

Kuntoutus

2016

3

Sairauskäsitykset, elämänhallinta
ja sopeutumisvalmennusta
koskevat odotukset

Työttömien ammatillinen kuntoutus

Sosiaalisen kuntoutuksen
onnistuminen



SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN Työelämään pääsyn ja siellä pärjäämisen haasteet	3
--	---

TIETEELLINEN ARTIKKELI

KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ, AILA JÄRVIKOSKI, ANU KIPPOLA- PÄÄKKÖNEN, MARJATTA MARTIN JA ILONA AUTTI-RÄMÖ Sairauskäsitketykset, elämänthallinta ja sopeutumismvalmennusta koskevat odotukset	6
--	---

KATSAUS

PEPPI SAIKKU Työttömien ammatillinen kuntoutus	21
---	----

KAISA RÄTY "Hyvästä opiskelijasta hyvä työntekijä"	31
---	----

PUHEENVUORO

KAISA HAAPAKOSKI Sosiaalisen kuntoutuksen onnistuminen	37
---	----

HANKE-ESITTELY

ELISA MÄKINEN JA TUULA MIKKOLA Työelämän ulkopuolella olevat ja asuinalueen hyvä arki	44
--	----

KOULUTUSESITTELY

MARJA-LEENA LÄHTEENMÄKI JA MAIJA KANGASPERKO Fysioterapeuttikoulutus Suomessa	51
--	----

LECTIO PRAECURSORIA

MARJATTA MARTIN Vammaisten nuorten elämäntkulun muutoutuminen ja kuntoutuksen merkitys nuorten elämässä	56
---	----

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammatillinen 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.

TYÖELÄMÄÄN PÄÄSYN JA SIELLÄ PÄRJÄÄMISEN HAASTEET

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Työn muodot ja toteutustavat ovat parhaillaan voimakkaassa muutoksessa. Vakituiset työsuhteet vähenevät ja pätkätyöt lisääntyvät. Työntekijältä odotetaan kykyä siirtyä joustavasti työtehtävästä toiseen sekä kykyä omaksua sujuvasti uusia työmuotoja monitehtäväympäristössä työelämän kaikissa vaiheissa. Samaan aikaan hallitusohjelmassa painotetaan työurien pidentämistä niiden alusta, keskeltä ja lopusta.

Tutkimusten perusteella työuupumus on tavallista. Työsuoriutumislle asetetut odotukset voivat vähitellen muodostua haastaviksi, jopa omassa työtehtävässään pitkään menestyksekkäästi toimineille henkilöille. Miten tässä tilanteessa pärjää henkilö, jonka työkyky on syystä tai toisesta rajoittunut tai jonka sairaus tai vamma estää jatkamasta aiemmassa työtehtävässä?

Täydennyskoulutus tai uudelleenopetus parantaa usein henkilön työmarkkina-asemaa. Koulutuksella on oleellinen merkitys silloin kun työkyvyn rajoitteet johtavat tilanteeseen, jossa on pohdittava tarvetta ammatilliseen uudelleenorientaatioon. Tämä voi tarkoittaa omien työtehtävien selvää muokkaamistarvetta, uusien työtehtävien omaksumista tai kokonaan uuden ammatin hankintaa. Koulutuspolkuja on monia, henkilö voi hakeutua itselle relevantille koulutuslalle tavanomaisia väyliä käyttäen. Toimintarajoitteisille henkilöille löytyy myös yhteiskunnan tukemia kouluttautumismahdollisuuksia.

Ammatillinen aikuiskoulutus on yksi varteenotettava aikuisten uudelleenopetuksen väylä. Se on rakennettu vastaamaan yhteiskunnan muutoksen tuottamiin haasteisiin, ja siinä on rohkeasti kehitetty uusia kouluttautumisen ja oppimisen muotoja. Tässä numerossa kirjoittaja valottaa väitöstyönsä tuloksiin perustuvassa katsauksessaan ammatillisen aikuiskoulutuksen mahdollisuuksia ja haasteita. Opiskelija-aineksen heterogeenisuus nostetaan kirjoituksessa ammatillisen aikuiskoulutuksen yhdeksi merkittäväksi haasteeksi. Osa opiskelijoista on työelämässä mukana olevia, täydennyskoulutusta hakevia ammattilaisia, kun taas kasvava osa koulutettavista on ilman ammatillista koulutusta olevia pitkäaikaistyöttömiä tai muuten haastavassa elämäntilanteessa olevia. Täten opiskelu- ja työelämätaidot näissä ryhmissä ovat hyvin erilaiset. Koulutuksen sujumisen jarruna voivat olla erilaiset oppimisvaikeudet, mutta opintojen edistymisen haasteiden taustalta voi yhtä hyvin löytyä opiskelijoiden tottumattomuus ja vaikeus sopeutua aikuiskoulutuksen moderniin tapaan oppia ja opettaa. Työn ja työhön kouluttautumisen muodot modernisoituvat, mutta kaikki aikuisopiskelijat eivät näytä pysyvän tässä vauhdissa mukana. Kirjoittaja painottaa tutkimustulostensa antavan vahvaa viitettä siitä, että aikuiskoulutuksen erityisen tuen toteutuksessa, sa-

moin kuin työelämän tukirakenteissa, on merkittäviä kehittämistarpeita.

Toinen tässä numerossa julkaistava katsaus käsittelee työttömien henkilöiden ammatillisen kuntoutuksen tilaa. Varsin suuri osa työttömistä on vammaan tai pitkäaikaissairauden aiheuttaman työkykyrajoitteen vuoksi osatyökykyisiä. Tällä hetkellä kaikista osatyökykyisistä työttömistä yli 40 % on pitkäaikaistyöttöminä. Kuntoutuspalvelut ovat keskeisessä asemassa, kun puhutaan kyseisen ryhmän työllistymistä tukevista toimenpiteistä. Kuitenkin esimerkiksi TE-palvelussa on selvityksen mukaan tällä hetkellä rajalliset mahdollisuudet vastata työttömien ammatillisen kuntoutuksen palveluntarpeeseen. Osatyökykyisille suunnatut kuntoutuspalvelut eivät selvityksen mukaan myöskään ole nykyisellään riittäviä. Tämän vuoden alussa käynnistynyt uudistunut monialainen yhteispalvelu (TYP) parantaa osaltaan työttömienkin monialaisen palveluntarpeen arviointia. Palveluun ohjataan kuitenkin vain osa työttömistä työnhakijoista, joten katsaus nostaa esiin tarpeen kehittää myös muita paikallisia ja alueellisia yhteistyörakenteita ja -käytäntöjä.

Lehden työttömyysteeman nivoutuu myös työelämäosallisuuden kohentamista tavoittelevan hankkeen esittely. Hankekuvauksessa tuodaan esiin teoreettisesti hyvin perusteltu ja mielenkiintoinen asiakaslähtöisen yhteiskehittämisen malli, jossa työelämän ulkopuolella olevien osallisuutta tuetaan asuinympäristössä toteutuvan yhteistoiminnan kautta.

Sote-uudistus mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteisen näkökulman kehittämisen työttömien työkyvyn tukemisessa ja kuntoutuspalvelujen organisoinnissa. Sote-palvelujen lisäksi myös TE-palvelut ovat näillä näkymin siirtymässä maakuntien vastuulle, mikä tarjoaa mahdollisuuden palvelujen entistä parempaan yhteensovittamiseen.

Kaikkien kuntoutustarpeessa olevien ihmisten kuntoutuksen kannalta keskeinen toimija tulee seuraavan vuoden aikana olemaan STM:n syksyllä 2016 asettama Kuntoutuksen uudistamiskomitea. Sen tehtävänä on varsin nopealla aikataululla, vain vuoden pituisen toimikauden aikana, tuottaa välineitä pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmaan kuuluvan kuntoutuksen kokonaisuudistuksen toimeenpanoa varten. Komitean työ on erittäin tärkeää, joskin kuntoutusalan monimuotoisuuden ja pirstaloituneisuuden vuoksi haastavaa. Kuntoutusalalla työn etenemistä seurataan tarkasti.

Lehden monialaisen luonteen mukaisesti tämä numero käsittelee erilaisia kuntoutuksen aihepiirejä. Numerossa julkaistu tutkimus esittelee sopeutumisolosuunnitukseen tulevien kuntoutujien odotuksia ja tarjoaa ensiarvoisen tärkeää tietoa aiemmin vähän tutkitusta mutta Suomen kuntoutusvalikossa tavallisesta kuntoutusmuodosta. Saamme lukea myös kuntoutuksen merkityksestä vammaisten nuorten elämässä samoin kuin fysioterapiakoulutuksen nykyisistä käytännöistä. Lukijoita haastetaan myös pohtimaan sosiaalisen kuntoutuksen onnistumisen edellytyksiä.

Lopuksi muistutan lukijoita Helsingissä 24.11.2016 järjestettävästä osallistujille ilmaisesta Kuntoutuksen tutkimusseminaarista. Sen päälluennoina on keskeisiä kuntoutuksen alan toimijoita. Seminaarissa on mahdollisuus myös tutustua yli 50 suulliseen tai posteriesitykseen ja kuulla kuntoutuksen tutkijoista koostuvan paneelin näkemyksiä kuntoutuksen tutkimuksen tulevista trendeistä.

KUNTOUTUSAKATEMIA

Kuntoutuksen uusi aika 10.11.2016

Miten vastaamme yhteistyöllä muutosten tuomiin haasteisiin?

Kuntoutuksen palvelujärjestelmällä on kovat muutospaineet. Sen pitäisi pystyä vastaamaan työelämän ja yhteiskunnan muutosten aiheuttamiin uudenlaisiin tarpeisiin. Nykyinen monikana-
vainen ja eri sektoreille hajautettu kuntoutus on tullut tiensä päähän, eikä se pysty vastaamaan
riittävän hyvin kansalaisten palvelutarpeisiin. Tulevaisuuden kuntoutus ankkuroituu ihmisten
arkiympäristöön, rakentuu heidän yksilöllisistä palvelutarpeistaan ja vie tavoiteltuun maaliin asti
saumattomien palvelukokonaisuuksien ja eri toimijoiden yhteistyön avulla.

Seminaarissa kuulet lupaavista uusista kuntoutuksen palveluista ja toimintamalleista. Seminaari
tarjoaa myös ajankohtaistietoa kuntoutuksen uudistamissuunnitelmista ja sen kytkeytymisestä
sote-palvelujen, työllisyyden hoidon ja ammatillisen koulutuksen muutokseen.

Ohjelma

8.45 Aamukahvit.

9.00 **Tervetuloa!**

9.15 **Millaisia muutoksia tapahtuu palvelujärjestelmässä?**

Avauspuheenvuoro: Kuntoutuksen palvelujärjestelmän uudet suunnat
Vanhempi asiantuntija **Matti Tuusa**, Kuntoutussäätiö

9.45 **Miten teemme yhteistyötä kansainvälisesti?**

Rifi kansallisen ja kansainvälisen yhteistyön edistäjänä kuntoutuksessa

Pauliina Lampinen, pj. ja **Jaakko Harkko**, siht.
Rehabilitation International Finnish Committee (Rifi)

10.30 **Miten vaikutamme yhdessä kansallisella tasolla?**

Kuntoutuskomitean toiminnasta sekä SOTE- uudistuksesta

Pekka Lapinleimu, pj. , Kuntoutusverkosto KUVe

11.15 Lounas

12.00 **Kuntoutuksen uudet tuulet, innovaatiot ja kokeilut- työpaja**

12.45 Kahvit

13.00 **Yhteistyöstä yhteistoimijuuteen kuntoutuksessa-paneelikeskustelu**

13.45 **Loppuyhteenveto**

14.00 Seminaari päättyy

Koulutuspaikka

Kuntoutussäätiö, Pakarituvantie 4, Helsinki

Hinta: 50 € (ALV 0%)

Kysy lisää:

Julia Anttilainen,
koulutuksen vastuuhenkilö

projektisuunnittelija

p. 044 781 3010

julia.anttilainen@kuntoutussaatio.fi



SAIRAUSKÄSITYKSET, ELÄMÄNHALLINTA JA SOPEUTUMISVALMENNUSTA KOSKEVAT ODOTUKSET

Johdanto

Sopeutumisvalmennus on kuntoutusmuoto, jonka avulla pyritään tukemaan kuntoutujaa vamman tai pitkäaikaisen sairauden hallinnassa. Sen tavoitteena on, että kuntoutuja ja hänen läheisensä pystyvät jatkamaan mahdollisimman itsenäistä ja täysipainoista elämää sairauden tai vamman muuttamassa arjessaan ja osallistumaan yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan. Sopeutumisvalmennuksen aikana kuntoutuja etsii keinoja voimavarojensa vahvistumiseen ja elämäntilanteensa hallintaan. Hän saa tietoa vammasta tai sairaudesta ja sen hoidosta, ja häntä tuetaan ohjauksen, neuvonnan ja valmennuksen keinoin sairauteen tai vammaan liittyvien pelkojen tai rajoitteiden käsittelyssä. Sopeutumisvalmennuksen aikana kuntoutujalla ja hänen perheellään on myös mahdollisuus vertaistuen saamiseen ja antamiseen. Samalla tuetaan heidän osallistumistaan heille tärkeiden yhteisöjen toimintaan. (Rissanen ym. 2008, Nylen ym. 2009, Vilkkumaa 2014, Järvikoski & Härkäpää 2014.)

Usein sopeutumisvalmennukseen osallistutaan sellaisessa muutosvaiheessa, jossa kaivataan tietoa omasta sairaudesta tai vammasta ja pyritään muodostamaan realistinen kuva omasta elämäntilanteesta ja tulevaisuuden mahdollisuuksista. Yksilöllisillä sairauskäsityksillä tarkoitetaan sitä, kuinka ihminen ym-

märtää ja tulkitsee sairauttaan tai vammaansa sekä siihen liittyviä haittoja ja rajoituksia. Leventhalin ym.:iden (1992a,b) itsesäätelymallin lähtökohtana on ajatus, että ihminen luo henkilökohtaisen käsityksen sairaudestaan tai vammastaan tietojensa, kokemustensa ja kulttuuristen narratiivien pohjalta ja säätelee omaa toimintaansa sen perusteella. Tilanteen prosessointi tapahtuu sekä kognitiivisella että emotionaalisella, tunnereaktioiden tasolla.

Sairauskäsitykset vaikuttavat osaltaan siihen, millaisia keinoja ihminen käyttää pyrkiessään selviytymään sairautensa kanssa. Myönteisten sairauskäsitysten on todettu olevan yhteydessä muun muassa parempaan sairaudesta toipumiseen, työssä oloon ja nopeampaan työhön paluuseen (esim. Broadbent ym. 2006, Hoving ym. 2010), kun taas kielteiset sairauskäsitykset puolestaan ennakoivat psyykkistä rasittuneisuutta, masennusta ja ahdistuneisuutta (esim. Morgan ym. 2014). Esimerkiksi syöpää sairastavien sairauskäsitysten käsittelyä ja asiakkaan tilanteeseen sopivaa informaatiota on pidetty tärkeänä osana masennus- ja ahdistusoireiden ehkäisyä (Morgan ym. 2014) ja elämänlaadun parantamista (Husson ym. 2013, Kaptein ym. 2015). Myös syövän uusiutumista koskevien pelkojen lievittämisessä on pidetty tärkeänä sairauskäsityksiin vaikuttamista oikean tiedon avulla (Corter ym. 2013). Fibromyalgiaa sairastavien myönteiset sairauskäsitykset

näyttävät olevan yhteydessä kuntoutuksen parempiin tuloksiin, ja siksi tutkijat suosittelivat, että sairauskäsityksiä koskeva keskustelu pyritään integroimaan osaksi kuntoutusta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Glattacker ym. 2010). Myös diabetesta sairastavien sairauskäsitysten ja hoitoa koskevien odotusten käsittely voi tukea hoitotulosten saavuttamista ja elämänlaatua (Broadbent ym. 2011).

Sopeutumisvalmennuksen aikana kuntoutujalla on mahdollisuus saada tukea oman tilanteensa tulkintaan ja selviytymiskeinojen etsimiseen sekä asiantuntijoilta että vertaisilta. Terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten antama tieto ja tuki on tärkeää, mutta sen hyödyntäminen voi stressaavassa tilanteessa olla vaikeaa (vrt. Moos & Holahan 2003). Vertaisryhmän antaman tuen erityispiirteitä ovat tuen vastavuoroisuus, yhteisyyden tunne ja mahdollisuus etsiä ratkaisuja yhteisiin haasteisiin. Vertaistuki voi osaltaan auttaa kuntoutujaa oman tilanteen realistiseen arviointiin. Se voi vaikuttaa kuntoutujan sairautta tai vammaisuutta koskeviin käsityksiin mutta myös hänen käsityksiinsä itsestään, identiteetistään ja omista mahdollisuuksistaan. (Dunn ym. 2003, Tang ym. 2011, Ussher ym. 2006.)

Sopeutumisvalmennuksen oletettuja merkityksiä tarkastellaan usein myös valtaistumisen (*empowerment*) käsitteen avulla (esim. Homan-Helenius 2005). Valtaistumisen psykologisella mallilla tarkoitetaan yksilöllistä prosessia, jonka aikana ihmisen tiedot ja kriittinen tietoisuus omasta tilanteestaan lisääntyvät ja samalla itseluottamus ja hallinnan tunne vahvistuvat, ja valtaistumisen kulluttajamallilla prosessia, jossa kuntoutujan mahdollisuudet henkilökohtaisiin valintoihin, palvelujensa suunnitteluun ja niitä koskevaan päätöksentekoon vahvistuvat (Masterson & Owen 2006). Vertaisryhmien tarjoama vastavuoroista tukea on pidetty tärkeänä tekijänä valtaistumisprosessissa (Ussher ym. 2006). Laadullisissa tutkimuksissa vertaisryhmien merkitys on esimerkiksi syöpää tai fibromyalgiaa sairastavilla näkynyt itseluottamuksen lisääntymisenä ja hallinnan tunteena

suhteessa itseen, sairauden kanssa elämiseen ja terveydenhuollon kanssa asioimiseen (Salminen ym. 2011, Ussher ym. 2006, van Uden-Kraan ym. 2008). Vertaistukeen voi kuitenkin liittyä myös kielteisiä kokemuksia (Embuldeniya ym. 2013).

Hallinnan tunne tarkoittaa ihmisen kokemusta siitä, että hän pystyy toiminnallaan vaikuttamaan omaan elämäänsä ja sen tapahtumiin (Pearlin & Schooler 1978). Se on psykososiaalinen resurssi, joka vähentää kuormittavien elämäntilanteiden kielteisiä vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin; tutkimusten mukaan se on käänteisessä yhteydessä psyykkiseen rasittuneisuuteen (Avison & Cairney 2003, Pudrovska ym. 2005, Pearlin & Bierman 2013). Hallinnan tunteeseen vaikuttavat monet henkilökohtaiset ja rakenteelliset tekijät ihmisen elämänprosessin aikana (Aneshensel 2015). Väestötutkimuksessa pitkäaikainen sairaus tai vammaisuus on yhteydessä heikentyneeseen hallinnan tunteeseen (esim. Schieman & Turner 1998). Reaktiot ovat kuitenkin yksilöllisiä. Vammaisuus voi toimia myös eksistentiaalisena haasteena, joka virittää uusia oppimiskokemuksia ja voi niiden myötä vahvistaa henkilökohtaista hallintaa (Pudrovska 2010).

Sopeutumisvalmennukseen tulevilla on monenlaisia tarpeita, kurssin sisältöön kohdistuvia toiveita sekä kurssin vaikutuksia koskevia odotuksia. Asiakkaiden koetut tarpeet ovat usein toisenlaisia kuin ammattilaisten tekemät tarvearviot, ja niiden huomioon ottaminen on tärkeää tavoiteltavien tulosten kannalta (Kersten ym. 2000, Asadi-Lari ym. 2004, Beran 2015). Kuntoutujien kokemien tarpeiden selvittäminen avaa keskusteluväylän asiakkaan ja asiantuntijoiden välille, ja niiden tunteminen on välttämätöntä palveluja kehitettäessä. Toiset tarpeet ovat välittömämmin yhteydessä asiakkaan elämisen laatuun kuin toiset (Wen & Gustafson 2004). Puumalaisen ym.:iden (2014) tutkimuksessa lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden odotukset koskivat sekä fyysisiä, psyykkisiä ja psykososiaalisia toimintoja että yleistä selviytymistä ja elämänhallintaa. Voidaan olettaa, että sekä sosiaalisilla tekijöillä, sairauskäsityksillä

että tulevaisuuden ennakkoinnilla on vaikutusta myös sopeutumisvalmennusta koskeviin odotuksiin.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tämä tutkimus perustuu sopeutumisvalmennuskurssien seuranta tutkimukseen, jonka toteuttajana on Lapin yliopisto ja rahoittajana Kela. Tutkimuksen yleisenä tarkoituksena on selvittää sopeutumisvalmennuksen asemaa osana suomalaista kuntoutustoimintaa ja sen koettuja vaikutuksia. Tutkimuksessa kerättiin lomakekyselyillä ja fokusryhmähaastatteluilla tietoa sopeutumisvalmennukseen osallistuvilta aikuisilta, siihen osallistuvien lasten vanhemmilta ja nuorilta sekä kuntoutuspalvelun tuottajilta. Lasten vanhemmille ennen kuntoutuksen alkua suunnatun kyselyn tuloksia on raportoitu aiemmin (Kippola-Pääkkönen ym. 2016).

Aikuisten sopeutumisvalmennusta koskevassa tiedonkeruussa oli mukana neljä kuntoutuslaitosta, joissa järjestettiin syöpää, fibromyalgiaa ja tyypin 1 diabetesta sairastavien aikuisten kursseja. Kuntoutujille suunnatut lomakekyselyt toteutettiin kurssien alkaessa, niiden päättyessä sekä 5–6 kuukautta kurssien päättymisen jälkeen. Käsillä oleva osatutkimus perustuu sopeutumisvalmennukseen osallistuneille aikuisille kuntoutujille tehtyyn alkukyselyyn.

Tutkimuksessa tarkastellaan sopeutumisvalmennuskurssille saapuvien aikuisten elämäntilannetta ja odotuksia ennen kurssin alkamista. Tavoitteena on selvittää eri kurssiryhmiin osallistuvien kuntoutujien elämäntilannetta, sairauskäsityksiä, hallinnan tunnetta, terveyteen liittyvää valtaistumista ja sopeutumisvalmennukseen liittyviä odotuksia, selvittää, millaiset tekijät ovat yhteydessä kuntoutujien hallinnan tunteeseen ja terveyteen liittyvän valtaistumisen kokemukseen sekä selvittää, millaiset sairauskäsityksiin, hallinnan tunteeseen ja valtaistumiseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä sopeutumisvalmennukseen kohdistuviin odotuksiin.

Tutkimussuunnitelma on hyväksytty Kelan eettisessä toimikunnassa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen kuuluvat syöpäkurssit toteutettiin yhtenä viiden päivän jaksona, fibromyalgia- ja diabeteskurssit kahtena viiden päivän jaksona, joiden väli oli noin 6 kuukautta. Sovittuna ajanjaksona vuosien 2014–15 aikana kurssseille osallistui neljässä kuntoutuslaitoksessa yhteensä 581 kuntoutujaa. Heistä 377 (65 %) antoi tietoon perustuvan kirjallisen suostumuksen osallistua tutkimukseen. Kaikki suostumuksensa antaneet vastasivat alkukyselylomakkeeseen.

Syöpäkurssille osallistuneita oli tutkimuksessa 198, fibromyalgiakurssille 100 ja diabeteskurssille 79 henkilöä. Naisten osuus oli suurin fibromyalgiakurssilla (91 %) ja pienin diabeteskurssilla (67 %). Osallistujien keski-ikä oli 56 vuotta (vaihteluväli 20–89 vuotta), syöpäkurssilla muita ryhmiä korkeampi.

Tutkimuksessa käytettiin seuraavia muutujia:

Vastaajilta tiedusteltiin koulutusta muuttujalla, joka sisälsi sekä perus- että ammatikoulutusta koskevaa tietoa. Tätä tutkimusta varten muuttuja jaettiin kahteen luokkaan: 1 = perus- tai keskikoulu tai ammatillinen keskiasteen tutkinto, 2 = ylioppilastutkinto, opisto-, ammattikorkeakoulu- tai korkeakoulututkinto.

Elämäntilanteen mukaan vastaajat luokiteltiin neljään ryhmään: 1 = koko- tai osapäivätyössä tai koulutuksessa, 2 = työttömänä, lomautettuna, sairauslomalla tai kuntoutuksessa, 3 = työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella, 4 = muulla eläkkeellä.

Terveydentilaa arvioitiin 5-portaisella asteikolla 1 = hyvä, ..., 5 = huono.

Fyysisten ja psyykkisten rajoitusten vaikeusastetta kuvattiin kaksiosioisella kysymyksellä, jossa vastaaja arvioi sairauden, vamman tai muun syyn aiheuttamia fyysisten tai psyykkisten toimintojen rajoituksia a) omassa kodissa ja b) kodin ulkopuolella toimiessaan 4-portaisella asteikolla (1 = ei, ..., 4 = paljon). Summamuuttujan vaihteluväli on 2–8, jossa korkeampi arvo merkitsee vaikeampia rajoituksia.

Masennusoireilua selvitettiin CIDI-SF-haastattelun kahdella kysymyksellä (Kessler

ym. 1998), joista vähintään toiseen annettu myöntävä vastaus tarkoittaa todennäköistä masennusta.

Sairauskäsityksiä selvitettiin Illness perception questionnaire (IPQ) -kyselyn (Weinman ym. 1996) lyhennetyllä versiolla (BIPQ; Broadbent ym. 2006); siinä käsityksiä sairaudesta arvioidaan kahdeksalla osa-alueella asteikolla 0–10 (taulukko 2).

Hallinnan tunnetta selvitettiin Pearlinin ja Schoolerin (1978) Sense of Mastery -kyselyllä, joka koostuu 7 väittämästä (mm. ”Kykenen tekemään lähes kaiken sen minkä todella päätän tehdä” ja ”Tunnen usein avuttomuutta elämän ongelmien edessä”). Arviointi tehdään neliportaisella asteikolla (1 = täysin samaa mieltä, ..., 4 = täysin eri mieltä), ja muodostettavan summamuuttujan vaihteluväli on 7–28, jossa korkeampi pistemäärä merkitsee vahvempaa hallintaa. Mittarin reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli aineistossa 0,79.

