ratkaisu voisi olla hallinnollisen ja sisällöllisen asiantuntemuksen yhdistäminen tilaajapäällikkö ja johtava lääkäri/päihdepalvelujohtaja -työparin tai moniammatillisen pienryhmän avulla. Jälkimmäistä on joissakin kunnissa jo kokeiltu. Eduistaan huolimatta toimintatavassa sivuutetaan palvelun käyttäjät ja perustason työntekijät ”itsenäisen asumisen ja elämän” asiantuntijoina. Jo Mieli 2009 -toimintaohjelmassa suositeltiin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kokemusasiantuntemuksen käyttöä palvelujen suunnittelussa ja arvioinnissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Mitä yhteistoiminnallinen kehys voisi tarkoittaa? Siinä asumispalvelujen tilaajien, tuottajien ja käyttäjien yhteistoiminta koskisi palvelujen suunnittelua, arviointia, kehittämistä ja tutkimusta – sekä niiden tilaamista. Kaikkien asianosaisten ryhmien asiantuntemuksen käyttö on yhteistoiminnallisen kehyk-

sen keskeinen peruspilari. Sen rakentamisessa otetaan käyttöön edellä analysoitujen kehysten vahvuudet: palvelujärjestelmän rakentaminen (kehys I); luottamuksen rakentaminen tilaajien ja tuottajien välille (kehys II) ja sen laajentaminen perustyöntekijöihin ja palvelun käyttäjiin; ja tuloksellisuus (kehys III) ja sen laajentaminen niin, että tuloksellisuudesta palkitaan myös perustyöntekijöitä ja palvelun käyttäjiä.

Kehyksen toteutuskeinoina voisivat olla tilaajien, tuottajien, käyttäjien ja muiden asianosaisten kehittämis- ja arviointifoorumit. Niissä määritellään palvelukokonaisuuksia, tunnistetaan palveluketjujen aukkoja sekä asianosaisten ryhmien yleisiä ja ryhmäkohtaisia intressejä. Kehystä olisi syytä koetella käytännössä.

Johtopäätökset: Standardisoinnista kohti yhteistoiminnallista sotea

Vuosikymmen sitten kolmannen sektorin asumispalvelut olivat keskimäärin neljä kertaa laadukkaampia kuin voittoa tavoittelevien yritysten palvelut (Salo & Kallinen 2007). Vain noin 15 prosenttia asumispalveluyksiköistä saavutti edes kohtuullisesti asukkaiden kuntoutumista tukevia tuloksia. Palvelujen markkinaehtoistuminen ja pyrkimys kustannustehokkuuteen eivät ole parantaneet palvelun laatua. Kuntoutumistulokset ovat vaarassa heikentyä, mikäli tulostavoitteisella ja hallinnollisella itsenäisen asumisen retoriikalla tähdätään julkistalouden säästöihin ja suuryritysten markkinaosuuksien vahvistamiseen, mistä asumispalvelujen työntekijät esittivät tutkimushaastatteluissa vakavan huolensa.

Näyttää siltä, että kilpailutuksen merkittävä palvelujen laadun, kustannustehokkuuden ja tuloksellisuuden varmentamiseksi on yliarvioitu. Laajan Ison-Britannian sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen tilaamista selvittä-

³ Itsenäinen asuminen ei ole kuntoutujan yhteiskuntaan osallistumisen välttämätön ehto. Italiassa mielenterveyskuntoutujat työskentelevät sosiaalisissa yrityksissä ja asuvat tuetuissa ryhmäkodeissa (Rotelli 1993). Toisaalta itsenäinen asuminen ei ole itsenäisen elämisen riittävä ehto. Isossa-Britanniassa siirryttiin itsenäisen elämän viitekehykseen jo 1990-luvun alussa (Beresford & Salo 2008).

⁴ Englanninkielen käsitteelle 'recovery' ei ole toimivaa suomennosta. Suomennan sen 'oman elämän haltuunotoksi' – ei 'toipumiseksi' siinä mielessä, ettei mielenterveys- tai päihdeongelmalla olisi enää vaikutusta yksilön elämään (vrt. Repper & Perkins 2003, ix).

neen tutkimuksen mukaan managerialistisessa tilaamisessa ei ole onnistuttu rakentamaan toimivaa yhteistyötä ”eturivin ammattilaisiin” (Hudson 2011). Suomessa ei tutkimuksellisesti ole osoitettu kilpailutuksen parantaneen asumispalvelujen laatua, saati vahvistaneen niiden käyttäjien asemaa. Tämä ei ole yllättävää, sillä kilpailutuksissa palvelujen laadun kehittämisen on ollut marginaalinen merkitys kustannussäästöjen tavoitteluun nähden (Suurmäki 2011; vrt. Brennan et al. 2012; Newman et al. 2012).

Palvelutuottajien asettaminen kilpailutuksissa samalle viivalle on johtanut palvelujen standardisointiin. Monet standardeista poikenneet keskisuuret ja pienet palvelutuottajat ovat kadonneet palvelutuotannon kentältä. Standardisointi ei ole paras vaihtoehto palvelujen laadun ja tuloksellisuuden turvaamiseksi. Historiallisesti merkittävä enemmistö mielenterveys- ja päihdepalvelujen hyvistä käytännöistä on poikennut radikaalisti oman aikansa standardipalveluista (Anderson et al. 1999; Dell’Acqua 1995; Haarakangas 2002; Mezzina 2000; Seikkula & Alakare 2007). Tällä hetkellä kustannustehokkaat suuryritykset hyötyvät standardisoinnista. Kilpailutus näyttää soveltuvan hyvin modernin kapitalismin uusliberalistisen kriisin ja siitä aiheutuneen julkistalouden kustannussäästöjen työkaluksi. (Blyth 2013; Duménil & Lévy 2011.)

LeGrandin (2007) mukaan palvelujen hankinta voi perustua a) luottamukselle ammattilaisiin ja managereihin; b) hallintovallan käskyille ja kontrollille; c) käyttäjien etujen ajamiselle; tai d) valinnalle ja kilpailulle. Hankintalain soveltaminen sosiaali- ja terveyspalveluihin on johtanut siirtymään a:sta b:hen ja sitten siirtymään b:stä d:hen. (Vrt. Junnila et al. 2012; Lehto & Tynkkynen 2013.) Kehysanalyysi antaa vakavan aiheen epäillä, ettei siirtymä professionaalilta osaajilta hallintomanagereille ole onnistunut. LeGrandin analyysiä voidaan hyödyntää yhteistoiminnallisten käytäntöjen kehittämisessä ja managerien tai eturivin ammattilaisten hegemonian välttämiseksi. Sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeinen ongelma ei ole osaamisen eikä asiantuntemuksen puute, vaan tilaajien, tuottajien,

työntekijöiden ja käyttäjien todellisuuksien ja merkitysrakenteiden yhä jyrkempi etäänjääminen toisistaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen (sote) lähtökohtana oli kansalaisten hyvinvointierojen tasaaminen lisäämällä julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saataavuutta. Viime aikoina on keskustelun keskiössä ollut itsehallintoalueiden määrä ja asiakkaiden valinnanvapaus. Hankintakäytäntöjen uudistaminen saattaa tulla seuraavana vuoroon. Palveluiden nykyisestä pirstaloitumisesta huolimatta vastuu palvelujärjestelmästä siirtynee maakunnallisille itsehallintoalueille. Mahdollista on, että rajapinta julkisten ja yksityisten palvelujen välillä häviää – ainakin siinä määrin kuin julkisia sosiaali- ja terveyspalveluita liikelaitostetaan ja yhtiöitetään. (HE 328/2010; HE 324/2014; Kokko et al. 2009; Komulainen 2010.)

Mitä tarkoittaa sote-itsehallintoalueilla tapahtuva julkishallinnollinen ohjaus jo vahvasti markkinaehtoiseen palvelutuotannon olosuhteissa? Mikäli sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannolla pyritään edistämään tasa-arvoa ja vahvistamaan oikeudenmukaisuutta, nykyiset tilaamisen kehykset eivät ole riittäviä eivätkä erityisen toimivia. Tilaajien keskittyminen kilpailutuksiin tulee entisestään heikentämään palvelujärjestelmää. Tilaamisen kehyksissä ei ole hyödynnetty asiakkaiden eikä palvelujen perushenkilöstön asiantuntemusta. ”Itsenäisen asumisen ja elämän” tavoitteet ovat vaarassa jäädä retoriikaksi. Kilpailutusta luotettavampi tae palvelujen laadulle ja oikeudenmukaiselle hyvinvointipolitiikalle on kaikkien asianosaisryhmien yhteistoiminta ja sitä edistävien käytäntöjen kehittäminen. Julkinen valta voi tulevaisuudessakin velvoittaa yhteistoimintaan. Osallistumisen tuloksellisuus riippuu kuitenkin siitä, muodostuuko yhteistoiminnassa kaikkia asianosaisryhmiä tyydyttäviä win-win-asetelmia.

Tiivistelmä

Artikkelissa tarkastellaan, millaisia tavoitteita kunnalliset tilaajat asettavat asumispalveluille. Millaisia tilaamisen viitekehyksiä on tunnistettavissa asumispalvelujen tilaajien teemahaastattelujen perusteella?

Analyysin tuloksena tunnistetaan kolme kehystä: julkishallinnollinen vahvan ohjauksen, tuotteistukseen ohjaava ja markkinaehtoinen vahvan ohjauksen kehys. Kehyksiä yhdistää se, ettei hankintaosaamiseen sisälly riittävää ymmärrystä tilattavista palveluista ja tuotteista. Tilaa- jien tavoitteiden saavuttaminen edellyttäisi asiantuntemuksen uutta jäsentämistä. Palvelun käyttäjien itsenäisen asumisen ja elämän sekä henkilöstön asumisen tuen asiantuntemusta tarvitaan palvelujen tilaamisessa ja näin ollen myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa – esimerkiksi artikkelissa luonnostellun neljännen, yhteistoiminnallisen kehyksen mukaisesti.

Kilpailutus ei ole toimiva väline asumispalvelujen tilaamisessa. Sen merkitystä palvelujen laadun, kustannustehokkuuden ja tuloksellisuuden saavuttamisessa on yliarvioitu. Kilpailutus ei ole suoraan vaikuttanut palvelujen laadun eikä palvelujen käyttäjien aseman kohentumiseen, mihin yhteistoiminnallinen kehys antaa uusia mahdollisuuksia. Avainasemassa on tilaajien aloitteellisuus. Julkisen ohjauksen tehtävänä on velvoittaa kaikkia asianosaisryhmiä tyydyttävään yhteistoimintaan.

Avainsanat: asumispalvelujen tilaaminen, mielenterveys- ja päihdekuntoutus, yhteistoiminnallinen kehys

Abstract

Frameworks of Commissioning Residential Facilities for Mental Health and Drug Service Users. In Search of a Collaborative Framework.

This article analyzes the goals that commissioners of residential facilities for mental health and drug service users try to achieve. Are there specific frameworks of commissioning which can be recognized from analysis of interviews with commissioners? The research material used in this analysis is based on field work in three different parts of Finland.

The article recognizes three frameworks of public steering: a strong traditional commissioning; a new model for commodification of services and a strong market based commissioning. The critical common denominator of these frameworks is that the commissioners do not have adequate understanding of the services and the contexts of service provision which they are obliged to commission and purchase. To achieve the goals set by the commissioners, a new model of collaborative framework is duly required – this framework puts stronger emphasis on the expertises of users and ground floor staff. The commissioners play a key role in forming new alliances between private and other service providers, the ground floor staff, the service users and other stakeholders.

Key words: commissioning, housing services for mental health and drug service users, collaborative framework

Markku Salo, YTT, vastaava tutkija, toimittaja, Asumispalvelujen musta laatikko -hanke

Lähteet

- Anderson D, McGovern J, Dupont R (toim.) (1999) The Origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment – A First Person Account. *Journal of Addictive Diseases* 18, 1, 107–114.

- Beresford P, Salo M (2008) Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Blyth M (2013) *Austerity: The History of a Dangerous Idea*. Oxford University Press, New York.
- Brennan D, Cass B, Himmelweit S, Szebehely M (2012) The Marketisation of Care: Rationales and Consequences in Nordic and Liberal Care Regimes. *Journal of European Social Policy* 22, 4, 377–391.
- Deegan P (1988) Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11, 4, 11–19.
- Dell'Acqua G (1995) *Trieste Twenty Years After: From the Criticism of Psychiatric Institutions to Institutions of Mental Health*. <http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm>
- Duménil G, Lévy D (2011) *The Crisis of Neoliberalism*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Eräsaari L (2006) New Public Management on julkisen sektorin vääryyksiä. Teoksessa Helne T, Laatu M (toim.) *Vääryyskirja*. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Goffman E (1986) [1974] *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Northeastern University Press, Boston.
- Haarakangas K (toim.) (2002) *Mielisairaala muuttuu: Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli*. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- HE 328/2010. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kehittämisestä vuosina 2011–2014.
- HE 324/2014. Hallituksen esitys 2014 eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- Hirsjärvi S, Hurme H (2001) *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hudson B (2011) Ten Years of Jointly Commissioning Health and Social Care in England. *International Journal of Integrated Care* 11, 7, 1–9.
- Hyväri S (2001) Vallattomuudesta vastuuseen – kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3. Tietosanoma Oy, Helsinki.
- Junnila M, Aho T, Fredriksson S, Keskimäki I, Lehto J, Linna M, Miettinen S, Tynkkynen L-K (toim.) (2012) *Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Raportti 42. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Jylhäsaari J (2009) Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? *Acta Wasaensia* 212. Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Karpinen J (2014) *Väliraportti 2012–2013. Pitkäaikaisaunnottomuuden vähentämishohjelma (Päävo 2) 2012–2015*. Ympäristöministeriö, Helsinki.
- Kokko S, Heinämäki L, Tynkkynen L-K, Haverinen Ri, Kaskisaari M, Muuri A, Pekurinen M, Tammelin M (2009) *Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta*. Raportti 36. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Komulainen M (2010) *Ulkoistaminen kunnissa. Oikeudellinen tutkimus ulkoistamisen ilmenemismuodoista ja vaikutuksista sekä ulkoistamisen rajoituksista ja sille asetettavista vaatimuksista yhtenä kunnallisten palvelujen tuottamismuotona*. Acta 222. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Krachler N, Greer I (2015) *When Does Marketisation Lead to Privatisation? Profit-Making in English Health Services After the 2012 Health and Social Care Act*. *Social Science & Medicine* 124, 215–223. L1501/1992. Laki julkisista hankinnoista.
- L733/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta.
- Le Grand J (2007) *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press, Princeton, NJ and Oxford.
- Le Grand J, New B (2015) *Government Paternalism: Nanny State or Helpful Friend?* Princeton University Press, Princeton, NJ and Oxford.
- Lehto J, Tynkkynen L-K (2013) *Älykkäästi suunnitellut sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat? Yhteiskuntapolitiikka* 6/2013.
- Mezzina R (2000) *Deinstitutionalization and Community: A Possible Restitution*. Building Bridges Conference, Auckland, March 29–31, 2000. <http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm>
- Newman M, Bangpan M, Kalra N, Mays N, Kwan I, Roberts T (2012) *Commissioning in Health, Education and Social Care. Models, Research Bibliography and In-depth Review of Joint Commissioning between Health and Social Care Agencies*. EPPI-Centre Report 2007. University of London, London.
- Perkinson R, Jongsma A, Bruce T (2014) *The Addiction Treatment Planner: Includes DSM-5 Updates*. 5th Edition. Wiley, Hoboken, NJ.
- Perälä R, Jurvansuu S (2016) *Politiikasta käytännöksi. Asunto ensin -politiikan arkea asumisyksiköiden työntekijöiden kertomana*. Yhteiskuntapolitiikka 5/2016.
- Repper J, Perkins R (2003) *Social Inclusion and Re-*

- covery. A Model for Mental Health Practice. Baille Tindall, London.
- Rissanen P (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Rotelli F (1993) La Foresta di Pietra - conferenza dei servizi di salute mentale trieste, 13/14 maggio 1992. Edizioni e, Trieste.
- Rowe M (2015) Citizenship & Mental Health. Oxford University Press, Oxford.
- Saari J (2015) Huono-osaiset. Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Gaudeamus, Helsinki.
- Saldana J (2009) The Coding Manual for Qualitative Researchers. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Salo M, Kallinen M (2007) Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Seikkula J, Alakare B (2007) Open Dialogues. Teoksessa Stastny P, Lehmann P (toim.) Alternatives Beyond Psychiatry. Peter Lehmann Publishing, Berlin, Eugene, Shrewsbury.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Suurmäki J (2011) Hulluuden markkinat. Tutkimus yksityisen sosiaalipalvelutuottajan asemasta muuttavassa markkinaympäristössä. MBA-opinnäyte. Yrittäjyyden Osaamiskeskus, Mikkeli.
- Tuomi J, Sarajarvi A (2004) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.



Kuntoutussäätiö

Vaikuttavaa kuntoutusta - Kuntoutussäätiön tutkijoiden ja kehittäjien blogi

www.kuntoutussaatio.fi/tutkijablogi

TYÖHÖN PALUU TRAUMAATTISEN SURUN JÄLKEEN

Johdanto

Traumaattista surua on oman lapsen kuolema, läheisen itsemurha tai kuolema väkivallanteon seurauksena sekä työikäisen puolison menettäminen. Kukin suree tavallaan mutta yhteisten lainalaisuuksien mukaisesti. Suru on aina raskasta. Traumaattisen surun poikkeavuus läheisen aikuisen menettämiseen liittyvästä tavanomaisemmasta surusta on tunnistettu, ja erona on todettu traumaattisen surun syvyys ja pitkäkestoisuus. Ylipäätään surulta puuttuu määräaika monessakin mielessä. Läheisen aikuisen kuolemasta seuraavan surutyön kesto on keskimäärin puoli vuotta, traumaattinen suru on vuosikausien prosessi. Traumaattinen suru aiheuttaa pitkäaikaista toimintakyvyn heikentymistä.

Surun taloudelliset vaikutukset työnantajalle ovat mittavia, etenkin kun huomioidaan tekijät, jotka estävät surevaa suremasta tai vaativat surun piilottelua työpaikalla. Surun vaikutusten laajuutta ei välttämättä ymmärretä, ja sen vaikutuksista työpaikkaan tai -yhteisöön tiedetään melko vähän (Hazen 2008). Työpaikoilla kuitenkin kohdataan läheisen kuoleman aiheuttamaa surua, ja voidaan sanoa, että jokainen johtaja kohtaa surevan työntekijän jossakin vaiheessa. Yhdysvaltalainen tutkija Bento (1994) toteaa läheisen kuoleman aiheuttaman surun koskettavan vuosittain arviolta 16 prosenttia työntekijöistä. Traumaattisen surun kohtaa vuosittain muutama prosentti surijoista (Genevro 2004).

Katsauksessa perehdytään traumaattisen

surun kokeneen työntekijän työhön paluuseen. Tarkoituksena on tarkastella surevien kokemusten kautta traumaattisen surun vaikutusta surevaan ja työorganisaatioiden suhtautumista surevan palatessa työhön sekä kartoittaa käytänteitä työnantajan avuksi. Katsaus perustuu Tampereen yliopiston yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden työn ja hyvinvoinnin maisteritutkinnon pro gradu -tutkielmaan. Aineisto kerättiin haastatteleamalla traumaattisen surun kokeneita ihmisiä sekä jäsenkuntaansa edustavia surujärjestöjen toiminnanjohtajia. Tutkielmassa käytettiin kvalitatiivisen tutkimusotteen kerronnallista haastattelua. Suomessa toimii neljä surujärjestöä, joista Surunauha ry tukee itsemurhan tehneiden läheisiä, KÄPY Lapsikuolemaperheet ry lapsikuoleman kokeneita perheitä, Huoma ry henkirikoksessa läheisensä menettäneitä ja Suomen nuoret lesket ry työikäisiä leskiä. Katsaus liittyy myös Kuntoutussäätiön ja surujärjestöjen hankeyhteistyöhön.

Traumaattinen suru

Surutyö edellyttää tunnepohjaista, psykologista ja etenkin henkistä työtä (Bento 1994). Surevan on löydettävä uusi tapa yhteyden säilyttämiseen kuolleeseen. Esimerkiksi lapsensa menettänyt tottuu vähitellen vanhemmuuteen liittyvien velvoitteiden poistumiseen ja suhde muuttuu muistojen ja mielikuvien tasolla olevaksi muistosuhteeksi. Lapsi säilyy vanhemmilleen perheenjäsenenä kuoltuaankin.

Surutyöhön kuuluu suruun ja menetykseen palaaminen uudestaan ja uudestaan, se vaatii myös taukoja. Surutyö kestää kauan ja vaatii paljon. (Poijula 2002.) Sureva jatkaa suhdetta kuolleeseen omassa sisäisessä maailmassaan, ja se maailma heijastelee surevan suhdetta niihin ihmisiin, joiden kanssa hän on tekemisissä. Yleensä suru muuttaa pysyvästi surevan persoonallisuutta ja vaikuttaa loppuelämän valintoihin. (Rubin 1999.)

Surutyö on käynnissä surevan palatessa takaisin työhön. Amerikkalainen Charles-Edwards (2009) on kehittänyt suruun liittyviä käytänteitä työnantajaorganisaatioiden avuksi. Hän kiteyttää työnantajien toimenpiteet surevan tukemiseksi osa-alueittain:

- Organisaatiossa on ymmärrettävä surun vaikutus surevaan ja tunteiden vaihteluista johtuvat ilmentymät työpaikalla.
- Työpaikan on eriteltävä tukitoimintonsa heti traumaattisen tapahtuman jälkeen ennen surevan paluuta.
- Työhön paluu on johdettava hallitusti.
- Työtovereiden tuki surevalle tapahtuman jälkeen tulee varmistaa, ja täytyy myös ymmärtää tapahtuneen vaikutus työyhteisöön.
- On järjestettävä pidempiaikainen tuki ja seuranta ja tunnettava surun vaiheet.
- Läheisen traumaattisen kuoleman vaikutukset surevan työhön ja muuhun elämään tulee selvittää.
- Lisäksi työnantajan tulee selvittää, miten pitää yhteyttä surevaan ja tämän perheeseen ja minkälaisia erityisvaateita tähän saattaa liittyä.

Todellisuuden ja suositusten vastaavuuden tarkastelu osoittaa, millaisia haasteita sureva kohtaa ja onko työnantajilla valmiuksia tukea työhön paluuta. Surevien kokemuksissa korostuivat surun vaikutusten ymmärtäminen, johdettu työhön paluu, työyhteisön tuki ja surevan työkyvyn ja jaksamisen kysymykset. Kirjallisuus käsittelee samoja aiheita ja nostaa esille tapoja, joita työpaikat voivat omaksua käytänteikseen.

Traumaattisen surun kohdanneita yhdistää eniten sosiaalinen eristäytyminen, joka johtuu

ympäristön kyvyttömyydestä kohdata heitä. Traumaattinen suru ennustaa sosiaalista eristäytymistä mutta myös aiheuttaa sitä, vetäytyminen johtuu sosiaalisten verkostojen puutteellisesta kyvystä suhtautua surevaan. (Dyregrov ym. 2003.) Traumaattisen surun kokeneiden ihmisten sosiaaliset suhteet ovat vähäisiä ja heikkoja työhön paluun aikoihin. Traumaattisen surun kohdanneet haastateltavat kokivat eristäytyneensä, ja vuosien saatossa se oli johtanut lähes erakoitumiseen. Voidaan todeta, että keinot ja vakiintuneet käytännöt surevan kohtaamiseen puuttuvat eivätkä tuen tarve ja sen antaminen kohtaa.

Traumaattinen suru vie usein sairauslomalle. Kesto vaihtelee, osa on poissa työstä käytännön järjestelyjen kuten hautajaisten ajan, osa tarvitsee pidemmän ajan tai useampia taukoja. Sairausloma edellyttää diagnoosia. (Dyregrov & Dyregrov 2008.) Surujärjestöjen toiminnanjohtajien mukaan sairausloman perusteena käytetään yleensä masennusta, koska surun diagnoosi puuttuu. Masennusdiagnoosi ei kuvaa surevan tilannetta ja saattaa myöhemmin kääntyä haitaksi. Joidenkin haastateltujen kokemusten mukaan masennusdiagnoosin nimissä oleva pitkä sairausloma on esimerkiksi taloudellinen haitta silloin, kun sureva ei sen vuoksi saa lainoja tai henkivakuutuksia.

Saari (2000) toteaa, että traumaattiseen suruun saattaa liittyä depressiota ja sitä hoidetaan lääkkeillä. Masennusoireisiin tarkoitettu lääkitys vähentää oireita, mutta ei poista surun voimakkuutta. Tunteet pitää kohdata silloin kun ne tulevat, jotta suruaan voi työstää ja päästä siinä eteenpäin. Traumaattisen surun kokeneet haastateltavat tunsivat voimakasta ahdistuneisuutta ja myös masennusta työhön paluun aikaan, yhdellä oli diagnosoitu keskivaikava pysyvä masennus. Saaren (2000) mukaan tuen tarve on niin suuri, että sitä jaksetaan hakea, vaikka omat voimavarat koettaisiin muutoin erittäin heikoiksi.

Työhön paluu

Työnteko kuuluu työikäisen identiteettiin, ja tutkimusten perusteella surevaa tulee rohkais-

ta työhön paluuseen melko pian tapahtuneen jälkeen. Työ tuo surevan päiviin muutakin sisältöä kuin suruun liittyvien asioiden käsittelyä. Työpaikan sosiaalinen tuki voisi auttaa surevaa, vaikka työhön paluu usein ahdistaa (Dyregrov & Dyregrov 2008).

Johtajien ja esimiesten antama tuki on satumanvaraista eli se riippuu sillä hetkellä toisista olevien toiminnasta. Silloin johdon empatia, oma kokemuspiiri ja arvot muokkaavat surevan saamaa tukea. (Charles-Edwards 2009.) Työorganisaation kulttuuri, politiikka ja käytänteet ohjaavat esimiestä, joten esimies tarvitsee organisaationsa tukea kyetäkseen toimimaan myötätuntoisesti (Hazen 2008). Vaikka organisaatio sallii poissaolon surun jälkeen, käy usein niin, että kun surevan huomioiminen korteilla, kukilla ja yhteydenotoilla on ohi ja kuvaannollinen olalle taputus tehty, niiden katsotaan riittävän osanoton osoitukseksi ja työntekijän oletetaan päässeensä surun yli. Arki jatkuu, mutta surevan osalta kaikkea muuta kuin ennalta-arvattavasti. (Bento 1994.)

Haastattelujen perusteella työntekijän surun huomioon ottaminen jää työorganisaatiossa esimiehen ja työyhteisön tasolle. Haastateltujen työpaikoilla henkilöstöosasto ja yrityksen johto eivät reagoineet traumaattisen menetyksen kohdanneeseen surevaan, eikä tieto ilmeisesti aina kulje lähiesimieheltä eteenpäin. Myöskään työsuojeluorganisaatio eivät näkyneet työhön paluun vaiheessa.

Sureva tarvitsee esimieheltään avointa keskustelua ja työkykyä varmistavien toimenpiteiden toteuttamista. Surevalle pitää osoittaa, että hän on arvostettu työyhteisön jäsen ja osa sen sosiaalista piiriä. Surevat kokivat kuormittavansa työyhteisöä saamiensa työkevennysten ja joustojen vuoksi, ja tilannetta vaikeuttaa entisestään se, jos esimies muisuttellee asiasta, kuten yhdelle haastatellulle, pitkään osatyökykyisen statuksella olleelle surevalle oli käynyt. Kokemukset lähiesimiehen suhtautumisesta kertovat, että suru ohitettiin usein vain lyhyellä huomiolla. Sattumanvaraisuus lähiesimiehen suhtautumisessa oli ainoa surevien esimiehiä yhdistävä piirre.

Työyhteisön tuki ja surun vaikutukset työyhteisöön

Työyhteisön suurin resurssi on avoimuus. Surevan toiveita tulee kuunnella, ja työyhteisö osaa suhtautua varmemmin, jos se tietää, miten sureva toivoo tulevaisuutta kohdelluksi. Ensimmäisen kerran surevan tavatessaan työtoverit voivat halata, osoittaa myötätuntoa ja kysyä surevan vointia. Työyhteisön tuki ja hyväksyvä vastaanottaminen on onnistuneen työhön paluun edellytys. Sureva pystyy kokemaan työhön liittyviä merkityksellisyyden tunteita, jos työyhteisö osoittaa empatiaa ja tietää surevaa kohdanneesta traumaattisesta surusta. Jos työtoveri ei tunne surevaa henkilöä riittävän hyvin tietääkseen, millaista tukea tämä haluaa, hän voi tukea niillä keinoilla, jotka itse arvioi hyväksi. (Dyregrov & Dyregrov 2008.)

Työpaikalla ei usein tiedetä, mitä surevan käyttäytymisen ja jaksamisen osalta on odotettavissa, sillä kuolema on työelämäkontekstissa yhä tabu eikä sitä käsitellä yhteisesti. Liiallinen työmäärä ja erilaisten odotusten epämääräisyys voi aiheuttaa stressiä surevalle, ja seurauksena on uupumusta tai jopa irtisanoutuminen. Läheisen kuolema on jo sellaisenaan valtavan raskas taakka. (Bento 1994.) Työyhteisön ymmärtämättömyys ja huomioimattomuus surevaa kohtaan vaikeuttavat surun käsittelyä ja saattavat viedä surevan sairauslomalle (Dyregrov & Dyregrov 2008).

Surevan käyttäytymiselle asetetut odotukset vaihtelevat työtehtävittäin. Potilaiden tai kenties surevien parissa töitä tekeviltä odotetaan omien tunteiden piilottamista. (Bento 1994.) Terveystieteiden työkentelevien haastateltujen kokemukset olivat identtisiä keskenään. He kokivat, että työyhteisö oli kyvytön kohtaamaan heidät, ja tämä kyvyttömyys mietitytti heitä yhä vuosia tapahtuneen jälkeen. Yksi haastateltu pohti, ovatko työntekijät aivan väärällä alalla, jos myötäeläminen häntä itseään kohtaan oli ollut olematonta: onko suhtautuminen asiakkaitakin kohtaan yhtä välinpitämätöntä?

Haastateltujen kokemusten perusteella surevan on vaikea arvioida surusta vaikenavan

työyhteisön asennetta. Yksi haastateltu kertoi käyneensä työpaikkansa kaikissa naistenhuoneissa itkemässä, ja vaikka työpaikalla huomattiin hänen itkettyntyn olemuksensa, asiaa ei koskaan otettu puheeksi. Surevat kokivat raskaita muita ja siksi vaikenivat surustaan. Haastatteluissa korostui, että surevat kokivat itselleen turvallisemmaksi olla jakamatta suruaan työyhteisössä. He kokivat kaipaavansa tukea mutta pelkäsivät joutuvansa itse toisten lohduttajaksi.

Työyhteisölle on olemassa hyviä ja yksinkertaisia käytänteitä, joilla se voi osoittaa välittävänsä surevasta ja huomioivansa tämän surua. Työtaakan vähentäminen ja työtehtäviin vaikuttaminen, yhteisiin sosiaalisiin tilanteisiin mukaan ottaminen ja ainakin kutsuminen, kuolleen mainitseminen ja herkkyyks sekä kuunteluhaluuden osoittaminen ovat hyviä keinoja välittämisen osoittamiseksi. Työpaikalla ei tarvitse pelätä, että kuolleen puheeksi ottaminen nostaa mieleen surullisia tunteita, kuollut on joka tapauksessa surevan mielessä koko ajan. (Dyregrov & Dyregrov 2008.)

Haastatellut olivat miettineet jo ennen työhön paluutaan, miten työtoverit suhtautuvat heihin ja etenkin mitä he sanovat. Ne olivat myös pahimmat pelot, jotka osoittautuivat toteen lapsensa menettäneillä vanhemmillä. Työtoverit ja esimies esittivät loukkaavia kommentteja, ja jotkut olivat kokeneet jopa lapsen kuolemaan liittyvää työpaikkakiusaamista. Hienotunteisuuden ja välinpitämättömyyden raja on hiuksenhieno, jos työyhteisö ajattelee toimivansa hienotunteisesti jättämällä surun huomiotta. Tällöin surevaa ei suoranaisesti jätetä itsekseen, sen sijaan suhtautuminen jatkuu samanlaisena kuin ennen läheisen kuolemaa. Haasteltavat olivat kokeneet työyhteisön olevan kenties valmis tarjoamaan tukea mutta olevan epätietoinen keinoista.

Surevan työkyky ja sen seuranta

Surevan työkyky on pitkään työhön paluun jälkeen vaillinainen, ja tämä tulee ottaa huomioon. Mahdolliset ohjeistukset surevan työntekijän paluusta ja työnteosta kriisin jälkeen

tulevat työterveyshuollolta, mutta sen tuottamat ohjeet ja käytänteet eivät riitä. Surevan kohtaamiseen liittyy myötämisen ja hienotunteisuuden osoittamisen vaatimuksia, jotka kohdistuvat sekä työpaikan johtoon että työntekijöihin. Välttely, ymmärtämättömyys ja se, ettei työolosuhteita muokata surevan tarpeiden mukaan, kuormittavat surevaa. (Dyregrov & Dyregrov 2008.) Kokemusten perusteella työterveyshuolto on usein ainoa suruun liittyvä taho. Yhteys sinne on yleensä surevan vastuulla.

Työnantaja ja etenkin esimies ovat ensisijaisesti vastuussa työntekijän työssä jaksamisesta. Työterveyshuollolle ei voi asettaa vastuuta työntekijän jaksamisen seuraamisesta ja tilanteeseen puuttumisesta tarvittaessa. (Virtanen & Sinokki 2014.) Tarjottava tuki hiipuu muutamassa kuukaudessa, mutta tuen tarve voi olla suurin silloin, kun tukea ei enää ole tarjolla. Työnantajalta edellytetään surevan jaksamisen seuranta vielä pitkään surun aiheuttaneen tapahtuman jälkeen. (Charles-Edwards 2001.)

Tyypillisesti sureva yrittää tehdä työtä mahdollisimman hyvin, mutta tiedostaa aikaisempaa heikomman suorituskykynsä. Surevan pitäisi saada räätälöidä työtään ja työn kestoa työkykynsä mukaan. Työntekijän kanssa pitäisi sopia, millaista työtä sureva tekee palatessaan työhön. Työn sisältöä on ehkä muutettava, ja esimerkiksi asiakaskontaktien osuutta on harkittava surevan voimien mukaan. Tämän tyyppinen huomioiminen toimii palauttavana voimavarana. Ennallaan jatkuva tai liiallinen työn kuormittavuus uuvuttaa surevaa ja saattaa viedä uudelle sairauslomalle. Haastateltujen kokemusten mukaan esimies ei muokannut työtehtäviä surevalle, sen sijaan työyhteisön jäsenet saattoivat jakaa tehtäviä uudelleen helpottaakseen surevan jaksamista.

Työkyvyn heikentymisen kesto vaihtelee, ja on haastavaa arvioida, missä vaiheessa sureva kykenee täysipainoiseen työhön. Avoin keskusteluyhteys lähiesimiehen ja työntekijän välillä edistää molempien etuja. Sitä puoltaa myös se havaittu seikka, että sosiaalinen ympäristö ei tunnista surua, jos sen ilmentymät eivät näy selvästi. Työroolin turviin piilou-

tuvan työntekijän oletetaan jaksavan ja pärjäävän, vaikka totuus olisi toinen. Avoimella keskustelulla vältetään myöhemmät turhat pohdinnat siitä, olisiko työssä romahtanut ja todellisen heikon vointinsa näyttänyt sureva osattu ohjata oikean avun piiriin.

Tukahdutetusta tai ”äänioikeudettomasta” surusta seuraa helposti mielenterveydellisiä ongelmia, jotka voivat aiheuttaa huomattavia taloudellisia kuluja työnantajalle. Työnantaja menettää työntekijän työpanoksen, ja sen lisäksi poissaolosta aiheutuu sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. On tärkeää kiinnittää huomiota siihen tapaan, jolla surevaan suhtaudutaan, surevan pystyvyyden käsityksiin ja surevan voinnin seuraamiseen. Suruprosessi laajenee ja pahenee, jos se ei saa edetä omaa luonnollista kulkuaan eikä suru pääse esille – suru jää ikään kuin äänioikeudettomaksi.

Sureva kaipaisi työntekoon liittyviä mittareita, joiden avulla selvitetäisiin hänen jaksamistaan ja työkykyään. Suomalaisilta työorganisaatioilta vaikuttaa puuttuvan malli surevan työkyvyn ja -tehon seuraamiseen.

Oman työsuorituksen laatu työhön paluun jälkeen askarrutti surevaa. Oman työsuorituksen arvioiminen oli vaikeaa, ja surevat olivat pelänneet sitä, olivatko he aiheuttaneet jopa potilasvahinkoja. Surevat kokivat, että esimiehet olivat antaneet heille liian vaativia työtehtäviä. Työn laatua ei seurattu työpaikalla, ja niin kauan kuin sureva pysyi työtahdissa ja suoritti tehtäviään, asia ei vaikuttanut kiinnostavan esimiehiä.

Työhön paluun oikea-aikaisuuteen, jakamiseen ja työkykyyn liittyvät kysymykset jäivät haastateltujen kokemusten perusteella selvittämättä. Työterveyshuolto tukee pitkältä sairauslomalta palaavaa, ja joissakin työorganisaatioissa toteutetaan työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän kesken työntekijän työkyvyn tueksi kolmikantaneuvotteluja, joiden avulla pitkältä sairauslomalta palaava surevakin saattaa saada apua. Kahden haastatellun työpaikoilla oli käytössä kolmikantaneuvottelut, mutta kumpikaan ei tiennyt, miksei niitä toteutettu heidän kohdallaan.

Johtopäätökset

Traumaattisen surun käsittely on aina yksilöllistä, vaikka prosessiin sisältyy myös kaikille ihmisille yhteisiä piirteitä: samoja ajatuksia ja toimintoja. Traumaattisella surulla on pitkäkestoiset vaikutukset työntekoon. Ympäristöltään tukea ja ymmärrystä saava sureva palautuu ajan mittaan täyteen työkykyynsä. Surevan toiveena on olla samanlainen työntekijä kuin hän oli ennen läheisensä kuolemaa.