Terveysteen liittyvää valtaistumista selvitettiin 11 osiolla, joita valittaessa käytettiin apuna aikaisempia tutkimuksia (Koren ym. 1992, Walker ym. 2010). Osiot olivat väittämiä, joiden paikkansa pitävyyttä arvioitiin 5-portaisella asteikolla (1 = ei pidä lainkaan paikkaansa, ..., 5 = pitää täysin paikkansa). Summamuuttujan reliabiliteetti (alfa) oli 0,79. Faktorianalyysin (pääkomponenttianalyysi, Varimax-rotatio) perusteella muodostettiin kolme osa-asteikkoa: 1) Sairauden ja palvelujen tiedollinen hallinta (4 osiota; esim. ”Olen oppinut ymmärtämään millaisista palveluista minulle on eniten hyötyä”; ”Tunnen hyvin sairauteni tai toimintarajoitteeni ja tiedän, mitkä tekijät siihen vaikuttavat”; alfa=0.78); 2) Psykososiaalinen hallinta ja valmius kokemusten jakamiseen (5 osiota; esim. ”Pystyn käsittelemään varsin hyvin sairauteni tai toimintarajoitteeseeni liittyviä ongelmia”; ”Voin käyttää kokemuksiani auttaakseni muita ihmisiä, joilla on samanlaisia ongelmia”; alfa=0.69); 3) Tasa-arvoinen suhde asiantuntijoihin (2 osiota; esim. ”Jos jokin kuntoutuspalvelu ei kohdallani toimi, kerron aina siitä ja ehdotan joltain muuta”; Spearman-Brown -reliabiliteetti=0.64). Asteikon ja osa-asteikkojen summat jaettiin osioiden määrällä, jolloin kunkin as-

teikon vaihteluväli on 1–5.

Sosiaalisella luottamuksella tarkoitetaan ihmisen käsitystä siitä, missä määrin hän kokee voivansa luottaa ympärillään oleviin ihmisiin, ja institutionaalisella luottamuksella ihmisen käsitystä siitä, missä määrin hän kokee voivansa luottaa yhteiskunnan instituutioihin, viranomaisiin tai palvelujärjestelmään yleensä (ks. Mohseni ym. 2007, Grönlund & Setälä 2012, Härkäpää ym. 2014). Sosiaalisen luottamuksen mittari (alfa=0.77) muodostettiin kolmesta osiosta (esim. ”Minulla on liian vähän ihmisiä, joihin voin luottaa”) ja institutionaalisen luottamuksen mittari (alfa=0.71) neljästä osiosta (esim. ”Kansalaiset eivät nykyään voi luottaa viranomaisen toimintaan”; ”Suomalaisessa palvelujärjestelmässä asiakkaat ovat keskenään tasa-arvoisia”), joihin otettiin kantaa 5-portaisella asteikolla (1 = täysin eri mieltä, ..., 5 = täysin samaa mieltä). Summat jaettiin osioiden lukumäärällä (vaihteluväli 1–5), jossa korkeampi arvo merkitsee vahvempaa luottamusta.

Vastaajilta tiedusteltiin aikaisempaa osallistumista sopeutumisvalmennuskurssille (1 = en, 2 = kyllä); tarkennuksena tiedusteltiin, milloin viimeksi ja mille kurssille.

Sopeutumisvalmennukseen kohdistuvia odotuksia selvitettiin 24 osiolla ja 4-portaisella asteikolla (1 = ei odotuksia tai tarvetta, ..., 4 = paljon odotuksia). Faktorianalyysin (pääkomponenttianalyysi, Varimax-rotatio) perusteella odotuksen kohteista muodostettiin neljä summamuuttujaa: 1) Tieto palveluista, etuuksista ja tuen lähteistä (6 osiota, esim. ”tietoa Kelan etuuksista”; ”tietoa kunnan tarjoamista tukimuodoista”; ”tietoa lähimmästä hoito- ja viranomaistahosta, jolta saa apua tarvittaessa”; ”tietoa potilas- tai muiden järjestöjen toiminnasta”; alfa=0.88); 2) Psykososiaalinen tuki voimavarojen vahvistamiseen ja selviytymiseen (5 osiota, esim. ”tukea omien voimavarojen tunnistamiseen ja vahvistamiseen”; ”tukea tunnetilojen käsitteelyyn”; ”tukea sairauden tai elämäntilanteen hyväksymiseen”; alfa=0.83); 3) Tieto sairaudesta ja sen hoidosta (3 osiota; esim. ”tietoa omasta sairaudesta ja toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä”; ”tietoa hoidosta ja kuntou-

tuksesta”; alfa=0.84); 4) Vertaistuki ja kuuluksi tuleminen (4 osiota, esim. ”vertaistukea toisilta kurssilaisilta, joilla on samankaltainen sairaus tai elämäntilanne”; ”kuulluksi tulemista, keskustelua ja kokemusten jakamista”; alfa=0.77). Kullakin faktorilla osioiden summat jaettiin osioiden lukumäärällä, jolloin vaihteluväli on 1–4.

Tilastolliset analyysit

Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS Statistics -ohjelman versiolla 21. Ne perustuivat ristiintaulukointien lisäksi yksisuuntaiseen varianssianalyysiin, Kruskal-Wallis nonparametrisen varianssianalyysiin sekä logistiseen regressioanalyysiin.

Logistisissa regressioanalyysissä käytettiin aluksi selitettävänä muuttujina hallinnan tunnetta ja terveyteen liittyvää valtaistumista. Selitettävät muuttujat dikotomisoitiin niin, että analyysissä ennustettiin vahvempaa hallinnan tunnetta (> 19) ja terveyteen liittyvää valtaistumista (> 3.7). Selittävinä muuttujina olivat koulutus, elämäntilanne, sosiaalinen ja institutionaalinen luottamus, masennusoire sekä fyysisten ja psyykkisten rajoitusten aste. Analyysissä selvitettiin kunkin selittävän muuttujan yhteys selitettävään muuttujaan erikseen käyttäen kovariantteina ikää ja sukupuolta. Sosiaalista ja institutionaalista luottamusta kuvaavat muuttujat dikotomisoitiin analyysseja varten.

Sen jälkeen selitettävänä muuttujina käytettiin sopeutumisvalmennukseen kohdistuneita odotuksia. Analyysseja varten odotusfaktorit dikotomisoitiin niin, että analyysissä ennustettiin vahvempia odotuksia (faktori 1: > 2.5; faktori 2: > 3; faktorit 3 ja 4: > 3.4). Selittäviä muuttujia olivat sairauskäsitykset, hallinnan tunne ja terveyteen liittyvän valtaistumisen kolme faktoria. Analyysissä selvitettiin kunkin selittävän muuttujan yhteys kuhunkin selitettävään muuttujaan erikseen käyttäen kovariantteina ikää, sukupuolta ja kurssiryhmää. Analyysseja varten sairauskäsitysmuuttujat ja valtaistumisen osa-asteikot dikotomisoitiin.

Tulokset

Kurssiryhmät erosivat paitsi ikänsä ja sukupuolensa myös elämäntilanteensa suhteen: syöpäkurssille osallistuneista vajaa kolmannes oli työssä ja lähes puolet ikään perustuvalle eläkkeellä, kun taas fibromyalgiakursseilla olleista yli puolet ja diabeteskurssilaisista 72 % oli työssä (taulukko 1). Kurssiryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi koulutuksen suhteen. Ylioppilastutkinnon tai opisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneita oli 51 %, lyhemmän koulutuksen saaneita 49 %.

Kolmannes osallistujista arvioi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Ryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi sekä koetun terveydentilan, toimintarajoitusten että masennusoireiden suhteen. Fibromyalgiakursseille osallistuneet raportoivat terveyteen liittyviä ongelmia muita ryhmiä enemmän. Osa vastanneista oli osallistunut sopeutumisvalmennuskurssille myös aikaisemmin, diabeteskurssilaiset muita ryhmiä useammin. (Taulukko 1.) Aikaisemmat kurssit oli järjestetty Kelan, terveydenhuollon tai Raha-automaattiyhdistyksen tuella tai järjestöjen toimintana.

Ryhmät erosivat sairauskäsitystensä osalta toisistaan. Fibromyalgiaa sairastavat arvioivat sairauden aiheuttavan oireita ja vaikuttavan elämään enemmän kuin muut ryhmät. He olivat huolestuneempia sairaudestaan ja kokivat ymmärtävänsä sitä huonommin kuin muut ryhmät. Diabetesryhmä arvioi sekä mahdollisuutensa vaikuttaa sairauteen että hoidon vaikutukset muita ryhmiä myönteisemmin. Syöpää sairastavat kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa sairauteensa vähäiseksi. (Taulukko 2.) Vastaajien sairauskäsityksissä oli paljon hajontaa myös kunkin ryhmän sisällä.

Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi hallinnan tunteessa. Sen sijaan terveyteen liittyvä valtaistuminen sekä sosiaalinen ja institutionaalinen luottamus olivat fibromyalgiaryhmässä heikommat kuin muissa ryhmissä. (Taulukko 3.)

Eniten odotuksia kohdistui sairautta ja sen hoitoa ja kuntoutusta koskevaan tietoon ja tukeen sekä vertaistukeen ja kuulluksi tulemiseen. Psykososiaalista tukea ja opastusta

Taulukko 1. Taustatietoja kurssiryhmittäin ja ryhmien välisten erojen tilastolliset merkitsevyydet.

	Kurssiryhmä			Kaikki (n = 377)	p
	Syöpä (n = 198)	Fibromyalgia (n = 100)	Diabetes (n = 79)		
Sukupuoli, naisia % Ikä, M (sd)	73.6 63.0 (9.7)	91.0 48.5 (11.0)	66.7 46.1 (11.6)	76.8 55.6 (13.1)	.000 .000
Koulutus, % -ylioppilas-, opisto- tai korkeakoulututkinto	48.2	48.0	61.5	50.9	NS
Elämäntilanne, %					
- työssä	29.1	55.6	71.8	45.0	.000
- sairauspäiväraha, kuntoutus, työtön	9.7	24.2	14.1	14.5	
- työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki	12.8	15.2	9.0	12.6	
- muu eläke	48.5	5.1	5.1	27.9	
	100.	100.	100.	100.	
Koettu terveydentila, %					
- hyvä/melko hyvä	35.7	13.1	52.6	33.2	.000
- keskitasoinen	51.0	42.4	30.3	44.5	
- huono/melko huono	13.3	44.4	17.1	22.4	
	100.	100.	100.	100.	
Fyysiset ja psyykkiset rajoitukset, M (sd)	3.82 (1.38)	4.73 (1.17)	3.31 (1.35)	3.95 (1.41)	.000
Masennusoire, %	45.1	63.5	51.9	51.4	.013
Aiempi sopeutumisvalmennus, %	23.5	21.9	44.7	27.4	.001

Taulukko 2. Sairauskäsitteet (BIPQ) kurssiryhmittäin ja kaikilla vastanneilla, M (sd).

BIPQ-osio	Syöpä	Fibromyalgia	Diabetes	Kaikki	p ¹
Kuinka paljon sairaus vaikuttaa elämään (0 = ei lainkaan, 10 = erittäin paljon)	5.84 (2.63)	7.60 (1.46)	6.67 (2.38)	6.48 (2.43)	.000
Kuinka kauan olettaa sen jatkuvan (0 = vain lyhyen aikaa, 10 = aina, pysyvästi)	7.97 (2.60)	7.19 (1.36)	8,74 (2.18)	8.94 (2.38)	.000
Kuinka paljon pystyy itse vaikuttamaan siihen (0 = en mitenkään, 10 = erittäin paljon)	4.86 (2.80)	6.03 2.36)	6.82 (2.57)	5.59 (2.76)	.000
Kuinka paljon arvelee hoidon vaikuttavan siihen (0 = ei ollenkaan, 10 = erittäin paljon)	7.09 (1.95)	7.01 (1.96)	7.81 (1.49)	7.22 (1.89)	.009
Kuinka paljon se aiheuttaa oireita (0 = ei mitään oireita, 10 = paljon vaikeita oireita)	5.26 (2.62)	7.98 (1.33)	6.18 (1.98)	6.17 2.49)	.000
Kuinka huolestunut on siitä (0 = en lainkaan, 10 = erittäin huolestunut)	6.21 (2.74)	7.18 (2.19)	6.78 (2.41)	6.58 (2.56)	.018
Kuinka hyvin kokee ymmärtävänsä sitä (0 = en lainkaan, 10 = erittäin hyvin)	7.29 (2.22)	6.13 (2.57)	7.23 (1.84)	6.97 (2.30)	.000
Kuinka paljon se herättää tunteita ja tunnereaktioita (vihaa, pelkoa, masennusta) (0 = ei vaikuta lainkaan, 10 = erittäin voimakkaasti)	6.35 (2.66)	7.09 (2.34)	6.32 (2.56)	6.54 (2.58)	.049

¹ Kurssiryhmien erot testattu Kruskal-Wallis nonparametrisella varianssianalyysillä.

Taulukko 3. Hallinnan tunne, terveyteen liittyvä valtaistuminen, institutionaalinen ja sosiaalinen luottamus sekä kurssia koskevat odotukset kurssiryhmittäin ja kaikilla vastanneilla, M (sd).

	Kurssiryhmä				p*
	Syöpä	Fibromyalgia	Diabetes	Kaikki	
Hallinnan tunne	19.02 (3.89)	18.89 (4.62)	20.22 (4.45)	19.25 (4.23)	.068
Terveyteen liittyvä valtaistuminen	3.79 (0.52) ^a	3.39 (0.57) ^{ab}	3.69 (0.52) ^b	3.66 (0.58)	.000
-F1: Sairauden ja palvelujen tiedollinen hallinta	3.47 (0.67)	2.85 (0.88)	3.45 (0.69)	3.30 (0.78)	.000 ¹
-F2: Psykososiaalinen hallinta, valmius kokemusten jakamiseen	3.98 (0.63) ^{bc}	3.54 (0.62) ^a	3.75 (0.66) ^c	3.81 (0.66)	.000
-F3: Tasa-arvoinen suhde asiantuntijoihin	3.92 (0.78)	4.09 (0.72)	3.97 (0.69)	3.97 (0.75)	.172
Institutionaalinen luottamus	3.45 (0.68)	3.11 (0.85)	3.29 (0.65)	3.32 (0.74)	.002 ¹
Sosiaalinen luottamus	3.68 (0.83) ^a	3.28 (1.02) ^a	3.57 (0.98)	3.55 (0.93)	.002
Odotusfaktorit					
-Tieto palveluista ja tukitahoista	2.38 (0.77) ^{bc}	2.62 (0.79) ^{ab}	2.02 (0.79) ^{bc}	2.37 (0.81)	.000
-Psykosos. tuki selviytymiseen	2.87 (0.65) ^c	3.00 (0.70) ^b	2.62 (0.79) ^{bc}	2.85 (0.70)	.002
-Tieto sairaudesta ja sen hoidosta	3.11 (0.62) ^a	3.63 (0.51) ^{ab}	3.21 (0.66) ^b	3.27 (0.64)	.000
-Vertaistuki ja kuulluksi tuleminen	3.17 (0.63)	3.28 (0.64) ^b	2.98 (0.64) ^b	3.16 (0.64)	.009

*Ryhmien väliset erot testattu yksisuuntaisella varianssianalyysillä tai Kruskal-Wallis nonparametrisellä varianssianalyysillä⁽¹⁾. Parittaiset vertailut on tehty riippuvien ryhmien t-testillä (a: p<.05 syöpä- vs. fibromyalgiaryhmä; b: p<.05 fibromyalgia- vs. diabetesryhmä; c: p<.05 syöpä- vs. diabetesryhmä).

sairauden ja elämäntilanteen hyväksymiseen, voimavarojen vahvistamiseen ja tunnetilojen käsittelyyn kaivattiin diabetesryhmässä muita ryhmiä vähemmän. Tietoja palveluista, etuuk- sista ja tuen lähteistä odotettiin fibromyalgia- ryhmässä eniten ja diabetesryhmässä vähiten. (Taulukko 3.)

Taulukon 4 logistisissa regressioanalyyy- seissa selitettävänä muuttujina ovat hallin- nan tunne ja terveyteen liittyvä valtaistumi- nen. Kovarianteista iällä oli positiivinen yh- teys (p<.05) terveyteen liittyvään valtaistumi- seen mutta ei hallinnan tunteeseen. Verrattu- na työssä oloon sairauslomalla tai työttömä- nä sekä työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen alensivat hallinnan tunteen todennäköisyyt- tä. Vahvempi sosiaalinen ja institutionaalinen luottamus lisäsivät sekä hallinnan tunteen et- tä terveyteen liittyvän valtaistumisen toden- näköisyyttä; masennusoireet sekä fyysiset ja psyykkiset rajoitukset vähensivät sitä. Koulu- tuksella ei ollut yhteyttä kumpaankaan seli-

tettävään muuttujaan. (Taulukko 4.)

Taulukossa 5 on esitetty sairauskäsitysten, hallinnan tunteen ja terveyteen liittyvän val- taistumisen yhteydet odotusfaktoreihin. Ko- varianteista sukupuoli oli yhteydessä vertais- tukea koskeviin odotuksiin: miehillä niitä oli vähemmän kuin naisilla.

Palvelu- yms. tietoja koskevien odotus- ten todennäköisyyttä lisäsivät sairauskäsitys- muuttujista oireiden määrä ja käsitys hoidon paremmista vaikutuksista. *Psykososiaalista tukea* koskevien odotusten todennäköisyyttä lisäsivät oireiden suurempi määrä, huolestu- neisuus ja kielteiset tunnereaktiot sekä käsitys hoidon paremmista vaikutuksista. Vahvem- pi hallinnan tunne ja valtaistumismuuttujista parempi tiedollinen hallinta alensivat psy- kososiaaliseen tukeen kohdistuvien odotusten todennäköisyyttä. *Sairautta ja sen hoitoa kos- kevaan tietoon* kohdistuvien odotusten toden- näköisyyttä lisäsivät sairauskäsitysmuuttujis- ta oireiden, huolestuneisuuden ja tunnereak-

Taulukko 4. Elämäntilanteen, sosiaalisen ja institutionaalisen luottamuksen, masennusoireiden sekä fyysisten ja psyykkisten rajoitusten yhteydet hallinnan tunteeseen ja terveyteen liittyvään valtaistumiseen.

	Hallinnan tunne	Terveyteen liittyvä valtaistuminen
	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)
Elämäntilanne		
Työttömyys, sairausloma jne. vs. työ tai koulutus	0.22 (0.10–0.46)***	
Työkyvyttömyyseläke vs. työ tai koulutus	0.28 (0.13–0.60)***	
Muu eläke vs. työ tai koulutus	0.94 (0.47–1.88)	
Sosiaalinen luottamus (≥ 3.5 vs. alempi arvo)	3.27 (2.10–5.12)***	2.61 (1.69–4.01)***
Institutionaalinen luottamus (≥ 3.5 vs. alempi arvo)	2.12 (1.38–3.25)***	1.69 (1.11–2.57)*
Masennusoire (kyllä vs. ei)	0.19 (0.12–0.30)***	0.36 (0.24–0.56)***
Fyysiset ja psyykkiset rajoitukset	0.62 (0.52–0.73)***	0.72 (0.61–0.84)***

Muuttujien yhteyttä tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä, jossa selittäjinä olivat kerrallaan yksi muuttuja sekä ikä ja sukupuoli kovariantteina. Taulukossa on esitetty vain tilastollisesti merkitsevät yhteydet (***p<.001, **p<.01, *p<.05). OR = ristitulosuhde, 95 % CI = 95 %:n luottamusväli.

Taulukko 5. Sairauskäsitysten, hallinnan tunteen ja terveyteen liittyvän valtaistumisen yhteydet vahvempiin kurssia koskeviin odotuksiin neljällä odotusfaktorilla.

	Kurssia koskevat odotukset			
	Tieto palveluista ja tukitoimista	Psykososiaalinen tuki selviytymiseen	Tieto sairaudesta ja sen hoidosta	Vertaistuki ja kuulluksi tuleminen
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Sairauskäsitysosiot (BIPQ)				
Sairauden vaikutukset (≥ 8 vs. alempi arvo)				1.70* (1.08–2.67)
Omat vaikutusmahdollisuudet (≥ 7 vs. alempi arvo)			1.91** (1.19–3.07)	1.77* (1.12–2.79)
Hoidon vaikutukset (≥ 8 vs. alempi arvo)	1.88** (1.18–2.99)	2.30*** (1.46–3.64)	3.34*** (2.04–5.48)	2.43*** (1.56–3.81)
Oireet (≥ 8 vs. alempi arvo)	2.21** (1.33–3.66)	2.09** (1.27–3.44)	1.79* (1.09–2.93)	
Huolestuneisuus (≥ 8 vs. alempi arvo)		2.16*** (1.38–3.38)	2.09** (1.32–3.29)	1.73* (1.12–2.68)
Tunnereaktiot (≥ 8 vs. alempi arvo)		2.85*** (1.81–4.49)	1.92** (1.22–3.03)	1.49 (0.97–2.30)
Hallinnan tunne		0.95* (0.90–1.00)		
Terveyteen liittyvä valtaistuminen				
F1: Sairauden ja palvelujen tiedollinen hallinta (≥ 3.5 vs. alempi arvo)		0.63* (0.40–0.99)	0.60* (0.38–0.96)	1.88** (1.19–2.97)
F2: Psykososiaalinen hallinta, valmius kokemusten jakamiseen (≥ 4.0 vs. alempi arvo)			1.82* (1.12–2.98)	2.33*** (1.47–3.70)

Muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä, joissa selittäjinä olivat kerrallaan yksi selittävä muuttuja sekä ikä, sukupuoli ja kurssiryhmä kovariantteina. Taulukossa on esitetty vain tilastollisesti merkitsevät yhteydet (***p<.001, **p<.01, *p<.05). OR = ristitulosuhde, 95 % CI = 95 %:n luottamusväli.

tioiden suurempi määrä ja toisaalta käsitys siitä, että hoidolla ja omalla toiminnalla on mahdollisuus vaikuttaa sairauteen. Valtaistumisfaktoreista parempi tiedollinen hallinta vähensi sairaustietoon kohdistuvien odotusten todennäköisyyttä ja vahvempi psykososiaalinen hallinta lisäsi sitä. *Vertaistukea ja kuulluksi tulemista* koskevien odotusten todennäköisyyttä lisäsivät sairauskäsitysmuutujista erityisesti käsitys hoidon paremmista vaikutuksista mutta myös omat vaikutusmahdollisuudet, huolestuneisuus sekä sairauden vaikutukset elämään. Valtaistumisfaktoreista sairauden hyvä tiedollinen ja psykososiaalinen hallinta lisäsivät vertaistukea koskevia odotuksia. (Taulukko 5.)

Pohdinta

Tarkastelun kohteena olivat eri kuntoutuslaitosten sopeutumisvalmennuskursseille saapuvien henkilöiden sairauskäsitykset ja hallintakokemukset sekä ne odotukset, joita heillä oli sopeutumisvalmennuksesta. Sairauskäsityksiä kartoitettiin Broadbentin ym:iden (2006) lyhyellä kyselyllä, joka Leventhalin ym:iden (1992a) itesäätelemallin mukaisesti selvitti toisaalta tiedollis-kognitiivisia käsityksiä ja uskomuksia sairauden luonteesta ja sen merkityksestä, toisaalta sairautta koskevia emotionaalaisia reaktioita, joita ovat huolestuneisuus, viha, pelko ja masennus. Edellä mainitun Leventhalin ym:iden mallin perusajatuksena on, että ihminen valitsee muodostamiensa sairauskäsitysten pohjalta itselleen sopivat selviytymiskeinot, joista sosiaalisen tai asiantuntijatuken hakeminen tai hakeutuminen kuntoutukseen ovat esimerkkejä. Hallintaa tarkasteltiin kahdella tasolla, toisaalta yleisenä hallinnan tunteena eli kokemuksena omista mahdollisuuksista vaikuttaa omaan elämään, toisaalta konkreettisemmalla tasolla terveyteen liittyvänä valtaistumisena, jonka ulottuvuuksina olivat kokemukset sairauden tiedollisesta ja psykososiaalisesta hallinnasta sekä itsensä näkeminen oman asiansa asiantuntijana ammattilaisten kanssa asioitaessa. Kuntoutuksen kannalta tärkeä kysymys on, millä tavoin erilaiset käsitykset ja kokemukset vaikuttavat

asiakkaiden odotuksiin heidän saapuessaan sopeutumisvalmennukseen.

Tuloksia arvioitaessa on otettava huomioon, että syöpää, fibromyalgiaa ja tyyppin 1 diabetesta sairastavien ryhmät erosivat toisistaan monessa suhteessa, myös sosiaalisen asemansa osalta. Kaikissa kurssiryhmissä oli naisenemmistö, mutta diabetesryhmässä miesten osuus oli suurin eli kolmannes. Syöpäkurssille osallistuneet olivat muita ryhmiä iäkkäämpiä, ja heistä lähes puolet oli jo ikään perustuvalla eläkkeellä. Diabetesta sairastavat arvioivat terveydentilansa paremmaksi kuin muut ryhmät, kun taas fibromyalgiaryhmä arvioi oman tilanteensa selvästi muita ryhmiä huonommaksi. Masennukseen viittaavat oireet olivat yleisiä kaikissa ryhmissä, yleisimpiä kuitenkin fibromyalgiaa sairastavilla.

Sairauskäsityksissä oli selviä eroja kurssiryhmien välillä, mutta myös ryhmien sisällä arviot vaihtelivat varsin paljon. Fibromyalgiaa sairastavilla oli paljon kielteisiä käsityksiä sairaudesta. He kokivat sairauden oireet vaikeammiksi ja sairauden vaikutukset elämään suuremmiksi kuin muut ryhmät, ja sairaus herätti heillä myös enemmän tunnereaktioita kuin muissa ryhmissä. Fibromyalgian vaikutuksia elämänlaatuun on raportoitu myös laadullisissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Arnold ym. (2008) raportoivat kipu- ja väsymysoireiden ja depression lisäksi ihmis-suhteiden ongelmia, eristäytymistä ja erilaisen aktiviteettien vähenemistä. Diabetesryhmä puolestaan arvioi omat mahdollisuutensa vaikuttaa sairauteensa paremmiksi kuin muut kurssiryhmät ja arvioi myös hoidon vaikutuksia muita myönteisemmin. Tämän tutkimuksen tyyppin 1 diabetesta sairastava diabetesryhmä arvioi omat vaikutusmahdollisuutensa, hoidon vaikutukset ja sairauden jatkumisen melko lailla samaan tapaan kuin Broadbentin ym:iden (2006) tutkimuksen tyyppin 2 diabetesta sairastavat; sen sijaan sairauden vaikutukset elämään, oireiden määrä ja sairauteen liittyvät kielteiset tunnereaktiot ovat heillä selvästi suuremmat. Syöpäkurssille osallistuneet pitivät omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa sairauteensa selvästi heikompina kuin muut ryhmät. Yllättävä tulos oli, että he ei-

vät kuitenkin pitäneet sairauden vaikutuksia elämäänsä kovin suurina. Tulos voi heijastella sitä, että syöpäsairauteen liittyvät kulttuuriset uhkakuvat ovat viime vuosikymmeninä vähitellen heikentyneet samalla kun todennäköisyys selviytyä sairauden kanssa ja jopa toipua siitä on kasvanut (Pukkala ym., ei vuosil.). Syöpää sairastavien sairauskäsitykset vaihtelivat kuitenkin sairauden vaiheen mukaan, ja niissä on myös suuria kulttuurisia eroja (Kaptein ym. 2013, 2015).