Sureva ei ole täysin toimintakykyinen työhön palatessaan. Työhön paluun ja surutyön samanaikaisuus kuormittavat surevaa. Surevien kokemusten perusteella työorganisaation johto ja henkilöstöosasto eivät näkyneet surevan työhön paluussa. Esimiehen ja työyhteisön suhtautuminen oli sattumanvaraisista ja riippui työtovereiden kyvystä suhtautua surevaan. Sureva kaipaa tukea ja esimiehen ja työtovereiden osoitusta siitä, että häntä ymmärretään surevana eikä oleteta olevan samanlainen kuin ennen.

Suru on haastavaa työorganisaatiolle, koska se vaatii erilaisen suhtautumisen surevaan. Työorganisaatioilla ei useinkaan ole käytänteitä surevan huomioimiseen. Ongelmallista on, jos surulle ei ole sijaa työyhteisössä, koska työyhteisö on tottunut näkemään jäsenensä tietynlaisena eikä suhtautumista osata muuttaa. Jos suru jää työpaikalla äänioikeudettomaksi ja tunnistamattomaksi, siitä aiheutuu ongelmia, muun muassa työnantajalle taloudellisia menetyksiä.

Työnantajat tarvitsevat käytänteitä siihen tilanteeseen, kun sureva palaa työhön. Sureva on erilainen kuin ennen, käyttäytyy eri tavalla ja hänen työkykynsä vaihtelee voimakkaasti. Etenkin sosiaalisen tuen merkitys on valtava, joten työpaikalla tulisi olla osaamista surevan kohtaamiseen. Traumaattisen surun kokevalle kaikki on paljon raskaampaa kuin tavanomaisemman surun kokevalle. Käytänteitä ja ohjeistusta tarvitaan yrityksen johdolle, esimiehelle ja työyhteisölle.

Mariliinu Ahlström, MBA

Mika Ala-Kauhaluoma, YTT, yhteyspäällikkö, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Bento R (1994) When the Show Must Go on. *Journal of Managerial Psychology* 9:6, 35–44.
- Charles-Edwards D (2001) Responding to bereavement at work. *Bereavement Care* 20:3, 41–42.
- Charles-Edwards D (2009) Empowering People at Work in the Face of Death and Bereavement. *Death Studies* 33:5, 420–436.
- Dyregrov K, Dyregrov A (2008) *Effective Grief and Bereavement Support: The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A (2003) Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies* 27, 143–165.
- Genevro J (2004) Report on bereavement and grief research. *Death Studies* 28, 491–575.
- Hazen M (2008) Grief and the workplace. *The Academy of Management Perspectives* 22, 78–86.
- Pojjula S (2002) *Surutyö*. Kirjapaja Oy, Helsinki.
- Rubin S (1999) The two-track model of bereavement: Overview, retrospect and prospect. *Death Studies* 23:8, 681–714.
- Saari S (2000) *Kuin salama kirkkaalta taivaalta – kriisit ja niistä selviytyminen*. Otava, Helsinki.
- Virtanen P, Sinokki M (2014) *Hyvinvointia työstä: työhyvinvoinnin kehittyminen, perusta ja käytännöt*. Tietosanoma, Helsinki.

TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMINEN NÄKYVÄKSI TYÖLLISTYMISTÄ JA OSALLISUUTTA EDISTÄVISSÄ PALVELUISSA

Kansaneläkelaitos edellyttää GAS-menetelmän käyttöä kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisen seurannassa (Kela 2016). Rinnekoti-Säätiön työ- ja päivätoiminnassa eli työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa ei vaadetta menetelmän käyttöön ollut. Oli kuitenkin tarve löytää sopiva työkalu tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen. Vuoden 2016 aikana toteutettiin GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyvä tutkimusprosessi Rinnekoti-Säätiön työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa (Eskola 2016).

Tutkimuksessa kerättyjen kokemusten mukaan GAS-menetelmä sopii yksilöllisten tavoitteiden asettamiseen ja seurantaan myös työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa. Menetelmä lisää asiakaslähtöisyyttä tavoitteiden asettamiseen ja tuo siten palvelunkäyttäjien ääntä enemmän kuuluville.

Tutkimusprosessin alussa Lahden Ammattikorkeakoulu järjesti täydennyskoulutuksen Rinnekoti-Säätiön henkilökunnalle. GAS-koulutuksessa opittiin menetelmä, jonka avulla voidaan kehittää työllistymistä ja osallisuutta edistävien palveluiden toimintaa sekä osoittaa toiminnan vaikuttavuutta. GAS-menetelmä (Goal Attainment Scaling) mahdollistaa asiakkaan yksilöllisten tavoitteiden asettamisen yhdessä menetelmän hallitsevan ammattihenkilön kanssa. Menetelmä tuo sys-

temaattisen tavan asettaa ja arvioida tavoitteiden toteutumista ja mahdollistaa erinomaisen näkökulman kuntoutuksen tulosten tarkasteluun. (Laukkala, Tuomi & Sukula 2015.)

GAS-menetelmä ratkaisuna tavoitteiden ja arvioinnin kehittämistarpeisiin

Rinnekoti-Säätiössä on ajoittain virinnyt keskustelua siitä, että palvelunkäyttäjille asetettujen tavoitteiden arvioimiseen sopivia mittareita puuttuu. Toimintakykyarvioinnit tehdään pääasiassa TOIMI-menetelmällä. Se on tarkasteluprosessi, jossa luodaan yleiskuva henkilön selviytymisestä omissa toimintaympäristöissään ja omassa elämäntilanteessaan. Tarkastelun kohteina ovat taidot ja voimavarat sekä niiden käyttöä estävät tai haittaavat tekijät. (Kehitysvammaliitto 2014.) Kokemuksena on kuitenkin ollut, että TOIMI-menetelmä ohjaa tavoitteiden asettamista, mutta ei palvele tavoitteiden toteutumisen arviointia. Tästä johdetaan aloitettiin tutkimusprosessi järjestämällä GAS-menetelmästä koulutus, kokeilemalla menetelmää työ- ja päivätoiminnan arjessa ja keräämällä kokemuksia menetelmän käytöstä.

Kolmipäiväiseen koulutukseen osallistui ohjaajia eri yksiköistä: sosionomeja, yhteisöpedagogeja, lähihoitajia, toimintaterapeutteja, nuoriso- ja vapaa-ajan ohjaajia, kuvankäsitte-

lijä, artonomi sekä kehitysvammaistenohjaaja. Koulutuksen jälkeen tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä pidettiin infotilaisuudet, joissa sovittiin GAS-menetelmän käytöstä. Käytännön kokeilu toteutettiin esimerkitapaus-työskentelyllä pienryhmittäin. Ohjaajien kokemukset GAS-menetelmän käytettävyydestä ja hyödynnettävyydestä kerättiin kahdella fokusryhmähaastattelulla.

GAS suuntaa omaa työskentelyä kohti perustehtävää

Kokeilun tulosten mukaan ohjaajat saivat GAS-menetelmän kokeilusta sekä positiivisia että haastavia käyttökokemuksia, joista positiiviset kokemukset olivat kuitenkin enemmistönä. Lisäksi ohjaajat saivat kokemusta menetelmän erilaisista ominaisuuksista, joita he kuvasivat tarkasti. Monet kokemukset, huomioidut ja ideat ovat sellaisenaan hyödynnettävissä, mikäli GAS otetaan käyttöön työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa. Käyttökokeilu tuotti myös monenlaisia kysymyksiä, jotka vaativat ratkaisua ennen käyttöön ottamista.

Ohjaajat kokivat GAS:n selkeäksi, helpoksi ja asiakaslähtöiseksi menetelmäksi, joka kirkauttaa tavoitteita ja tekemistä. GAS:ssa ilahduttivat sen prosessiin liittyvät vaiheet: alkukartoituksen tekeminen, tavoitteiden asettaminen ja pilkkominen sekä arviointi. Tavoitteiden saavuttamisen mitattavuutta ja tulosten esiintuloa pidettiin hyvänä. Menetelmän näkyminen arjessa koettiin positiiviseksi. Tutkimuksen tulokset olivat hyvin samanlaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa (Puhakka 2015, Sallinen ym. 2015, Tuomi 2014, Ylisassi 2012).

Menetelmän käyttöönotosta on aiemmin todettu, että se vaatii samalla tavalla harjoittelua kuin muidenkin arviointimenetelmien käyttöönotto (Autti-Rämö 2010, 16). Saman totesivat myös tutkimukseen osallistuneet. Aiemmin on myös todettu, että aluksi haasteena on varsinkin ajankäyttö ja lomakkeen täyttäminen (Sallinen ym. 2015, 14–15; Tuomi 2014, 34). Toisaalta oma motivaatio sekä kollegoiden ja työyhteisön tuki ovat edistävää tekijöitä (Sallinen ym. 2015, 15). Mene-

telmän eduksi voidaan lukea toiminnan organisoituminen ja fokuoitetuminen tavoitteista yhdessä puhumisen ansiosta. Menetelmä rohkaisee moniammatilliseen keskusteluun ja yhteistyöhön ryhtymistä. (Smith 1994, 1–3.) Tämän tutkimuksen tulokset olivat samanlaisia. GAS-tavoitteiden mukainen työskentely oli suunnannut omaa työskentelyä kohti perustehtävää. Ohjaajat kokivat yhteistyön tunteen mukavalta ja yhteisen pohdinnan ja työskentelyn olleen rikasta.

Mahdolliset kognitioon ja kommunikaatioon liittyvät ongelmat

Tavoitteen laatiminen alkaa keskustelulla asiakkaan kanssa. Tämän jälkeen palveluntarjoaja auttaa tavoitteen muotoilussa, tavoitteelle annetaan nimi ja valitaan selkeä indikaattori, jolla tavoitteen saavuttamista mitataan. (Sukula & Vainiemi 2015, 14.) Moni prosessin vaihe siis vaatii kielellisiä taitoja. Näissä on työllistymistä ja osallisuutta edistävien palveluiden asiakasryhmillä usein puutteita.

Suomenkielisessä kuntouttavassa työtoiminnassa GAS koettiin helpoksi työkaluksi. Näillä palvelunkäyttäjillä onkin kielelliset edellytykset menetelmän käyttöön. Kehitysvammaisten henkilöiden työ- ja päivätoiminnassa sekä maahanmuuttajien kuntouttavan työtoiminnan ryhmissä kielelliset vaikeudet tulivat eteen kaikissa GAS:n eri työvaiheissa. Mahdolliset kognitioon ja kommunikaatioon liittyvät ongelmat onkin todettu haastaviksi tavoitteita asetettaessa (Laukkala ym. 2015, 11). Tämä tulee huomioida, mikäli menetelmä otetaan käyttöön työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa. Tulee pohtia mahdollisuutta hyödyntää vaihtoehtoisia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja sekä työskentelymenetelmiä. Keskustelun lisäksi alkukartoitusta tehtäessä voidaan hyödyntää myös tutkimuksia, kyselyitä ja strukturoituja haastatteluja. Tavoitteita voivat olla luomassa myös perhe, läheiset tai moniammatillinen tiimi (Sukula & Vainiemi 2015, 13–14). Maahanmuuttajaryhmien kanssa voidaan kehittää tukimenetelmiä, kuten erilaisia lauseiden täydentämistehtäviä tai tavoite-esimerkkilistoja (Pikkari-

nen & Kantanen 2015, 108). Yhtenä mahdollisuutena on harjoitella tuettua päätöksentekoa, joka voisi olla sopiva tuen muoto tavoitteista keskusteltaessa. Tuetussa päätöksenteossa kehitysvammaiselle henkilölle annetaan apua ja tukea päätösten ja valintojen tekemiseen. Tarkoituksena on rohkaista ja kannustaa päätöksenteossa omaa elämää koskevissa asioissa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.) Voidaan hyödyntää tarkastuslistaa, jonka avulla tarkistetaan asetettujen tavoitteiden kohdalta, ettei ole sorruttu tyypillisiin virheisiin tavoitteita asetettaessa, mittaria valittaessa ja asteikkoa laadittaessa (Cardillo & Choate 1994, 19).

Asiakas- ja yksilölähtöisyyden lisääntyminen parantaa laatua

Ohjaajille syntyi käyttökokeilusta runsaasti ajatuksia GAS-menetelmän hyödyntämisestä tai käyttöönotosta työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa. Eniten ajatuksia herättivät resurssit. Ohjaajat pohtivat, kuinka ajankäyttö, koulutus ja perehdytys sekä tukimuodot tulee järjestää. Asiakastietojärjestelmän integraatio ja esimiehen rooli tulee huomioida käyttöönotossa. Yhteistyö tiimin sisällä ja verkostoissa vaatii myös huomiota.

Ohjaajat kertoivat, ettei nykyiseen palveluiden toteuttamissuunnitelman yhteydessä tehtävään tavoitteen asetteluun olla tyytyväisiä. GAS-menetelmä tuntui paremmalta kuin nykyinen käytäntö asettaa ja arvioida tavoitteita. Seuraavaksi onkin olennaista yhdessä pohtia, miten, milloin ja keiden kanssa menetelmä otettaisiin käyttöön ja olisiko se suositeltava vai pakollinen työkalu. Tutkimuksen tulosten mukaan pakollisuudella olisi käyttöönottoon negatiivisia vaikutuksia.

Tulosten mukaan GAS:n käyttöönotto parantaisi palvelujen imagoa Rinnekoti-Säätiön sisällä sekä antaisi ulospäin hyvän ja luotettavan kuvan. Laatu kehittyisi nimenomaan asiakas- ja yksilölähtöisyyden lisääntymisen kautta.

Eettisiä kysymyksiä

Syvästi kehitysvammaisten palvelunkäyttäjien kanssa työskentelevät ohjaajat kävivät

vahvaa eettistä pohdintaa. Ohjaajat prosessoivat, onko oikeutettua asettaa tavoitteita toisen puolesta. Pohdittiin myös ohjaajien valankäyttöä, asiakaslähtöisyyden unohtumista ja kohtaamisen katoamista. Mietittiin, onko numeerinen arviointi hyväksyttävää ja voivatko ohjaajat alitajuisesti vääristellä saavutettuja tuloksia. Eettisten kysymysten kohdalla tuleekin käydä keskustelua sekä yksiköiden sisällä että tuoda keskustelu säätiön eettiseen lautakuntaan.

GAS-klinikka osana käyttöönottoprosessia

Tutkimusprosessin johtopäätöksinä esitetään, että GAS-menetelmä on selkeä, tunnettu ja luotettavaksi osoitettu asiakaslähtöinen työkalu, jonka käyttöönottoa Rinnekoti-Säätiössä kannattaa harkita. Käyttöönotossa olisi tärkeää hyödyntää tutkimuksessa kerättyjä ohjaajien ajatuksia ja kokemuksia. Tulosten pohjalta on laadittu ehdotus käyttöönottoprosessista. Se sisältää vaiheet kokeilun jatkamisesta ja vakinaistamisesta, avointen kysymysten ratkaisemisesta, tutkimuksen esittämisestä ja tiedottamisesta sekä GAS-menetelmän kehittämisestä Rinnekoti-Säätiössä. Yhtenä toimenpide-ehdotuksena on kertaalleen koulutuksen jälkeen pidetty GAS-klinikka. Klinikkan toiminta-ajatus heräsi artikkelista ”Mikä GAS-menetelmässä työvälineenä haastaa ja mikä tuntuu helpolta?” (Turunen, Hannonen & Ylisassi 2015). Alkuperäisen idean mukaisesti klinikka toimii perehdyttämisen ja reflektoinnin oppimisympäristönä. Aiheen parissa työskentelyä jatketaan myös vastaperustetussa vaikuttavuustyöryhmässä, jonka tehtävänä on pohtia palvelujen vaikuttavuutta ja laatia ehdotus sen arvioimiseksi Rinnekoti-Säätiössä.

Anna Eskola, esimies, Rinnekoti-Säätiö, sosionomi, Metropolian YAMK-opiskelija

Pirjo Knuuttila, lehtori, fysioterapeutti, TtM, Lahden ammattikorkeakoulu

Leena Hannula, lehtori, TtT, Metropolian ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Autti-Rämö I (2010) GASin käyttöönotto. Teoksessa I Autti-Rämö, K Vainiemi, S Sukula, A Louhenperä (toim.) GAS-käsikirja, versio 2. Verkko-dokumentti ><http://www.kela.fi/gas-menetelma?inheritRedirect=true>< Luettu 31.10.2015. 16–18.
- Cardillo JE, Choate RO (1994) Illustrations of Goal Setting. Teoksessa TJ Kiresuk, A Smith, JE Cardillo (toim.) Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates. 15–37.
- Eskola A (2016) GAS-menetelmän käyttöönottokemukset Rinnekoti-Säätiön Työllistymistä ja osallisuutta edistävissä palveluissa. Opinnäytetyö YAMK. Helsinki: Metropolia. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma.
- Kela (2016) GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. Verkkodokumentti <www.kela.fi/gas-menetelma> Luettu 20.9.2016.
- Kehitysvammaliitto (2014) TOIMI – menetelmä toimintakyvyn kuvaamiseen. Verkkodokumentti. <<http://www.kehitysvammaliitto.fi/suomeksi/tutkimus/tutkimushankkeet/aikaisemmat-tutkimushankkeet/toimi-menetelma-toimintakyvyn-kuvaamiseen/>> Luettu 16.2.2016.
- Laukkala J, Tuomi J, Sukula S (2015) GAS-menetelmän taustaa. Teoksessa S Sukula, K Vainiemi, T Laukkala (toim.) GAS Menetelmästä sovellukseen. Tampere: Kelan tutkimusosasto. 11–13.
- Pikkariainen A, Kantanen M (2015) Kuntoutuksen tavoitteiden laatiminen erilaisissa kuntoutusmuodoissa ja elämäntilanteissa: Ikääntyneiden asiakkaiden tavoitteet gerontologisessa kuntoutuksessa. Teoksessa GAS – Menetelmästä sovellukseen. Tampere: Kelan tutkimusosasto. 99–116.
- Puhakka S (2015) GAS-menetelmän käyttöönoton kokeilu Honkalampi-keskuksessa. Opinnäytetyö YAMK. Joensuu: Karelia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma.
- Sallinen M, Bärlund E, Koivuniemi M, Heinonen T (2015) Kohti yhteisiä tavoitteita. GAS-koulutuksen arviointihankkeen loppuraportti. Työpapereita 79, Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Smith A (1994) Chapter 1 – Introduction and Overview. Teoksessa T J Kiresuk, A Smith, J E Cardillo (toim.) Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates. 1–14.
- Sukula S, Vainiemi K (2015) Gas-menetelmä (Goal attainment scaling) Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa S. Sukula, K Vainiemi, T Laukkala (toim.) GAS – Menetelmästä sovellukseen. Tampere: Kelan tutkimusosasto. 13–15.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015) Vammaispalvelujen käsikirja. Tuettu päätöksenteko. Verkko-

Rinnekoti-Säätiö tuottaa asiantuntevia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetus-toimen palveluja erityisesti kehitysvammaisille henkilöille. Rinnekoti-Säätiön arvot lähimmäisyys, asiantuntijuus ja hyvä elämä ovat toiminnan perusta. Palveluja tuotetaan arvojen ja asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden pohjalta.