Sairauskäsitysten antamaa kuvaa täydentävät terveyteen liittyvää valtaistumista koskevat tulokset. Fibromyalgiaa sairastavat kokivat sairauteen liittyvän tiedollisen ja psykososiaalisen hallintansa muita ryhmiä heikomaksi. Sairautta koskevan hallinnan puute ei ole yllättävää, kun sairauden etiologiaa tunnetaan edelleen heikosti, oirekuva vaihtelee ja sopivien hoitokeinojen löytäminen on haasteellista (Hannonen 2007, Markkula ym. 2009, Perrot ym. 2012). Syöpäkursseille osallistuneet erosivat muista ryhmistä sairauden psykososiaalisen hallinnan osalta. He kokivat pystyvän- sä käsittelemään sairauden mukanaan tuomia ongelmia muita ryhmiä paremmin, keskustelemaan niistä muiden kanssa ja välittämään muille sitä koskevia kokemuksiaan. Voidaan myös kysyä, näkyykö tuloksessa psyykinen kasvu ja voimaantuminen, jota on viime vuosina tutkittu paljon elämää uhkaavien sairauksien, muun muassa syövän, yhteydessä (esim. Lelorain ym. 2010). Kurssiryhmiä verrattaessa on kuitenkin muistettava ryhmien erilaiset taustat, joilla voi olla merkitystä tulosten ja niiden tulkinnan kannalta.

Edellä on tarkasteltu sairauskäsityksiä ja terveyteen liittyvää valtaistumista. Tutkimuksessa käytetyssä hallinnan tunteen kyselyssä (Pearlin & Schooler 1978) näkökulma on laajempi: sen on useissa tutkimuksessa katsottu kuvastavan yleistä elämänhallintaa (esim. Tigerstedt & Huhtanen 2013). Sopeutumisvalmennukseen osallistuvien yleinen hallinnan tunne oli jonkin verran heikompi kuin väestötutkimuksissa yleensä asetetut viitearvot (esim. Nyqvist ym. 2013, Järvikoski ym. 2016). Tulos ei ole yllättävä, sillä useimmiten sopeutumisvalmennukseen tullaan monin ta-

voin kuormittavassa elämänvaiheessa. Hallinnan tunne ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä ikään, sukupuoleen eikä koulutukseen, kun taas väestöaineistoissa on todettu hallinnan tunteen heikenevän ikääntymisen myötä ja hyvän koulutuksen vahvistavan sitä (Dalgard ym. 2007). Sen sijaan nykyhetken elämäntilanteella oli selvä yhteys hallinnan tunteeseen sopeutumisvalmennukseen tulevilla. Parhailaan sairauslomalla, työttömänä tai ammatillisessa kuntoutuksessa olleilla sekä työkyvyttömyyseläkeläisillä elämänhallinta oli selvästi heikompi kuin työssä olleilla (vrt. Järvikoski ym. 2016). Sen sijaan ikään perustuvalla eläkkeellä olevilla elämänhallinta oli samaa tasoa työssä olevien kanssa. Pääasiallinen toiminta erottaa ihmiset toisistaan elämäntilanteen vakauden ja aineellis-sosiaalisen turvallisuuden suhteen, mikä heijastuu hallinnan kokemukseen. Elämänhallinnan perusta on yleisissä sosiaalisissa ja rakenteellisissa tekijöissä (Aneshensel 2015).

Elämäntilanteella ei kuitenkaan ollut yhteyttä terveyspesifiin valtaistumisen kokemukseen, mikä viittaa yleisen elämänhallinnan ja terveyspesifin valtaistumisen erilaiseen perustaan. Samoin on syytä panna merkille, että kurssiryhmät eivät eronneet olennaisesti toisistaan yleisessä hallinnan tunteessa toisin kuin terveyteen liittyvässä valtaistumisessa. Toiminnanrajoitukset ja masennusoireet merkitsivät tässä kuitenkin sekä alentunutta hallinnan tunnetta (vrt. Gadalla 2009) että vähäisempää terveyteen liittyvää valtaistumista. Myös sosiaalinen ja institutionaalinen luottamus olivat yhteydessä sekä vahvempaan hallinnantunteeseen että valtaistumiseen: luottamus kanssaihmiin ja instituutioiden tukeen antaa erilaisille hallinnan kokemuksille hyvän perustan. Sosiaalisen luottamuksen ja perheeltä tai ystäviltä saadun sosiaalisen tuen yhteys hallinnan kokemukseen on todettu myös keski-ikäisiä tai iäkkäitä koskevissa väestötutkimuksissa (Nyqvist ym. 2013, Gadalla 2009, Ward 2013).

Sopeutumisvalmennukseen tulneiden odotuksia koskevista faktoreista kahdessa kysymys oli ensi sijassa tiedosta: toisessa sairautta ja sen hoitoa, toisessa palveluja, tukitaho-

ja ja etuuksia koskevasta tiedosta. Omaa sairautta ja sen hoitoa koskevaa tietoa toivottiin kaikissa ryhmissä runsaasti huolimatta siitä, että monet olivat jo aiemmin olleet ensitieto- tai sopeutumisvalmennuskurssilla. Tiedon tarpeeseen olivat yhteydessä toisaalta sairauden oireet ja niihin liittyvä huolestuneisuus, toisaalta käsitys siitä, että sairauteen voidaan vaikuttaa omalla toiminnalla ja sopivalla hoidolla. Tietoa palveluista ja tukimuodoista kaviattiin kokonaisuutena selvästi edellistä vähemmän; faktorin yksittäisistä asioista kiinnostivat eniten Kelan etuudet ja kunnan erilaiset tukimuodot. Sekä sairautta koskevia tietoja että palvelutietoja koskevat odotukset olivat yhteydessä sairauden tiedolliseen hallintaan: ne, joilla oli pulaa tiedoista, toivoivat saavansa vastauksia kurssin aikana. Fibromyalgiaryhmässä tietoa koskevat odotukset olivat erityisen suuret, mikä selittynee osin sillä, että myös suuri osa lääkäreistä pitää sekä fibromyalgian diagnosoimista että sopivien hoitokeinojen löytämistä haasteellisena (Perrot ym. 2012, Hayes ym. 2010). Fibromyalgiaa sairastavien odotukset kurssilta ovat todennäköisesti suuret myös siksi, että osalla on kokemuksia siitä, että sairauteen ei suhtauduta vakavasti (vrt. Lempp ym. 2009).

Psykososiaalisen tukeen ja vertaistukeen kohdistuvissa odotuksissa painottuvat tiedollisten kysymysten sijasta sosiaaliset ja psykososiaaliset tekijät. Ulottuvuudet eroavat kuitenkin toisistaan siten, että psykososiaalisen tuen odotuksissa näyttää painottuvan tarve saada asiantuntija-apua sairauteen liittyvien reaktioiden hallinnassa ja tunnetilojen käsittelyssä, kun taas vertaistuen ja kuulluksi tulemisen ulottuvuudella kiinnostus on muilta kurssilaisilta saatavassa tuessa, kuulluksi tulemisessa ja etäisyyden saamisessa arkielämän ongelmiin. Edellisessä painottuvat sairautteen sopeutumiseen – myös emotionaalisen tasa-painon saavuttamiseen – liittyvät odotukset, kun jälkimmäisessä kyse on halusta eri osapuolia hyödyttävään sosiaaliseen vaihtoon. Odotuksia psykososiaalisen avun saamisesta on erityisesti niillä, joilla hallinnan tunne yleensä ja sairauden tiedollinen hallinta olivat heikot ja joiden emotionaaliset reaktiot

sairauteen olivat voimakkaita. Vertaistukeen liittyvät odotukset ovat puolestaan suuremmat nimenomaan niillä, joilla tunne sairauden tiedollisesta ja psyykkisestä hallinnasta on vahvempi ja joilla on myös valmiutta välittää omia kokemuksiaan eteenpäin. Merkittävää on, että samansuuntainen tulos on raportoitu myös erityistä tukea tarvitsevien lasten vanhemmilla (Kippola-Pääkkönen ym. 2016).

Sopeutumisvalmennusta koskevassa keskustelussa asetetaan usein vastakkain toisaalta psyykinen sopeutuminen sairauteen, toisaalta vammaisen ihmisen valtaistuminen. Valtaistumisen käsitettä on pidetty sopeutumisen käsitettä parempana siksi, että se korostaa hallintaa passiivisen sopeutumisen ja alistumisen sijasta (vrt. Streng ja toimituskunta 2014, Sharpe & Curran 2006). Toisaalta sopeutumista on tarkasteltu myös hyvää elämää tavoittelevana merkityksenhakuprosessina (Park ym. 2008, Park 2010): elämän tarkoituksen pohtimista ja tilanteen hyväksymistä pidetään tärkeänä juuri siksi, että tulevaisuuden ennustettavuuden hämäryys ja epäoikeudenmukaisuuden tunne eivät veisi tilaa ihmisen aktiiviselta elämältä. Valtaistuminen on laaja käsite, joka sisältää psyykkisen voimaantumisen lisäksi myös tiedollisen, vuorovaikutuksellisen ja toiminnallisen valtaistumisen sekä ihmisen toimintamahdollisuuksien paranemisen hänen omissa yhteisöissään.

Tutkimus käsittelee suomalaisessa kuntoutuksessa tärkeää mutta vähän tutkittua teemaa. Sen vahvuutena on vastaajien huolellinen paneutuminen kyselylomakkeen kysymyksiin. Yksittäisissä kysymyksissä puuttuvien tietojen määrä on vähäinen; lomake näytti koskettavan asioita, jotka vastaajien oli helppo kokea mielekkäinä. Tutkimuksen rajoitukset liittyvät aineiston edustavuuteen. Tutkittavat ryhmät ovat määrällisesti suurimpia Kelan sopeutumisvalmennukseen osallistuvia sairausryhmiä ja ne valittiin neuvottelujen tuloksena. Kaikki kurseille osallistuneet eivät antaneet kirjallista suostumusta osallistua tutkimukseen, eikä tutkijoilla ole tietoa siitä, miltä osin valikoituminen on tapahtunut harkinnan perusteella ja miltä osin kuntoutuslaitosten käytäntöjen takia. Kurssiryhmät eroavat toisis-

taan useiden keskeisten ominaisuuksien osalta, mikä vaatii huomiota vertailuja tehtäessä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että sopeutumisvalmennukseen tulevilla on monenlaisia tarpeita, jotka liittyvät sekä tiedonsaantiin, emotionaaliseen tukeen että sosiaaliseen vastavuoroisuuteen. Odotuksissa heijastuvat sekä sopeutumisen että valtaistumisen näkökulmat. Tulokset eivät viittaa passiiviseen sopeutumiseen vaan sairauden ja oman elämäntilanteen hallinnan pyrkimykseen, joiden olennaisia osia ovat tiedollisen hallinnan ja asiantuntijatuen tarve sekä toive vertaistuen saamisesta. Osallistujien tarpeiden huomioon ottaminen valmennuksen aikana voi vaikuttaa myönteisesti myös yksilöllisiin sairauskäsityksiin. Odotukset vaihtelevat, minkä vuoksi on tärkeää ottaa huomioon myös kursseille osallistuvien asiakkaiden yksilölliset tarpeet, ei pelkästään sairausryhmän yleisiä tarpeita.

Tiivistelmä

Sopeutumisvalmennus on kuntoutusmuoto, jonka avulla pyritään tukemaan kuntoutujaa vamman tai pitkäaikaisen sairauden hallinnassa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sopeutumisvalmennukseen saapuvien aikuisten kuntoutujien elämäntilannetta, sairauskäsityksiä, hallinnan tunnetta, terveyteen liittyvää valtaistumista ja sopeutumisvalmennukseen kohdistuvia odotuksia. Kurssimuotoja oli kolme: syöpää, fibromyalgiaa ja diabetes-ta sairastavien kurssit. Neljän kuntoutuslaitoksen toteuttamille kursseille osallistui vuosina 2014–15 toteutetun tiedonkeruun aikana 581 kuntoutujaa, joista 377 (65 %) antoi kirjallisen suostumuksen osallistua tutkimukseen ja vastasi alkukyselylomakkeeseen. Kurssiryhmät erosivat sairauskäsitystensä suhteen toisistaan. Kuntoutujien elämäntilanne, sosiaalinen ja institutionaalinen luottamus sekä sairauden rajoitukset olivat yhteydessä hallinnan tunteeseen. Sopeutumisvalmennukseen kohdistuvat odotukset muodostivat neljä ulottuvuutta: palvelutietoja, sairautta ja

sen hoitoa koskevia tietoja, psykososiaalista asiantuntijatukea sekä vertaistukea koskevat odotukset. Odotukset vaihtelivat kurssiryhmittäin. Sairauskäsityksiin liittyvät sairauden oireet, huolestuneisuus, tunnereaktiot ja käsitys hoidon vaikutuksista ja omista vaikutusmahdollisuuksista selittivät odotusten vaihtelua. Tietoihin ja psykososiaaliseen asiantuntija-apuun kohdistuvien odotusten todennäköisyyttä lisäsi terveyteen liittyvän valtaistumisen osalta tiedollisen hallinnan vähäisyys, kun taas vertaistukeen liittyvien odotusten todennäköisyyttä lisäsi vahva tiedollinen ja psykososiaalinen hallinta.

Abstract

Illness perceptions, empowerment and rehabilitation expectations of persons attending psychosocial rehabilitation

Adaptation training is a form of psychosocial rehabilitation that aims to empower the client in coping with his or her illness or disability. The aim of the study was to examine the life situation, sense of mastery, illness perceptions, health-related empowerment and rehabilitation needs and expectations of clients attending adaptation training courses for adults with cancer, fibromyalgia or diabetes. In 2014–15, 581 clients attended these courses in four rehabilitation centers; 377 of them gave their informed consent to participate the study and answered the questionnaire at the beginning of the course. The three groups differed according to their illness perceptions and rehabilitation expectations, but there was also much variance between group members. Life situation, perceived disability, and social and institutional trust were associated with sense of mastery. Rehabilitation expectations were grouped into four main dimensions, i.e., information about services and support, information about the illness and treatment and rehabilitation op-

tions, psychosocial professional support, and peer support. Illness perceptions, i.e. perceived symptoms, worry, emotional reactions, experienced outcomes of treatment, and perceptions of one's own possibilities to influence the illness were associated with different dimensions. Health-related empowerment was also connected with expectations. Expectations for information and professional help were stronger in those with weak informational mastery, whereas expectations for peer support were stronger with those whose informational and psychosocial mastery was better than average.

Kristiina Härkäpää, FT, professori, kuntoutustiede, Lapin yliopisto

Aila Järvikoski, YTT, professori (emerita), kuntoutustiede, Lapin yliopisto

Anu Kippola-Pääkkönen, YTM, tutkija, Lapin yliopisto

Marjatta Martin, YTT, yliopistonlehtori, Lapin yliopisto

Ilona Autti-Rämö, johtava ylilääkäri, tutkimusprofessori, Kansaneläkelaitos

Lähteet

- Aneshensel CS (2015) Sociological inquiry into mental health: The legacy of Leonard I. Pearlin. *J Health Soc Behav* 56, 166–178.
- Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, Martin SA (2008) Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Educ Couns* 73, 1, 114–120.
- Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D (2004) Patients' needs, satisfaction, and health-related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2, 32.
- Avison WR, Cairney J (2003) Social structure, stress, and personal control. Teoksessa Zarit SH, Pearlin LI, Schaie KW (toim.) *Personal control in social and life course contexts*. New York, Springer, 127–164.
- Beran D (2015) Needs and needs assessments. A gap in the literature for chronic diseases. *SAGE Open* 2015, April-June, 1–10.
- Broadbent E, Donkin L, Stroh JC (2011) Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care* 34, 338–340.
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weiman J (2006) The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 60, 631–637.
- Cortier AL, Findlay M, Broom R, Porter D, Patrie KJ (2013) Beliefs about medicine and illness are associated with fear of cancer recurrence in women taking adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *Br J Health Psychol* 18, 168–181.
- Dalgard OS, Mykletun A, Rognerud M, Johansen R, Zahl PH (2007) Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry* 7, 20–28.
- Dunn J, Steginga SK, Rosoman N, Millichap D (2003) A review of peer support in the context of cancer. *J Psychosoc Oncol* 21, 55–67.
- Embuldeniya G, Veinot P, Bell E et al. (2013) The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Education and Counseling* 92:3–12.
- Gadalla TM (2009) Sense of mastery, social support, and health in elderly Canadians. *Journal of Aging and Health* 21, 581–595.
- Glattacker M, Opitz U, Jäckel WH (2010) Illness representations in women with fibromyalgia. *Br J Health Psychol* 15, 367–387.
- Grönlund K, Setälä M (2012) In honest officials we trust: Institutional confidence in Europe. *Am Rev Public Adm* 42, 523–542.
- Hannonen P (2007) Fibromyalgia. Teoksessa Martio J, Karjalainen A, Kauppi M, Kukkurainen ML & Kyngäs H (toim.) *Reuma*. Duodecim, Hämeenlinna, 415–428.
- Hayes SM, Myhal GC, Thornton JF, Camerlain M, Jamison C, Cytryn KN, Murray S (2010) Fibromyalgia and the therapeutic relationship: Where uncertainty meets attitude. *Pain Res Manage* 15, 385–391.
- Homan-Helenius P (2005) Empowering families of children with asthma through adaptation training. *Annales Universitatis Turkuensis, Series D. Turun Yliopisto, Turku*.
- Hoving JL, van der Meer M, Volkova AY, Frings-Dresen MHW (2010) Illness perceptions and work participation: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 83, 595–605.
- Husson O, Thong MSY, Mois F, Oerlemans S, Kaptein AA, van de Poll-Franse LV (2013) Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? *Psycho-Oncology* 22, 490–498.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Gould R (2014) Motivational orientation of people participating in voca-

- tional rehabilitation. *J Occup Rehab* 24, 658–669.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2014) Teoreettisia näkökulmia psykososiaaliseen sopeutumiseen ja sopeutumisvalmennukseen. Teoksessa: Streng H (toim.) *Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus*. Raha-automaattiyhdistys, Espoo, 101–147.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Romakkaniemi M, Nordling E (2016) Koettu työkyky ja hyvinvointiteki-jät Lapin 40–59-vuotiaassa väestössä. *Kuntoutus* 39, 2, 6–20.
- Kaptein AA, Yamaoka K, Snoei L, van der Kloot WA ym (2013) Illness perceptions and quality of life in Japanese and Dutch women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 31, 83–102.
- Kaptein AA, Schoones JW, Fischer MJ, Thong MSY, Kruep JR, van der Hoeven KJM (2015) Illness perceptions in women with breast cancer – a systematic literature review. *Curr Breast Cancer Rep* 7:117–126.
- Kersten P, George S, McLellan L, Smith JAE, Mullee MA (2000) Disabled people and professionals differ in their perceptions of rehabilitation needs. *Journal of Public Health Medicine* 2000, 22, 393–399.
- Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun TB, Wittchen H-U (1998) The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res* 7, 4, 163–171.
- Kippola-Pääkkönen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Autti-Rämö I (2016) Sopeutumisvalmennuskurssille osallistuvien lasten vanhempien arvioita hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja kurssiodotuksista. *Kuntoutus* 39, 1, 6–21.
- Koren PE, Dechillo N, Friesen BJ (1992) Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities – A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology* 37, 305–321.
- Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A (2010) Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *J Clin Psychol Med Settings* 17, 14–22.
- Lempp HK, Hatch SL, Carville SF, Choy EH (2009) Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 10, 124–134.
- Leventhal H, Diefenbach M, Levanthal EA (1992a) Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy & Research* 16, 143–163.
- Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ (1992b) Self-regulation, health, and behaviour: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health* 13, 717–733.
- Markkula R, Järvinen P, Leino-Arjas P, Koskenvuo M, Kalso J, Kaprio J (2009) Clustering of symptoms associated with fibromyalgia in a Finnish Twin Cohort. *European Journal of Pain* 13, 744–750.
- Masterson S, Owen S (2006) Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health* 15, 19–34.
- Mohseni M, Lindstrom M (2007) Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Social science & medicine* 64, 1373–83.
- Moos RH, Holahan CJ (2003) Dispositional and contextual perspectives on coping: Towards an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology* 59, 1387–1403.
- Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H (2014) The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology* 2014, 2, 50–58.
- Nylen M, Tervonen S, Leino E (2009) Hoidonohjauksen ja kuntoutuksen merkitys epilepsiapotilaan kannalta. *Duodecim* 125, 22, 2543–51.
- Nyqvist F, Forsman AK, Cattani M (2013) A comparison of older workers' and retired older people's social capital and sense of mastery. *Scand J Public Health* 41,792–798.
- Park CL (2010) Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin* 136, 257–301.
- Park CL, Edmondson D, Fenster JR, Blank TO (2008) Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 863–875.
- Pearlin L, Schooler C (1978) The structure of coping. *J Health Soc Behavior* 19, 2–21.
- Pearlin L, Bierman A (2013) Current issues and future directions in research into the stress process. Teoksessa Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A (toim.) *Handbook of Sociology of Mental Health*, 2. p., Dordrecht, Springer, 325–340.
- Perrot S, Choy E, Petersel D, Ginovker A, Kramer E (2012) Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Services Research* 12, 356–363.
- Pudrovskaya T (2010) Cancer and mastery: Do age and

- cohort matter? *Soc Sci Med* 71, 1285–1291.
- Pudrovska T, Schieman S, Pearlman LI, Nguyen K (2005) The sense of mastery as a mediator and moderator in the association between economic hardship and health in later life. *J Aging Health* 17, 634–660.
- Pukkala E, Dyba T, Hakulinen T, Sankila R. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. www.syopa.fi
- Puumalainen J, Härköpää K, Järvikoski A (2014) Odotukset, osallisuus ja koetut vaikutukset: Osallistujien kokemuksia vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. *Kuntoutus* 37, 4, 5–19.
- Rissanen P, Vertio H, Lanning M (2008) Syöpä. Kirjassa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Duodecim, Helsinki, 121–137.
- Sallinen M, Kukkurainen ML, Peltokallio L (2011) Finally heard, believed and accepted – Peer support in the narratives of women with fibromyalgia. *Patient education and counseling* 85, 126–130.
- Schieman S, Turner HA (1998) Age, disability, and the sense of mastery. *Journal of Health and Social Behavior* 39, 3, 169–186.
- Sharpe L, Curran L (2006) Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med* 62, 1153–1166.
- Streng H, toimituskunta (2014) Julistus sopeutumisvalmennuksen puolesta. Teoksessa: Streng H (toim.) Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Espoo, 339–42.
- Tang TS, Funnell MM, Gillard M, Nwankwo R, Heisler M (2011) The development of a pilot training program for peer leaders in diabetes: Process and content. *Diabetes Education* 37, 67–77.
- Tigerstedt C, Huhtanen P (2013) Päihtyneiden aiheuttamat häiriöt julkisilla paikoilla. Teoksessa Warpenius K, Holmila M, Tigerstedt C (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere 2013.
- Ussher J, Kirsten L, Butow P, Sandoval M (2006) What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Soc Sci Med* 62, 2565–2576.
- Walker JS, Thorne EK, Powers LE, Gaonkar R (2010) Development of a scale to measure the empowerment of youth consumers of mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 18, 51–59.
- van Uden-Kraan CF, Drossaert CHC, Taal E, Shaw BR, Seydel ER, van de Laar MAFJ (2008) Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia. *Qualitative Health Research* 18, 405–417.
- Ward MM (2013) Sense of control and self-reported health in a population-based sample of older Americans: Assessment of potential confounding by affect, personality, and social support. *Int J Behav Med* 20, 140–147.
- Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Home R (1996) The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health* 11, 431–445.
- Wen K-I, Gustafson DH (2004) Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2, 11.
- Vilkkumaa I (2014) Ihminen suhteessa ympäristöönsä. Teoksessa: Streng H (toim.) Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Espoo, 203–225.

TYÖTTÖMIEN AMMATILLINEN KUNTOUTUS

Tilannekatsaus asiantuntijahaastattelujen ja kirjallisuuden pohjalta

Johdanto

Kuntoutusjärjestelmän uudistaminen on ollut agendalla viime vuosina. Istuvan hallituksen yhtenä tavoitteena on panna toimeen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus (Ratkaisujen Suomi 2015, 21). Jo edellisen hallituksen aikana toteutettiin monialaisen kuntoutuksen selvitystyö (STM 2015). Tähän liittyi myös ammatillista kuntoutusta koskeva osaselvitys, jossa tarkasteltiin ammatillisen kuntoutuksen palveluja, työnjakoa ja yhteistyötä sekä kehittämistarpeita (Juvonen-Posti & Pensola 2015). Selvitystyö tehtiin kolmen tutkimuslaitoksen yhteistyönä siten, että Kelan tutkimusosasto vastasi selvityksestä Kelan ammatillisen kuntoutuksen toimeenpanon osalta, Työterveyslaitos työssä olevien ammatillisen kuntoutuksen osalta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos työttömien ammatillisen kuntoutuksen osalta. Tässä katsauksessa esitän tiivistetysti selvityksen tulokset työttömien ammatillisesta kuntoutuksesta (Saikku 2015) sekä pohdin niitä nykyisen tilanteen valossa.

Työttömien ammatillisen kuntoutuksen selvityksen lähtökohtana olivat seuraavat kysymykset: 1) Mitkä tekijät edistävät tai estävät työttömien ammatillisen kuntoutuksen ja siihen liittyvän lääkinällisen tai sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista? ja 2) Miten TE-palvelut pystyvät tällä hetkellä vastaamaan ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin? Kysymyksiä tarkasteltiin erityisesti yhteistyön ja työnjaon näkökulmasta. Kehikkona tarkastelulle olivat viime vuosina toteutetut lain-

säädäntöuudistukset, kuten terveydenhuoltolain mukaiset terveystarkastukset opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille (vuodesta 2011), Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntöedellytysten muutokset (vuodesta 2014), uusi sosiaalihuoltolaki, sisältäen sosiaalisen kuntoutuksen (vuodesta 2015), sekä työllistymistä edistävää monialaista yhteispalvelua koskeva lainsäädäntö ja kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskevan lain kumoaminen (vuodesta 2015). Keskeinen lakiuudistus, etenkin toisen selvityskysymyksen osalta, oli julkista työvoimaja yrityspalvelua koskeva laki (916/2012).

Selvityksen aineistoina olivat asiantuntijahaastattelut, aiemmat tutkimukset ja raportit sekä työnvälitystilastot. Selvitystä varten haastateltiin kuutta ammatillisen kuntoutuksen asiantuntijaa työ- ja elinkeinohallinnosta (työ- ja elinkeinoministeriöstä, ELY-keskuksesta, TE-toimistoista, työvoiman palvelukeskuksesta) ja kahta Kelasta. Lisäksi tehtiin ryhmähaastattelu yhdessä työvoiman palvelukeskuksessa, jossa oli mukana sekä kunnan että TE-palvelujen työntekijöitä. Kirjallisuushaku vuosilta 2007–2015 tehtiin suomeksi kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista. Asianmukaisia viitteitä tuli 55 kappaletta, joista osa rajautui vielä tarkemmassa tarkastelussa pois. Lisäksi mukaan otettiin kirjallisuutta, joka ei tullut esille haussa, mutta oli relevanttia tarkastelun kannalta. TE-palveluja koskevaa tilastotietoa saatiin työnvälitystilastoista avoimesta tietokannasta (toimiala online) vuosilta

2006–2014 ja TEM:n erillisajoina osatyökykyisten osalta vuodelta 2014.