Rinnekoti on palveluiltaan Suomen monipuolisin kehitysvamma-alan toimija, jonka asiantuntemus vaativimmissa palveluissa on tunnustettu. Säätiö monipuolistaa palvelujaan jatkuvasti pitäen samanaikaisesti huolta perustehtävästään erityispalveluja tarvitsevien ja vaikeimmin vammaisten hoitopaikkojen saataavuudesta.

Toiminta Rinnekoti-Säätiössä perustuu eri laeissa yksityisille palveluntuottajille annettuun oikeuteen tuottaa palveluja kuntayhtymille, kunnille tai muille palveluja haluaville. Säätiö palvelee Uudella- maalla sekä valtakunnallisesti.

Yksi tuotettujen palveluiden muoto on työllistymistä ja osallisuutta edistävät palvelut, aiemmin työ- ja päivätoimintapalvelut. Työllistymistä ja osallisuutta edistävien palveluiden sisältö koostuu palvelunkäyttäjän tavoitteiden, tarpeiden ja mielenkiinnon kohteiden mukaan suunnitellusta yksilöllisestä päivästä ja pohjautuu palveluiden toteuttamissuunnitelmaan ja toimintakykyarviointiin.

Lisätietoa: www.rinnekoti.fi

dokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/vammais-palvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/tuettu-paatoksenteko>> Päivitetty 29.7.2015. Luettu 8.8.2016.

Tuomi J (2014) Kyselytutkimus fysio- ja toimintaterapeuteille GAS-menetelmän käyttökokemuksista. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos.

Turunen J, Hannonen K, Ylisassi H (2015) Mikä GAS-menetelmässä työvälteenä haastaa ja mikä tuntuu helpolta? Teoksessa S Sukula, K Vainiemi, T Laukkala (toim.) GAS – Menetelmästä sovellukseen. Tampere: Kelan tutkimusosasto, 117–123.

Ylisassi H (2012) GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) koulutuksessa. Tutkimus- ja kehittämishanke Aslak -kuntoutuksessa. Hankkeen jatko-osa 2011–2012. Hankeraportti. Verkkodokumentti. <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kokeiluhanke_jatkoraportti_hy_29.3.pdf> Luettu 10.8.2016.



kuntoutusportti.fi

Kuntoutustiedon kokoava portaali

Kuntoutusportti on kuntoutuksen maksuton verkkopalvelu, joka sisältää uutisia, tapahtumia, artikkeleja ja näkökulmia.

Tutkimus- ja hanketietokanta sisältää Suomessa julkaistuja kuntoutuksen verkkojulkaisuja, tutkimuksia ja hankkeita.

Kuntoutusportin uutiskirje kokoaa yhteen ajankohtaiset asiat ja tapahtumat.

Kuntoutussäätiö



TOIMINTATERAPIA IHMISEN TOIMINNAN JA OSALLISTUMISEN MAHDOLLISTAJANA

Johdanto

Toimintaterapiaa on käytetty kuntoutusmuotona tilanteissa, joissa pitkäaikaissairaudet, traumat, kehityshäiriöt ja ikääntyminen sekä erilaiset siirtymät elämäntilanteesta ja -vaiheesta toiseen ovat aiheuttaneet vaikeuksia selviytyä itsenäisesti tavallisista arkitoimintoista ja rutiineista. Toisaalta toimintaterapiaa tarvitaan ympäristön muokkaamiseen silloin, kun fyysiset tai sosiaaliset ympäristötekijät estävät ihmisen mahdollisuuksia käyttää kykyjään, elää itsenäisesti, opiskella ja tehdä työtä sekä kokea arvostusta omassa lähipiirissä ja yhteisössä. Toimintaterapian tarvetta ovat lisänneet myös monet elämäntapoihin liittyvät ongelmat, kuten päihteiden käyttö, sekä työttömyys, syrjäytyminen ja maahanmuuttoon liittyvät sosiaaliset vaikeudet, jotka haittaavat ihmisen mahdollisuuksia huolehtia itsestään ja läheisistään.

Toimintaterapiassa toimintaa koskevat käsitteet perustuvat toiminnan tieteeseen, jossa on tutkittu toiminnan ja toimintakykyisyyden rakentumista toimijan, toimintaympäristön ja toiminnan jatkuvasti muuttuvana vuorovaikutteisena prosessina. Toimintaterapiassa on tutkittu pitkään monia, tällä hetkellä suomalaisessa ja kansainvälisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa ahkerasti käytettyjä käsitteitä, kuten asiakaskeskeisyyttä, arkea, asiakkaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja oman kuntoutuksensa suunnitteluun sekä valinnanvapautta.

Nykyisin toimintaterapeuttien osaamista on alettu kaivata yhä moninaisemmissa yhteisissä hyvien toimintaympäristöjen ja -kulttuurien rakentamisessa ja erityisesti käyttäjälähtöisessä innovaatiotoiminnassa. Mitä siis on toimintaterapian koulutuksen ydinosaaminen?

Ihminen, toiminta ja ympäristö toimintaterapian koulutuksen ytimessä

Toimintaterapian peruskäsitteet ihminen, toiminta ja ympäristö näkyvät kaikkien ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmissa. Poikkitieteellisyyttä tarvitaan ihmisen toiminnan kokonaisvaltaisessa ymmärtämisessä. Jotta toimintaterapeutit oppivat ymmärtämään sekä toimintaan vaikuttavat että siitä aiheutuvat tekijät, toimintaterapian lisäksi on opiskeltava muun muassa anatomiaa, fysiologiaa, psykologiaa, lääketiedettä sekä ihmisen kehittymistä. Ympäristöä on tarkasteltava laajasti yhtäältä toimintaa mahdollistavana ja toisaalta sitä haittaavana tai estävänä tekijänä. Sen lisäksi opinnoissa tutkitaan ympäristön, ihmisen toiminnan ja hyvinvoinnin välisiä merkityssuhteita. Ympäristöosaamista lisätään myös perehtymällä apuvälineiden ja ympäristön muokkaamisen tarjoamiin teknologisiin ja sosiaalisiin mahdollisuuksiin, joiden avulla tuetaan asiakkaan toiminnallisuutta ja osallisuutta.

Toimintaterapeutti on ihmisen toiminnan asiantuntija. Toimintaterapialla pyritään mahdollistamaan ihmiselle osallistuminen hänelle merkityksellisiin toimintoihin, sillä sen uskotaan edistävän terveyttä ja hyvinvointia. Kun ihminen saa vapaasti valita ja tehdä itselleen merkityksellisiä asioita, hän voi kokea hallinnan, kontrollin ja itsemääräämisoikeuden tunnetta.

Toimintaa tarkastellaan opetussuunnitelmissa laajasti suhteessa yhteiskuntaan, ihmisen elämään sekä hyvinvointiin. Näin halutaan luoda opiskelijoille vankka kuva toiminnan merkityksestä ihmiselle sekä ymmärrys siitä toimintaterapian keskeisenä päämääränä. Toimintaterapeutti käyttää toimintaa osana arviointi- ja terapiaprosessia. Erilaisia toimintoja ja toimintamuotoja käytetään opetuksessa myös pedagogisena välineenä. Opetussuunnitelmissa toimintamuodot näyttäytyvät pääosin valinnaisten opintojen osana. Sen sijaan monissa opetussuunnitelmissa näkyy ryhmän terapeutin käyttö ja ohjaaminen omana kokonaisuutenaan.

Toimintaterapeutin tehtävä on mahdollistaa asiakkaan toimintaa ja jokapäiväiseen elämään osallistumista toimintakyvyn arvioinnin ja toiminnan kautta sekä mahdollistaa ihmisille terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintaa. Tehtävänä on myös mahdollistaa oikeudenmukainen ja mukaan ottava yhteiskunta siten, että kaikilla ihmisillä olisi mahdollisuus osallistua ja käyttää kyvykkyytään omassa elämässään. (Townsend & Polatajko 2013.) Ihmisen arki ja arjessa kuntoutuminen ovat toimintaterapian koulutuksessa keskeisessä asemassa.

Toimintaterapiaa toteutetaan yksilö-, perhe-, pari-, ryhmä- ja yhteisömuodoissa. Asiakkaiden ainutlaatuisuuden kohtaaminen edellyttää jokaisen ihmisen yksilöllisyyden tunnistamista sekä asiakkaan autonomian ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Siitä syntyy pohja asiakkaan/asiakkaiden/perheen ja toimintaterapeutin väliselle yhteistoiminnalle. Yhteistoiminta vahvistaa toimijoiden asiantuntijuutta ja sitoutumista.

Toimintaterapiaprosessi näyttäytyy opetussuunnitelmissa asiakkaan toiminnan tai

toimintakyvyn arviointiin sekä terapiainterventioon liittyvien opintojen kautta. Kunkin ammattikorkeakoulun painotukset näkyvät siinä, miten toimintaterapian toteuttamiseen liittyvät opinnot on rakennettu ja nimetty. Opetussuunnitelmien mukaan toimintaterapian avulla pyritään osallisuuden tukemiseen, toiminnan mahdollistamiseen, toimintamahdollisuuksien tukemiseen, toimintakyvyn edistämiseen sekä toiminnallisuuden edistämiseen. Osa opetussuunnitelmista rakentuu elämänkaaren mukaan niin, että toimintaterapian opinnot on jäsennetty lasten, työikäisten ja ikääntyvien mukaan. Osassa opinnot on jäsennetty itsestä huolehtimisen, työn ja tuottavuuden sekä vapaaajan toimintojen avulla.

Toimintaterapia sitoutuu lähes kaikissa opetussuunnitelmissa kuntoutukseen, jota tarkastellaan joko omana kokonaisuutenaan tai sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä. Opetussuunnitelmissa näkyvät myös kuntoutuksessa nykyisin laajasti vallalla olevat lähestymistavat, kuten asiakaslähtöisyys sekä näyttöön perustuva käytäntö.

Toimintaterapiassa tarkastellaan ympäristöä laaja-alaisesti fyysisten, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden avulla. Toimintaterapeutin tehtävänä on tunnistaa, lieventää tai poistaa ne esteet, jotka haittaavat tai estävät asiakkaan toimintaa, sekä rakentaa välineitä ja ympäristöjä, jotka mahdollistavat tai helpottavat hänen toimintaansa.

Virtuaaliset toimintaympäristöt haastavat toiminnan asiantuntijoita etsimään uudenlaisia näkökulmia ihmisenä olemiseen, kohtamiseen ja kuntoutumiseen. Toimiminen automatisoituneessa ympäristössä muuttaa toiminnalle annettavia yksilöllisiä merkityksiä sekä toimintamahdollisuuksia. Teknologian kehityksen ohella ihmisten toimintakulttuurit monimuotoistuvat ja toimintaympäristöt muokkaavat työtehtäviä. Toimintaterapeutin toiminnan analysointitaito auttaa tunnistamaan ja hyödyntämään muuttuvia ympäristöjä ja toiminnan muutoksia sekä niiden edellyttämää osaamista ja kyvykkyyttä. Se on tärkeä osa myös tuotteiden ja palvelujen kehittämistä.

Kansainväliset opettaja- ja opiskelija-vaihdot ovat oleellinen osa toimintaterapian koulutusta. Yhteistyö ja kansainvälistyminen vahvistavat opiskelijoiden osaamista monikulttuurisissa ja kansainvälisissä ympäristöissä ja lisäävät heidän kilpailukykyään työmarkkinoilla valmistumisen jälkeen. Ne myös vahvistavat työvoiman kansainvälistä liikkuvuutta.

Toimintaterapian osaamisen rakentuminen ammattikorkeakoulutuksessa

Toimintaterapian ammattikorkeakoulututkinnon lähtökohtana on osaamisperustainen opetussuunnitelma, jossa osaaminen kuvataan neutraaleina oppimistuloksina (learning outcomes). Osaamisen tasoa kuvaavat kriteerit määrittelevät sekä hyväksyttävän tason että muut tutkinnossa määriteltävät osaamisen tasot. Kriteerit mahdollistavat opiskelijalle henkilökohtaisen opiskelusuunnitelman ja vaihtoehtoisten suoritustapojen suunnittelun ja toteuttamisen. (Raij 2003; Saranpää 2012.)

Ammattikorkeakouluilla on itsenäinen vapaus rakentaa toimintaterapiakoulutusten opetussuunnitelmat. Toimintaterapian opetussuunnitelmille on yhteistä se, että niitä raa-mittavat kansallisten ja alueellisten ohjeistojen lisäksi kansainväliset ja Euroopan sisäiset ohjeet. Toimintaterapeuttien maailmanliitto (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) julkaisi vuonna 2002 uusimmat toimintaterapeuttien koulutuksen kansainväliset minimistandardit (WFOT Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists). Niissä määritellään muun muassa opetussuunnitelman sisältö, tavoitteet, toimintaterapian teoriaperusta, opettajien pätevydet, käytännön harjoittelujen laajuus ja sisältö.

Kaikki Suomen toimintaterapiakoulutukset noudattavat WFOT:n minimistandardeja. Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. monitoroi viiden vuoden välein minimistandardien toteutumista. Toimintaterapiakoulutusten kansainvälinen yhtenäistäminen ja vertailukelpoisuus toteutuu yhteistyöelimen ENOTHE (The European Network of Occupational Therapy

Higher Education) myötä. ENOTHE on Euroopan toimintaterapiakoulutusten korkeakouluverkosto, jonka tavoitteena on saada koulutukset keskenään vertailukelpoisiksi Euroopassa. Tämä edellyttää yhteisen perustan ja käsitteistön löytymistä opetussuunnitelman pohjaksi sekä opetussuunnitelmien kirjaamista yhdenmukaisella tavalla siten, että niistä on helposti poimittavissa niiden rakenteeseen ja sisältöön liittyvät asiat.

Eurooppalainen tutkintojen viitekehys (EQF, European Qualifications Framework) helpottaa Euroopan maissa suoritettujen tutkintojen vertailua. Kansallinen tutkintojen viitekehys (NQF, National Qualifications Frameworks) kuvaa Suomessa suoritettavia tutkintoja ja pätevyksiä. Näiden viitekehysten tavoitteena on selkiyttää tutkintojen vastaavuuksia ja auttaa pätevyysien tunnistamisessa.

Työelämäyhteys sekä tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta

Toimintaterapiassa työelämäyhteyttä rakennetaan ja ylläpidetään vahvasti käytännön harjoittelun avulla, sillä sen osuus kokotutkinnosta (210 op) on 75 opintopistettä. Osa harjoittelusta tapahtuu käytännöllisten aineiden myötä koululla, osa ohjattuna työelämässä. Työelämässä tehtävän harjoittelun laajuus vaihtelee eri ammattikorkeakouluissa 35 opintopisteestä 51 opintopisteeseen. Harjoittelujaksot sijoittuvat tasaisesti eri lukuvuosille.

Ohjatut harjoittelujaksot toteutuvat sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa, kouluissa ja päiväkodeissa, yrityksissä ja erilaisissa yhteisöissä. Harjoittelu voi toteutua myös terveyttä ja hyvinvointia edistävässä organisaatioissa ja yhteisöissä, joissa opiskelijat osallistuvat kaupunkien ja kuntien kehittämiseen. Harjoittelutoiminnassa syntyneet vahvat suhteet työelämään mahdollistavat ajankohtaisen tiedon saamisen työelämän kehittämistarpeista ja luovat vankan perustan mielekkäälle alueelliselle kehittämis-yhteistyölle.

Ammattikorkeakoululain (932/2014) mukaan pedagogiikassa tulee yhdistyä pedagoginen, tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä alueellinen yhteistyö elinkeinoelämän kanssa.

Vastatakseen näihin haasteisiin toimintaterapiakoulutukset tarjoavat erilaisia oppimisympäristöjä todellisissa työelämän konteksteissa. Projektioppiminen ja kehittämistoiminta aidossa työelämän ympäristössä tarjoavat opiskelijoille mahdollisuuden mielekkääseen oppimiseen.

Työelämän käytäntöjen kehittämiseen tähtävään, näyttöön perustuvan toimintaterapian (evidence-based occupational therapy) edellyttämä tiedonhankinta, arviointi ja hyödyntäminen opiskellaan koulutuksen aikana. Tämä luo pohjan sille, että toimintaterapiapalvelut perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Myös koulutuksen aikana tehtävä opinnäytetyö (laajuus 15 op) vahvistaa toimintaterapiapalvelujen kehittämisessä tarvittavia taitoja. Samalla opinnäytetöiden työelämäyhteys rakentaa koko ajan alan kehittämistoimintaa. Toimintaterapiassa opinnäytetyö voi olla luonteeltaan kehittämistehtävä, tuotekehitys-, soveltava tutkimus- tai projektityö, ja se toteutetaan yhteistyössä työelämän toimijoiden kanssa.

Toimintaterapian koulutukset osallistuvat korkeakoulujen ydintoimintojen toteuttamiseen ja ammattikorkeakoulujen tulostavoitteiden saavuttamiseen. Lisäksi ne osallistuvat liiketoimintana tapahtuvaan koulutuksen tuottamiseen, tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoimintaan sekä kansainvälistymiseen. Vuonna 2015 kansainväliseen vaihtoon lähti 88 opiskelijaa ja opettajaa, ja Suomeen tuli 59 kansainvälistä opiskelijaa ja opettajaa (taulukko 1).

Koulutuksen laadun varmistaminen

Suomessa kansallinen koulujen arviointikeskus (Karvi) on arvioinut kaikki suomalaiset yliopistot ja ammattikorkeakoulut vuosina 2005–2012. Nyt käynnissä oleva toinen arviointikierros jatkuu vuoteen 2018 saakka. Auditoinneilla tuetaan korkeakoulujen kehittämistä vastaamaan eurooppalaisia laadunvarmistuksen periaatteita. Kukin korkeakoulu saa kuitenkin päättää laatujärjestelmänsä tavoitteista, rakenteesta, toimintaperiaatteista, käytettävistä menetelmistä ja laadunhal-

linnan kehittämisestä. Kaikissa suomalaisissa korkeakouluissa toimintaterapian koulutus täyttää yleisten, suomalaisille korkeakouluille asetettujen vaatimusten lisäksi myös kansainväliset toimintaterapiakoulutukselle asetetut standardit.

Auditointien lisäksi korkeakoulut hyödyntävät toiminnan kehittämisessä itsenäisesti arviointi- ja palautejärjestelmistä (esimerkiksi opiskelijapalautteista, asiakaspalautteista, sidosryhmäkyselyistä, alumnikyselyistä, ohjaus- ja asiantuntijaryhmistä sekä neuvottelukunnista) saatua tietoa niin, että toiminta vastaisi asiakkaiden tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Kaikki toimintaterapiakoulutukset hyödyntävät saamiaan arvioita ja palautteita oman toimintansa kehittämisessä.

Sisällöllisesti toimintaterapian koulutuksen laatuun vaikuttaa saatavilla oleva tutkimus- ja teorian tieto. Opetuksessa hyödynnetään pääasiassa ulkomaisia tutkimuksia ja teorioita. Toimintaterapian tutkimuksen ja teorioiden lisäksi toiminnan tiede tuottaa toimintaterapian koulutukseen ymmärrystä toiminnan terapeuttisesta luonteesta ja empiiristä näyttöä toiminnan terapeuttiselle käytölle toimintaterapiassa. Toimintaterapiassa tehtävä tutkimus kohdistuu pääasiassa toimintaterapian vaikuttavuuteen, koulutukseen, menetelmien kehittämiseen ja niiden käytettävyyden ja luotettavuuden testaamiseen. Lisäksi tutkimus kohdistuu toimintaterapian onnistumisen kannalta keskeisiin ilmiöihin, kuten toiminnan, ympäristön ja toimijan välisiin suhteisiin sekä terapisuhteen rakentamiseen. Paine suomalaisen tutkimustiedon tuottamiseksi tulee seuraavien vuosien aikana todennäköisesti lisääntymään.

Toimintaterapian koulutukset ovat ympäri maata olleet vetovoimaisia, läpäisyaste on ollut hyvä ja toimintaterapeuttien työllistyminen koulutustaan vastaavaan työhön on onnistunut erinomaisesti. Vuonna 2015 viidestä ammattikorkeakoulusta valmistui 750 toimintaterapeuttia. Urakehityksen kannalta jatkokoulutusmahdollisuudet ovat tärkeitä. Ammattikorkeakoulujen tarjoamat kuntoutuksen ylemmät tutkinnot ovat olleet suosittuja, samoin vuonna 2017 loppumassa oleva kuntoutustieteen pääaineopiskelu Lapin yli-

Taulukko 1. Ammattikorkeakoulujen toimintaterapian koulutuksen opiskelijamäärät, valmistuneet ja kansainväliseen vaihtoon saapuneet ja lähteneet opiskelijat ja henkilökunnan jäsenet vuonna 2015.

	Opiskelijamäärä 2015		Opiskelija- määrä 2015 yhteensä	Valmistu- neiden määrä 2015	Kansainväliset vaihdot 2015 hk = henkilökunta o = opiskelija	
	Päivä- opetus	Monimuoto- opetus			Tulevat	Menevät
Arcada	64	0	64	16	6 hk 2 o	4 hk 8 o
Metropolia Amk	154	74	228	56	7 hk 12o	10 hk 17 o
Jyväskylän amk JAMK	144	40	184	32	2 hk 8 o	2 hk 11 o
Oulun amk OAMK	124	0	124	23	6 hk 8 o	9 hk 20 o
Turun amk TUAMK	103	47	150	31	2 hk 6 o	2 hk 5 o
Yhteensä	589	161	750	158	59	88

opistossa. Yliopistotasaisen toimintaterapian pääaineopetuksen ja oman alan tutkijakoulutuksen puuttuminen suomalaisista yliopistoista uhkaa alan kehitystä Suomessa. Onneksi yhä useampi tutkimuksesta ja urakehityksestä kiinnostunut toimintaterapeutti on tarttunut ulkomaisten yliopistojen tarjoamiin jatkokutkintomahdollisuuksiin verkko- ja etäopiskeluna.

Pohdinta

Toimintaterapiakoulutusten monipuoliset ja moniammatilliset opetusmenetelmät huomioivat erilaiset oppijat ja edistävät opiskelijoiden oppimisprosessia. Ne myös edistävät vuorovaikutusta opiskelijoiden ja opettajien sekä oppijoiden kesken. Pedagogisten ratkaisujen lähtökohtana on opiskelijakeskeinen oppiminen, jossa dialogi ja verkko-opinnot ovat välttämättömiä opiskelijan osaamisen kehittämiseksi. Erilaisten didaktisten ratkaisujen valinnat juontavat kuitenkin aina osaamistavoitteista.

Sosiaali- ja terveystalvvelujen (sote) uudistusprosessi ja yhteiskunnallinen kehitys ovat jo vaikuttaneet huomattavasti toimintaterapiakoulutukseen. Aiemmin koulutus tähtäsi asiantuntijoiden tuottamiseen julkisten palveluntuottajien tarpeisiin, mutta tulevaisuudessa yhä useampi toimintaterapeutti tulee toimimaan yrittäjänä tai yksityisen sektorin palveluksessa. Toimintaterapeutit voivat työllistää itsensä toiminnan asiantuntijoina mitä moninaisimmissa tehtävissä, siksi lääkinällinen kuntoutus on jo nyt vain yksi tärkeä toimintaterapeutin työmahdollisuus. Koulutukselle nämä muutokset asettavat isoja haasteita erityisesti yrittäjyys- ja innovaatio-osaamisen vahvistamiseksi niin, ettei kuitenkaan menetä toimintaterapeutin työssä tarvittavaa substanssiosaamista.

Toimintaterapiakoulutuksissa on tunnistettu, että toimintaterapeutti käyttää omaa persoonaansa tietoisesti ja tavoitteellisesti vuorovaikutusprosessissa asiakkaan kanssa. Tietoisuus itsestä ja omasta osaamisesta kehittyä vain reflektion myötä. Toimintaterapi-

peutiksi kehittyminen ja kasvaminen on pitkä ja vaativa prosessi, joka saa alkunsa koulutuksen aikana. Koulutuksessa opiskelijoita haastetaan tutustumaan itseensä, omiin vahvuuksiinsa ja omiin kehittymisalueisiinsa. Heitä houkutellessaan ja vaaditaan vahvistamaan omaa reflektiotaitoaan, sillä se on terapiatyössä asiantuntijuuden vahvistumisen välttämätön ehto. Erilaisten toiminnallisten menetelmien käyttäminen esimerkiksi opiskelijaryhmässä edistää opiskelijan reflektointikykyä.

Eettinen toiminta on toimintaterapiatyön perusta. Toimintaterapiakoulutuksessa eettisyys on läsnä yhtä lailla opetuksessa, olemisessa, vuorovaikutuksessa, tekemisessä ja tekemättä jättämisessä. Toimintaterapeuttia ohjaavat Suomen toimintaterapeuttiliiton laatimat eettiset ohjeet ja yleiset eettiset periaatteet, kuten ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen.

Toini Harra, YTT, FL, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Annikki Arola, MSc, lehtori, Yrkeshögskolan Arcada

Tiina Hautala, KL, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu

Denice Haldin, KM, lehtori, tutkintovastaava, Yrkeshögskolan Arcada

Tiina Lautamo, FT, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu Oy

Kaija Nevalainen, TtM, lehtori, tutkintovastaava, Oulun Ammattikorkeakoulu Oy

Kirjallisuus

- Ammattikorkeakoululaki (932/2014).
- COTEC Council of Occupational Therapists for the European Countries (<http://www.coteceurope.eu/>)
- ENOTHE The European Network of Occupational Therapy Higher Education. (<http://enothe.eu>)
- Karvi (2016) Kansallinen koulujen arviointikeskus. (<http://karvi.fi/publication/korkeakoulujen-laaturajestelmien-auditointikasikirja-vuosiksi-2015-2018/>)
- OPM (2009) Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:24. www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf
- Raij K (2003) Osaamisen tuottaminen ammattikorkeakoulun päämääränä. Teoksessa H Kotila (toim.) Ammattikorkeakoulupedagogiikka. Helsinki: Edita. 42–58.
- Saranpää M (2012) Arvostan osaamista. Arvioin osaamisia. Kriteerien kriteerit. Teoksessa H Kotila, K Mäki (toim.) Ammattikorkeakoulupedagogiikka 2. Helsinki: Edita. 67–88.
- Townsend E, Polatajko H (2013) Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. 2nd ed. Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- WFOT World Federation of Occupational Therapists (<http://www.wfot.org>)

SOSIOEKONOMINEN ASEMA JA TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEELLE SIIRTYMINEN

Viime vuosina työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä on vähentynyt. Vuonna 2015 omaan työuraan perustuvalle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi reilut 18 000 henkilöä, kun vuonna 2006 heitä oli yli 24 000 henkilöä. Samaan aikaan Suomessa väestö ikääntyy. Yhtenä tärkeänä yhteiskunnallisena tavoitteena onkin työurien pidentäminen, mitä osaltaan voidaan edesauttaa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vähentämisellä.

Yleisimmät työkyvyttömyyseläkkeen syyt ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveyden häiriöt. Nämä syyt kattavat noin 60 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä. Täysi työkyvyttömyyseläke myönnetään, mikäli henkilön työkyky on alentunut 3/5, ja osittainen työkyvyttömyyseläke, mikäli työkyvyn menetys on vähintään 2/5.

Osatyökyvyttömyyseläkkeen suosio on kasvanut viime vuosina. Erityisesti julkisella sektorilla osatyökyvyttömyyseläkkeet yleistyivät 1990-luvulla. Osatyökyvyttömyyseläkeläisiä on kuitenkin melko vähän verrattuna täyden työkyvyttömyyseläkkeen saajiin.

Yksilöllinen varhaiseläke otettiin käyttöön yksityisellä sektorilla vuonna 1986 ja julkisella sektorilla vuonna 1989. Se oli tarkoitettu ikääntyneille työntekijöille, joiden työkyky oli heikentynyt mutta joiden ei ollut mahdollista päästä tavalliselle työkyvyttömyyseläkkeelle. Yksilölliselle varhaiseläkkeelle pääsyssä annettiin vähemmän painoa lääketieteellisille syille ja siinä painotettiin enemmän työssä

jatkamisen mahdollisuutta ja pitkää työuraa. Aluksi yksilölliselle varhaiseläkkeelle oli mahdollista päästä 55-vuotiaana. Myöhemmin ikärajaa korotettiin. Yksilöllinen varhaiseläke lakkautettiin vuonna 2005.

Työikäisen väestön terveydentila on parantunut viime vuosikymmeninä (Palosuo ym. 2007). Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kuten myös verenkiertoelinten sairaudet ovat vähentyneet erityisesti 30–64-vuotiailla. Tästä huolimatta sosioekonomiset terveyserot ovat pysyneet suurina. Alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä terveyden on todettu olevan ylempien toimihenkilöiden terveyttä heikompia. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu, että sosioekonomiset erot työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä ovat suuret, ja näitä eroja on löydetty erityisesti niillä, jotka ovat siirtyneet työkyvyttömyyseläkkeelle tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi (Leinonen ym. 2011, Ropponen ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa selvitetään työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen sosioekonomisia eroja sairausryhmittäin sekä sosioekonomisia eroja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen jälkeisessä kuolleisuudessa. Yhdessä osatutkimuksessa etsitään terveyden, terveystyötytymisen sekä työolojen vaikutusta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen sosioekonomisiin eroihin. Sosioekonomisia eroja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä sairausryhmittäin tutkitaan vuodesta 1988 aina vuoteen 2009. Laajat, luotettavat ja riittävän kattavat

pitkittäisaineistot Suomen väestöstä, eläkkeelle siirtyneistä ja kuolleista, mukaan lukien lukuisat taustatiedot, ovat mahdollistaneet aineiston analysoinnin. Terveys 2000 -aineiston avulla voitiin tutkia työikäisen väestön terveydentilan, terveyskäyttäytymisen sekä työolojen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen sosioekonomiini eroihin.

Terveys 2000 -aineisto sisältää tiedot muun muassa diagnosoiduista somaattisista sairauksista sekä mielenterveyden häiriöistä, jotka jaettiin CIDI-luokituksen mukaan mäsennukseen, ahdistuneisuushäiriöihin sekä alkoholin käyttöön liittyviin häiriöihin. Tämän lisäksi käytössä oli muun muassa henkilöiden oma arvio terveydentilastaan, sairauspäivärahopäivät sekä terveyskäyttäytymiseen liittyviä muuttujia, kuten alkoholinkäyttö, tupakointi, liikunta ja painoindeksi. Terveys 2000 -aineistolla on myös saatu tietoa työntekijöiden työoloista, kuten työmäärästä, työssä vaadittavista taidoista ja vaatimuksista, sosiaalisesta tuesta, työn fyysisestä raskaudesta sekä muun muassa melun ja pölyn aiheuttamista haitoista. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden kuolleisuustutkimuksessa käytössä oli 11 prosentin väestöotos Suomen väestöstä vuosilta 1988–2009. Tämän lisäksi aineisto sisälsi 80 prosentin yllötönnän kuolleista kyseiseltä ajanjaksolta. Mukana olivat myös kuolinsyytiedot.

1990-luvun alussa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen oli varsin yleistä. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on vähentynyt huomattavasti viimeisten vuosikymmenien aikana kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Muutokset työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen yleisyydessä voidaan osittain selittää työmarkkinoiden muutoksella. Varhaisen eläkkeelle siirtymisen on todettu olevan yleisempää taloudellisen kasvun aikoina kuin huonompina aikoina. 1990-luvun alun korkea työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä voidaan osaltaan selittää yksilöllisen varhaiseläkkeen korkeana suosiona. 1990-luvulla tapahtunut työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden väheneminen voidaan sitä vastoin osittain selittää 1990-luvun korkealla työttömyydellä. Tällöin ne, jotka olivat työttömänä, eivät siir-

tyneet työkyvyttömyyseläkkeelle. Alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä väheni erityisesti tuki- ja liikuntaelinten sairauksien takia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä työntekijöillä. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden vähenemistä voidaan myös osittain selittää työikäisen väestön terveydentilan kohentumisella sekä yksilöllisen varhaiseläkkeen ikärajan nousemisella. Myös väestön koulutustaso on muuttunut viime vuosikymmeninä. Pelkän peruskoulutuksen suorittaneiden osuus on vähentynyt samaan aikaan kun ylemmän koulutuksen suorittaneiden osuus on kasvanut. Myös työtehtävät ovat muuttuneet. Teknologian kehitys on muokannut työtehtäviä ja ammatteja. Vaikka kehitys on ollut huimaa, silti monet työtehtävät ovat yhä fyysisesti raskaita.

Tulokset osoittavat, että sosioekonomiset erot työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä ovat suuret ja ne vaihtelevat työkyvyttömyyden syyn mukaan. Työntekijöillä on ylempiä toimihenkilöitä suurempi riski siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Sosioekonomiset erot työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä olivat suurimmat niillä, jotka olivat siirtyneet työkyvyttömyyseläkkeelle tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, mielenterveysperusteisten alkoholisairauksien tai verenkiertoelinten sairauksien vuoksi. Esimerkiksi työntekijöiden riski siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi oli noin viisinkertainen verrattuna ylempiin toimihenkilöihin. Riski oli myös noin viisinkertainen mielenterveysperusteisten alkoholisairauksien takia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä miehillä ja noin kaksinkertainen naisilla.

Työntekijöiden suurta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskiä selittävät pitkälti työntekijöiden usein fyysisesti raskaat työolot, ja nämä näkyvät erityisesti niillä, jotka siirtyvät työkyvyttömyyseläkkeelle tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi. Alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä työolot ovat usein fyysisesti raskaampia kuin enemmän koulutusta vaativissa työtehtävissä. Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä työntekijöillä työky-

vyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski oli noin kaksinkertainen verrattuna ylempiin toimihenkilöihin. Sen sijaan masennuksen takia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä ei huomattu suuria sosioekonomisia eroja.

Myös ikäryhmittäisiä eroja löydettiin. Sosioekonomiset erot olivat suuremmat nuoremmissa kuin vanhemmissa ikäryhmissä niillä, jotka olivat siirtyneet työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveysyiden, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, verenkiertoelinten sairauksien tai hermoston sairauksien vuoksi. 50–64-vuotiailla työntekijämiehillä ja -naisilla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski masennuksen takia oli pienempi kuin saman ikäisillä ylempillä toimihenkilöillä, kun taas 30–54-vuotiailla työntekijämiehillä ja -naisilla riski oli noin puolitoistakertainen. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen sosioekonomisista eroista oli suuri koko tarkastelujaksolla.

Työolojen vaikutus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen sosioekonomisiin eroihin on suuri. Sen sijaan terveyteen liittyvien tekijöiden, kuten sairauksien tai mielen terveyden oireiden tai itse arvioidun terveydentilan, vaikutus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen sosioekonomisiin eroihin oli pienempi. Myöskään terveyskäyttäytymisellä, tässä mitattuna liikkumisella, tupakoinnilla, alkoholin liikkakäytöllä tai liikalihavuudella, ei ollut kovin suurta vaikutusta. Työolojen vaikutus sosioekonomisiin eroihin näkyi erityisesti niillä, jotka siirtyivät työkyvyttömyyseläkkeelle tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi tai jotka olivat 50–62-vuotiaita. Työoloista erityisesti työn fyysisellä raskaudella oli suuri vaikutus sosioekonomisiin eroihin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä.

Työolojen selkeä yhteys työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen sosioekonomisiin eroihin johtunee osaltaan siitä, että työntekijöillä on usein fyysisesti haastavammat työolot kuin ylempillä toimihenkilöillä. Työntekijöiden työolot voivat sisältää paljon muun muassa kantamista, nostamista, huonoja työasentoja tai altistuksia pölylle tai kemikaaleille. Myös pitkät altistusajat fyysisesti raskaalle työlle, usein jopa vuosikymmenet, asettavat

omat vaatimuksensa työntekijöiden terveydelle ja työkyvyille. Työolojen vaikutus näkyy erityisesti sairastuvuutena tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. On myös todettu, että työntekijöillä on ylempiä toimihenkilöitä enemmän terveysongelmia, kuten ylipainoa tai alkoholi-ongelmia.

Sosioekonomiset erot työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä vaihtelivat eri mielenterveysyiden takia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä. Jotkut mielenterveysyyt esiintyvät todennäköisemmin alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tällaisia syitä ovat muun muassa skitsofrenia ja monet päihteiden aiheuttamat mielen terveyden häiriöt. Näiden syiden takia työntekijöillä oli myös suurempi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski kuin ylempillä toimihenkilöillä. Sen sijaan masennuksen takia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen oli lähes yhtä yleistä kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Lisäksi työntekijöillä oli ylempiä toimihenkilöitä suurempi riski joutua mielen terveysperusteisten alkoholisyyden takia työkyvyttömyyseläkkeelle. Tämä johtunee siitä, että liiallinen alkoholin kulutus ja siitä aiheutuvat negatiiviset seuraukset ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Työntekijöillä on myös ylempiä toimihenkilöitä suurempi riski alkoholiperäisiin kuolemiin.

Myös sosioekonomiset erot työkyvyttömyyseläkkeelle verenkiertoelinten sairauksien takia siirtyneillä olivat suuret koko tarkastelujaksolla, vaikka tähän perustuva työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus vähenikin tutkimusajanjaksolla. Verenkiertoelinten sairauksiin liittyviä sosioekonomisia eroja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä selittänevät osittain samat tekijät kuin näihin liittyviä sairastavuus- ja kuolleisuuseroja. Näitä tekijöitä ovat muun muassa biologiset sekä käyttäytymiseen ja terveyteen liittyvät tekijät, kuten fyysinen aktiivisuus, liikalihavuus ja alkoholin käyttö, ja jopa siviilisäät.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä kuolleisuus on suurempaa kuin väestöllä keskimäärin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että sosioekonomiset erot väestön kuolleisuudessa ovat suuret. Sen sijaan sosioeko-

nomiset erot työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden kuolleisuudessa olivat vähäiset. Massennuksen, sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien tai hermoston sairauksien takia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä työntekijöillä todettiin olevan hiukan suurempi kuolleisuuden riski kuin ylempillä toimihenkilöillä. Kun työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä tarkasteltiin kuolinsyittäin, havaittiin, että työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä työntekijöillä oli suurempi kuolleisuus verenkiertoelinten sairauksiin kuin ylempillä toimihenkilöillä. Samoin erityisesti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä työntekijämiehillä oli hiukan suurempi riski kuolla alkoholisairauksiin kuin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä ylempillä toimihenkilöillä.