Selvityksen tarkastelunäkökulma oli käytännönläheinen. Raportoinnissa yhdistettiin asiantuntijahaastatteluiden ja kirjallisen aineiston tuottamaa tietoa lakiuudistusten merkityksestä, työttömien ammatillisen kuntoutuksen toteutumista edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä TE-palvelujen tilanteesta työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa.

Taustaa työttömien kuntoutuksesta

Työmarkkina-aseman on useissa tutkimuksissa todettu vaikuttavan niin terveysongelmien ja kuntoutustarpeiden toteamiseen, kuntoutukseen hakeutumiseen kuin kuntoutuksen saamiseenkin (esim. Rajavaara 2000; Saikku 2009; Pensola ym. 2012; Gould ym. 2014). Työttömillä työhön paluun tukikeinot näyttävät toimivan selvästi heikommin kuin työsuhteessa olevilla (Liukko & Kuuva 2015, 88). Erityisesti pitkäaikaistyöttömät ovat kuntoutuksen kokonaisjärjestelmässä väestöryhmä, jonka työ- ja toimintakyvyn hallinnan ja kuntoutuksen vastuita yritetään siirtää osajärjestelmältä toiselle (Rajavaara 2013, 65). Pitkäaikaistyöttömille kehiteltyjä kuntouttavia toimia pidetään usein niin sanottuna non-institutionaalisenä kuntoutuksena, joka ei varsinaisesti kuulu osaksi kuntoutusjärjestelmää (Karjalainen 2011).

Työurien pidentämistä ajavan ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä vähentävän politiikan näkökulmasta merkittävää on se tutkimusten havainto, että työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä usein edeltää työttömyys (Laaksonen ym. 2014; Blomgren ym. 2011). Miltei neljännes työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä oli ollut vähintään kaksi vuotta työttömänä eläkettä edeltävien neljän-viiden vuoden aikana. Pitkäaikaistyöttömyyttä kokeneita oli erityisen paljon työ- ja kansaneläkkeen yhdistelmälle siirtyneissä, mikä kertoo näiden henkilöiden katkonaisesta työurasta. (Blomgren ym. mt., 21.)

OECD (2008; 2010) on raporteissaan nostanut esille muun muassa työttömien osatyökykyisten suuren määrän Suomessa suhteessa

muihin OECD-maihin, julkisten työvoimapalvelujen heikon palvelutarjonnan osatyökykyisille, ammatillisen kuntoutuksen järjestelmän pirstoutuneisuuden sekä yksilöllisen palveluohjauksen tarpeen. Suomessa jää vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle noin 25 000 henkilöä (STM 2013, 6). Työkyvyttömyyseläkkeellä olevia työnhaluja ja työkykyisiä henkilöitä on arvioitu olevan noin 30 000 (Lehto 2011). Osatyökykyiset muodostavat siten myös työvoimapotentialin, jonka käyttömahdollisuutta olisi edistettävä. Tämä vaatii myös työvoiman kysyntään kohdistuvia toimia (Asplund & Koistinen 2014).

Työttömien ammatillista kuntoutusta edistävät ja estävät tekijät sekä kehittämistarpeet

Selvityksen tuloksia niistä tekijöistä, jotka käytännön työssä edistävät tai estävät työttömien ammatillista kuntoutusta, esitetään tiivistetysti taulukossa 1. Teemat muodostettiin haastattelurungon sekä haastatteluissa esille nousseiden asioiden kautta. Kuntoutusta edistävissä ja estävissä tekijöissä painottuvat haastateltujen asiantuntijoiden esille tuomat asiat. TE-palvelujen uudistukseen ja tehtävään liittyvät asiat tulivat myös haastatteluissa vahvasti esille, mutta niitä käsitellään seuraavassa luvussa. Esitetyt kehittämistarpeet pohjautuvat kaikkeen käytettyyn materiaaliin.

Selvityksessä esiin nousseet työttömien ammatillista kuntoutusta estävät tekijät eivät ole kovin yllätyksellisiä. Esimerkiksi terveydenhuollon palveluihin pääsyn vaikeus, kuntoutustarpeiden liian myöhäinen tunnistaminen ja asiakkaiden kuntoutusmotivaation heikkous ovat kaikki ongelmia, joita on tuotu esille eri yhteyksissä jo pitkään. Myös edistävät tekijät ovat paljolti ennestään tunnettuja; positiivista on, että haastatellut näkivät myönteistä kehitystä muun muassa työttömien työkyvyn arvioinnin kehittämisessä, Kellan roolissa työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa ja eri toimijoiden välisen työnjaon selkiintymisessä.

Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kehittämistarpeissa korostuvat asiakaslähtöi-

Taulukko 1. Työttömien ammatillista kuntoutusta edistävät ja estävät tekijät sekä kehittämistarpeet.

Teemat	Edistävät tekijät	Estävät tekijät	Kehittämistarpeet
Perusterveydenhuolto ja työttömien terveystarkastukset	Hyvät toimintakäytännöt työttömien terveystarkastuksissa, yhdessä sovitut toimintatavat	Heikot henkilöstöresurssit Palveluun pääsy ja hoitosuhteen luominen hankalaa Osaamisvajeet Kiinnostuksen puute	Työkäisten työ- ja toimintakyvyn edistäminen tavoitteeksi terveydenhuollossa Sektorirajat ylittävät toimintakäytännöt
Työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi	Kunnissa otettu vastuuta ja kehittyvät toimintatapoja työttömien työkyvyn arviointiin	Työttömän työkyvyn arvioinnin vaikeus Osaamisvajeet arvioinnin tekemisessä Vastuunjaon epäselvyys Kuntoutus nousee esille asiakastyössä liian myöhään	Monialaisen arviointikäytännön edelleen kehittäminen Erialaisten arviointitarpeiden tunnistaminen
Kelan ammatillinen kuntoutus	Kela vahvemmin mukana työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa: tiedot palveluista parantunut, kehitetty hyviä palveluita (esim. ammatilliset kuntoutuskurssit) Kriteerien muutos: suunta hyvä Työkykyneuvonta	Lääketieteellisten kriteerien painottuminen edelleen, sosiaalisten tekijöiden painoarvo vielä epäselvä Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin työllistymispainotus Kuntoutusmuodot ja toimintatavat eivät sovi pitkäaikaistyöttömille	Kuntoutukseen pääsyn edelleen helpottaminen etenkin nuorilla Kuntoutusmuotojen ja toimintatapojen kehittäminen myös pidempään työttömänä olleille soveltuviksi
Työeläkelaitosten ammatillinen kuntoutus	Monella työttömällä voi olla oikeus palveluun	Työeläkelaitosten palvelujen ja TE-palvelujen vaihtoehtoisuus, ei voi yhdistää Työeläkekuntoutuksen mahdollisuuksia ei aina osata käyttää työttömien kohdalla	Palveluista aktiivisesti tiedottaminen varhaisessa vaiheessa Palvelujen yhdistämisen/ rinnakkaisuuden TE-palvelujen kanssa
Verkostoyhteistyö	Työnjako periaatteessa selkeää Kelan ja TE-palvelujen välinen yhteistyö parantunut	Koordinointi, koordinoiva taho puuttuu Palveluohjaukselle on suuri tarve	Koordinoinnista on sovittava Ohjaus ei riitä, tarvitaan palveluohjausta

Teemat	Edistävät tekijät	Estävät tekijät	Kehittämistarpeet
	<p>Työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu (TYP) voi edelleen tiivistää yhteistyötä TE-palvelujen, Kelan ja kunnan välillä</p> <p>Kuntoutuksen asiakas-yhteistyöryhmät</p>		<p>Olemassa olevien toimivien yhteistyörakenteiden hyödyntäminen, myös TYP-toiminnan tultua</p>
Asiakkaiden tilanteet ja motivaatio	Sosiaalisen kuntoutuksen palvelujen kehittäminen kunnissa	<p>Asiakkaiden terveys-ongelmien vakavuus ja ongelmien moniulotteisuus</p> <p>Asiakkaiden motivaatio kuntoutukseen heikko, etenkin työttömyyden pitkittyessä</p>	<p>Kuntoutus mukaan varhaisessa vaiheessa</p> <p>Joustavat siirtymät sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen välillä</p> <p>Asiakaslähtöinen työskentely lisää motivaatiota</p>
Työmarkkinat	Tuetun työllistymisen mallit	Osatyökykyisten työllistymismahdollisuudet heikot kysynnän puutteen vuoksi	<p>Tuetun työllistymisen mallien kehittäminen ja käyttöönotto laajemmin</p> <p>Kannusteet työnantajille, esim. sosiaaliset kriteerit hankinnoissa; pohdittava myös velvoitteita</p>

sen toimintatavan ja eri sektoreiden välisen yhteistyön kehittäminen. Nämä liittyvät mitä suurimmassa määrin yhteen: palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisemmiksi edellyttää kaikkien toimijoiden aktiivista ja varhaista toimintaa kuntoutustarpeiden esille nostamiseksi, eri toimijoiden vastuulla olevien kuntoutusmuotojen parempaa yhteensovittamista, kuntoutuksen ja muiden tarvittavien palveluiden parempaa yhteensovittamista sekä kuntoutusmuotojen ja toimintatapojen kehittämistä asiakkaiden näkökulmasta. Työttömiä ammatillisessa kuntoutuksessa on työnjaon jonkinasteisesta selkiintymisestä huolimatta selvä tarve yhä tehostaa toiminnan koordinaatiota ja yksilöllistä palveluohjausta.

Ammatillisen kuntoutuksen osaaminen ja organisointi TE-palveluissa

Toisena selvitystehtävänä oli muodostaa näkemys siitä, miten TE-palvelut pystyvät vastaamaan ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin. Laissa julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta ei työttömän työnhakijan määritelmään ole enää sisällytetty työkykyisyyttä ja työmarkkinoiden käytettävissä olevaa koskevia edellytyksiä. Laissa ei myöskään mainita käsitettä ammatillinen kuntoutus. Näin ollen kaikki TE-palvelut ovat myös niiden asiakkaiden käytössä, joiden vamma tai sairaus vaikeuttaa työllistymistä. Heille palveluja voidaan tarjota myös ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa.

Uusi lainsäädäntö vuodesta 2013 ja sen myötä toteutunut palvelu-uudistus ovat olleet merkittävä muutos TE-toimistoissa. Palvelu-uudistuksen myötä niin TE-toimistojen määrä, palvelujen organisoituminen kuin palveluvalikoima muuttuivat. Haastattelujen aikaan keväällä 2015 uudistuksen toimeenpano oli vasta meneillään, ja tilanne näytti kentän näkökulmasta epäselvältä ja hajanaiselta. Ammatilliseen kuntoutukseen liittyvien palvelujen organisointia tehtiin kahdesta suunnasta: toisaalta TE-toimistoissa ammatillisen kuntoutuksen osajia keskitettiin kolmannelle eli tuetun työllistymisen linjalle, toisaalta meneillään oli kuntoutusosaamisen valtavirtaistaminen, jossa eri linjojen työntekijöille suunnattiin kuntoutukseen liittyvää koulutusta. Haastatellut kuntoutuksen asiantuntijat suhtautuivat skeptisesti siihen, että lyhyellä koulutuksella ja palveluiden nykyisellä organisointitavalla olisi mahdollista maksua kuntoutusajattelua läpi organisaation.

Selvityksen mukaan TE-palveluissa oli nähtävissä ristiriitaisia trendejä suhteessa osatyökykyisyyteen. Palvelun saannin kriteerejä oli väljennetty esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osalta. Haastatteluissa tuotiin kuitenkin esille, että TE-toimistoissa saattoi olla hyvin kova linja terveysongelmaisia ihmisiä kohtaan: terveysongelmat tulisi hoitaa ennen TE-palveluihin osallistumista. Terveydellisistä ja/ tai psykososiaalisista ongelmista kärsivät ihmiset ohjattiin miltei säännönmukaisesti TE-palvelujen tuetun työllistymisen linjan asiakkaiksi eli sellaisiksi asiakkaiksi, joiden palvelu edellyttää monialaista yhteistyötä. Näin linjalle ohjautui myös niitä asiakkaita, joilla terveydellisistä ongelmistaan huolimatta ei ollut muita työllistymistä estäviä tekijöitä kuin työnhakuun tai osaamiseen liittyvät kysymykset.

Palvelu-uudistuksen nähtiin entisestään monimutkaistaneen asiakkaiden palveluprosesseja. Palvelun siirtyminen sähköiseksi tai puhelimitse toteutuvaksi nosti kynnystä terveysongelmien esiintuloon, mikäli asiakas ei itse aktiivisesti tuonut niitä esille. Vaadittiin monta kontaktia monen ihmisen kanssa ja useampi vaihe palvelussa ennen kuin kuntoutusasioita

lähdettiin edes selvittämään. Samansuuntaisia ongelmia sähköisistä työvoimapalveluista on tuotu esiin myös muualla (ks. VTTV 2015; Eronen ym. 2014).

Nopean työllistymisen tavoite oli nostettu ensisijaiseksi tavoitteeksi TE-palveluissa, mikä herätti työntekijöiden parissa epäselvyyttä siitä, missä määrin työaika voi käyttää esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen prosessin hoitamiseen tai muuhun tämällyypiseen työhön, joka ei tähtää välittömään työllistymiseen. Osalla haastatelluista oli myös kokemus, ettei heidän asiantuntijuuttaan enää arvostettu. Suurin syy siihen, ettei paneutuvaa työtä tehty riittävässä määrin, olivat liian pienet henkilöstöresurssit; TE-palvelujen henkilöstömäärä on ollut laskusuunnassa työttömyyden kasvusta huolimatta.

Osatyökykyiset asiakkaat ja TE-palvelut

Työnvälitystilastojen mukaan vammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden (aiemmin: vajaakuntoisten) osuus työttömistä työnhakijoista pysyi miltei samalla tasolla vuosina 2006–2014, keskimäärin noin 15 prosentissa. Vuonna 2014 oli keskimäärin noin 41 000 osatyökykyistä työtöntä työnhakijaa kuukaudessa, mikä oli 13 prosenttia kaikista työttömistä työnhakijoista.

Osatyökykyisten työttömien työnhakijoiden yleisimmät diagnoosit vuonna 2014 liittyivät tuki- ja liikuntaelinsairauksiin (35 %) sekä mielenterveyden häiriöihin (26 %). Alle 40-vuotiailla yleisin diagnoosi liittyi mielenterveyden häiriöihin, tätä vanhemmilla tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Miltei puolet (46 %) tuki- ja liikuntaelinsairauden omaavista oli pitkäaikaistyöttömiä, mielenterveyden häiriön omaavista useampi kuin joka kolmas (38 %). Kaikista osatyökykyisistä työttömistä työnhakijoista 42 prosenttia oli pitkäaikaistyöttömänä, kun keskimäärin työttömistä työnhakijoista pitkäaikaistyöttömänä oli 28 prosenttia vuonna 2014. Työttömyyden pitkittyminen näytti siten keskimääräistä yleisemmältä osatyökykyisillä työttömillä.

Palveluvalikoiman muuttuminen TE-pal-

velujen uudistuksen myötä vaikeuttaa tilastollista vertailua uudistusta edeltävään aikaan, ja tässä esitettyjä vertailuja voidaan pitää vain karkeasti suunta-antavina. Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa annettuina TE-palveluina nousivat haastatteluissa esille työkyvyn arviointi, työvoimakoulutus, valmennukset, työkokeilu, omaehtoinen opiskelu ja palkkatuettu työ. Työkyvyn arviointien kriteerien koettiin tiukentuneen. Tilastotietojen mukaan työkyvyn tutkimukseen ja arviointiin liittyvien toimenpiteiden ja palvelujen määrä oli laskenut selvästi vuodesta 2008 vuoteen 2014: liki 10 000 toimenpiteestä vajaan 3000:een.

Työvoimakoulutuksen, valmennusten ja työkokeilun osalta haastatellut näkivät ongelmana sen, että palveluihin saattoi olla vaikea päästä, mikäli henkilöllä oli terveysongelmia. Tilastotietojen mukaan työkokeilun osallistujamäärä oli kasvanut huomattavasti palvelu-uudistuksen myötä. Esimerkiksi vuonna 2012 työkokeiluna ja työhönvalmennuksena toteutettiin reilut 10 000 toimenpidettä, kun vuonna 2014 alkoi yli 42 000 työkokeilua. Työhönvalmennusta ei ole enää palveluvalikoimassa. Osatyökykyisten suhteellinen osuus työkokeilussa näytti kuitenkin laskeneen: vuonna 2014 noin joka neljäs (23 %) työkokeiluun osallistuneista oli osatyökykyinen, kun vuonna 2012 vajaakuntoisiin kohdistui työkokeilutoimenpiteistä vähintään puolet ja työhönvalmennus miltei kokonaan. Näyttää siis siltä, että työkokeilua kohdistettiin entistä enemmän niille työnhakijoille, joilla ei ole vammaa tai pitkäaikaissairautta. Asian tarkempi selvittäminen edellyttäisi erillistutkimusta.

TE-asiiantuntijoiden haastatteluissa TE-palvelujen tehtävä työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa määrittyi eri tavoin. Osa haastatelluista näki, että TE-toimistolla on koordinaatiovastuu prosessissa, mutta vastuu ei toteudu tällä hetkellä riittävällä tavalla. Osa taas koki, että TE-toimistolla on vain vastuu tarvittaessa ohjata ja neuvoa asiakkaita ensisijaisten ammatillisten kuntoutuspalvelujen, Kelan ja työeläkelaitosten, piiriin. Mikäli asiakas ei päässyt Kelan tai työeläkelaitosten kuntoutukseen, hänet ohjattiin usein kunnan

palveluihin, kuten kuntouttavaan työtoimintaan tai kuntien omille kartoitusjaksoille työ- ja toimintakyvyn selvittelyyn.

Selvityksen perusteella TE-palvelujen kyky vastata työttömien ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin on varsin heikko tällä hetkellä. Uuden lainsäädännön myötä julkisessa työvoima- ja yrityspalvelussa ei ole enää ammatillista kuntoutusta, ja nopean työllistymisen tavoite on nostettu ensisijaiseksi. Tämä näyttää johtaneen usein siihen, ettei etäämpänä työllistymisestä olevien työttömien koe ta olevan TE-palvelujen vastuulla. Kuitenkin myös heidän kohdallaan tavoitellaan työllistymistä, vaikka prosessiin sisältyy muitakin palveluja kuin TE-palveluja. Työllistymisen edistäminen edellyttäisi, että muilla tahoilla toteutuvat palvelu-, kuntoutus- ja hoitoprosessit saataisiin linkitettyä nykyistä paremmin osaksi TE-palveluja. TE-palvelujen tulisi ottaa vastuu työllistymisprosessin koordinoinnista ja etenemisestä työttömien osalta myös silloin, kun siihen sisältyy muualla toteutuvaa ammatillista kuntoutusta.

Johtopäätökset

Viime vuosina on tehty monia työurien pidentämiseen tähtäviä uudistuksia. Uudistuksista suurin osa näyttäisi kohdistuneen työterveyshuollon piirissä oleviin työllisiin, heistäkin parhaiten niille, jotka työskentelevät pysyvissä työsuhteissa suuremmilla työnantajilla (ks. Juvonen-Posti & Pensola 2015; myös Rajavaara 2013). Vain työterveyshuollon piirissä olevia koskevat esimerkiksi seuraavat viimeaikaiset muutokset: työnantajien kannustaminen työntekijöiden työkyvyn tuen ja seurannan järjestämiseen korotetulla työterveyshuollon korvauksella sekä muutokset työnantajan velvollisuudessa seurata pitkitäviä sairauspoissaoloja ja työterveyshuollon velvollisuudessa arvioida työntekijän jäljellä oleva työkyky. Työkyvyn seurannan puuttumispisteiden kehittäminen yksinomaan työterveys-sairauspäivärahalähtöisesti ei palvele työttömiä ja epävakaa työtaustan omaavia (Gould ym. 2014).

Keräytyneen tutkimustiedon pohjalta oli-

si nyt syytä lähteä kehittämään toimintamalleja ja tukikeinoja siihen, miten juuri työttömien työkykyä ja työhön paluuta voitaisiin edistää ja tukea. Joitakin linjauksia on jo aiemmin esitetty esimerkiksi SATA-komiteassa (STM 2009), työttömien työkyvyn arviointia ja terveystalvuuja linjanneessa työryhmässä (TEM 2011) ja TOIMIA-verkoston suosituksissa (TOIMIA 2012). Keskeisenä näyttäytyy eri toimijoiden – TE-palvelujen, Kelan, työeläkelaitosten, kuntien sosiaali- ja terveystalvuuja sekä työllisyystalvuuja – välinen yhteistyö.

TE-toimisto näyttäytyy keskeisenä toimijana työttömien työkyvyn ja työhön paluun tukemisessa sekä ammatillisen kuntoutuksen käynnistämässä (ks. myös European Commission 2013). Millään muulla taholla ei ole yhtä laajaa kontaktipintaa eikä samanlaista mahdollisuutta tavoittaa työttömiä työnhakijoita. Tärkeä tehtävä TE-palveluissa olisi ammatillisen kuntoutuksen tarpeessa olevien työttömien varhainen tunnistaminen ja ohjaaminen kuntouttavalle taholle. Talvuuja nykyinen organisoitintapa, henkilökohtaisten asiakaskontaktien vähyys ja henkilöstöresursien niukkuus eivät kuitenkaan näytä tällä hetkellä tukevan tällaista työtä.

Työttömien ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta Kelalla on keskeinen tehtävä. Sairauspäivärahakaustien seurannan ja työkykyneuvonnan myötä Kelalla on jo rakenteita, joilla tavoittaa, ohjata ja neuvoa myös työttömiä. Näitä toimintakäytäntöjä olisi vielä syytä arvioida ja kehittää työttömien näkökulmasta, huomioiden muun muassa yksilöllisen ohjauksen ja tuen tarpeet. Työttömillä, kun työnantajaa ja työterveyshuoltoa ei ole, Kelan rooli on keskeinen pitkittyvään työkyvyttömyyteen puuttumisessa. Tärkeää olisi myös saada TE-palveluiden ja Kelan ammatillisen kuntoutuksen prosessit saumattomiksi, toisiaan tukeviksi ja täydentäviksi.

Kehittämistarvetta on myös työeläkekuntoutuksen ja TE-palvelujen yhteensovittamisessa. Työeläkekuntoutuksen mahdollisuuksia tulisi saattaa työttömien työnhakijoiden tietoon nykyistä tehokkaammin viimeistään työttömyyden alkaessa. Ennen työsuhteen päättymistä työterveyshuollossa tulisi arvi-

oida mahdollisia työkykyvajeita ja käynnistää tarvittaessa kuntoutussuunnittelu. Kaikkien tahojen tulisi katsoa, millä keinoin ne voisivat omalta osaltaan edistää varhaista tiedon tarjoamista, ohjausta ja neuvontaa ammatillisesta kuntoutuksesta.

Perusterveydenhuolto on tärkeä toimija työttömien työkyvyn ja työhön paluun tukemisessa, mutta sen tehtävää ei voi rinnastaa työterveyshuoltoon (ks. Kerätär 2016). Perusterveydenhuollon näkökulmasta työttömien terveystalvuuja edellyttää uudenlaista näkökulmaa ja työotetta: tarpeen mukaista ohjauksellista talvuuja kysyntälähtöisen yksittäisen talvuuja sijaan (Saikku 2012). Terveystalvuuja ja sairauden hoidossa tulisi entistä vahvemmin nähdä painotusta toimintakykyyn ja sen tukemiseen. Sosio-lääketieteellistä tai bio-psykososiaalista ihmiskuvaa tulisi vahvistaa. Eriyisesti pidempään työttömänä olleiden työkyvyn arviointi tulisi toteuttaa monialaisessa yhteistyössä hyödyntäen sosiaalitoimen, TE-palveluiden, Kelan ja kunnallisten työllisyystalvuuja palvelujen asiantuntemusta perusterveydenhuollon tukena (Kerätär mt.).

Sosiaalisen kuntoutuksen talvuuja kehittäminen ja lisääminen erityisesti nuorten kohdalla on yksi uuden sosiaalihuoltolain painopistealueista. Työttömien työkyvyn ja työhön paluun edistämisen näkökulmasta sosiaalinen kuntoutus näyttäytyy usein ensimmäisenä askelmana: arjen toimintakykyisyyden tukemisena. Nähtävissä on myös, erityisesti nuorten ja pidempään työttömänä olleiden kohdalla, tarvetta yhdistää sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen elementtejä (Saikku & Kokko 2012). Sosiaalinen kuntoutus voisi olla yksi ammatillisten kuntoutustalvuuja tarpeiden tunnistamisen vaihe työttömien työkyvyn ja työhön paluun tukemisen prosessissa. Tämä edellyttää sosiaalialan ammattilaisilta ammatillisen kuntoutuksen talvuuja tuntemusta ja monialaista yhteistyötä.

Eri toimijoiden välinen yhteistyö työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa sai uuden lakisääteisen rakenteen työllistymistä edistävän monialaisen yhteistalvuuja (TYP) käynnistyessä vuoden 2016 alusta. Uusi TYP-toiminta tuo sen valtakunnallisuuden, uusi-

en asiakaskriteerien ja Kelan entistä selkeäm-
män sitoutumisen myötä hyvän mahdollisuu-
den tehostaa työttömien kuntoutustarpeiden
tunnistamista, ammatilliseen kuntoutukseen
ohjautumista, ammatillisen kuntoutuksen ja
muiden palveluiden yhteensovittamista sekä
eri tahojen välistä yhteistyötä. TYP-verkosto
ei kuitenkaan voi ottaa haltuunsa työttömien
työkyvyn ja työhön paluun tukemista kaikkien
työttömien osalta, sillä palveluun ohjataan
vain osa työttömistä työnhakijoista. Tarvitaan
myös muita paikallisia tai alueellisia yhteis-
työ rakenteita ja -käytäntöjä. Joillakin alueil-
la esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyö-
ryhmät voivat tarjota toimivan pohjan yhteis-
työn toteuttamiselle.

Pohdinta

Työttömien ammatillisen kuntoutuksen ja
työkyvyn tukemisen näkökulmasta sosiaali-
terveys- ja työvoimapalveluja koskevat valta-
kunnalliset ja rakenteelliset ratkaisut tuottavat
sekä uhkia että mahdollisuuksia. Sote-uudis-
tus tarjoaa hyvän mahdollisuuden yhdistää
sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista työt-
tömien työkyvyn tukemisessa ja kuntoutuk-
sessa. Vielä on epäselvää, miten sote-uudis-
tuksessa otetaan huomioon työikäisten työ-
ja toimintakyvyn edistämisen näkökulma ja
miten kuntoutuspalvelut kokonaisuudessaan
integroidaan osaksi uudistusta. Sujuvien pal-
veluketjujen turvaamiseksi uusien rakentei-
den suunnittelussa olisi tärkeää pitää mukana
myös ammatillisen kuntoutuksen näkökulma.

Uusimpien linjausten myötä myös TE-pal-
velut ovat siirtymässä maakuntien järjestä-
misvastuulle (VN 2016). Jatkossa todennäköi-
sesti pääasiassa kunnat, osittain myös järjestöt
ja yritykset, tuottavat heikossa työmarkkina-
asemassa olevien työvoimapalvelut. Toimija-
kentän monimuotoistuminen tekee työttömien
(amatillisen) kuntoutuksen koordinoinnista
ja työllistymistä edistävien palvelujen yh-
teensovittamisesta entistä haasteellisempaa.
Tarvetta on sekä palveluohjaukselle että rajo-
jen joustavalle ylittämiseksi. Hallituksen kärki-
hanke ”Osatyökykyisille tie työelämään” (OTE)
tarjoaa toivottavasti yhden areenan näiden

toimintamallien kehittämiseen. Rakenteellisista
uudistuksista huolimatta monialaisen yh-
teistyön tarve työttömien ammatillisessa kun-
toutuksessa säilyy.

Työttömät työnhakijat ovat erittäin hete-
rogeeninen joukko: joukossa on niin pitkän
työuran omaavia korkeasti koulutettuja kuin
pitkään työttömänä olleita, joilla voi olla vä-
häinen koulutus ja syrjäytymisen uhkaa, ja
nuoria, joilla ei ole vielä edes kontaktipintaa
työelämään. Näin ollen myös työttömien pal-
velutarpeet, kuntoutustarpeet ja kuntoutuksen
prosessit ovat hyvin erilaisia. Kuntoutusjär-
jestelmä näyttää kuitenkin edelleen toimivan
pitkälti niin, että asiakkaan tulee sopia palve-
luihin, sen sijaan, että liikkeelle lähdetäisiin
asiakkaan tarpeista ja siihen tarpeeseen vas-
taavien palvelujen kehittämisestä ja yhteen-
sovittamisesta. Työttömien, etenkin pitkään
työttömänä olleiden, kohdalla tämä näkyy hy-
vin: usein koetaan, etteivät he ole sopivia asi-
akkaita ammatillisen kuntoutuksen palvelui-
hin, vaikka tulisi miettiä, miten ammatillisen
kuntoutuksen palveluita voidaan tehdä heille
sopiviksi.

**Peppi Saikku, VTM, tutkija,
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL**

Lähteet

- Asplund R, Koistinen P (2014) Onko työmarkkinoilla
tilaa kaikille? Katsaus erityisryhmiin kohdistetun
politiikan tuloksiin ja haasteisiin. Työ- ja elinkei-
noministeriö, Työ ja yrittäjyys 22, Helsinki.
- Blomgren J, Hytti H, Gould R (2011) Työkyvyttö-
myyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja sai-
raustausta eri eläkejärjestelmissä. Kela nettityö-
papereita 26. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/
handle/10138/26640/Nettityopapereita26.
pdf?sequence](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26640/Nettityopapereita26.pdf?sequence) [luettu 14.4.2016]
- Eronen A, Hakkarainen T, Landen P, Peltosalmi J
(2014) Sosiaalibarometri 2014. Ajankohtainen ar-
vio hyvinvoinnista, palveluista sekä palvelujär-
jestelmän muutoksesta. SOSTE Suomen sosiaali
ja terveys ry, Helsinki.
- European Commission (2013) PES approaches for
sustainable activation of people with disabili-
ties. Analytical Paper. August 2013. The Euro-
pean Commission Mutual Learning Programme
for Public Employment Services. DG Employment,

- Social Affairs and Inclusion. file:///C:/Users/psax/AppData/Local/Temp/20130911%20P2P%20Analytical%20Paper_EN.pdf [luettu 14.4.2016]
- Gould R, Laaksonen M, Kivekäs J, Ropponen T, Kettunen S, Hannu T, Käppi I, Ripatti P, Rokkanen T, Turtiainen S (2014) Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet. Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 06, Helsinki.
- Juvonen-Posti P, Pensola T (toim.) (2015) Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Monialaisen kuntoutuksen selvitys: Ammatillisen kuntoutuksen työnjako. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Karjalainen V (2011) Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys. Teoksessa Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi, 89–101.
- Kerätär R (2016) Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Acta Univ. Oul. D 1340, Tampere.
- Laaksonen M, Blomgren J, Gould R (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05. http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/rap_05_2014.pdf [luettu 14.4.2016]
- Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta (916/2012). FINLEX. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120916> [luettu 14.4.2016]
- Lehto M (2011) Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 5, Helsinki.
- Liukko J, Kuuva N (2015) Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03, Tampere.
- OECD (2008) *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers*. Vol. 3. Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. OECD.
- OECD (2010) *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings Across OECD Countries*. http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf [luettu 14.4.2016]
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnytyksessä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86, Helsinki.
- Rajavaara M (2000) (toim.) Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantalutkimuksen loppuraportti. Kelan sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54, Helsinki.
- Rajavaara M (2013) Kuntoutus- ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta? Teoksessa: Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 46–76.
- Ratkaisujen Suomi (2015) Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10. http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Hallitusohjelma_27052015.pdf/75d94d8d-15c9-405a-8a9b-eca4987b635e [luettu 14.4.2016]
- Saikku P (2009) Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 22. Helsinki.
- Saikku P (2012) Työttömien terveyspalvelun jatkuvuus. PTT-hankkeen seurantalutkimuksen tuloksia hankekunnissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 15. <https://www.thl.fi/documents/10531/95751/Raportti%202012%2015.pdf> [luettu 14.4.2016]
- Saikku P (2015) Työttömien ammatillinen kuntoutus. Teoksessa: Juvonen-Posti P, Pensola T (toim.) Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Monialaisen kuntoutuksen selvitys: Ammatillisen kuntoutuksen työnjako. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Saikku P, Kokko R-L (2012) Kuntoutuksen käytännöt Paltamon työllistämismallissa: toimijuuden tukeminen ammatillisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. Kuntoutus 4, 5–16.
- STM (2009) Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 61, Helsinki.
- STM (2013) Osatyökykyiset työssä -ohjelma. Osatyökykyisten työllistymistä edistävien säädösmuutostarpeiden ja palvelujen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 37, Helsinki.
- STM (2015) Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 18, Helsinki.
- TEM (2011) Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Työryhmän raportti 1.3.2011. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 10. https://www.tem.fi/files/29341/TEM_raportti_10_2011.pdf [luettu 14.4.2016]
- TOIMIA-tietokanta (2012) Työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvä arviointikäytäntö terveydenhuollossa. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/03/14/Tyottomat_120314.pdf [luettu 12.6.2015]
- VN (2016) Hallituksen linjaus maakunnille siirret-

tävistä tehtävistä. Neuvottelutulos 5.4.2016. Valtioneuvosto. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/2287640/Hallituksen+linjaus+maakuntahallinnon+teht%C3%A4v%C3%A4t+5.4.2016/101bc0ea-ca53-43a8-9252-c66e073bfe80> [Luettu 7.4.2016]

VTTV (2015) Sähköiset työvoimapalvelut. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 8, Helsinki.



Kuntoutuksen innovaatiot



Kuntoutussäätiö

Ihmiskeskeinen kuntoutus tehdään yhdessä

Kuntoutuspäivät
8.–9.6.2017

Kulttuuritehdas Korjaamo, Töölönkatu 51, Helsinki

”HYVÄSTÄ OPISKELIJASTA HYVÄ TYÖNTEKIJÄ”

Keskusteluja koulutus- ja työelämäkelpoisuudesta ammatillisessa aikuiskoulutuksessa

Ammatillinen aikuiskoulutus vakiintui osaksi ammatillista koulutusta 1970-luvulla, jolloin lainsäädännön muutoksella mahdollistettiin sen määrätietoinen kehittäminen. Ammatillisen aikuiskoulutuksen tavoitteena on yksilötasolla ammatillisen osaamisen rakentaminen ja sitä kautta sosiaalisen inklusion edistäminen sekä kansallisella tasolla valtion kilpailukyvyyn ylläpitäminen. Ammatillinen aikuiskoulutus on historiansa aikana rohkeasti kehittynyt vastaamaan yhteiskunnan muutoksien aiheuttamiin haasteisiin ja pystynyt nopeasti tarjoamaan työelämän tarvitsemää koulutusta. Sen puitteissa on rohkeasti otettu käyttöön uusia oppimisen ja opiskelun tapoja ja kehitetty osaamisperustaista koulutusta. (Lehtisalo & Raivola 1999.) Tutkimustyössäni (Räty 2016) olen kiinnostunut heikoimmasa asemassa olevista aikuisista eli niistä, jotka tarvitsevat (erityistä) tukea selviytyäkseen opinnoistaan.

Aikuisten erityisen tuen tarpeet ovat nousseet lyhyen ajan sisällä esille kahden tuoreen tutkimuksen myötä. OECD (2015) toteaa tuoreessa tutkimuksessaan jopa 600 000 suomalaisen aikuisen olevan vailla työelämässä tarvittavia lukemisen, laskemisen ja ongelmanratkaisun taitoja. Kerätär (2016) puolestaan toteaa väitöstutkimuksessaan, että kolmasosa pitkäaikaistyöttömistä on työkyvyttömiä, ja

taustalta löytyy mielenterveysongelmia, oppimishäiriöitä sekä diagnosoimattomia sairauksia. Aikuisten erityisen tuen tarpeita onkin tutkittu jo 1990-luvulta lähtien. Ensimmäiset tutkimukset tarkastelivat lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksia aikuisuudessa (Gajar 1992; Gerber ym. 1990; Kakkuri 1993), ja esimerkiksi Gerber (2012) ja Korkeamäki (2010, 2011) ovat tutkineet aihetta viime vuosina. Lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksien lisäksi on tutkittu esimerkiksi ADHD:n (Nadeau 2005) ja laaja-alaisten oppimisvaikeuksien (Seppälä 2010) ilmenemistä aikuisuudessa. Aiemmin oppimisvaikeuksien ajateltiin kypsytymisen tai hyvän kuntouksen avulla häviävän, mutta tutkimuksissa on käynyt selväksi, että aikuisten oppimisvaikeudet näkyvät usein tavalla tai toisella vielä aikuisuudessa. Vaikeudet saattavat näkyä tuen tarpeena oppimisessa tai pahimmillaan jopa syrjäyttää työelämästä (vrt. Kerätär 2016).

Ammatillisen aikuiskoulutuksen opiskelija-aines on hyvin heterogeeninen. Osa koulutettavista on työelämässä olevia, täydennyskoulutusta hakevia ammattilaisia, joilla on hyvät opiskelu- ja työelämätaidot. Osa opiskelijoista on ilman ammatillista koulutusta olevia pitkäaikaistyöttömiä tai muuten hankalassa työelämätilanteessa olevia. Näillä opiskelijoilla voi olla puutteita sekä opiskelu- että

työelämätaidoissa. Tässä katsauksessa keskityn tarkastelemaan, kuinka ammatillisessa aikuiskoulutuksessa kuvataan aikuisten erityisen tuen tarvetta ja sen vaikutusta henkilön koulutus- ja työelämäkelpoisuuteen. Kirjoitus perustuu väitöskirjani (Räty 2016) aineistoon, joka koostuu ammatillista aikuiskoulutusta ohjaavista dokumenteista sekä 15 asiantuntijahaastattelusta. Haastatellut asiantuntijat olivat erityisen tuen toteuttajia sekä erityisestä tuesta vastaavia koulutuspäälliköitä. Tarkastelen aluksi sitä, miten haastateltavat määrittelevät opiskelijan koulutuskelpoisuutta, ja toisessa kappaleessa käsittelen aineistossa esille nousseita työelämäkelpoisuutta käsitteleviä keskusteluja.

Keskusteluja koulutuskelpoisuudesta

Ammatillisen aikuiskoulutuksen opiskelija-aines on muuttunut yhteiskunnallisen tilanteen mukaan. Lama-aikoina opiskelijoiksi hakeutuu irtisanottuja, usein korkeammin koulutettuja ihmisiä, kun taas korkeasuhdanteen aikana opiskelijoina on enemmän matalasti koulutettuja ja pitkäaikaistyöttömiä (vrt. Talka 1997). Haastateltavien kokemus ammatillisen aikuiskoulutuksen opiskelijoista 2000-luvulla oli, että opiskelija-aineiden aiheuttamat haasteet ovat muuttuneet yhä suuremmiksi. Yksi erityisopettajista kuvaa 2000-luvun opiskelijoita näin: *”Et sit [vuoden 2009 jälkeen] meille tuli ne, jotka ei ihan oikeesti saanu töitä. Ja, mä luulen et täl hetkellä ne hyvät on ihan oikeesti töissä.”* Tällä hetkellä ammatillisessa aikuiskoulutuksessa opiskelee myös paljon maahanmuuttajataustaisia aikuisia, joista osalla aiempi koulutustausta sekä kielitausta voivat olla heikot. Väitöstutkimuksessani maahanmuuttajataustaisten opiskelijoiden tuen tarpeet ja tukitoimien kehittäminen jäivät maininnan tasolle, mutta tästä aiheesta tarvittaisiin jatkotutkimusta.

Koulutuskelpoisuus määrittyi haastateltavien puheessa henkilön opiskelunvalmiuksien kautta. Haastateltavat kertoivat oppilaitoksissa toivottavan ”hyviä” opiskelijoita, joista oli helppo kouluttaa ”hyviä työntekijöitä”. ”Hyvä” opiskelija oli määritelmässä motivoitu-

nut opiskelemaan, itseohjautuva ja suoriutui opinnoistaan ilman erityisjärjestelyjä. Oppilaitoksissa keskustelu koulutuskelpoisuudesta kiertyy motivaation, opiskelutaitojen ja itseohjautuvuuden ympärille. ”Hyvällä opiskelijalla” on valmiiksi hyvät opiskelu- ja tietotekniset taidot, yleensä myös kokemusta työelämästä ja valmius itseohjautuvasti johtaa omaa oppimisprosessiaan (vrt. Selkivuori 2015). Vähemmän koulutuskelpoiseksi kuvataan opiskelija, jolla ei ole näitä taitoja opintojen alkaessa.

Lievät oppimisvaikeudet eivät vaikuta haastateltavien käsitykseen henkilön koulutuskelpoisuudesta. Ammatillisessa aikuiskoulutuksessa lienee jo totuttu esimerkiksi lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksiin, eikä niiden kuvattu estävän opintoja. Niillä aikuisilla, joilla on erilaisia oppimisen vaikeuksia, kuvattiin olevan erilaisia selviytymisstrategioita, joiden avulla he selviävät opinnoistaan (vrt. Korkeamäki 2010, 2011): *”Et sen huomaa, et he on oppinu selviytymään, ja heillä on niin ku monella jo niitä hyviä konsteja hallussa, millä he esimerkiksi luki-vaikeudesta selviää.”* Oppilaitoksissa on 2000-luvun aikana kehitetty erilaisia tukipalveluja näiden opiskelijoiden tukemiseen. Erityisopettajat ja ohjaavat kouluttajat auttavat opiskelijoita esimerkiksi kirjallisissa tehtävissä ja tutkintosuorituksiin valmistautumisessa.

Oppimisvaikeuksien lisäksi opiskelijoilla kuvattiin olevan harjaantumattomuutta tai vaikeuksia sopeutua aikuiskoulutuksen moderniin tapaan oppia ja opettaa. Lisäksi opiskelijalle saattaa tulla yllätyksenä, kuinka paljon ulkoa opettelua joillain aloilla vaaditaan. Esimerkiksi puutarha-alalla kukkien latinalaiset nimet tai hoitoalalla anatomian sanasto saattavat tuottaa hankaluuksia. Opiskeltavat alat ovatkin oppimisen ja opiskelun näkökulmasta hyvin erilaisia keskenään. Opiskelijoiden luomat mielikuvat aloista ohjaavat sitä, mille aloille ne opiskelijat, joilla on oppimisvaikeuksia, hakeutuvat. Haastateltavien mukaan esimerkiksi puhdistuspalveluun ja logistiikkaan hakeutuu opiskelijoita, jotka ajattelevat, että näillä käytännön aloilla opiskelukin olisi käytännönläheistä. He saattavat

yllättyä opintoihin liittyvästä teoriasta ja sen opiskelusta.

Mitä enemmän henkilöllä on ongelmia elämänhallinnassaan, kuten ihmissuhteissa tai päihteiden kanssa, sitä heikommaksi hänen koulutuskelpoisuuttaan kuvattiin. Haastattelutavat kuvaavat näillä henkilöillä olevan ongelmia päihteiden käytössä mutta usein myös talouden hallinnassa ja perheen ihmissuhteissa. Kyseessä voi olla ”*koko sekamelska*”, kuten yksi haastateltavista kuvaa. Elämänhallinnan vaikeuksiin ammatillisessa aikuiskoulutuksessa on rajoitetusti tarjolla tukea. Jos poissaoloja kertyy, ohjaava kouluttaja on usein yhteydessä opiskelijaan ja tarjoaa ohjausta. Yhteistyötä tehdään esimerkiksi työvoimaviranomaisen kanssa, jos he rahoittavat opinnot. Muissa rahoitusmuodoissa tukea on haettavissa kunnan palveluista.

Erityisen tuen toteuttajat pohtivat myös sitä, miten ammatillinen aikuiskoulutus vastaa heterogeenisen opiskelija-aineksen tarpeisiin. Erityisen tuen toteuttajien mielestä ammatillinen aikuiskoulutus on suunnattu ”keskiverto-opiskelijalle”, opinto-ohjelma on ”tiukka- ja tiukka-ohjelma”. Myös näyttötutkintojärjestelmää arvioitiin tiukasti ja tutkintojen perusteita ja tutkintosuoritusten ohjeita kuvattiin ”koviksi paketeiksi” niille, joilla on joitain oppimisen esteitä. Onkin paikallaan kysyä, onko ammatillinen aikuiskoulutus ja näyttötutkintojärjestelmä itsessään liian vaikea osalle opiskelijoista ja sitä kautta syrjäyttävä (vrt. Coffield 1999). Ammatillinen aikuiskoulutus kasaantuu yhä niille opiskelijoille, joilla on aiempaa koulutusta (Pohjanpää ym. 2008), vaikka tavoite olisi tarjota koulutusta erityisesti niille, joilla sitä ei vielä ole.

Opiskelijoiden heterogeenistyminen on huomioitu myös ammatillista aikuiskoulutusta ohjaavissa asiakirjoissa. Erityistä tukea tarvitsevat opiskelijat huomioitiin ensi kertaa henkilökohtaistamismääräyksessä (2006), ja Näyttötutkinto-oppaassa (2011) julkaistiin erillinen liite erityistä tukea tarvitsevan opiskelijan huomioimisesta. Vuonna 2015 henkilökohtaistamismääräys muutettiin asetukseksi henkilökohtaistamisesta, ja lainmuutoksella mahdollistettiin opiskelutaitoja vahvistavat

opinnot osaksi ammatillista aikuiskoulutusta. 2000-luvulla ammatillista aikuiskoulutusta ja tukea tarvitsevia aikuisia koskevan virallisen keskustelun voidaan katsoa pehmentyneen (Räty 2016). Samaan aikaan ammatilliselta aikuiskoulutukselta on kuitenkin leikattu rahoitusta tuntuvasti (Sinkkonen 2013).

Keskusteluja työelämäkelpoisuudesta

Ammatillinen (aikuis)koulutus on kulkenut rinnakkain työelämän kanssa koko historian ajan. Yhteistyö työelämän kanssa on läsnä kaikessa toiminnassa: tutkinnot suunnitellaan yhdessä työelämän toimijoiden kanssa, osaamista hankitaan työelämässä ja osaaminen osoitetaan aidoissa työelämän tilanteissa. Saadessaan tutkintotodistuksen opiskelija on siis osoittanut osaamisensa työelämässä. Ammatillisen aikuiskoulutuksen työelämälähtöisyys haastaa Komulaisen ja Siivosen (2011) mukaan aikuisten koulutettavuutta koskevat käsitykset. Kun yhä enemmän painotetaan työelämälähtöisyyttä, työelämän taidot ja työelämäkelpoisuus muodostuvat koulutettavuuden mittareiksi.

Haastateltavat totesivat, että oppilaitokset haluavat tarjota työelämälle mahdollisimman hyviä työntekijöitä. Yksi haastateltavista kuvasi, kuinka työnantaja tietää, ”että meiltä kun ottaa opiskelijan ja valmistuneen, niin tietää saavansa hyvän”. Tällainen hyvä työntekijä on helppo kouluttaa, jos opiskelijalla on opiskelemaan tullessaan opiskelutaitojen lisäksi myös hyvät työelämätaidot. Haasteita asettaa niiden opiskelijoiden työelämäkelpoisuuden kehittäminen, joilla näitä taitoja ei vielä koulutukseen tullessaan ole.

Haastatellut erityisen tuen toteuttajat nosivat esille sen, että osa ammatillisen aikuiskoulutuksen opiskelijoista tarvitsisi tukea myös työssä oppimisen aikana. Haastateltavien mukaan työpaikkaohjaajat tarvitsisivat tietoa ja tukea kohdatessaan niitä opiskelijoita, joilla on erilaisia oppimisen haasteita. Erityisen tuen käytäntöjä on viety työssä oppimiseen ja työelämään erilaisissa projekteissa, esimerkiksi tuetun oppisopimuksen projekteissa. Yksi haastateltavista kuvaa, että tukea tarvit-

tiin, esimerkiksi ”elämänhallinnallista tukea” ja tukea työpaikalla tapahtuvaan oppimiseen sekä teorian ja käytännön integroimiseen.

Näyttötutkinto-oppaassa (2011) todetaan, että käytännön työtehtävät on suoritettava näyttötutkinnon perusteissa määritetyllä työtehtävien vaatimalla joutuisuudella. Erilaisiin kirjallisiin suorituksiin voidaan antaa lisäaikaa, mutta itse työ pitää pystyä hoitamaan ilman erityisiä järjestelyitä. Henkilön työelämäkelpoisuutta mitataan sillä, että hän pystyy suoriutumaan työtehtävistään normaalisti nopeudella.

Viime vuosina työelämän tahti on kovin kiivastunut, ja työntekijälle asetetut vaatimukset tuntuvat koko ajan kiristyvän. Erityisen tuen tarpeessa olevalle, vajaakuntoiselle tai osatyökykyiselle työntekijälle on haastavaa löytää sopivia työtehtäviä. Osa aikuisista on vieraantunut työelämän vaatimuksista, ja heillä voi olla ”semmosta pelkoo ja itsetuottamuksen puutetta”. Arkipäivän käytännöt ja toisaalta koulutukseen sitoutuminen voivat tuoda haasteita. Haastavan työelämän ja erityistä tukea tarvitsevien aikuisten yhteen saattaminen vaatii tukirakenteiden rakentamista myös työelämään. Sosiaalirahaston tukemassa Väilytömarkkinat-kehittämissuunnitelmassa (2008–2012) on kehitetty erilaisia työmahdollisuuksia pitkäaikaistyöttömille. Näitä hyviä käytäntöjä olisi tarpeen kehittää ja levittää eteenpäin, jotta ne mahdollistaisivat työelämässä selviytymisen myös erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden osalta.

Tiivis yhteistyö työelämän kanssa on leimallista ammatilliselle aikuiskoulutukselle. Tämä koulutuksen erityislaatuisuus haastaa erityisen tuen kehittämisen, koska erityinen tuki nähdään nykyisin osana oppilaitoksen toimintaa, ei työelämää (Selkivuori 2015). Erityisen tuen kehittäminen eteenpäin ammatillisessa aikuiskoulutuksessa mahdollistuu silloin, kun erityinen tuki hyväksytään myös osaksi työelämän käytäntöjä. Erityistä tukea tarvitseva opiskelija ei ehkä halua leimautua, eikä häntä haluta leimata, erityistä tukea tarvitseväksi, jos leima saattaa heikentää hänen työelämäkelpoisuuttaan.

Erityisen tuen avulla osaksi työelämää ja yhteiskuntaa

Väitöskirjassani (Räty 2016) tarkastelen erityisen tuen kehittymistä osana ammatillista aikuiskoulutusta. Erityisellä tuella tarkoitetaan niitä toimia, joiden avulla voidaan tukea niiden opiskelijoiden opintoja, jotka eivät selviä opinnoistaan ilman (erityistä) tukea. Erityinen tuki toteutuu ammatillisessa aikuiskoulutuksessa suurelta osin ohjauksen keinoin. Lisäksi erityinen tuki voi olla tehtävissä, tutkintosuorituksessa tai ajanhallinnassa annettavaa tukea. Ammatillisessa aikuiskoulutuksessa erityistä tukea toteuttavat usein erityisopettaja tai ohjaava kouluttaja sen mukaan, mikä on oppilaitoksen historia. Erityinen tuki on legitimoitunut osaksi ammatillista aikuiskoulutusta, mutta ammatillista aikuiskoulutusta tarjoavissa oppilaitoksissa erityisen tuen toteuttajia on yhä vain noin yksi 600 - 1000:ttä opiskelijaa kohti.

Ammatillinen aikuiskoulutus on puheissa ja sitä ohjaavissa dokumenteissa avointa kaikille. Ammatillisen aikuiskoulutuksen avulla on pyritty nostamaan kansan koulutustasoa ja pitämään yllä valtion kilpailukykyä (Lehtisalo & Raivola 1999). Ammatillinen aikuiskoulutus on sitä ohjaavissa dokumenteissa aina suunnattu ilman koulutusta oleville tai matalasti koulutetuille aikuisille. Koulutus kuitenkin kasaantuu yhä niille aikuisille, joilla on aiempi ammatillinen koulutus (Pohjanpää ym. 2008). Oppilaitokset valitsevat mieluummin opiskelijoita, joilla on hyvät opiskelutaidot ja jotka ovat valmiiksi koulutus- ja työelämäkelpoisia. Kuten yksi haastateltava sanoo, oppilaitokset kouluttavat mielellään ”hyvistä huippuja”, ja niiden opiskelijoiden koulutus, joilla on oppimisessa haasteita, jää helposti vähemmälle huomiolle. Vaikka virallinen koulutusdiskurssi on 2000-luvulla pehmennyt ja huomionnut aikuisten erityisen tuen tarpeen, rahoitus sekä rahoituksen leikkaukset ohjaavat ammatillisesta aikuiskoulutusta panostamaan enemmän jo töissä olevien kuin ilman koulutusta olevien kouluttamiseen.