Löydetyt sosioekonomiset kuolleisuuserot työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä voivat osaltaan selittyä samoilla tekijöillä kuin sosioekonomiset kuolleisuuserot yleensä. Terveyskäyttäytymisellä, kuten alkoholin kuluksella, saattaa olla huomattavakin vaikutus sosioekonomisiin kuolleisuuseroihin. Niillä, jotka olivat siirtyneet työkyvyttömyyseläkkeelle tuki- ja liikuntaelinten sairauksien takia, sosioekonomisia eroja kuolleisuudessa ei havaittu. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen jälkeen työolot eivät enää vaikuta, mikä voi osaltaan tasoittaa sosioekonomisia eroja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen jälkeisessä kuolleisuudessa. Toisaalta työn aiheuttamat pysyvät terveysvaikutukset voivat vielä pitkän aikaa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen jälkeen lisätä kuolleisuuden riskiä.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden kuolleisuustutkimus antaa viitteitä siihen, että työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään samalla lailla terveysperusteisesti kaikista sosioekonomisista ryhmistä, koska kuolleisuusriski työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä on lähes samanlainen kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Toisaalta tähän voivat vaikuttaa monet tekijät. Tulokset voivat toisaalta viitata myös siihen, että sairaimmat ovat kuolleet ennenaikaisesti eivätkä näin ole koskaan edes päätyneet työkyvyttömyyseläkkeelle.

Kirjoitus on YTM Anu Polvisen väitöstilaisuudessaan esittämä lectio praecursoria. Väitöstutkimus "Socioeconomic status and disability retirement in Finland. Causes, changes over time and mortality" tarkastettiin Helsingin yliopistossa 17.8.2016. Väitöskirja on julkaistu Eläketurvakeskuksen tutkimuksia -sarjassa 05/2016. Tutkimus on luettavissa verkko-osoitteessa:

http://www.etk.fi/wp-content/uploads/Socioeconomic_status_and_disability_retirement_in_finland.pdf.

Lähteet

- Leinonen T, Pietiläinen O, Laaksonen M, et al. (2011) Occupational Social Class and Disability Retirement among Municipal Employees – The Contribution of Health Behaviors and Working Conditions. *Scand J Work Environ Health*, 37, 464–72.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E (toim.) (2007) Terveystieteiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, Helsinki.
- Ropponen A, Silventoinen K, Svedberg P, et al. (2011) Health-related risk factors for disability pensions due to musculoskeletal diagnoses: A 30-year Finnish twin cohort study. *Scand J Public Health*, 39, 839–848.

Lapsen osallistumista ja toimijuutta vahvistavien käytäntöjen kehittäminen etenee: LOOK-hankkeen kuulumisia

Lasten kuntoutuksen perustana on lapsen ja perheen arjessa merkityksellisten tarpeiden ja voimavarojen tunnistaminen sekä näihin tarpeisiin vastaava kuntoutuksen suunnittelu yhteistyössä lapsen, perheen ja ammattilaisten kesken (King ym. 2004, Chiarello ym. 2010, Launiainen & Sipari 2011). Ammattilaisten ja lasten vanhempien väliseen yhteistoimintaan painottuvia malleja on kehitetty (esim. Lappalainen 2012, An & Palisano 2014), mutta vähemmän on kiinnitetty huomiota lapsen rooliin, jossa hän on oman kuntoutuksensa ja arjensa aktiivinen toimija, suunnittelija ja päätöksentekijä yhdessä aikuisten kanssa. *Lapsen oikeus osallistua kuntoutukseensa (LOOK) -lapsen edun arviointi* -hankkeessa on tartuttu tähän haasteeseen. Hankkeessa kehitetään lapsen, perheen ja ammattilaisten yhteisiä toimintatapoja ja välineitä, jotka vahvistavat lapsen osallistumista ja toimijuutta omassa arjessaan ja kuntoutuksen käytännöissä.

LOOK-hanke on Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Lastensuojelun Keskusliiton yhteistyöprojekti, jota rahoittaa Kela. Yhteistyö- ja kehittäjäkumppaneina toimivat Resiinafyysio, Terapiakeskus Terapeija, Terapiatalo Tonus ja yritysten vapaaehtoiset lapsiperheet. Kehittämistoiminnassa aktiivisesti mukana on myös HUS:n lasten ja nuorten kuntoutuksen ammattilaisia. Kolmivuotinen hanke jatkuu lokakuun 2017 loppuun.

LOOK-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa tehtiin kirjallisuuskatsaus (Vänskä, Sipari & Pollari 2016), jonka tarkoituksena oli kuvata, mitä lapsen toimijuutta ja osallistumista vahvistavia hyviä käytänteitä on valmiina tarjolla lasten ja nuorten kuntoutuksessa. Katsauksessa tunnistettiin alle 18-vuoti-

aan lapsen osallistumisen arviointiin soveltuvia geneerisiä arviointimenetelmiä, joiden käytössä lapsi itse on mukana, ja kuvattiin lapsen osallistumista ja toimijuutta kuntoutuksessa vahvistavia menetelmiä ja toimintatapoja. Kirjallisuushaku suoritettiin sähköisiin tietokantoihin ja rajattiin vuosina 2000 - 2015 julkaistuihin artikkeleihin. Sisäänotto-kriteerit täyttäneitä, lapsen osallistumista arvioivia mittareita löytyi 11. Katsauksen kautta löytyneitä arviointimenetelmiä ei ole virallisesti suomennettu ja validoitu Suomessa, mutta joitain (COSA Children's Leisure Assessment Scale; CAPE Children's assessment of participation and enjoyment ja PAC Preference for activities of children) on hyödynnetty esimerkiksi hankkeissa ja opinnäytetöissä (Asteljoiki & Pulli 2006, Nyholm & Penttinen 2009).

Katsauksessa löydettiin 17 julkaisua, joissa kuvattiin lapsen toimijuutta ja osallistumista vahvistavia kuntoutuksen toimintatapoja ja menetelmiä. Tulosten perusteella keskeistä on ammattilaisten lapsilähtöinen asenne, lapsen näkökulman arvostaminen sekä lapsentahtiset, lapsen ja perheen valmistautumisen mahdollistavat ja yhdessä sovitut käytänteet. Lapsen mahdollisuus tehdä valintoja sekä ilmaista tunteita ja tahtoa omilla kommunikointikeinoillaan, samoin kuin toiminnan soveltaminen lapselle mielekkääksi, mahdollistavat lapsen toimijuutta ja osallistumista yhdessä aikuisten kanssa. Ympäristökäytännöiden huomioiminen ja erityisesti asenteisiin vaikuttaminen lapsen arjessa ja kuntoutustilanteissa haastaa ammattilaiset paitsi reflektoimaan omaa toimintaansa myös tarkastelemaan esimerkiksi sitä, miten kuntoutuksen tavoitteissa ja toteuttamisessa huomioidaan lapselle tärkeät ikäto-

verisuhteet ja tuetaan lapsen osallisuutta hänelle merkitykselliseen yhteisöön. Tärkeää on myös, että lapsilähtöiset toimintatavat sidotaan osaksi kaikkea kuntoutuksen toimintaa eikä jätetä vain yksittäisiksi hetkiksi ja tilanteiksi, jotka kiireessä jäävät pois. (Vänskä, Sipari ja Pollari 2016.)

Kirjallisuuskatsauksen sekä lapsille, vanhemmille ja ammattilaisille kohdistetun haastattelututkimuksen tulosten ja kehittäjäkumppanien yhteiskehittelyn pohjalta kehittämisen suunniksi valikoitui kolme toimintatapaa. Nämä ovat: 1) lapselle arjessa merkityksellisen toiminnan tunnistaminen, kuvaus ja hyödyntäminen kuntoutuksessa, 2) lapsen, perheen ja ammattilaisten sekä arjen toimijoiden yhteisen vastavuoroinen neuvottelu sekä 3) lapsen suoritusten ja osallistumisen ekologinen arviointi (The ecological assessment of activities and participation), joka on lasten kuntoutuksen tutkijoiden Robert Palisanon ja Lisa Chiarello (2011) kehittämä, vielä julkaisematon arviointimenetelmä (Palisano ym. 2012). Kolmea toimintatapaa koetellaan ja kehitetään yhteistyössä lasten, vanhempien ja ammattilaisten kanssa vuoden 2016 aikana. Kehittämisen tuloksia julkaistaan ja juurrutetaan vuonna 2017.

Lasten kuntoutuksen ammattilaiset ovat tervetulleita hankkeen maksuttomiin koulutuksiin keväällä 2017. Koulutuksista ja hankkeesta voi lukea lisätietoa hankkeen [www-sivuilla osoitteessa: look.metropolia.fi](http://www.sivuilla osoitteessa: look.metropolia.fi).

Nea Vänskä, TtM, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Salla Sipari, FT, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kirsi Pollari, OTM, TtM, YTM, erityisasiantuntija, Lastensuojelun keskusliitto

LOOK-hanketta esiteltiin Kuntoutus-lehden nuorten kuntoutuksen teemanumerossa 1/2015.

Lähteet

- An M, Palisano RJ (2014) Family-professional collaboration in pediatric rehabilitation: a practice model. *Disability & Rehabilitation* 36, 5, 434–440.
- Asteljoki S, Pulli S (2006) The child occupational self-assessment (COSA version 2.1). Lasten toimintamallisuuksien itsearviointi COSA:n esittely ja suomentamisprosessi. Toimintaterapian koulutusohjelma, opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Chiarello LA, Palisano RJ, Maggs, JM, Orlin MN, Almasri N, Kang LJ, Chang HJ (2010) Family priorities for activity and participation of children and youth with cerebral palsy. *Physical therapy* 90, 9, 1254–1264.
- King S, Teplicky R, King G, Rosenbaum P (2004) Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature. *Seminars in Pediatric Neurology* 11, 1, 78–86.
- Lappalainen P (2012) Lasten kuntoutuksen toimintamallin kehittäminen Oulunkaaren alueella. Kuntoutuksen koulutusohjelma, YAMK-opinnäytetyö, Oulun ammattikorkeakoulu.
- Launiainen H, Sipari S (2011) Lapsen hyvä kuntoutus käytännössä. Lapsen ja nuoren hyvän kuntoutuksen toteutuminen palveluverkostoissa -projekti 2007–2011. Vajaaliikkeisten Kunto ry. Helsinki.
- Nyholm P, Penttinen N (2009) CP-vammaisten lasten vapaa-ajan vietto ja toiveet. Sosiaali- ja terveystieteiden opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Palisano RJ, Chiarello LA (2011) Ecological assessment of activity and participation. *Physical therapy & rehabilitation sciences department, Drexel University, Philadelphia, PA, USA*. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Palisano RJ, Chiarello LA, King GA, Novak I, Stoner T, Fiss, A (2012) Participation-based therapy for children with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation* 34, 12, 1041–1052.
- Vänskä N, Sipari S, Pollari K (2016) Lasten osallistumista ja toimijuutta vahvistavat kuntoutuksen hyvät käytännöt kirjallisuudessa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kelan työpapereita 94. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/161355>

Uutta AVH:n hoidosta ja kuntoutuksesta

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys aivoverisuonten tai aivoverenkieron sairauksille. Suomessa vuosittain runsaat 15 000 henkilöä saa *aivoinfarktin* eli aivoverisuonitukoksen, joka on häiriötyypeistä yleisin (Aivoinfarkti ja TIA, Käypä hoito suositus 2016). Kyseessä on määrältään ja kustannusvaikutuksiltaan merkittävä sairausryhmä, jota koskeva tutkimustieto lisääntyy vauhdilla.

Kehittyneen akuuttihoidon vuoksi valtaosa sairastuneista selviää hengissä. Jo erittäin tehokkaaksi hioutuneesta ensihoidosta huolimatta alati kehitetään uusia, hoitotuloksia yhä parantavia menettelytapoja ja tekniikoita.

Hiljattain päivitetyn Aivoinfarktin Käypä hoito -suosituksen (2016) merkittävin uudistus on mekaaninen suonensisäinen tukostenpoistomenetelmä (trombektomia), jonka vaikuttavuudesta on saatu vahva näyttö. Tämä uusi hoitomuoto paikkaa erityisesti sellaisten potilaiden tilannetta, jotka pääsevät hoidon piiriin silloin, kun ensisijainen hoitomuoto, liuotushoito, on liian myöhäistä tai muutoin poissuljettua.

Akuuttihoidon jälkeen kuvaan astuu kuntoutus, jonka laadulla on suuri merkitys. Joka neljäs aivoinfarktiin sairastunut on työikäinen, ja heistä puolet ei kykene palaamaan töihin (Kauranen ym. 2013). Työkyvyn menettämisen ja kuntoutustarpeen takia aivoverenkiertohäiriö on kolmanneksi kallein kansansairaus kattaen peräti puoli prosenttia Suomen bruttokansantuotteesta (Meretoja 2011).

Moniammatillinen AVH-kuntoutus siihen erikoistuneessa yksikössä vähentää kuolleisuutta ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riskiä. Laadukas hoito ja tehokas kuntoutus näkyvät lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. (Stroke Unit Trialists' Collaboration 2013, Lohse, Lang & Boyd 2014).

Suomessa kuntoutuksen saatavuudessa on alueellisia eroja. Tilanne pääkaupunkiseudulla ja työikäisten keskuudessa on verrattain hyvä. Helsingin alueella yli puolet vuosina 2007–2009 seuratuista työikäisenä sairastu-

neista ohjautui kuntoutukseen, joka useimmiten oli toimintaterapiaa ja/tai fysioterapi-aa. Neljäsosa sai tiedonkäsittelytoimintojen kohentamiseen keskittyvää neuropsykologista kuntoutusta, joka alkoi selvästi muita kuntoutusmuotoja myöhemmin, keskimäärin kaksi kuukautta sairastumisen jälkeen. (Uimonen, Poutiainen & Mustanoja 2014.)

Aivoliiton tuoreen selvityksen mukaan koko väestön keskuudessa AVH-kuntoutus toteutuu kuitenkin keskimäärin heikosti. Valta-kunnallisen laitospohjaisen kuntoutuksen keskittävän selvityksen mukaan vain noin 15 prosenttia pääsee akuuttivaiheen jälkeen moniammatilliseen kuntoutukseen, jota vaille erityisesti eläkeikäiset usein jäävät vaikka tutkitusti hyötyisivät siitä (Koskinen 2016). Iän lisäksi kuntoutuksen ohjautumiseen vaikuttaa oireiden vaikeusaste.

Alkuvaiheessa todetut neuropsykologiset oireet kuten muistin, keskittymisen tai toiminnanohjauksen häiriöt ennustavat työikäisenä sairastuneen työhön paluuta paremmin kuin esimerkiksi ikä, koulutus, aivovaurion piirteet tai neurologiset oireet. Jokainen alkuvaiheessa todettu neuropsykologinen häiriö yli kaksinkertaisti työkyvyttömyyden riskin kahden vuoden seurannassa. (Kauranen 2013.) Neuropsykologisella oirekuvalla on oleellinen rooli myös etuuskien tarpeessa (Kauranen 2015). Neuropsykologinen tutkimus on siis hyödyllinen työkalu AVH-potilaan hoidossa.

Saatavuudessa todetut puutteet ja niiden kustannusvaikutukset huomioiden AVH-kuntoutusta tulee kehittää. Moniammatillisen, erityisosaamista edellyttävän kuntoutuksen tarve ja tuloksellisuus tulee huomioida myös SOTE-uudistusta tehtäessä. AVH-kuntoutus tulee keskittää riittävän isoihin yksiköihin, joissa moniammatillinen kuntoutus pääsee alkamaan välittömästi ja jatkumaan keskeytyksettä. Kuntoutustarve tulee todennäköisesti vain kasvamaan väestön ikääntyessä, työurien pidentyessä ja työn kognitiivisten vaatimusten lisääntyessä.

**Johanna Stenberg, psykologitutkija,
PsM, Kuntoutussäätiö**

Lähteet:

- Aivoinfarkti ja TIA (online) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 15.11.2016). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi
- Kauranen T, Turunen K, Laari S, Mustanoja S, Baumann P, Poutiainen E (2013) The severity of cognitive deficits predicts return to work after a first-ever ischaemic stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 84(3), 316–321.
- Kauranen T, Laari S, Turunen K, Melkas M, Mustanoja S, Baumann P, Poutiainen E (2015) Use of stroke-related income supplements and predictors of Use in a working-aged Finnish ischemic stroke cohort. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24(8), 1715–1723.
- Koskinen M (2016) AVH: n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutumisen 2013–2015. AVH-kuntoutuksen seuranta-tutkimuksen loppuraportti. Haettu 15.11.2016 osoitteesta www.aivoliitto.fi/.
- Lohse K R, Lang C E, Boyd L A (2014) Is more better? Using metadata to explore dose-response relationships in stroke rehabilitation. *Stroke*, 45(7), 2053–2058.
- Meretoja A (2012) Aivohalvaus – kallis kansansairautemme. *Duodecim*, 128(2), 139–145.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Uimonen J, Poutiainen E, Mustanoja S (2014) Työikäisen aivoinfarktipotilaan lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutus pääkaupunkiseudulla. *Suomen Lääkärilehti*; 69, 1721–1726.

Järjestötoimintaan osallistumista huono-osaisuuden näkökulmasta tutkittiin THL:n ja RAY:n tutkimusohjelmassa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Raha-automaattiyhdistyksen yhdessä koordinoimassa järjestökentän tutkimusohjelmassa pyritään tuottamaan mittavasta, alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineistosta sellaisia analyysejä, jotka palvelevat järjestötoiminnan kehittämistä ja auttavat ymmärtämään järjestötoimintaan osallistumisen merkityksiä ihmisille itselleen. *Osallistuminen, hyvinvointi ja sosiaalinen osallisuus* -julkaisussa järjestökentän tutkijat tarkastelevat taloudellisia vaikeuksia kokevien osallistumista sote -järjestöjen toimintaan, työelämästä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten aikuisten sosiaalista osallisuutta, päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toimintaan osallistuneiden hyvinvointia, vammaisjärjestöjen toimintaan osallistumisen merkitystä vammaispalvelujen käyttäjille sekä elintapojen yhteyttä huono-osaisuuteen.

Heikosti toimeentulevien sekä nuorten työttömien ja työkyvyttömien aikuisten osallistuminen

Tutkimuksen mukaan syrjäytymisvaarassa olevien osallistumisessa järjestöjen ja yhtei-

söjen toimintaan suhteessa muuhun väestöön ei ollut eroa alueellisesti. Sen sijaan nuorilla aikuisilla osallistumattomuudelle annetut syyt vaihtelivat hieman työllisyystilanteen ja alueiden välillä.