Tutkimukseni (Räty 2016) mukaan erityisen tuen avulla pystytään mahdollistamaan ammatillinen aikuiskoulutus entistä laajem-

malle osalle aikuisia. Erityisen tuen avulla voidaan kehittää koulutusmuotoja niille aikuisille, joiden on haastavaa osallistua perinteiseen ammatilliseen koulutukseen ja sitä kautta kasvattaa työelämäkelpoisuuttaan ja sijoittua myöhemmin työelämään. Aikuisten erityistä tukea – vaikkei sitä siksi ole kutsuttu – on kehitetty esimerkiksi osana aikuisten työpa-jatoimintaa. Näitä toimintoja yhdistellen ja hyviä käytäntöjä levittäen saadaan varmasti toimivia ratkaisuja erityisesti vajaakuntoisten, osatyökykyisten tai erityistä tukea tarvitsevien aikuisten koulutus- ja työelämäkelpoisuuden kasvattamiseksi. Erityispedagogiikan kielellä puhutaan aikuisten oppimisvaikeuksista, joilla on sekä primäärejä että sekundaarisia oireita. Aikuiset ovat usein oppineet pärjäämään näiden primäärien oireiden kanssa, mutta erilaiset sekundääriset oireet, kuten oppimistilanteiden välttely tai akateemisen itsetunnon ongelmat (Korkeamäki 2010, 2011), voivat vaikeuttaa opiskelua.

Tutkimusaineistossa nousee esille mielenkiintoinen näkökulma opiskelijoiden koulutus- ja työelämäkelpoisuuteen. Oppilaitokset toivovat opiskelijoita, joiden kouluttaminen ja työhön siirtyminen on helppoa. Opiskelija, jonka koulutus- ja työelämäkelpoisuus on heikko, on haaste oppilaitokselle. Ammatillinen aikuiskoulutus on kuitenkin huomioinut lainsäädännössään aikuisten erityisen tuen tarpeen, ja oppilaitokset ovat kehittäneet erityisen tuen ja ohjauksen malleja tukeakseen yhä heterogeenisempää opiskelua. Erityinen tuki paikantuu vahvasti oppilaitoksiin (Selkivuori 2015), vaikka yhä suurempi osa opiskelijoista tarvitsisi tukea myös työssä oppimisessa tai työelämän alussa. Erityisen tuen tuominen osaksi työelämää vaatii asennemuutosta myös työpaikoilla ja tällaisten tukitoimien edelleen kehittämistä.

Kaisa Rätty, KT, lehtori, Haaga-Helia ammatillinen opettajakorkeakoulu

Lähteet

- Coffield F (1999) Breaking the consensus: lifelong learning as social control. *British Educational Research Journal* 25, 4, 479–499.
- Gajar A (1992) Adults with learning disabilities: Current and future research priorities. *Journal of Learning Disabilities* 25, 8, 507–519.
- Gerber PJ (2012) The impact of learning disabilities on adulthood: A review of the evidenced-based literature for research and practice in adult education. *Journal of Learning Disabilities* 45, 1, 31–46.
- Gerber PJ, Schnieders CA, Paradise LV, Reiff HB, Ginsberg RJ, Popp PA (1990) Persisting problems of adults with learning disabilities self-reported comparisons from their school-age and adult years. *Journal of Learning Disabilities* 23, 9, 570–573.
- Henkilökohtaistamismääräys (2006) Opetushallitus. Määräys 43/011/2006.
- Kakkuri I (1993) Aikuisten lukemis- ja kirjoittamisongelmat ammatillisessa aikuiskoulutuksessa, työvoimakoulutuksessa ja kansanopistossa. Jyväskylän yliopisto, erityispedagogiikan laitos.
- Kerätär R (2016) Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. *Acta universitatis Ouluensis D* 1340.
- Komulainen K, Siivonen P (2011) Erottelevan kykykäsityksen valta aikuisopiskelussa. Teoksessa A Eteläpelto, T Heiskanen, K Collin (toim.) *Valta ja toimijuus aikuiskasvatuksessa*. Aikuiskasvatuksen 49. vuosikirja.
- Korkeamäki J (2010) Aikuisten oppimisvaikeudet. Näkökulmia selviytymiseen. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 83.
- Korkeamäki J (2011) Myös aikuiset tarvitsevat tukea oppimisvaikeuksiin. *Aikuiskasvatus* 31, 2, 128–135.
- Lehtisalo L, Raivola R (1999) *Koulutus ja koulutuspolitiikka 2000-luvulle*. Juva: WSOY.
- Nadeau, KG (2005) Career Choices and Workplace Challenges for Individuals With ADHD. *Journal of Clinical Psychology* 61, 5, 549–563.
- Näyttötutkinto-opas. 2011. Opetushallitus. Oppaat ja käsikirjat 2011:4.
- OECD (2015) OECD skills studies. Data policy reviews of adult skills. Finland. Preliminary version.
- Pohjanpää K, Niemi H, Ruuskanen T (2008) Osallistuminen aikuiskoulutukseen. Aikuiskoulutustutkimus 2006. Tilastokeskus. Helsinki: Multiprint.
- Rätty K (2016) Erityinen tuki elinikäisen oppimisen mahdollistajana ammatillisessa aikuiskoulutuksessa. Helsingin yliopisto. Käyttätymistieteelli-

- nen tiedekunta. Opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 383.
- Selkivuori L (2015) ”Ei näihin vaikeuksiin työelämässä törmää”. Oppimisen tuki ja erityiselle tuelle annetut merkitykset ammatillisessa aikuiskoulutuksessa opiskelijan näkökulmasta. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 522.
- Seppälä H (2010) Oppimisvaikeudet ja syrjäytymisen uhkakuvat. Teoksessa V Närhi, H Seppälä, P Kuikka (toim.) Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Niilo Mäki Instituutti. WS-Bookwell, Porvoo.
- Sinkkonen J (2013) Ammatillisen aikuiskoulutuksen rahoitus taitekohdassa. Ammatillinen aikakauskirja 15, 2, 42–55.
- Talka A (1997) Työllisyysskoulutuksen kehittämistarpeita. Teoksessa R Leskinen, A Talka, P Pohjonen (toim.) Ammatillisen aikuiskoulutuksen vaiheet. Pikakoulutuksesta aikuiskoulutuskeskuksiin. Ammatillisten aikuiskoulutuskeskusten liitto r.y. Jyväskylä: Gummerus, 162–168.

Kuntoutuksen tutkimusseminaari 2016

Kuntoutuksen tutkimus kokeiluyhteiskunnassa

24.11.2016 THL, Mannerheimintie 166, Helsinki

Ohjelma

- Aamupäivän pj: johtava tutkija Erja Poutiainen, Kuntoutussäätiö
- 9.30–9.45 Seminaarin avaus, puheenjohtaja **Mauri Kallinen**, Kutke ry
THL:n tervehdys, johtaja **Tuire Santamäki-Vuori**, Hyvinvointi-osasto, THL
- 9.45–10.30 Kuntoutuminen, johtava ylilääkäri **Ilona Autti-Rämö**, Kela
- 10.30–11.15 Monimenetelmällisyys (mixed methods) kuntoutuksen tutkimuksessa
johtava tutkija **Riitta Seppänen-Järvelä**, Kela
- 11.15–12.15 Lounastauko (omakustanteinen, lounaslippu 10 €)
- 12.15–13.45 Suulliset esitykset 4 rinnakkaissessiossa
● kuntoutustarve, työkyvyn tuki, interventiot 1 ja 2
- 13.45–14.30 Kahvi ja posterinäyttely
Iltapäivän pj: tutkimusjohtaja Sinikka Hiekkala, Invalidiliitto
- 14.30–15.15 Paneeli: Kuntoutuksen tutkija kokeiluyhteiskunnassa.
● Panelisteina mm. hiljattain väitelleitä tutkijoita kuntoutuksen alalta, mm.
Ulla Buchert, Raija Kerätär, Marjatta Martin, Erja Sandberg
● moderaattori Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto, Kela
- 15.15–16.00 Näkökulmia sosiaalisen kuntoutuksen tutkimukseen ja käytäntöihin
toiminnanjohtaja **Sanna Väyrynen**, Kriminaalihuollon tukisäätiö

Lisätiedot ja ilmoittautuminen (4.11.2016 mennessä):

<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/ajankohtaista/tapahtumat/kuntoutuksen-tutkimus-seminaari-2016>

SOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN ONNISTUMINEN

Onnistumisen taustat

Onnistuminen – mitä se oikeastaan on? Tässä puheenvuorossa esitän, että kuntoutustyö ja sosiaalinen kuntoutus sisältävät monenlaisia, ei ainoastaan yhdenlaista, onnistumista. Onnistumisessa on laatueroja, jotka ovat sidoksissa erilaisiin toimintoihin ja tekemisiin. Lisäksi onnistumisen määrittymiseen liittyy ympäristö, eri toimijoiden näkökulmia ja aikakäsityksiä sekä sosiaalipoliittisissa käytännöissä myös eettisiä riskejä. Ihmisen onnistuminen tapahtuu aina jossakin ympäristössä.

Sosiaalinen kuntoutuskin on eräänlainen ympäristö onnistumisille. Sosiaalista kuntoutusta on alettu kehittää kunnissa sosiaalihuoltolain uudistuksen myötä. Termi, jonka määrittely nähtiin jo 1980-luvulla mahdollisena vaikkakin vielä epäselvänä, mainitaan nyt laissa. Uudistuksen aikaan sosiaalisen kuntoutuksen taustalla nähtiin esimerkiksi tarvetee-reettisiä näkökulmia. (Rajavaara & Karjalainen 2012, Kananoja 2012, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, Rissanen 1983.) Nyt kuntoutusta toteutetaan kunnissa, mutta toiminta sisältää enemmän kuin lain velvoitteen.

Sosiaalisen kuntoutuksen onnistumista käsiteltiin maaliskuussa 2016 sosiaalialan asiantuntijapäivillä, joiden työryhmässä pidin puheenvuoron otsikolla ”Kuntoutuksen onnistuminen”. Tämä kirjoitus perustuu tilaisuudessa esittämäni puheenvuoroon sekä lisäksi kuntoutustyötä käsitelleeseen tutkimukseeni (erityisesti kuntoutustutkimustyö, Haapakoski

2015) ja asiantuntijapäivillä kerättyihin sosiaalisen kuntoutuksen onnistumiskuvauksiin. Puheenvuoroni aikana työryhmään osallistuneet kirjoittivat lyhyesti omasta onnistumisestaan sekä sosiaalisen kuntoutuksen onnistumisesta. Nämä kuvaukset toimivat johtopäätösten keskeisenä materiaalina.

Johtopäätöksenä totean, että sosiaalisen kuntoutuksen ominaislaatu sisältää sekä toisiin kiinnittymisen että toisista vapautumisen yhtäaikaisen päämäärän. Tunnistamattomana tällainen yhtäaikainen päämäärä voi tuottaa kuntoutukseen yksipuolisia käytäntöjä ja vieraannuttavia työtapoja. Huomiota olisi tarkasteltava ja tutkittava tarkemmin, sillä yksi työn kehittämiseksi ilman selkeää päämäärää on toiminnan mielekkyyden kadottaminen ihmistoimijoiden tasolla. Mielekkyyden kadottaminen tarkoittaa esimerkiksi tehtäviä, joissa ei synny todellista yhteyttä itsen, oman toiminnan ja niin sanotun merkityksellisyyden välillä. (Vieraantumisen, ks. Mänttari-van der Kuip 2015; mielekäs työ, ks. Hirvonen 2014; bullshit-työ, esim. Graeber 2015, 19; kuntoutustyö, ks. Haapakoski 2015.)

Sosiaalinen kuntoutus vaatisikin mahdollisesti lisää kansalaisten, ammattilaisten sekä sosiaalityön tutkijoiden avointa, kantaa ottavaa julkista keskustelua juuri nyt, kun työtapoja kehitetään. Osa lainsäädännöstä on vielä tarkentamatta, ja poliittisilla päätöksentekijöillä on lukuisia erilaisia ajatuksia esimerkiksi työelämäosallisuudesta. Viimeksi osittain tä-

hänkin liittyvää keskustelua syntyi hallituksen ehdotuksesta selvittää työnäytteen mahdollisuutta osana työllisyyden hoitoa (TEM 2016, Hyttinen & Kesä 2016). Vaikka kyse ei ollut suoranaisesti sosiaalisesta kuntoutuksesta, työelämäosallisuuteen liittyvät keskustelut ehkä liittyvät myös siihen, että sosiaalipoliittisten keksintöjen kehittämisessä on olemassa monenlaisia trendejä. Tällainen kehittäminen vaatisi ehkä myös työntekijöiden ja tutkijoiden kantaaottavia ulostuloja.

Kuntoutuksen onnistumisessa on laatuja

Kuntoutusta kuvataan yleensä tavoitteellisenä toimintana. Tavoitteet kertovat myös arvoista eli siitä, mitä yksilötasolla, yhteisössä ja yhteiskunnassa pidetään hyvänä. (Vrt. Dougherty 1991, Curtis 1998, Loisel ym. 2005, Day & Ward 2010, Emener 1991.) Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä on useita erilaisia tavoitteita, vaikkakin työelämätaavoitteet ovat olleet melko merkittävässä asemassa. Kuntoutusta järjestetään useiden eri lakien mukaan, erilaisissa julkisissa ja yksityisissä organisaatioissa. Järjestö- ja vapaaehtoistoimijoilla on ollut myös oma merkittävä asemansa. Tällä hetkellä on yleisesti tiedossa, että suomalainen kuntoutusjärjestelmä on hajanainen. Kuntoutus sisältää monenlaisia toimijoita ja tavoitteita. (Esim. Miettinen 2011, Pulkki 2012, Risänen & Pulkki 2013.)

Kuntoutus sisältää elementtejä, jotka ovat lähellä hyve-etiikalle tyypillisiä ajatuskulkuja. Myös aristoteelisessa hyve-etiikassa nähdään, että ihminen on päämääräorientoitunut ja erilaisille toimintoille on olemassa erilaisia päämääriä. Hyve-etiikassa viimesijainen päämäärä lienee hyvä elämä, mutta tämä ei ole subjektiivista. Hyve-etiikka kytkeytyy myös käsitykseen hyvästä tai onnellisesta elämästä, jota ei määritellä yksilöllisesti. Usein hyve-etiikassa korostetaan myös luonteenhyveitä, joita harjoittamalla hyvää elämää tavoitellaan. (Esim. Prior 1991, Sihvola 1998.) Hyve-etiikkaa on kritisoitu esimerkiksi sen keinottomuudesta pluralismiongelmiensa kanssa – miten hyve-etiikka voisi olla toimivaa moniarvois-

sessä ja monikulttuurisessa todellisuudessa. Onkin tärkeää huomata, että hyve-etiikkaa ei ole syytä ymmärtää käytännön tasolla normatiivisesti. Hyve-eettistä toimintaa ei ole välttämätöntä kytkeä ikuisiin, aristoteelisiin, hyveellisen ihmisen kriteereihin, vaan etiikan tradition tunteminen voi toimia ajattelun ja harkitun toiminnan apuvälineenä. Hyve-etiikan ongelmien tunteminen on myös tärkeää. Ihmisillä on erilaisia käsityksiä hyvästä.

Kuntoutuksessa puhutaan ihmisen vahvuuksista ja voimavaroista, joiden varaan suunnitellaan yksilöllisiä polkuja, tulevaisuutta, työhönkuntoutuksen sanoin esimerkiksi ammatillisia polkuja. Hyvän elämän päämäärä ei kuitenkaan määrity viime sijassa yksilölliseksi päämääräksi. Kuntoutuskaan ei ole viime kädessä yksilöllistä ja subjektiivista. (Vrt. myös Siegert ym. 2007.) Oikeastaan kaikki kuntoutus on sosiaalista kuntoutusta silloin, kun toteuttamistapa on järjestelmällistä ja siihen liittyy vallankäyttäjän toimintaa (vrt. myös Valtee 1977 Haimin ja Hurmeen 2007, 57, mukaan). Kun kuntoutus sisältää erilaisia toimintoja ja tekemisiä, myös siihen kiinnittyvä onnistuminen määrittyy useanlaiseksi. Onnistumisessa on laatuja. Laadut ovat puolestaan sidoksissa erilaisiin inhimillisiin toimintoihin ja tekemisiin.

Kuntoutustutkimustyötä käsitelleessä tutkimuksessani (Haapakoski 2015) selvisi, että kuntoutustyöhön liittyy ainakin kolmenlaista sisältöä. Työssä on prosessi, valmiiksi saatavia osa-alueita sekä filosofisia, tietämiseen liittyviä toiminta-alueita. Siten myös kuntoutustyöhön liittyvä onnistuminen sisältää onnistumisen laatueroja. Onnistumisen laatuerojen tunnistaminen on sosiaalisessa kuntoutuksessakin tärkeää. Jotta onnistumisesta saataisiin monipuolista tietoa, tulee harkita, millä tavoin tietynlaisesta onnistumisesta voidaan tavoittaa tietoa ja kuinka tämä tieto voisi olla avointa (vrt. Mäkelä 2015). Yhdenlainen tiedonkeruu ei tuota monipuolista onnistumistietoa. Onnistumisen arviointi vaatiikin laatuerojensa vuoksi useita erilaisia arviointitapoja. Onnistumista on tarkasteltava myös kokonaisuutena ja suhteessa keskeisiin toimijoihin, päämääriin ja ympäristöön. (Vrt. Greene 2006, 135.)

Onnistumisen laatueroittelu ei ole riittävä sosiaalisen kuntoutuksen kokonaisuuden arvioinnin kannalta, ja asiaa on syytä täydentää. Voidaan esittää, että sosiaalisessa kuntoutuksessa(kin) saattaa olla samankaltaisuutta hyve-etiikan ja sen pluralismi-ongelmien kanssa. Sosiaalinen kuntoutus tapahtuu inhimillisessä ja materiaalisessa ympäristössä. Samalla sosiaaliseen kuntoutukseen ja sen onnistumiseen liittyy erityisiä näkökulmia ja erityisiä kysymyksiä (laki, organisaatiot, ammatillaiset, kokemusasiiantuntijat, tutkimus, poliittinen päätöksenteko jne.). Eräs olennainen asia on onnistumiseen kytkeytyvä aikakäsitys. Aika voidaan ymmärtää lineaarisesti, prosessimaisesti ja ihmisen koko elämään kiinnittäväksi (Peltomaa 2005, Matinvesi 2010, Iwama ym.2009). Jotkin tavoitteet voidaan määritellä suhteessa lineaariseen aikakäsitykseen ja ajan jakamiseen, mutta toisia ei voi.

Olenaisinta onnistumisessa kuitenkin on, että kuntoutuksen sosiaalipoliittiseen implementointiin liittyy riskejä. Ei ole yhdentekevää, kuinka kuntoutus muotoutuu toiminnaksi tuhansien ihmisten tasolla. Tällaiseen toimintaan liittyvistä riskeistä olennaisimmat ovat sosiaalisessa kuntoutuksessa pakkotavoitteisuuden riski, laadun riski ja eriarvoisuuden riski. Lyhyesti ihmisten tai ihmisryhmien alistamiseen pahimmillaan johtavia riskejä voisi kuvata myös seuraavin vastakkainasetteluin:

- Autonomian kunnioitus vs. pakkotavoitteinen ja pakkoarvoinen kuntoutus: elämönhallinnan, sosiaalisen toimintakyvyn, osallisuuden määrittäminen toimintatavoissa keinoin, joita kuntoutujat eivät koe omikseen.

- Hyvä laatu läpi järjestelmän vs. eri laatu eri ryhmille: jos eri ryhmille järjestetään eri tavoin rahoitettua ja tuotettua kuntoutusta, on olennaista kysyä, saavatko esimerkiksi vähävaraiset yhtä hyvää kuntoutusta kuin hyvätuloiset ja kuinka hyvää laatua voidaan tavoitella yhteisesti.

- Tasavertaisuuden tavoittelu vs. polarisoiminen: kuntoutuksella pyritään integraatioon, mutta tuotetaan erillisille ryhmille pahimmassa tapauksessa stigman, ulkopuolisuuden, alistuneisuuden ja häpeän kokemuksia.

Riskit on tärkeää tiedostaa ja tunnustaa.

Sosiaalipoliittinen kuntoutus voisi pahimmassa tapauksessa toimia erittäin alistavasti. Myös työntekijä- ja esimiestasoilla asia olisi hyvä tiedostaa.

Sosiaalisen kuntoutuksen onnistumiskuvaukset

Sosiaalialan asiantuntijapäivillä kerätyt onnistumiskuvaukset kertoivat sosiaalisen kuntoutuksen onnistumisesta. Nämä onnistumiset sisälsivät selvästi aitoja kokemuksia. Onnistumiskuvauksia palautettiin yhteensä 51 kappaletta. Näistä 28:ssa kuvattiin sosiaalisen kuntoutuksen onnistumista ja 23:ssa osallistujan omaa onnistumista. Omista onnistumiskuvauksista yli puolet liittyivät kuntoutustyössä onnistumiseen tai ammatilliseen onnistumiseen. Tämä onkin tärkeää huomata. Osallistuneet henkilöt kirjoittivat työssä onnistumisista omina onnistumisinaan. Sekä aiemman tutkimukseni (Haapakoski 2015) että palautettujen onnistumiskuvausten mukaan sosiaali- ja kuntoutusalan työntekijät voivat pitää työtään arvokkaana.

Sosiaalisen kuntoutuksen onnistumiskuvauksissa oli lukuisia erilaisia sisältöjä. Osa sisällöistä liittyi esimerkiksi työprosesseihin ja niiden kehittämiseen, osa jonkinlaisiin ammatillisesti sävyttyneisiin käsitteisiin, kuten elämönhallintaan, toimintakykyyn, voimaantumiseen ja elämänlaatuun. Kuvattiin myös asiakkaiden tai kuntoutujien tutkintojen suorittamista ja työn löytämistä. Erityistä olivat lisäksi arkeen liittyvät toiminnot, kuten kaupassa käyminen, vuorovaikutus, laskujen maksu, vuokran maksaminen ja päihteiden käytön hallinta. Erityistä oli, että joissakin kuvauksissa mainittiin tunteita ja kokemuksia, esimerkiksi elämänilo. Muutamassa kuvauksessa mainittiin, että sosiaalinen kuntoutus on epämääräistä. Tämäkin on erittäin tärkeä huomio, joka voi liittyä esimerkiksi käsitteen epämääräisyyteen käytännön tasolla.

Yhteenvetona voi sanoa, että lähes kaikissa kuvauksissa puhuttiin asiakkaita, kuntoutujista, ihmisistä. Olenaisista oli myös, että useimmat kuvaukset sisälsivät selvästi kirjoittajien omia kokemuksia, jol-

loin myös käsitys työntekijyydestä tuli kuvauksiin mukaan. Lisäksi kuvailtiin sosiaalisen kuntoutuksen tapahtumia ja vaiheita, joissa ikään kuin edettiin ikävästä tilanteesta hyvään suuntaan. Kuvaukset herättivät aivan erityisesti pohtimaan kysymystä siitä, miten sosiaalinen kuntoutus oikeastaan voidaan määritellä. Sosiaalisen kuntoutuksen onnistuminen ja itse kuntoutus näytti ainakin kiinnittyvän sekä ihmisen erillisyyteen ja toisista irrottautumiseen että yhteyden muodostumiseen itseen ja toisiin.

Erytyisesti prosessin kuvauksissa tuli esiin asioita, jotka voivat kertoa yhteiskunnan muihin osapuoliin kiinnittymisestä. Kuvauksissa mainittiin vuokra- ja raha-asioiden hoitaminen, työllistyminen, tutkinnon suorittaminen, laskujen maksamisen ja kaupassa käymisen onnistuminen, toisiin kohdistuvan aggressiivisen käyttäytymisen väheneminen, eristäytymisen ja päihiteidenkäytön väheneminen. Näihin asioihin liittyy ainakin implisiittisesti toisia osapuolia. Samalla voitaisiin ajatella, että tällaiset kuvaukset voivat ilmentää yhteiskunnan vastuullisena aikuisena jäsenenä toimimisen normeja (esim. Juhila 2008) tai jonkinlaisia yhteiskuntakelpoisuutta. Silti onnistumisen tapauksessa kyse voi olla myös aidosti paremmasta tilanteesta, jossa onnistuminen näkyy aiempien heikompien ja nykyisten parempien sosiaalisten yhteyksien erona ja esimerkiksi aitoa iloa tuottavana asiana. Tätä asiaa valaisee aineistoiesimerkki, jossa lopputuloksena kerrotaan jonkinlaisesta elämänilosta: *”Nuori nainen onnistui tulemaan ulos kuorestaan ja löytämään jälleen elämänilon useiden vuosien eristäytymisen jälkeen.”*

Samalla kuvauksissa oli jotakin sellaista, mitä voisi kuvailla irtaantumiseksi. Jossakin kuvauksessa puhuttiin esimerkiksi siitä, että asiakas käy nykyisin kertomassa kuulumisia. Asiakas voi irtaantua työskentelystä. Lisäksi käytettiin termejä voimaantumisesta, oikeutuksesta, oma-aloitteisuudesta ja toimintakyvystä. Erään työntekijän asiakkaalle oli tullut omakohtainen kokemus oikeutuksesta palveluihin ja kokemus elämänlaadun paranemisesta sekä toisen asiakkaalle ymmärrys itsensä arvostamisesta. Tällaisesta irtaantumisesta

ta ja erillisyydestä voi kertoa seuraava lyhyt onnistumiskuvaus: *”Kun ihminen alkaa ymmärtää olevansa merkittävä myös itselle muiden lisäksi.”*

Näissä kuvauksissa sosiaalisen kuntoutuksen onnistumisista kertoivat työntekijät. Kyse on kuitenkin työntekijöiden sellaisesta näkökulmasta, jossa tärkeää on asiakkaiden tai kuntoutujien onnistuminen. Tämän kuvaustavan perusteella sosiaalisen kuntoutuksen toimintatavat tuottavat onnistuessaan kuntoutujien onnistumisia. Toimintatapoihin liittyvän onnistumistiedon tulisi olla totta asiakastasolla (vrt. Heikkilä & Rauhala 2015, 7).

Johtopäätös: Onnistuminen sisältää vapautumista, kiinnittymistä sekä eettisten riskien tunnustamista

Millainen on yksilötason onnistumisen suhde tuhansien ihmisten tasoiseen onnistumiseen? Eräs asia, mitä ei onnistumiskuvauksissa suoraan käsitelty, liittyy sosiaalisen kuntoutuksen järjestämiseen osana sosiaalipolitiikkaa ja järjestämisen eettisiin uhkiin. Jos sosiaalisen kuntoutuksen onnistuminen on sidoksissa aitoon kuntoutujien onnistumiseen, merkittäviä uhkia kuntoutuksen toimeenpanossa ovat erityisesti voimakas pakkotavoitteisuus ja pakkoarvoisuus. Pakkotavoitteinen kuntoutus on sellaista, jossa kuntoutujien asemaan joutuvien ihmisten omilla tavoitteilla ei ole väliä ja heidät alistetaan toimenpitein tai manipuloiden muiden asettamien tavoitteiden mukaiseen toimintaan. Työelämäkuntoutuksessa kysymys on erityisen relevantti olosuhteissa, joissa palkkatyötä ei oikeasti ole tarjolla kaikille (vrt. myös Haapakoski 2012).

Kuntoutus voi sisältää pakottamista toisen osapuolen, kuten instituution, tavoitteiden mukaiseen malliin. Tämä voi olla alistavaa myös niille työntekijöille, jotka eivät hyväksy tällaista toimintatapaa. Pakkoarvoisuudessa arvot eivät ole todellisuudessa jaettuina, vaikka niin esitettäisiin – käytännössä esimerkiksi kaikkea työtä ja materiaa ei ole jaettu yhteisesti.

Eettisiä uhkia liittyy myös kuntoutuksen laatuun ja ihmisryhmien erotteluun. Onkin

tärkeää arvioida, onnistutaanko kuntoutuksen laadussa kauttaaltaan. Saavatko rikkaat ja köyhät tai työlliset ja työttömät hyvää kuntoutusta varallisuudesta riippumatta? Sosiaalinen kuntoutus ei onnistu kovin hyvin, jos tuloksena on väestötasolla huonoa, esimerkiksi paljon yksipuolisesti määriteltyä ja pakollista, kuntoutusta toimeentulotukea hakeville ja samaan aikaan runsaasti vapaaehtoisia kuntoutuksuotoja hyvin toimeen tuleville.

Kuntoutukseen on ajoittain yhdistetty liberaaleja käsityksiä ja vapauden arvo. Vapaus on jotakin, joka liittyy esimerkiksi kuntoutujakansalaisen autonomiaan suhteessa ammattilaisviranomaisiin (esim. Dougherty 1991). Voidaan pohtia myös mahdollisuutta yhteiskunnassa toimimiseen ja päätöksentekoon (esim. Mäntysaari 1983, 195). Sosiaalihuollon yhteydessä ammattilaisten asema heikoista huolehtimisesta voi olla korostunut (vrt. Kröger 2014). On kuitenkin huomionarvoista, että huonot käytännöt voivat olla alistavia myös työntekijöille. Vapaus voidaan ottaa lähtökohdaksi sosiaalihuollon mukaiseen sosiaaliseen kuntoutukseen, mutta olisi hyvä huomata, ettei vapautta voi rikkoa järjestelmätasoisessa toimenpiteiden keksimisessä ja kehittämisessä. Sosiaalihuollon eräs arvo on kollektiivinen huolenpito, sosiaalisessa kuntoutuksessa korostuu myös vapaus. Tämä ei tarkoita tässä yhteydessä esimerkiksi puoluepoliittista liberalismia vaan filosofisesti ymmärrettävää inhimillisen elämän ja kokemuksen osatekijää.

Sosiaalisen kuntoutuksen onnistumisen arviointi on tärkeää. On hyvä pitää mielessä, että vain yhdellä tavalla mitattuna, esimerkiksi ainoastaan lomakkeita täyttämällä ja subjektiivisia käsityksiä kartoittamalla, saadaan onnistumisesta esiin vain osa. Erityisen turmiollista olisi tuomita naiiviksi tosiasia, että sosiaalisen kuntoutuksen onnistuminen liittyy siihen, kuinka kuntoutus järjestetään osana sosiaalipoliittikkaa, mitä sen aikana ja sen jälkeen todella tapahtuu. Epäonnistumiset, pakottavuus ja pakkoarvoisuus olisi saatava julkisuuteen. Hiljaisille kuntoutujille ja työntekijöille ei saisi rakentaa pelotteita ilmaisunvapauden esteiksi. Pitäisi aktiivisesti rakentaa

mekanismeja, joilla saatetaan julkisiksi organisaatioiden, palvelujen järjestämistapojen ja kuntoutusmarkkinoiden kaikki sellaiset toimintatavat, jotka tuottavat alisteisia asemia. Hyvien käytäntöjen kerääminen ei riitä.

Sosiaalisen kuntoutuksen ja sen onnistumisen mahdollistaminen vaatiikin yhtäaikaista arvostamista, vaikka tällainen vastakohtaisuus on usein nähty esimerkiksi filosofiassa ongelmallisena (Airaksinen 1994, 130–141). Sosiaalisen kuntoutuksen onnistumiseen liittyy kuntoutukseen usein kiinnittyvää liberaalia vapautumista ja sosiaalihuoltoon usein liitettyä huolenpitoa ja yhteiskuntaan kiinnittymistä. Avoin puhe eettisistä riskeistä on tärkeää, mutta samalla täytyy muistaa niitä, jotka eivät kykene puhumaan tai ovat alistuneita ja alistettuja. Ehkä sosiaalisen kuntoutuksen tulisi hyljeksiä avoimesti yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntariippuvaista väkivaltaa, alistamista ja pakottamista sekä puolustaa aktiivisesti yksilö- ja yhteisökohtaisia ihmisenä elämisen monipuolisia mahdollisuuksia.

Onnistumista ei voida edistää riittävästi kuntoutustoiminnan, hyvien käytäntöjen, tutkimuksen tai edes demokratiakeskeisen deliberatiivisen arviointitutkimuksen keinoin (viimeisimmästä esim. Greene 2006, 135). Sosiaalisen kuntoutuksen onnistuminen ja kuntoutuksen toimeenpano ja kehittäminen vaativat tällä hetkellä avoimempaa epäkohtien esiin tuomista.

Kiitos kaikille onnistumiskuvauksen lahjoittaneille.

Kaisa Haapakoski, YTT, yliopistonlehtori (ma.), Tampereen yliopisto, Porin yksikkö. 1.8.2016 alkaen tutkijatohtori Jyväskylän yliopistossa.

Kirjallisuus

- Airaksinen T (1994) Arvojen yhteiskunta, erään taistelun kuvaus. WSOY, Porvoo, Helsinki, Juva.
- Curtis RS (1998) Values and Valuing in Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 64, 1, 42–47.
- Day A, Ward T (2010) Offender Rehabilitation as a Value-Laden Process. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54, 3, 289–306.
- Dougherty CJ (1991) Values in Rehabilitation: Hap-

- piness, Freedom and Fairness. *Journal of Rehabilitation* 57, 1, 7–12.
- Emener WG (1991) Empowerment in Rehabilitation. An empowerment Philosophy for Rehabilitation in the 20th Century. *Journal of Rehabilitation*, 57, 4, 7–12.
- Graeber D (2015) *The Utopia of Rules. On Technology, Stupidity, and the Secret Joys of Bureaucracy*. Melville House, Brooklyn, London.
- Greene J C (2006) Evaluation, Democracy and Social Change. Teoksessa: I.F. Shaw, J.C. Greene, M.M. Mark (toim.) *The Sage Handbook of Evaluation*. Sage, London, Thousand Oaks, New Delhi, 118–140.
- Haapakoski K (2012) Työhönkuntoutuksen vaikeus ja mahdollisuudet. Teoksessa: M Strömberg-Jakka, T Karttunen (toim.) *Sosiaalityön haasteet, tukea ammattilaisten arkeen*. PS-kustannus, Jyväskylä, 212–231.
- Haapakoski K (2015) Hyvä kuntoutustutkimustyössä. Abduktiivinen tutkimus kuntoutustutkimustyön hyväksikäytöksellisistä ristiriidoista. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 534. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Haimi T, Hurme J (2007) Sosiaalisen kuntoutuksen käsite 1950-luvulta nykypäivään. Käsitehistoriallinen tarkastelu sosiaalisen kuntoutuksen käsitteestä. Pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Heikkilä R, Rauhala M (toim.) (2015) *Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 9, THL, Helsinki.
- Hirvonen H (2014) *Habitus and Care. Investigating Welfare Service Workers' Agency*. *Studies in Education, Psychology and Social Research* 497. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Hyttinen M, Kesä M (2016) Työnäyte parantaisi työttömän asemaa työnhakijana. Blogikirjoitus 13.4.2016. Saatavilla: <http://www.sitra.fi/blogi/tyoelaman-taitekohdat/tyonayte-parantaisi-tyottoman-asemaa-tyonhakijana> (viitattu 21.4.2016).
- Iwama M, Thomson N, Macdonald R (2009) The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*, 31, 14, 1125–1135.
- Juhila K (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa: A Jokinen, K Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Vastapaino, Tampere, 48–81.
- Kananoja A (2012) Sosiaalinen kuntoutus ja sosiaalihuollon uudistuksen suunta. *Kuntoutus* 4, 35–40.
- Kröger T (2014) Yli-ikäinen sosiaalihuolto. Teoksessa: R Haverinen, M Kuronen, T Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Vastapaino, Tampere, 25–41.
- Loisel P, Falardeau M, Baril R, José-Durand M, Langley A, Sauvé S, Gervais J (2005) The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 27, 10, 561–569.
- Matinvesi S (2010) *Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa – ICF:n tulkintaa*. Lapin yliopisto-kustannus, Rovaniemi.
- Miettinen S (2011) *Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Mäkelä M (2015) Yksityisestä tiedosta kohti avointa tietoa. Teoksessa: R Heikkilä, M Rauhala (toim.) *Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 9, THL, Helsinki, 20–23.
- Mänttari-van der Kuip M (2015) *Work-Related Well-Being among Finnish Frontline Social Workers in an Age of Austerity*. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 524. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Mäntysaari M (1983) *Political Resources of Severely Handicapped*. Teoksessa: P Rissanen (toim.) *Social Functioning Ability*. Report of the International Seminar on Social Rehabilitation held at the University of Tampere, June 6–8, 1983. Working Papers No 5. Tampereen yliopisto, sosiaalipoliittikan laitos, Tampere, 195–199.
- Peltomaa M (2005) *Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 49. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Prior WJ (1991) *Virtue and Knowledge. An Introduction to Ancient Greek Ethics*. Routledge, London & New York.
- Pulkki J (2012) *Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Rajavaara M, Karjalainen V (2012) *Sosiaalinen kuntoutus lakisääteiseksi – mikä muuttuu? Kuntoutus* 4, 3–4.
- Rissanen P (1983) *Johdanto*. Teoksessa: P Rissanen (toim.) *Social Functioning Ability*. Report of the International Seminar on Social Rehabilitation held at the University of Tampere, June 6–8, 1983. Working Papers No 5. Tampereen yliopisto, sosiaalipoliittikan laitos, Tampere, 1–19.
- Rissanen P, Pulkki J (2013) *Kuntoutus lukuina. Kuntoutuspalvelujen käyttö yhden sairaanhoitopiirin alueella*. Teoksessa: U Ashorn, I Autti-Rämö, J

- Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu –
entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto,
Helsinki, 78–91.
- Siegert R, Ward T, Levack, W, McPherson K (2007) A
Good Lives Model of clinical and community re-
habilitation. *Disability and Rehabilitation* 29, 20–
21, 1604–1615.
- Sihvola J (1998) Aristotelismi, liberalismi ja hyvin-
vointivaltio. Teoksessa: E Kemppainen, M Män-
tysaari (toim.) Aristoteles, Rawls ja sosiaalipoli-
tiikka. Keskustelua hyvinvointivaltion peruskysy-
myksistä eurooppalaisten ajatteluperinteiden va-
lossa. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja
kehittämiskeskus, Raportteja 223, Helsinki, 27–46.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- TEM (2016) Hallituksen yrittäjyyspaketti ja työllisyys-
paketti tukevat kasvua. Työ- ja elinkeinoministe-
riön tiedotteet 12.4.2016. Saatavilla: [https://www.
tem.fi/tyo/tiedotteet_ty?89506_m=120290](https://www.tem.fi/tyo/tiedotteet_ty?89506_m=120290) (Vii-
tattu 21.4.2016).

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

TYÖELÄMÄN ULKOPUOLELLA OLEVAT JA ASUINALUEEN HYVÄ ARKI

Siltaamalla vahvempia työelämävalmiuksia

Johdanto

Työelämän ulkopuolella oleminen ja riski syrjäytyä kytkeytyvät toisiinsa (OECD 2010). Lukuisat tutkimukset osoittavat, että työttömyys ja sen pitkittyminen ovat yhteydessä alentuneeseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin (vrt. Vuorento & Terävä 2014). Syrjäytyminen on prosessi, jossa yksilöä yhteiskuntaan liittävät sidokset löystyvät (vrt. Heikkilä 2000). Yhteiskunta ja työelämä toimivat yhä verkostomaisemmin. Työelämävalmiuksien vahvistamisen näkökulmasta keskeinen kysymys on, miten työelämän ulkopuolella olevien yhteiskuntaan liittäviä sidoksia voitaisiin vahvistaa, jotta heidän syrjäytymisriskinsä pienenesi ja heidän työllistymisedellytyksensä paranisivat.

Työelämän ulkopuolella olevien työelämävalmiuksia ja työllistymisedellytyksiä tuetaan monin tavoin eri yhteyksissä. Tyypillisiä konteksteja ovat esimerkiksi työvoimapalvelujen, sosiaaliturvan, koulutuksen, kuntoutuksen, terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen sekä työpaikkojen tuottamat keinovalikoimat (vrt. Vuorento & Terävä 2014). Tyypillisesti työelämän ulkopuolella olevat nähdään tukitoimien kohteina, ja heidät kutsutaan mukaan valmiiksi suunniteltuun toimintaan.

Tavallisten työmarkkinoiden rinnalle voidaan hahmottaa niin sanotut välityömarkkinat. Työ- ja elinkeinoministeriö määrittelee välityömarkkinoiden tarkoittavan työskente-

lymahdollisuuksia sekä työllistymistä edistäviä ja työssä selviytymistä tukevia palveluja, joita tarjotaan avoimille työmarkkinoille sijoittumisessa eri syistä vaikeuksia kohdanneille työnhakijoille (von Hertzen-Oosi ym. 2010). Voidaan kysyä, vastaavatko kahdenlaisten työmarkkinamaailmojen ratkaisut yhteiskunnalliseen työllistymisen tukemisen haasteeseen. Millaisia uudenlaisia ratkaisuja tarvittaisiin välityömarkkinoiden rinnalle, työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden työelämävalmiuksien vahvistamiseksi?

Tässä kirjoituksessa mielenkiinnon kohteena ovat käytännön ratkaisut, joilla tuetaan heikossa työmarkkina-asemassa olevia ja joilla voisi vastata työelämässä pärjäämisen vaatimuksiin. Miten käytännössä toimitaan, kun lähtökohtana ei ole yksilön työelämän ulkopuolisuuden aste tai diagnoosi? Tai mikä toimintatapa auttaisi työelämän ulkopuolella olevaa kehittämään työelämässä vaadittavia työelämävalmiuksiaan ja suuntaamaan omaa ajatteluaan kohti työelämää ja työllistymistä?

Työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden työelämävalmiuksien ja työllistymisedellytysten vahvistamista tarkastellaan tässä asiakasymmärryksen, verkostotoiminnan ja yhteiskehittämisen näkökulmista. Kirjoitus liittyy juuri käynnistyneeseen Työste-hankkeeseen (Työelämän ulkopuolella olevien työelämävalmiuksien ja työllistymisedellytysten

vahvistaminen siltaustoiminnan avulla, ESR 2015–2017). Hankkeen päätavoitteena on vahvistaa työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden työelämävalmiuksia ja työllistymisedellytyksiä kehittämällä paikallista siltaustoimintaa työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi.

Työste-hanke kokeiluypäristönä

Pilottiympäristönä Työste-hankkeessa on itä-helsinkiläinen Myllypuron alue. Myllypuro on lähiö, jonka rakentaminen alkoi 1960-luvulla. Alueella asuu monia erilaisia väestöryhmiä. Myllypuro on dynaaminen alue, jolla on vahva, oma alueellinen identiteettinsä. Metroasema ja ostoskeskuksen ympäristö kokevat juuri täydellistä muodonmuutosta, ja ostoskeskus uudistuu moderniksi ja monipuoliseksi palvelukeskittymäksi. Myllypuron alueella on runsaasti työttömyyttä, ja muualta muuttaneita on paljon. Monikulttuurisuus on sekä rikkaus että haaste.

Työste-hankeverkoston muodostavat Metropolia Ammattikorkeakoulu, Herttoniemen seurakunta, Itä-Helsingin Lähimmäistyö Hely ry, Digital Living International Oy ja Myllypuro Seura ry. Hankkeessa ei ole haluttu rajata, kuka on työelämän ulkopuolella oleva. Työelämän ulkopuolella olevat voivat olla yhteiskunnan sisäpiirissä, sen reuna-alueella tai kokonaan sen ulkopuolella eläviä henkilöitä (vrt. Helne 2002). Näin ollen ei voida myöskään suoraan puhua syrjäytyneistä tai syrjäytymisvaarassa olevista. Toisaalta Helne (2002) toteaa, että ymmärrettiinpä syrjäytyminen siten marginaalisuutena tai eksluusiona, syrjäytyminen on aina kuitenkin olemassa vain suhteessa muihin ihmisiin eikä ongelmia voida pitää yksilön tai ryhmän ominaisuutena.

Työste-hankkeessa ajatus on, että osallistujalle mahdollistetaan yhdessätoimijan asema riippumatta siitä, mikä hänen taustansa on. Mielekästä arjen toimintaa ei Myllypurossa kehitä mikään ulkopuolinen taho, vaan sitä kehittävät työelämän ulkopuolella olevat ihmiset yhdessä alueen ikäihmisten kanssa. Kehittäjäkumppaneina he siis määrittävät itse, millainen toiminta heille on merkityksellistä heidän omalla asuinalueellaan.

Käytännön toimintamalli ovat yhteiset työpajat, joissa ideoidaan ja suunnitellaan yhteistä toimintaa, joka integroidaan osaksi alueen muuta toimintaa. Ammattilaisten tehtävänä on luoda mielekkäänä pidetylle toiminnalle mahdollisuuksia.

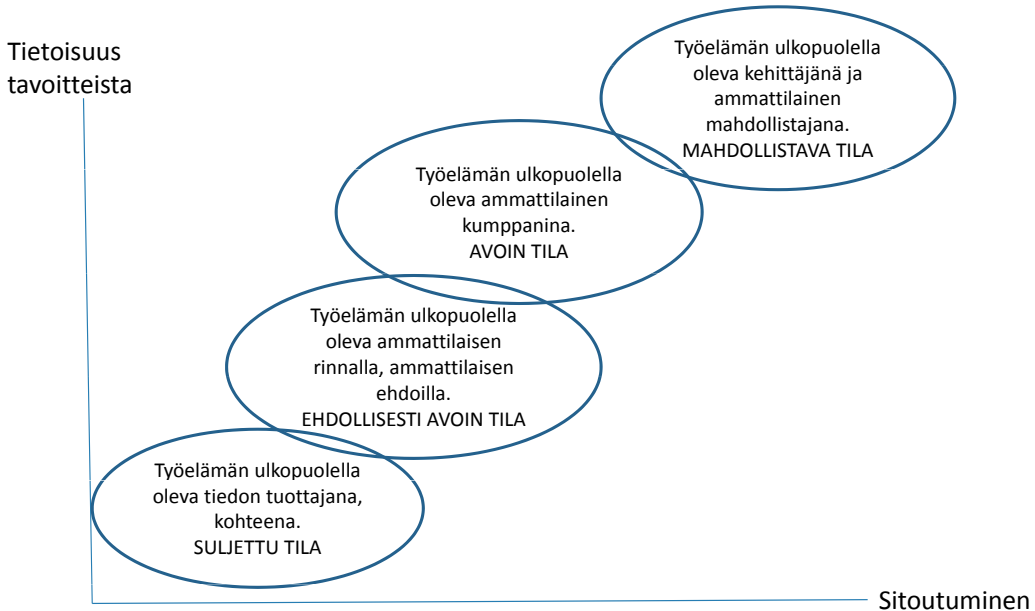
Uudenlaisen toimintatavan kehittämiseen liittyvät kysymykset ovat:

1. Minkälainen toiminta edistää toimintakykyä? Kuka sen määrittää tai tietää? Mikä asema tai rooli toiminnan kehittäjälle eli työelämän ulkopuolella olevalle tulee antaa tai mahdollistaa?
2. Minkälaiseen kehittämistoimintaan osallistuminen vahvistaa työelämävalmiuksia ja työelämäedellytyksiä? Kehittämistoiminnan lähtökohtana on teoreettinen ymmärrys siitä, mitä työmarkkinoilla toimimisen taitoja jokaisella tulee olla, ja mitä valmiuksia vaaditaan työelämässä toimivalta ihmiseltä.
3. Miten yhdessä ideoitu, toimintakykyä edistävä toiminta siirtyy käytäntöön asuinalueella? Mitä verkostoja pitää rakentaa?
4. Mitkä ovat niitä oppimisen paikkoja tai tilanteita, joissa työelämävalmiudet vahvistuvat?

Edellä esitettyihin kysymyksiin vastauksia hakemalla Työste-hankkeessa rakennetaan uudenlaisen toimintatavan kuvaus eli siltausmalli.

Kohteesta kehittäjäksi

Työelämän ulkopuolella oleva henkilö kohtaa arjessaan monia eri tahoja, jotka pyrkivät tukemaan ja auttamaan häntä esimerkiksi asumiseen, toimeentuloon, etuisuuksiin, työllistymiseen tai kuntoutukseen liittyvissä kysymyksissä. Näissä yhteyksissä hän usein tulee kohdatuksi toiminnan kohteena, ja hänen osallistumisensa itseään koskevien asioiden käsittelyyn sekä päätöksentekoon jää vähäiseksi (vrt. Niiranen ym. 2011). Esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyölain mukaan asiakkaan tarpeet tulee ottaa huomioon hänen asioidensa käsittelyssä, mutta silti asiakasta kuullaan harvoin yksilöllisesti ja hänen



Kuva 1. Asiakasymmärryksen rakentuminen ja merkitys tavoitteiden ja sitoutumisen suhteen (mukailien Nordlundia 2009).

näkökulmansa jää toisarvoiseksi (vrt. Saikku 2006). Tällaiset kohtaamiset ovat tehokkaita oppimistilanteita, joissa asiakas oppii helposti määrittämään itsensä työelämän ulkopuolella olevana kohteena.

Paradoksaalista on, että kun työelämän ulkopuolella oleva henkilö tulee häntä tukevissa toiminnoissa usein kohdatuksi kohteena, julkisessa puheessa edellytetään samalla, että hänen tulee olla aloitteellinen ja aktiivinen esimerkiksi oman työllistymisensä edistämisessä. Kyse ei ole siitä, etteivätkö kohtaamiset olisi asiakaslähtöisiä ja asianmukaisia. Kyse on siitä, mikä asema ja rooli asiakkaalle mahdollistetaan ja minkä oppimiskokemuksen hän saa asiakkaana (vrt. Mäkinen 2014). Kyse on asiakasymmärryksestä (kuva 1) ja siitä, miten työelämän ulkopuolella oleva oppii rakentamaan siltoja omien tarpeidensa ja toimintaympäristönsä tarjoamien mahdollisuuksien välille.

Niin sanotun suljetun tilan asiakasymmärryksen mukaisessa toiminnassa (Nordlund 2009) työelämän ulkopuolella oleva henkilö kohdataan asiakaskeskeisesti, mutta hänelle suodaan tiedontuottajan asema ammattilaisen määrittämässä asioissa. Hänestä tulee kohde. Käytännössä asiakaskeskeinen toiminta

voi olla lomakkeiden täyttämistä tai haastatteluja, joissa ollaan aidosti kiinnostuneita asiakkaan asioista, mutta ammattilaisen ehdoilla. Ehdollisesti avoimessa tilassa työelämän ulkopuolella oleva ja ammattilainen toimivat rinnakkain, mutta edelleen ammattilaisen ehdoilla. Kohtaamisessa korostuu ammattilaisen asiantuntijuus, vaikka kyse on hyvinkin asiakaslähtöisestä toiminnasta. Avoimen tilan asiakasymmärrykseen perustuva toiminta rakentuu kumppanuuteen, jossa työelämän ulkopuolella oleva ja ammattilainen rakentavat yhdessä tavoitteet ja suunnittelevat toimenpiteitä. Molempien osapuolten sitoutuminen on vahvaa, ja työelämän ulkopuolella oleva on tietoinen päämäärästä. Kyse on siis paljon muustakin kuin esimerkiksi palveluprosessin organisoinnista. Kyse on asiakkaan kohtaamisesta, vuorovaikutuksen laadusta ja määrästä, molemminpuolisesta luottamuksesta sekä asiakkaan osallisuudesta (vrt. Mäkinen 2014). Mahdollistavan tilan asiakasymmärryksestä on kyse silloin, kun yksilö on itse omaa elämänsä koskevien asioiden asiantuntija (vrt. Nordlund 2009). Ammattilaisen rooli on mahdollistaa tämä.

Jos ihminen tulee kohdatuksi suljetun tai

ehdollisesti avoimen tilan asiakasymmärryksen mukaan, vahvistetaan hänen oppimiskokemustaan ulkoapäin ohjautuvasta toimijasta. Sen sijaan kokemus roolista, jossa ihminen toimii omaa elämäänsä ohjaavana ja määrittäväenä kansalaisena, vahvistaa minäpystyvyyttä.

Työelämän ulkopuolella oleva ihminen ei lähtökohtaisesti ole potilas, kuntoutuja tai huollettava. Siksi on oleellista kohdata hänet kansalaisena, jonka elämään ei tietyllä hetkellä jostain syystä sisälly työsuhdetta ja sen tuomaa työtä toimintana. Työelämän ulkopuolella olevaa pitää tukea löytämään siltoja, joiden avulla hän saa kiinnittymiskohtia omaan toimintaympäristöönsä ja mahdollisuuksia löytää mielekästä tekemistä arkeensa, joka voi vahvistaa myös työelämään suuntautumista.

Muutos kohteesta kehittäjäksi ei onnistu helposti. Työelämän ulkopuolella olevalle tulee mahdollistaa aitoja, omaan elämään kiinnittyviä kohtia, joissa hän saa kokemuksen itselleen merkityksellisten asioiden kanssa työskentelystä. Mistä rakentuu merkityksellisyiden kokemus yhteisessä toiminnassa? Viimeaikainen työhyvinvointitutkimus tuo tähän mielenkiintoisen näkökulman. Muuttuvassa ja verkostoituvassa työelämässä työhyvinvoinnin kokemusta vahvistaa erityisesti se, että työntekijä tuntee tekevänsä työtä, joka tuo lisäarvoa asiakkaalle (vrt. Seppänen ym. 2014). Analogisesti työelämän ulkopuolella olevan kannalta hyvinvointia voi vahvistaa toiminta, jonka työelämän ulkopuolella oleva kokee tuovan lisäarvoa myös muille kuin hänelle itselleen. Lähin toimintaympäristö on tällöin oma asuinalue, ja työpaikan työntekijöitä ja asiakkaita vastaavia tahoja ovat tällöin alueen asukkaat.

Yhteiskehittäminen siltana omaan arkeen

Kehittäminen yhdessä tarkoittaa myös yhdessä toimimista. Yhdessä toimiminen voi toteutua eri tavoin (vrt. Harra 2014; Dennig & Yaholkovsky 2008). Se voi olla tiedon jakamista (information sharing), tai yhdessä tekeminen voi toteutua koordinoituna (coordination) sopusointuisen toiminnan toteutta-

miseksi. Se voi tarkoittaa myös yhteistyötä (cooperation), jossa toimitaan yhdessä sovitujen sääntöjen mukaisesti, tai se voi olla yhteistoimintaa (collaboration), jossa ryhmä ihmisiä luo yhdessä ratkaisuja tai strategioita synergisen vuorovaikutuksen kautta. Yhteistoimintaan liittyy muita vahvemmin ja monipuolisemmin konkreettinen toimintaorientaatio, asiantilojen muuttaminen ja pyrkimys yhdessä toimimiseen (Harra 2014). Yhdessä toimiminen ja asiakasymmärrys ovat toisiinsa liittyviä ilmiöitä.