Kaupunkialueella osallistumista rajoittaa tiedonpuute, kehysalueella ajanpuute ja maaseudulla kulkuyhteydet. Työttömät tai työkyvyttömät kertoivat osallistumattomuuden syyksi ensisijaisesti sen, että tarvetta tulla mukaan toimintaan ei ollut, ja toiseksi sen, että kiinnostavaa vaihtoehtoa ei omalla alueella ole tarjolla.

Heikoimmassa asemassa olevat naiset osallistuvat aktiivisesti sote-järjestöjen toimintaan eri puolella Suomea. Tutkimukseen osallistuneista miehistä reilulla yhdeksällä prosentilla oli taloudellisia vaikeuksia. Tämä osa miehistä vaikuttaisi kuitenkin osallistuvan yleisemmin sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan kuin ne, joilla vaikeuksia ei ollut.

Alueellisten erojen ja osallisuuden tutkiminen osana kansallista alue- ja hyvinvointitutkimusta antaa niin kuntien ja alueiden palveluiden kehittäjille kuin järjestöillekin mah-

dollisuuden kohdentaa toimintaa tarkemmin myös syrjäytymisvaarassa oleville.

Vertaistukea vammais- ja omaisjärjestöistä

Vammaispalveluita tarvinneille tärkeimpiä syitä järjestötoimintaan osallistumiselle ovat muiden samassa tilanteessa olevien ihmisten tapaaminen ja vertaistuki sekä avun tai tuen saaminen omaan elämäntilanteeseen.

Vammaispalveluja tarvinneet henkilöt voivat tutkimuksen mukaan selvästi huonommin kuin muu väestö. Tutkimus antaa viitteitä siihen, että järjestötoiminnalla on vaikutusta hyvinvointiin. Vammais- ja omaisjärjestöjen toimintaan osallistuneet kärsivät masennuksesta harvemmin kuin ne, jotka eivät osallistu vammais- tai omaisjärjestötoimintaan. Kaikkein alimmaksi elämänlaatunsa arvioivat ne vammaispalveluja tarvinneet, jotka eivät osallistu minkäänlaiseen järjestötoimintaan.

Tutkimuksessa ei ollut mahdollista selvittää syy-seuraus-suhdetta: lisääkö järjestötoimintaan osallistuminen vammaispalveluja tarvinneiden kokemaa hyvinvointia vai onko niin, että ne, jotka kokevat voivansa paremmin, jaksavat myös olla aktiivisempia ja siksi osallistuvat enemmän.

Kaikkiaan järjestötoimintaan 12:n viime kuukauden aikana oli osallistunut noin puolet vammaispalveluja tarvinneista, samoin kuin myös niistä, jotka eivät tarvinneet vammaispalveluja. Vammaisjärjestöjen ja/tai omaisjärjestöjen toimintaan oli osallistunut noin viidennes (19,7 %) vammaispalveluja tarvinneista.

Lähteet:

Kuntoutussäätiön tiedote 25.11.2016: Kuntoutussäätiö tutkii alueellisten erojen vaikutuksia osallisuuteen

Kehitysvammaliiton tiedote 25.11.2016: Vertaistukea vammais- ja omaisjärjestöistä

Julkaisu

Jukka Murto ja Oona Pentala (toim.): "Osallistuminen, hyvinvointi ja sosiaalinen osallisuus. ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma." Työpaperi 38/2016, THL, Helsinki. Julkaisua tekemässä ovat olleet Raha-automaattiyhdistys, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, UKK-instituutti, Kuntoutussäätiö, A-Klinikkasäätiö ja Kehitysvammaliitto.

Väitös:

Järjestöt julkisen kumppanista markkinoiden puristukseen

YTM Riitta Särkelän väitöstutkimus analysoi sosiaali- ja terveysjärjestöjen muutosta sosiaalipalvelujen tuottajana. Väitöstutkimuksessa käy ilmi, että nyt esitettävät sote-ratkaisut eivät ole uusia. Julkisten palvelujen laittaminen samaan asemaan yritysten kanssa oli tutkija Särkelän mukaan esillä jo 1990-luvun lammassa. Silloin sen toteuttamiselle ei ollut poliittisia edellytyksiä. Särkelän mukaan nyt on olemassa riski, että murennetaan lopullisesti Suomessa ollut pohjoismainen hyvinvointimalli ja siihen kuuluva yhteisvastuun lähtökohta.

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on ollut suuri merkitys sosiaalipalvelujen kehittäjinä ja tuottajina Suomessa. Monet kuntien vastuulla olevat sosiaalipalvelut ovat järjestöjen kehittämistyön tuloksia. Särkelän mukaan kuntien ja järjestöjen kumppanuus murtui tutkimuksen tarkastelujakson aikana ja muuttui ostopalvelusuhteiksi.

Särkelän mukaan tärkeimmät tekijät järjestöjen palveluntuottaja-aseman muutoksessa olivat eri hallitusten aikana palvelumarkkinoiden vaiheittainen rakentaminen kilpailukyvyyn vahvistamiseksi, markkinalo-

giikan tuominen julkiseen hallintoon ja valtionosuusuudistusten kautta tapahtunut pää-
tösvallan hajauttaminen sosiaali- ja terveys-
palveluissa kunnille. Suomen ensimmäisessä
kansallisessa hankintalaissa 1990-luvun alus-
sa sosiaali- ja terveyspalveluja ei suljettu kil-
pailuttamisen ulkopuolelle kansallisella poliit-
tisella päätöksellä toisin kuin monissa muissa
Euroopan maissa. Myöhemmin hankintalakeja
uudistettaessa sosiaali- ja terveyspalveluja ei
enää voitu rajata hankintojen ulkopuolelle ja
niiden erityistä luonnetta ei riittävästi otettu
huomioon.

Väitöstutkimus osoittaa, että sosiaali- ja
terveyspalveluiden hankinnassa hinta nousi
tärkeimmäksi tekijäksi laadun kustannuk-
sella. Sosiaalipalvelujen tuottaminen on kes-
kittymässä suurille palveluyrityksille. Osassa
sosiaalipalveluja, esimerkiksi lapsiperheiden
ja vammaispalvelujen alueella, järjestöillä on
vielä edelleen tärkeä asema. Erityisen tärkeä se
on sellaisissa vaativissa sosiaalipalveluissa, esi-
merkiksi päihdeäitien kuntoutus ja viittoma-
kielisten palvelut, joissa ei ole muita tuottajia.

Politiikan muutos hyvinvointivaltiota
palvelumarkkinoiden rakentamiseen vaikutti
myös järjestöjen tärkeimmän rahoittajan Ra-
ha-automaattiyhdistyksen rahoituslinjauksiin
1990-luvun lopulta alkaen. Yrittäjät kyseen-
alaistivat sen avustusten oikeutuksen markki-
noiden toimintaa vääristävänä. Samanaikai-
sesti RAY:n rahapeleihin liittyvä yksinoikeus-

asema oli Euroopan yhteisön tuomioistuimen
arvioitavana. Nämä tekijät saivat yksinoike-
usaseman menettämisen pelosta RAY:ssä ai-
kaan suuren varovaisuuden rahoituspäätök-
sissä. Lopulta se vetäytyi kokonaan järjestöjen
tuottamien palvelujen rahoituksesta.

Eri tahot kritisoivat tutkimuksen mukaan
RAY:n vetäytymistä järjestöjen palvelujen ra-
hoituksesta. Toisin toimiminen olisi edellyttä-
nyt poliittisia linjauksia ja päättäjien tukea, jo-
ta RAY ei saanut. Särkelä arvio, että olisi ollut
perusteltua ja mahdollista rajoittaa sellaisten
palvelujen rahoituksesta vetäytymistä, joissa
ei ollut muita yksittäisiä järjestöjä lukuun ot-
tamatta muita tuottajina eikä ollut edellytyk-
siä markkinoiden syntymiselle.

Lähde:

Ensi- ja turvakotien liiton tiedote 21.10.2016.

*YTM Riitta Särkelän väitöskirja ”Järjestöt jul-
kisen kumppanista markkinoiden puristuk-
seen: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen muutos
sosiaalipalvelujen tuottajana vuosina 1990–
2010” tarkastettiin Lapin yliopiston yhteis-
kuntatieteellisessä tiedekunnassa 28.10.2016.
Väitöskirja on Ensi- ja turvakotien liiton jul-
kaisu 40. Verkko-versio (pdf): ISBN 978-951-
9227-81-8. ISSN 2343-4961.*

Kuntoutuksen tutkimusseminaari veti THL:n salit täyteen

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisselitys
Kutke ry järjesti 24.11.2016 viidettä ker-
taa kuntoutuksen tutkimusseminaarin, nyt
yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin lai-
toksen kanssa otsikolla ”Kuntoutuksen tutki-
mus kokeiluyhteiskunnassa”. Seminaarin oh-
jelma koostui kolmesta pääpuheenvuorosta,
yhdestä paneelistä, neljän rinnakkaisession
esityksistä sekä posteriesityksistä. Seminaa-
rin abstraktikirja on julkaistu verkossa avoi-

nessa julkaisuarkistossa (www.julkari.fi).

Kelan johtavan ylilääkärin Ilona Autti-
Rämön puheenvuoron aiheena oli kuntoutu-
minen, josta on juuri ilmestynyt saman nimi-
nen Duodecimin kustantama kirja. Siinä kun-
toutuminen on määritelty uudelleen niin, että
korostetaan kuntoutumista yhteisenä proses-
sina ja kuntoutujan aktiivista roolia. Kuntou-
tus ja kuntoutustoimenpiteet taas viittaavat
ammattilaisten vastuulla olevaan prosessiin.

Autti-Rämö korosti, että sosiaali- ja terveydenhuollossa jokaiseen asiakaskohtaamiseen tarvitaan voimaannuttava, kuntouttava työote. Keskeistä on kuntoutustarpeiden tunnistaminen ja oikea-aikainen reagointi, realististen ja kuntoutujalle merkityksellisten tavoitteiden asettaminen, tavoitteiden saavuttamista tukevien toimenpiteiden järjestäminen arkiympäristössä sekä motivaation ylläpitäminen. Interventioiden kohteena ja toteuttajana ei ole vain kuntoutuja vaan myös hänen elinympäristönsä henkilöt. Autti-Rämön mukaan kuntoutuksen arvonnousu lääketieteellisen hoidon varjosta edellyttäisi näyttöön perustuvien menetelmien ja kuntoutuksen hyvien käytäntöjen käyttämistä sekä toimintakulttuurin ja asenteiden muutosta. Näitä muutoksia ovat kuntoutujan kuuleminen ja tukeminen, sujuva yhteistyö toimijoiden kesken, arviointimenetelmien kehittäminen sekä koulutus.

Kelan johtava tutkija Riitta Seppänen-Järvelä piti puheenvuoron monimenetelmällisyydestä (mixed methods), laadullisten ja määrällisten menetelmien yhdistämisestä, kuntoutuksen tutkimuksessa. Monimenetelmällisyyden avulla ilmiötä voidaan ymmärtää syvällisemmin, systeemisenä ilmiönä, ja esimerkiksi selvittää, minkä toiminnan kautta hyvät tulokset on saatu. Tutkimusotteessa tärkeää on aineistojen aito vuorovaikutus ja analyysiprosessin iteratiivinen luonne. Olennaista on, että käytettävät menetelmät määrittävät tutkimustehtävän mukaan. Tätä metodiikkaa käytetään Kelan Muutos-hankkeessa, jossa selvitetään, mitä vaikutuksia Kelan kuntoutuspalveluiden muutoksilla on asiakkaille.

THL:n johtava tutkija Sanna Väyrynen tarkasteli puheenvuorossaan sosiaalista kuntoutusta sosiaalityön käytännöissä ja tutkimuksessa. Yksinkertaisimmillaan sosiaalinen kuntoutus on sosiaalihuoltolain mukaista työtä, jossa sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen menetelmin annetaan tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi. Esimerkkeinä Väyrynen käytti päihde- ja mielenterveyskuntoutusta ja vankilasta vapautuvien jälkihuoltoa. Päihdeongelmaa on perinteisesti käsitelty Suomessa sosiaalisena ongelmana, jolloin keskiössä ovat olleet arjen ongelmat ja

sosiaalihuollon keinot. Nyttemmin on korostunut lääketieteellinen näkökulma ja lääkehoito, jolloin päihdeongelman sosiaalisen luonteen ymmärrys saattaa hämärtyä. Väyrynen muistutti, että suurimmalla osalla päihdeongelmaisista on myös mielenterveyden häiriö. Haasteena onkin yhdistää nämä alueet kuntoutuksessa ja saavuttaa ymmärrys molemmista. Väyrynen summasi yhteen sosiaalisen kuntoutuksen hyvät käytännöt: intensiivinen ja välittävä työote, arkea tukeva toiminta, muutosta tukevat keskustelut ja verkostomainen työote.

Iltapäivän loppuksi professori Marketta Rajavaara Helsingin yliopistosta toimi moderaattorina paneelissa ”Kuntoutuksen tutkija kokeiluyhteiskunnassa”, jossa kuultiin hiljattain väitelleitä tutkijoita kuntoutuksen alalta. Samalla konkretisoitui kuntoutuksen monialaisuus. Panelistit ja heidän väitösaiheensa olivat seuraavat:

- VTT Ulla Buchert: Maahanmuuttajuuden institutionaaliset kategoriat. Helsingin yliopisto, helmikuu 2015
- LT Rajja Kerätär: Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän - Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikais-työttömillä. Oulun yliopisto, tammikuu 2016
- YTT Marjatta Martin: Vammaisen nuoren omat tavoitteet onnistuneen kuntoutuksen lähtökohtana. Lapin yliopisto, kesäkuu 2016
- LT Tero Raiskila: Depression varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. Tampereen yliopisto, huhtikuu 2016
- KT Erja Sandberg: ADHD perheessä - opetus-, sosiaali- ja terveystoimen tutkimusodot ja niiden koettu vaikutus. Helsingin yliopisto, toukokuu 2016.

Rajavaara arveli, että ”kokeiluyhteiskunta” tuo kokeilujen leviämisen myös kuntoutukseen, terveydenhuoltoon ja työllisyyden hoitoon niin, että kokeilut tulevat osaksi normaalia palvelu- ja etuustoimintaa. Lähestymistapa muuttuu tulevaisuusorientoituneeksi. Paneelissa kuntoutuksen tutkimuksen paikkaa etsittiin - ja samalla kuntoutuksen monialai-

suutta hahmoteltiin – kysymyksellä ”Oletko kuntoutuksen tutkija?” Tähän panelistit vastasivat vaihtelevasti kyllä tai ei. Väitöstyön tekemisen lähtökohdat vaihtelivat, ja esimerkiksi rahoituksen saamisen esteenä saattoi olla se, että kuntoutus aiheena ja valittu metodologia olivat omalle tieteenalalle vieraita.

Panelistien vastaukset siihen, miten heidän väitöstutkimustaan on hyödynnetty, vaihtelivat muun muassa sen mukaan, oliko tutkimus osa jotakin hanketta vai ei. Tutkijat totesivat, että vaikka tutkimusta ei olisi suoraan hyödynnetty päätöksenteossa, tärkeämpää oli runsas kuuleminen ammatillisessa työssä ja se, että soveltamispotentiaalia on. Todettiin, että tutkimusta voi hyödyntää monin tavoin, niin käsitteellisesti, poliittisesti kuin muillakin tavoin.

Lopuksi panelisteja haastettiin välittämään yksi tulos, jonka he haluaisivat välittää syyskuussa asetetulle kuntoutuksen uudistamiskomitealle. Terveiset on koottu seuraavassa.

Tutkijoiden terveiset

- Kuntoutuksella on merkitystä! Vahvoja selviytymistarinoita tuli esiin.
- Kuntoutus vaatii monisyistä lähestymistä, kun asiakkaiden tilanteet ja vaikeudetkin ovat monisyisiä.
- Toimijoiden yhteistoiminta on matala-asteista, jos se perustuu vain tiedonvaihtoon; korkea-asteiseen yhteistoimintaan tarvitaan rakenteet ja yhteiset strategiat.
- Asiakaskeskeisyys paradigmaksi: kuntoutujien kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksia lisättävä.
- Puuttuu kokonaisvaltaisuus, joka vie kuntoutusprosessia eteenpäin. Palveluiden segregoituneisuus vaikeaa nuorille asiakkaille, jotka eivät ole tottuneet viranomaisasiointiin muutenkaan.
- Nivelvaiheessa, peruskoulun päättyessä, heikoilla olevat nuoret putoavat, heitä on tuettava.
- Lääketiede on niin vahva vaikuttaja kuntoutuksessa, että kuntoutuksen arvo tulee esiin vasta, kun lääketieteessä ajattelutapa muuttuu näkemään kuntoutuksen laajemmin kuin yksilöön kohdistuvana toimenpiteenä.

Rinnakkaisessiodien aiheina olivat kuntoutustarve, interventiot ja työkyvyn tuki. Seuraavassa on poimintoja sessioiden esityksistä sekä postereista.

Koettu kuntoutustarve ja huolenpitovastuut ikääntyvillä työntekijöillä (Hanna Rinne ym., Kuntoutussäätiö)

Tilastokeskuksen Työolotutkimuksen aineistoista selvitettiin, että 50–64-vuotiaista työntekijöistä miehistä 45 prosentilla ja naisista 55 prosentilla oli huolenpitovastuita esimerkiksi lapsenlapsista ja/tai omista vanhemmista. Aikuisista huolehtiminen ei ollut yhteydessä koettuun kuntoutustarpeeseen. Naisilla koettu kuntoutustarve oli sitä yleisempää, mitä enemmän huolenpitovastuutunteja lapsista oli. Kuntoutustarpeen kokeminen oli yleisintä niillä, jotka huolehtivat sekä lapsista että aikuisista. Naisilla sosioekonominen asema ja molemmilla sukupuolilla mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön selitti osan eroista. Johtopäätöksenä todettiin, että vanhempien auttaminen saattaa olla vahvemmin yhteydessä resursseihin ja auttamismahdollisuuksiin kuin lasten auttaminen.

Juuret kahdessa maassa – siirtolaisten kokemuksia vanhenemisesta kotimaan ulkopuolella (A. Arola, Göteborgin yliopisto, Arcada ammattikorkeakoulu, ym.)

Haastattelututkimuksessa kuvataan Ruotsissa asuvien suomalaistaustaisten, ikääntyvien siirtolaisten kokemuksia omista terveyteen vaikuttavista resursseistaan arkipäivässä. Tutkimusote on salutogeeninen ja voimavaroihin keskittyvä. Tulosten mukaan näiden henkilöiden toiminta ja osallisuus arjessa rakentuvat kahden maan, entisen kotimaan ja nykyisen asuinmaan, ympärille. Huumori, positiivinen asenne ja luova ajattelutapa ovat resursseja, joita käytetään terveyden ylläpitämiseen. Johtopäätöksenä todetaan, että terveyden ja hyvinvoinnin tunnetta vahvistavat katkeamattomat yhteydet kotimaahan. Henkilökeskeinen lähestymistapa tukee ikääntyvien siirtolaistaustaisten henkilöiden mahdollisuuksia kokea terveyttä ja hyvinvointia arkipäivässä omin ehdoin.

ICF:n käytäntöön vienti yliopistosairaalan kuntoutustyössä ja apuvälinepalveluissa (Ulla Jämsä, OYS, ym.)

WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF tarjoaa eri ammattiryhmille yhdenmukaisen viitekehysten, kielen ja työvälineitä toimintakyvyn kuvaamiseen. ICF:n käyttöönotto on osoittautunut haasteelliseksi. PPSHP:ssä (OYS) kehitettiin toimintatutkimuksen avulla ja moniammatillisena yhteistyönä malli ICF-luokituksen käytäntöön vientiin yhdessä Oulun seudun ammattikorkeakoulun kanssa. Lähtötilanteessa yli 50 %:lla ICF-osaaminen oli tasolla 1-2 (asteikolla 1-10). Lähes 80 % ei ollut koskaan käyttänyt ICF:ää. Henkilöstö oli motivoitunut ICF-luokituksen haltuunottoon ja käyttöön. Työntekijät kokivat ICF:n käyttöönoton vaativan johdon sitoutumista, teoreettista moniammatillista oppimista sekä työpajatyökentelyä. Johtopäätöksinä todetaan, että ICF:n käyttöönotto tarvitsee koulutusta ja pitkäjänteisen prosessin. Interventioissa tulee käyttää moniammatillisia yhdessä oppimisen keinoja. Toimintatapojen muutos edellyttää teoreettista tietoa ja yhteistä keskustelua. ICF-työkalujen käyttöönoton tulee lähteä työyksikön omista tarpeista.

Mielenterveyden ongelmia ja oppimisen vaikeuksia kartoittava seulontamenetelmä (Johanna Stenberg, Kuntoutussäätiö, ym.)

RAY:n rahoittaman NUTTU – Nuoret tuella työelämään -hankkeen tavoitteena on kehittää seulontamenetelmä alle 25-vuotiaiden työttömien tai työttömyysuhan alaisten nuorten mielen-terveyden ongelmien ja oppimisen vaikeuksien kartoittamiseksi. Alustavien tulosten mukaan kehitteillä olevan seulontamenetelmän avulla voidaan tunnistaa nuoria, joiden oppimisen vaikeudet ovat jääneet aikaisimmin tunnistamatta. Tulosten perusteella nuorten mielen-terveyden ongelmat ja oppimisen vaikeudet vaikuttavat olevan läheisesti yhteydessä toisiinsa.

*Sydänkuntoutujien näkemyksiä teknologias-
ta kuntoutuksessa (Arja Piirainen, Jyväskylän
yliopisto, ym.)*

Sydänsairaudet johtavat edelleen kuolinsy-tilastoja maailmassa. Vain alle puolet sydän-sairaista osallistuu kuntoutukseen. Uusia etäteknologiaa hyödyntäviä kuntoutustapoja kehitetään. Tässä tutkimuksessa selvitettiin ryhmähaastattelun ja sisällönanalyysin keinoin sydänkuntoutuskurssille osallistuvien näkemyksiä etäteknologiasta mm. arjessa ja työvälineenä. Osallistujat saivat itse määrittellä teknologian. Tuloksena oli, että joka toinen kuntoutuja koki teknologian itselleen vieraaksi, jota he eivät ymmärtäneet tai heillä ei ollut käytössä välineitä. Toisaalta teknologiasta myös innostuttiin ja sen käyttö koettiin mielekkääksi etenkin arjen tukena ja työssä. Kuntoutujat halusivat myös itse kehittää etäteknologisia ratkaisuja.

*Etäteknologian vaikuttavuus liikunnallisessa
kuntoutuksessa, järjestelmällinen kirjallisuus-
katsaus ja meta-analyysi (Tuulikki Sjögren, Jy-
väskylän yliopisto, ym.)*

Etäteknologian käyttö on yleistynyt kuntoutuksessa, mutta sen vaikuttavuutta ei ole tutkittu riittävästi. Tässä järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin etäteknologiaa hyödyntävän liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuutta kuntoutujien toimintakyvyn. Suuntaa antavissa tuloksissa havaittiin, että etäteknologiaa hyödyntävä liikunnallinen kuntoutus lisäsi fyysistä aktiivisuutta henkilöillä, joilla oli diagnosoitu sairaus, verrattuna tavanomaiseen tai minimaaliseen liikunnalliseen kuntoutukseen ilman etäteknologiaa. Vaikuttavuutta havaittiin myös sydänkuntoutujien ja MS-kuntoutujien fyysisen aktiivisuuden lisääntymisessä, painonpudotuksessa ja koetussa elämänlaadussa. Vaikuttavuutta ei havaittu verrattaessa samanlaiseen kuntoutukseen ilman etäteknologiaa, tai henkilöihin, joilla ei ollut diagnosoitua sairautta. Johtopäätöksenä todetaan mm., että etäteknologian käyttö osana liikunnallista kuntoutusta ei tuo

lisäarvoa, jos sitä verrataan samanlaiseen eli yhtä intensiiviseen interventioon ilman etäteknologiaa. Katsaus toi uutta tietoa, että etäteknologiaa hyödyntävä liikunnallinen kuntoutus saattaa lisätä koettua elämänlaatua.

Pitkään yhtäjaksoisesti jatkuneen fysioterapian merkitys (Jaana Paltamaa, Jyväskylän ammattikorkeakoulu)

Vuoden 2016 alusta Kelan järjestämä vaikeavammaisen kuntoutus muuttui vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi. Se määrittää kuntoutuksen tavoitteet arjen toimintaa sekä osallistumista parantaviksi. Ohjeistusta suunniteltaessa oli pohdittu, milloin pitkään kestävä yksilöterapia on tarkoituksenmukaista. Tutkimuksessa kuvataan kuntoutumiseen liittyviä merkityksiä pitkään yhtäjaksoisesti Kelan avofysioterapiaa saaneilla kuntoutujilla. Tutkimusaineistona oli kuuden fysioterapiaa saavan kuntoutujan, heitä hoitavien fysioterapeuttien ja hoitovastuutahon teemahaastattelut sekä kuntoutusasiakirjat 5 vuoden ajalta. Kuntoutajat olivat aikuisia, joilla sairastumisesta tai vammautumisesta oli kulunut yli 10 vuotta. Tulosten mukaan kaikki kuntoutajat kokivat hyötynensä fysioterapiasta ja toivat haastattelussa esille fysioterapian yhteiskunnallisen hyödyn ja vaikutukset elämänlaatuun. Tavoitteet oli asetettu tarpeeksi konkreettiseksi yhdessä kuntoutujan kanssa, ja toteutus oli vaihdellut kuntoutujan yksilökohtaisen tilanteen mukaan. Johtopäätöksenä todetaan, että pitkät yhtäjaksoiset fysioterapiat vastasivat hyvin kuntoutujan ajankohtaisia tarpeita ja tavoitteita aikuisilla, joilla vamma tai sairaus vaikuttaa keskeisesti asennon hallintaan ja karkeamotoriseen toimintaan. Pelkkä kuntoutusasiakirjoihin perustuva analyysi ei näytä riittävältä, kun arvioidaan terapian jatkumisen perusteita. Fysioterapeuttien tulisi kiinnittää huomiota kirjaamiseen, toimintakyvyn arviointiin ja näyttöön perustuvaan toimintaan.

Lukivaikeuden neuropsykologinen kuntoutus nuorilla aikuisilla on tuloksellista (Johanna Nukari, Kuntoutussäätiö, ym.)

Kelan rahoittamassa hankkeessa tutkitaan nuorten aikuisten lukivaikeuden neuropsykologisen kuntoutuksen tuloksellisuutta. Hankkeessa verrataan satunnaistetun, kontrolloidun asetelman avulla neuropsykologista yksilökuntoutusta ja ryhmämuotoista kuntoutusta toisiinsa sekä tilanteeseen, jossa osa tutkimukseen osallistuvista odottaa kuntoutuksen alkua. Tulosten mukaan kognitiivisin menetelmin tilastollisesti merkitsevä kohenemista näyttäisi tapahtuvan molemmissa kuntoutusryhmissä kontrolliryhmään verrattuna erityisesti prosessointinopeutta ja lyhytaikaista muistissa säilyttämistä edellyttävässä työskentelyssä. Lisäksi subjektiiviset lukemiseen liittyvät määrälliset ja kokemukselliset arviot näyttävät trendiä kuntoutuksen myönteisistä vaikutuksista. Johtopäätöksenä todetaan, että jo suhteellisen lyhyellä, 12 tapaamista sisältävällä yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti toteutettavalla lukivaikeuden neuropsykologisella kuntoutuksella voidaan tukea nuorten aikuisten kognitiivista suoriutumista.

Nuorten neuropsykiatrisen Oma väylä -kuntoutuksen kehittämistyön arviointi (Riikka Lämsä, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, ym.)

Kelassa kehitetään 18–35-vuotiaiden nuorten neuropsykiatrista kuntoutusta, jota on aiemmin ollut saatavilla heikosti. Kolmivuotisessa Oma väylä -hankkeessa kuusi palveluntuottajaa ympäri maata kehittää ja toteuttaa kuntoutusta Asperger- tai ADHD/ADD-diagnoosin saaneille nuorille aikuisille. Tavoitteena on tukea kuntoutujan arjenhallintaa ja opiskelu- ja työelämävalmiuksia. Kehittämistyön arviointitutkimus kestää vuoden 2018 loppuun ja siinä kerätään monipuolinen aineisto: tutkija havainnoi ryhmäkäyntejä ja arkeen suuntautuvia käyntejä ja lisäksi kuntoutujille ja omaisille tehdään ryhmähaastatteluja. Palveluntuottajilta kerätään kirjallista aineistoa, kuten kehittämissuunnitelmia, verkossa Moodle-alustalla käytyjä kehittä-

mistehtäviä ja kuntoutujakohtaista dokumentointia. Johtopäätöksinä tässä vaiheessa todetaan, että arkeen suuntautuvat käynnit ovat osoittautuneet neuropsykiatrisessa kuntoutuksessa hyödyllisiksi. Havainnointi sopii kohderyhmän ja Oma väylän kaltaisen kuntoutuksen aineistonkeruumenetelmäksi. Monipuolisella aineistonkeruulla varmistetaan eri toimijoiden näkökulman huomioiminen.

Osatyökykyiset työssä -toimintamallin (Os-ku) toteutuminen ja hyödyt erilaisissa toimintaympäristöissä (Nina Nevala, Työterveyslaitos, ym.)

Osku-toimintamallissa työkykykoordinaattorit hyödynsivät osatyökykyisen asiakkaan kanssa palvelujärjestelmässä olemassa olevia työpaikan, terveydenhuollon, kuntoutuksen, koulutuksen, työvoimapalvelujen ja sosiaaliturvan keinoja. Toimintamallia kokeiltiin osana 12 organisaation toimintaa kahden vuoden ajan. Mallin toteutumista tutkittiin organisaatiohaastatteluiden ja organisaatioiden taloudellisten tunnuslukujen avulla. Tutkimuksen tulosten mukaan kokeiluorganisaatioissa kehitettiin johtamista, osaamista, yhteistyötä, palveluprosessia ja työvälineitä. Palveluprosessi toteutui eri toimintaympäristöissä samojen vaiheiden kautta mutta oli sisällöltään erilainen. Organisaatiot kehittivät Osatyökykyisten työelämäosallisuuden edistämiseksi uusia toimintatapoja osallistavalla otteella, joskin uusia toimintatapoja levitettiin vain harvoin oman organisaation ulkopuolelle. osatyökykyisten tunnistaminen tehostui, työterveyshuollon ennalta ehkäisevä toiminta lisääntyi ja keinovalikoiman käyttö monipuolistui. Johtopäätöksenä todetaan mm., että työkykykoordinaattoreiden toimintaan perustuva toimintamalli soveltuu hyvin osatyökykyisten tukemiseen osana TE-toimiston, työpaikan henkilöstöhallinnon, työterveyshuollon ja oppilaitoksen toimintaa.

Kohti oikea-aikaista Tules-kuntoutusta: kuntoutujan ja hänen työnantajansa näkökulma (Erja Sormunen, Työterveyslaitos, ym.)

Tutkimuksessa selvitettiin seitsemää kuntoutujaa ja heidän työnantajansa edustajaa haastatteleamalla kuntoutujan ja hänen työnantajansa näkemyksiä kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta sekä mahdollisia työpaikalle jo ennen kuntoutuksen alkua toteutettuja toimenpiteitä. Tämän aineiston perusteella kuntoutujat ja heidän työnantajansa edustajat pitivät kuntoutuksen ohjautumista sujuvana ja oikea-aikaisena. Kuntoutujilla oli pääsääntöisesti aktiivinen rooli kuntoutukseen hakeutumisessa ja työnantajat suhtautuivat myönteisesti kuntoutukseen hakeutumiseen. Lähes kaikille oli toteutettu tukitoimenpiteitä ennen kuntoutusta, yleisimmin fysioterapeutin tai työfysioterapeutin ohjausta ja neuvontaa. Tutkijat toteavat, että tieto kuntoutusta edeltävistä toimenpiteistä on tärkeää kuntoutusprosessin jatkuvuuden kannalta ja toimenpiteiden sisältöä ja luonnetta on tarpeen tarkastella jatkossa yksityiskohtaisemmin.

Kuntoutuksen palveluntuottajan ja työterveyshuollon välinen yhteistyö tuki- ja liikuntaelinongelmaisen asiakkaan kuntoutusprosessissa (Eija Mäenpää-Moilanen ym., Työterveyslaitos)

Tutkimuksessa kysyttiin työterveyshuoltohenkilöstöltä (n=589), minkälaista yhteistyötä kuntoutuksen palveluntuottajat ja työterveyshuolto tekevät tuki- ja liikuntaelinongelmaisen asiakkaan kuntoutusprosessin aikana ja kuinka tärkeäksi se koetaan. Tulosten mukaan työterveyshenkilöstöstä 22 % arvioi, että kuntoutuksen aikainen yhteistyö toimi melko hyvin tai erittäin hyvin ja 39 % vastaajista koki, että yhteistyötä ei ole tai se ei ole toimivaa. Yhteistyö koettiin tärkeänä yksilöasiakkaan kannalta (89 %) sekä asiakkaan työnantajan kannalta (80 %). Avovastauksen mukaan parhaiten kuntoutuksen palveluntuottajan ja työterveyshuollon välistä yhteistyötä edistivät yhdessä sovitut yhteistyökäytännöt ja -prosessit. Johtopäätöksenä todetaan, että kuntoutuksen palveluntuottajan ja työterveyshuollon yhteistyön parantamiselle on tarvetta.

Tietojen vaihto työterveyshuollon kuntoutusyh-teistyössä (Sari Nissinen ym., Työterveyslaitos)

Työterveyshuolto koordinoi työntekijän kuntoutusta, mikä edellyttää yhteistyötä työpai-kan, kuntoutuksen palveluntuottajien ja muun terveydenhuollon kanssa. Verkostomaisessa toiminnassa on tärkeä päästä ymmärrykseen yhteisistä tavoitteista ja jakaa tietoa siitä mitä on jo tehty ja mitä on meneillään työntekijän kanssa eri toimijoilla. Tässä tutkimuksessa kes- kityttiin tietojenvaihtoon työterveyshuollon, kuntoutuksen palveluntuottajan sekä Kelan välillä. Tutkimuksessa selvitettiin kyselyin ja haastatteluin, millaista tietoa tarvitaan työn- tekijän kuntoutusprosessissa ja miten tieto- ja viestintätekniikka voi tätä tukea. Tulosten mukaan työterveyshuolto osasi arvioida työn- tekijän kuntoutustarvetta, ja mahdollisuudet työikäisten kuntoutukseen tunnettiin. Tietoa työntekijän terveydestä oli käytettävissä riit- tävästi, mutta työn muokkausmahdollisuuk- sista ja aiemmista kuntoutuksista ei sen sijaan ollut yhtä kattavasti käytettävissä. Kommuni- kointi kuntoutuksen palveluntuottajan kans- sa oli puolin ja toisin vähäistä. Johtopäätök- sinä todetaan mm., että tietojärjestelmiä tu- lee paremmin hyödyntää tietojen vaihdossa lisäämällä sähköisiä asiointimahdollisuuksia eri osapuolten välille. Työterveyshuollon po- tilastietojärjestelmien tulee tukea paremmin työntekijän kuntoutusprosessin toteuttamis- ta. Työterveyshuolto haluaa tietoonsa kaik- ki työntekijän kuntoutuspäätökset ja ne tuli- si saada Kelasta automaattisesti. Työntekijän kuntoutuksen tulee liittyä paremmin työn- tekijän henkilökohtaisen terveyden lisäksi myös työssä selviämiseen.

Laaja-alainen ja monikerroksinen kuntoutuk- sen osaaminen (Arja Piirainen ja Tuulikki Sjö- gren, Jyväskylän yliopisto)

Kuntoutuksen osaamista on tutkittu vähän. Tässä tutkimuksessa selvitettiin työelämän, opettajien ja opiskelijoiden näkemyksiä kun- toutusalan koulutuksesta sekä alakohtaisesti että alueellisesti. Monimetodinen tutkimusai- neisto koostui kuntoutusalan opetussuunni- telmista, ryhmähaastattelusta ja asiantunti- japanelistien näkemyksistä. Tulokset osoitti- vat, että kuntoutusalan opetusta toteutetaan Suomessa 16 ammattikorkeakoulussa 30 eri opetusohjelman mukaan. Kuntoutus osoittau- tui monialaiseksi toiminnaksi, johon tarvitaan usean tieteenalan ja ammattialan tuntemus- ta. Johtopäätöksiä todetaan, että kuntoutus osoittau- tui laaja-alaiseksi, monikerrokselliseksi ja eri tieteenalojen käsitteeksi, joka kytkey- tyi ihmisen hyvinvointiin, työkykyyn ja ar- jessa toimimiseen. Tutkimustuloksissa koros- tui tarve kuntoutuksen yhteiseen tieteelliseen tietoperustaan, eettisyyteen, ammattien keski- näiseen yhteistyöhön ja alueellisen tasa-arvon huomioimiseen ja kehittämiseen.

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 karikot. 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, Arne Ylinen (toim.): Kuntoutuminen. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 2016

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

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2017

*Toimitus kiittää lämpimästi lukijoita ja kirjoittajia kuluneesta vuodesta.
Rauhallista joulua ja onnellista uutta vuotta!*

Kuntoutus-lehti ilmestyy ensi vuonna totutusta poikkeavasti kolme kertaa – joulukuun 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 julkaistavaksi lehdessämme!

Tilaushinnat vuonna 2017

Kestotilaus 54 euroa

Vuositilaus 58 euroa

Opiskelijat 27 euroa

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa.

Irtonumero 14 euroa/kpl postituskuluineen.

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

pirjo.kuoppala@kuntoutussaatio.fi | puh. 040 823 0058

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

Kuntoutus

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

Tilauksen voit tehdä osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

Voit tilata lehden myös sähköpostitse:
pirjo.kuoppala@kuntoutussaatio.fi
tai puhelimitse: 040 823 0058 / Pirjo Kuoppala

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

Lehteä voi tilata myös irtonumerona, á 14 euroa postituskuluineen.