Yhteiskehittämistä ohjaavat yhteistoiminnan lainalaisuudet. Yhteistoiminnassa keskeisiä asioita ovat Harran (2014) laatiman, tutkimuksiin perustuvan yhteenvedon mukaan halu ja tarve yhteistoimintaan, ammattilaisen luopuminen perinteisestä ammattilaiskäsitteestä, ammattilaisen kyky ja halu muotoilla yksilöllisiä palveluja, eri osallistujatahojen kyky osallistua aktiivisesti, jaettu valta, molemminpuolinen arvostus, molemminpuolinen riippuvuus, luottamus ja luotettavuus, avoin, rehellinen ja kunnioittava kommunikointi, jaetut tavoitteet ja aktiivisesti yhdessä rakennettu toiminnan päämäärä, prosessi ja tulokset, sopiva toimintaympäristö, sopivat vastuujärjestelyt, johtaminen ja hallinnointi sekä kumppanuuden tarkastus, arviointi ja seuranta. Osallistujien väliseltä suhteelta odotetaan kokemusten vaihtoa, asiantuntijuutta, vastuoroisuutta ja joustavuutta.

Työste-hankkeessa yhteiskehitetään hyvää arkea omaan asuin- ja elinympäristöön. Kehittäjinä ovat työelämän ulkopuolella olevat henkilöt yhdessä ikäihmisten kanssa. Hyvää arkea ei määritetä ulkoapäin, vaan se luodaan yhdessä. Jotta yhteiskehittäminen onnistuu, tarvitaan osallistujille kohtaamispaikkoja, joissa syntyvät luottamus, yhdessä rakentuva päämäärä ja halu toimia. Yhteistoimintaan perustuva kehittäminen vaatii, ainakin alkuvaiheessa, aikaa. Yhteiskehittäminen on samalla myös osallistujien oppimisprosessi, joka tuo edetessään muutosta. Prosessissa on kyse yksilön ja ympäristön muutosprosessista. Tällöin lähestytään myös kuntoutuksen valtaistavan ja ekologisen paradigman mukaista ajattelua (Järvikoski 2013).

Työste-hankkeessa yhteiskehittäminen luo myös mahdollisuuden sosiaalisen verkoston laajentamiseen paitsi työelämän ulkopuolella olevien kesken, myös heidän ja ikäihmisten välillä. Oppiminen, uusien mahdollisuuksien löytäminen omassa asuinympäristössä ja sosiaalinen osallisuus yhteiseen tekemiseen tukevat voimavarojen vahvistumista. Yhteiskehittäminen antaa myös mahdollisuuden verstaisten hyödyntämiseen. Malli sopii saumatta nykyiseen kuntoutuskäsitykseen.

Verkostokehittäminen sidoksena yhteiskuntaan

Vaikka työttömyys ja työelämän ulkopuolella oleminen eivät sinällään ole terveysongelmia, monet tutkimustulokset osoittavat, että työttömät ovat keskimäärin sairaampia kuin muu väestö ja että työttömyyden pitkittyessä kokemus omasta terveydestä ja hyvinvoinnista heikkenee (Niiranen ym. 2011). Tämä tarkoittaa uudenlaisten toimintatapojen kehittämisen tarvetta. Monimuotoistuneet työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden hyvinvointiongelmien vaativatkin aikaisempaan nähden moninaista verkostotyötä eri tahojen kesken (vrt. Karjalainen ym. 2008).

Työste-hankkeessa työtä vailla olevien ja ikäihmisten yhdessä ideoihin, hyvää arkea rakentaviin aktiviteetteihin kiinnitetään alueen palveluntuottajista ja toimijoista niitä, joilla on intressi tuotetun idean suhteen. Kyse on kehittämisverkoston rakentamisesta (kuva 2). Hanketoiminnan alkuvaiheessa verkostokehittämisen ytimessä ovat hyvää arjen toimintaaideoivat työtä vailla olevat henkilöt ja ikäihmiset ja näiden toimintaa mahdollistavat ja tukevat Työste-hankkeen projektityöntekijät. Verkostokehittämisen ytimessä tuotettujen, hyvää arkea tuovien aihoiden eteenpäin viemistä rakennetaan yhteisen intressin ympärille rakentuvan kehittämisverkoston toimintana.

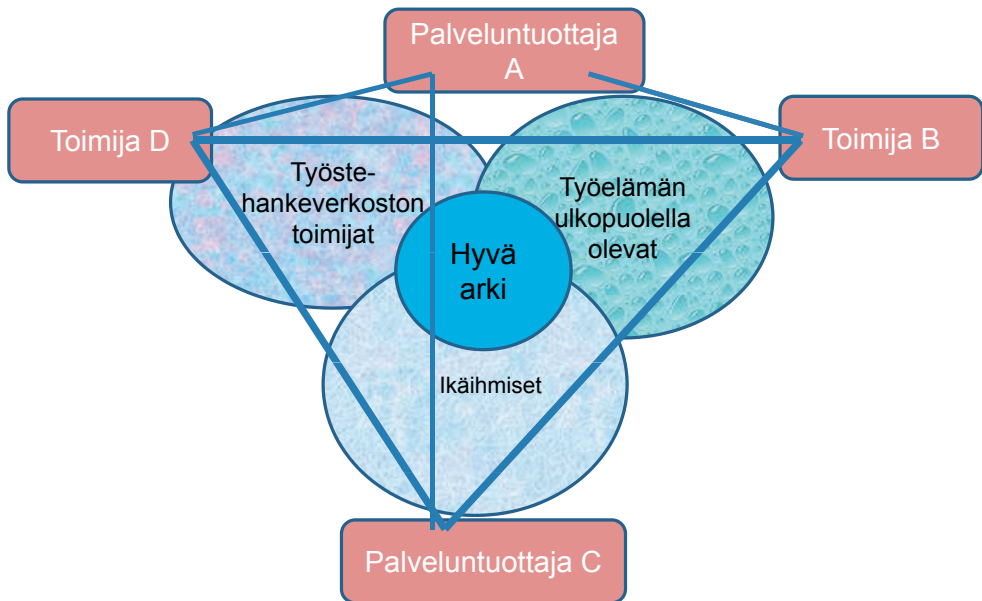
Kehittämisverkosto muodostuu alueen palvelujen tuottajista ja muista toimijoista (kuviossa 2 ulkokehällä olevat tahot), joita yhdistää sama intressi. Oleellista on, että kehittämisverkosto toimii käytännössä niin, että

siinä on aktiivisina toimijoina myös verkoston ytimessä olevia tahoja eli tässä yhteydessä työelämän ulkopuolella olevia ja ikäihmisiä. Työste-hankkeessa hankeverkoston projektityöntekijöiden tehtävä on tukea verkostojen rakentumista ja auttaa rakentamaan siltoja eri toimijoiden kesken.

Hankkeessa verkostokehittäminen on orgaanisesti rakentuvaa, sekä ihmisten välistä että organisaatioiden välistä verkostoitumista (vrt. Hibbert ym. 2008). Tällöin verkstorajat eivät ole ennakkoon määrättyjä eivätkä selviä. Lähtökohtana on ihmisten välinen orgaanisesti rakentuva sosiaalinen verkosto, joka määrittää kehittämisverkoston tarpeen. Analogisesti kyse on samasta ilmiöstä, jossa palvelut rakennetaan palvelun käyttäjän lähtökohdista ja jossa palvelun käyttäjä on myös palvelujensa kehittäjä. Palvelut taipuvat, eivät sen käyttäjät. Kyse on kansalaisten itsensä kehittämistä verkostotoiminnasta, jossa toimitaan yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin palvelujen rajapinnoilla asukkaiden lähtökohdista.

Verkosto on järkevä toimintatapa silloin, kun pitää reagoida muuttuviin tarpeisiin ja tarvitaan innovatiivisia ja joustavia ratkaisuja, joita ei ole selkein tarjolla (Järvensivu ym. 2010). Jos ratkaisu tuotetaan ulkopäin, pitää luottaa siihen, että ratkaisu saavuttaa toimijoiden luottamuksen. Verkostoituneen kehittämisen prosessi puolestaan alkaa siitä, että ensin pitää saada aikaan toimijoiden keskinäinen luottamus. Kun se syntyy, ratkaisujen kehittäminen ja niiden hyödyntäminen yhdessä mahdollistuvat. Kyse on oppimisprosessista, jossa ensin opitaan yhdessä ja sitten opitaan yhdessä oppimisesta. Samalla vahvistetaan ratkaisujen siirtymistä käytäntöön osana kehittämistä, ilman perinteistä – ja usein erittäin haasteellista – juurruttamisvaihetta.

Verkostoyhteistyön toimivuuden ydintekijät ovat tunteminen, luottamus ja sitoutuminen (Järvensivu ym. 2010). Yhteiskehittäminen tukee näitä tekijöitä, ja niitä tukee myös asiakasymmärryksen avoimessa tai mahdollistavassa tilassa tapahtuva kehittäminen tapa. Näin ollen Työste-hankkeessakin lähtökohtina ovat asiakasymmärrys, yhteiskehittäminen ja verkostotoiminta vahvistavat toinen toisiaan.



Kuva 2. Verkostossa toteutuva kehittäminen hankkeen alkuvaiheessa.

Kun työtä vailla olevan ihmisen määrittämien, hänen ja alueen asukkaiden hyvinvointia vahvistavien asioiden äärelle rakentuu kehittämisverkostoja, työtä vailla olevalle rakentuu samalla kiinnittymiskohtia yhteiskuntaan. Tällä on merkitystä syrjäytymisen vähentämisessä.

Työelämävalmiuksia omaa asuinalueetta kehittämällä

Työelämän ulkopuolella olevan ihmisen motivoituminen omien työelämävalmiuksien vahvistamiseen on haasteellista, jos näkymä työllistymisestä on kaukainen tai hän on jo luopunut mahdollisuudesta työllistyä. Kestävän työ- ja toimintakyvyn rakentumisen kannalta on tärkeää, että työelämän ulkopuolella olevilla henkilöillä on kiinnittymiskohtia ja mielekästä toimintaa omassa arjessaan, minä kautta voi syntyä myös yhteys työelämään. Osallistuminen omassa lähiympäristössä mielekkäiden toimintojen kehittämiseen yhdessä alueen muiden toimijoiden kanssa vahvistaa osallisuuden tunnetta ja yhteisöllisyyttä.

Työelämän ulkopuolella olevien kohdalla on tarpeena vahvistaa yleisiä työelämäval-

miuksia, jotka Ruohotien (2002) mukaan ovat elämän hallinta, kommunikaatiotaidot, ihmisten ja tehtävien johtaminen sekä innovaatioiden ja muutosten vauhdittaminen. Työelämävalmiudet kehittyvät aidoissa toimintaympäristöissä. Hankkeessa tapahtuvassa kehittämisessä ja kokeiluissa tulee olla samat elementit kuin hyvässä työssä: sen tulee olla tekijälleen merkityksellistä, antaa onnistumisen kokemuksia, mahdollistaa oppimista ja minäpystyvyyttä sekä kehittää itsensä johtamista. Toiminnalla tulee olla myös laajempaa merkitystä yhteisölle ja yhteiskunnalle.

Kun työelämän ulkopuolella oleville henkilöille mahdollistetaan aktiivinen toimijan rooli merkityksellisten asioiden kehittäjänä yhteiskunnassa, tämä vahvistaa työelämävalmiuksia, tukee toimintakykyä ja vähentää syrjäytymisriskiä (vrt. Arnkil & Spangar 2014). Ihmisten yhdessä toteuttama hyvän arjen kehittäminen heidän omalla asuinalueellaan luo oppimistilanteita, joissa eri-ikäiset ja eri elämäntilanteissa olevat kehittävät vuorovaikutustaitojaan, määrittävät yhteisiä päämääriä ja pohtivat keinoja päämäärien saavuttamiseksi uudella tavalla.

Lopuksi

Työelämävalmiuksien rinnalla voidaan puhua myös työelämäkyvykkyydestä tai työmarkkinoilla toimimisen taidoista. Heikossa työmarkkina-asetuksessa oleville suunnatut välityömarkkinat ovat tarpeelliset ja vaativat edelleen kehittämistä. Näiden rinnalle tarvitaan myös uudenlaisia ratkaisuja ja uusia vaihtoehtoja. Yhdenvertaisuuden näkökulmasta on perusteltua kysyä, miten heikossa työmarkkina-asetuksessa olevien työmarkkinoilla toimimisen taitoja, työelämävalmiuksia, vahvistetaan. Heikommassa asemassa oleville pitää tarjota enemmän apua ja tukea, mutta tärkeää on saada aikaa toimintaa, jossa työelämässä tarvittava, kaikilta vaadittava osaaminen voi kehittyä.

**Elisa Mäkinen FT, yliopettaja,
Metropolia Ammattikorkeakoulu**

**Tuula Mikkola, VTT, yliopettaja,
Metropolia Ammattikorkeakoulu**

Lähteet

- Arnkil R, Spangar T (2014) Promoting Enterprising Relations to Work – The discovery journey from My Generation to the present stage of My Generation at Work – and beyond. Luettavissa osoitteessa: <http://urbact.eu/mygeneration-at-work>. Luettu 2.3.2016.
- Dennig PJ, Yaholkovsky P (2008) Getting to “We”. Solidarity, Not Software, Generates Collaboration. *Communications of the Acm*, 51, 4, 19–24.
- Harra T (2014) Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. *Acta Electronica Universitatis Lappeenens* 156.
- Heikkilä M (2000) Syrjäytymisen tutkimus 1990-luvulla. Teoksessa Heikkilä M, Karjalainen J (toim.) *Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros*. Werner Söderström Lakitieto Oy, Tampere.
- Helne T (2002) Syrjäytymisen yhteiskunta. *Tutkimuksia* 123, Stakes, Helsinki.
- Hibbert P, Huxham C, Smith Ring P (2008) Managing Collaborative Inter-organizational Relations. In Cropper S, Huxham C, Ebers M, Smith Ring P (eds.) *Handbook of Inter-Organizational Relations*. Oxford: OUP.
- Järvensivu T, Nykänen K, Rajala R (2010) Verkostojohtamisen opas. Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Aalto-yliopisto, Helsinki.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. *STM:n raportteja ja muistioita* 43, Helsinki.
- Karjalainen V, Saikku P, Pasuri A, Seppälä A (2008) Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. *Raportteja* 20, Stakes, Helsinki.
- Mäkinen E (2014) Kuntoutuja uusi asema. Teoksessa Sipari S, Mäkinen E, Paalasmaa P (toim.) *Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi*. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos-artikkelit 13, Helsinki.
- Niiranen K, Hakulinen H, Huuskonen MS, Jahkola A, Räsänen K (2011) Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48, 38–52.
- Nordlund H (2009) Constructing customer understanding in front end of innovation. *Acta Universitatis Tamperensis* 1478.
- OECD (2010) *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings Across OECD Countries*. Paris.
- Ruohotie P (2002) Oppiminen ja ammatillinen kasvu. *WSOY*, Helsinki.
- Saikku P (2006) Asiakasyhteistyötä uudella lailla? *STM:n selvityksiä* 47, Helsinki.
- Seppänen L, Heikkilä H, Kira M, Lallimo J, Ruotsala R, Schaupp M, Toiviaainen H, Uusitalo H, Alalaurinaho A (2014) Palveluverkostojen muuttuvat toimintakonseptit. Asiakasymmärrys, välineet ja työhyvinvointi verkostoyhteistyössä. *Työterveyslaitos*, Helsinki.
- von Hertzen-Oosi N, Vaittinen E, Ruoppila S, Virtanen P (2010) Kolmannen sektorin työ- ja elinkeinohallinnolle tuottamien palveluiden ja järjestettyjen työtilaisuuksien vaikutukset. *Työ ja yrittäjyys* 13, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Helsinki.
- Vuorento M, Terävä K (2014) Osatyökyisen työssä jatkamisen ja työllistymisen tukeminen. *Kirjallisuuskatsaus ja haastattelututkimus*. Kuntoutussäätiön työselosteita 48, Helsinki.

FYSIOTERAPEUTTIKOULUTUS SUOMESSA

Suomalaisen fysioterapeuttikoulutuksen vaiheita

Fysioterapeuttikoulutuksella on Suomessa pitkät perinteet. Eija-Leena Wuolion (Suomen liikuntahistoria, Helsinki 1982) mukaan sairasvoimistelu haluttiin 1800-luvun puolella yhdeksi voimistelunopettajakoulutuksen oppiaineeksi, koska jo silloin oltiin huolestuneita koululaisten ryhdistä. Vuonna 1908 annetun keisarillisen asetuksen mukaan näin tapahtuikin. Vuonna 1929 annettiin kuitenkin asetus, jonka mukaan fysioterapia, silloiselta nimitykseltään lääkitysvoimistelu, erotettiin voimistelunopettajatutkinnosta ja tilalle perustettiin oma kaksivuotinen opintolinja.

Helsingin yliopiston voimistelulaitoksella toteutettu lääkitysvoimistelukoulutus lakautettiin vuonna 1942. Tuona ajankohtana lääkärit olivat kuitenkin havainneet fysioterapian eli ”liikunnallisen jälkihoidon” merkityksen invaliditeettia vähentävänä toimintana virkistys- ja mukavuustarkoituksessa annettavan hieronnan ja kylpyläkäsitteilyjen rinnalla. Fysioterapia sai uuden merkityksen toisessa maailmansodassa vammautuneiden henkilöiden kuntoutuksessa. Koulutus aloitettiinkin uudelleen vuonna 1945, tällä kertaa Invalidisäätiöllä.

Vuonna 1956 perustettiin Invalidisäätiön koulutuksen rinnalle valtion lääkitysvoimistelijakurssit. Vuonna 1965 koulutus yhdistettiin osaksi Helsingin IV sairaanhoitopilaitosta, ja samalla vuosikymmenellä se laajeni myös Lappeenrantaan, Tampereelle, Jyväskylään ja Ouluun. Fysioterapeuttikoulutus palasi 3,5-vuotisena korkeakoulujärjes-

telmään vuonna 1991, jolloin käynnistyivät ensimmäiset väliaikaiset ammattikorkeakoulut. Tällä hetkellä Suomessa valmistuu alemman korkeakoulututkinnon suorittaneita fysioterapeutteja yhteensä 15:stä ammattikorkeakoulusta.

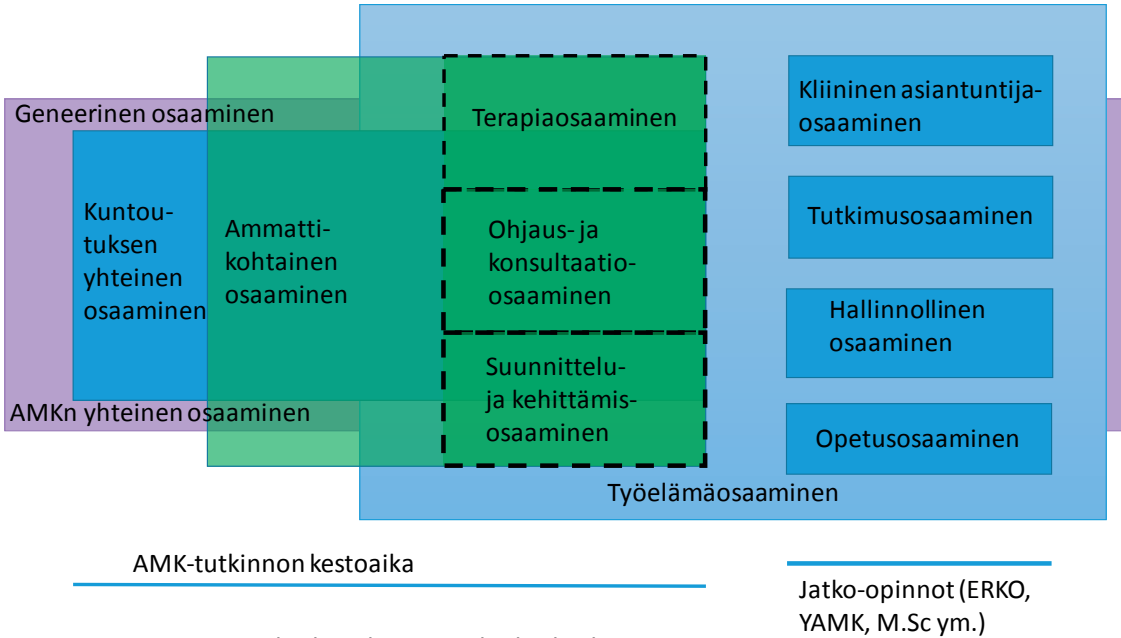
Fysioterapeutit kuntoutuksen ammattilaisina

Fysioterapeuttikoulutus on kuntoutusalan koulutus. Fysioterapeutin peruskoulutus sisältää ammattikohtaisena osaamisena terapiosaamista, ohjaus- ja konsultaatio-osaamista sekä suunnittelu- ja kehittämisosaamista. Peruskoulutuksen jälkeen fysioterapeutti voi jatkaa opintoja kliiniseksi asiantuntijaksi, tutkijaksi, hallinnon asiantuntijaksi tai opettajaksi. Koko peruskoulutuksen oleellisena osana on vahva työelämäyhteys.

Fysioterapia kuvataan vuoden 2016 fysioterapian ydinosaamistyöryhmän raporttiluonnoksessa *fysioterapiatieteeseen perustuvana terveys- ja kuntoutusalan ammattina, jonka keskeisenä kiinnostuksen kohteena ovat liike, liikkuminen ja toimintakyky. Fysioterapiaa tarjotaan henkilöille, joiden liikkumis- ja toimintakyky ovat tai saattavat olla uhattuina ikääntymisen, vamman, kivun, sairauden, toimintahäiriön tai ympäristötekijöiden johdosta.* Fysioterapian tavoitteena on tukea yksilön aktiivisen osallistumisen mahdollisuuksia hänen toimintaympäristössään elämän eri vaiheissa.

Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä pykälän 5 mukaan sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää

Kuntoutuksen AMK-tutkinto, ammattialakohtainen osaaminen



Kuvio 1. Fysioterapeuttikoulutus kuntoutusalan koulutuksena.

hakemuksesta oikeuden harjoittaa fysioterapeutin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä henkilölle, joka on suorittanut kyseiseen ammattiin johtavan koulutuksen Suomessa. Näitä tutkintonimikkeitä ovat lääkintävoimistelija, erikoislääkintävoimistelija, fysioterapeutti ja fysioterapeutti (AMK). Lisäksi pykälän 8 mukaan Valvira ”myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa Suomessa fysioterapeutin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä EU- tai ETA-valtion kansalaiselle, jolle on jossakin muussa EU- tai ETA-valtiossa kuin Suomessa saadun koulutuksen perusteella kyseisessä valtiossa myönnetty unionin tunnustamissäännöksissä tarkoitettu tutkintotodistus tai sen kanssa vastaavaksi määritelty koulutuksesta annettu asiakirja, joka kyseisessä valtiossa vaaditaan oikeuden saamiseksi kyseisiin ammatteihin”.

Fysioterapeuttien toimintaa ohjaa niin sanottu fysioterapiaprosessi eli kliinisen päätelyn prosessi, ja se toteutuu tiiviissä yhteistyössä asiakkaan/potilaan/kuntoutujan kanssa. Prosessi käynnistyy asiakkaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden yksityiskohtaisella tutkimisella. Tutkimiseen kuuluu taustatieto-

jen kartoittamisen lisäksi asiakkaan haastattelua, kehon rakenteiden palpointia sekä liikkeiden, liikkumisen ja toimintakyvyn havainnointia ja mittaamista. Fysioterapeutin tekemät päätelmät pohjautuvat anatomiseen, biomekaaniseen ja fysiologiseen tietoon kehon rakenteista ja toiminnoista. Fysioterapeuttinen tutkiminen edellyttää ongelmanratkaisukykyä. Fysioterapeutti kokoaa tutkimisen tulosten perusteella johtopäätökset ja määrittelee fysioterapeuttisen diagnoosin. Se kuvaa tiivistettynä asiakkaan senhetkisen toimintakyvyn sekä liikkumisen rajoitetta ylläpitävän toimintahäiriön ja sitä aiheuttavat tekijät.

Fysioterapeutti asettaa tutkimisen tuloksiin pohjautuen fysioterapian tavoitteet yhdessä asiakkaansa kanssa. Terapia sisältää terveyttä ja toimintakykyä edistävää ohjausta ja neuvontaa, terapeuttista harjoittelua sekä manuaalista ja fysikaalista terapiaa siten, että asiakkaalle tulee mahdolliseksi toimia ja osallistua mahdollisimman aktiivisesti omassa toimintaympäristössään. Fysioterapeutti valitsee terapiamenetelmiä tutkimustuloksiin pohjautuen eli toteuttaa niin sanottua näyttöön perustuvaa fysioterapiaa.

Suomen fysioterapeutit ry fysioterapian kehittäjänä

Suomen fysioterapeutit ry on fysioterapeuttien ammattijärjestö, joka kehittää jäsentensä kanssa hyvää suomalaista fysioterapiakäytäntöä. Se on toimintatapa, joka korostaa näyttöön perustuvaa ammatillista toimintaa eli ”parhaan saatavilla olevan tutkimuksellisen tiedon yhdistämistä fysioterapeutin kliiniseen kokemukseen ja potilaan käsityksiin”.

Suomen fysioterapeutit on julkaissut vuonna 2004 käynnistyneen Hyvä fysioterapiakäytäntö -hankkeen yhteydessä kolme ajoittain päivitettävää fysioterapiasuositusta: Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia, Selvältäimopotilaan liikunnallinen kuntoutus ja Kaatuminen ja kaatumisvammojen ehkäisy.

Suomen fysioterapeutit ry tekee tiivistä yhteistyötä myös kansainvälisten toimijoiden kanssa. Suomi oli vuonna 1951 yhtenä yhdestätoista fysioterapeuttien maailmanjärjestön (WCPT, World Confederation for Physical Therapy) perustajamaasta. Suomen Fysioterapeutit on laatinut fysioterapeuttien maailmanjärjestön (WCPT) eettisiin ohjeisiin perustuvat fysioterapeutin eettiset ohjeet. Niissä kuvataan terveydenhuollon yhteistä arvoperustaa, ja niiden avulla tuetaan fysioterapeutteja valintojen kriittisessä arvioinnissa ja eettisten valintojen tekemisessä. Ohjeiden keskeisiä teemoja ovat fysioterapeutin suhde asiakkaaseen, säädösten noudattaminen, fysioterapeutin asiantuntijuus ja ammatillisuus, toiminnan laatu, talouden ja yhteiskunnan näkökulman huomiointi ja fysioterapiasta tiedottaminen.

Fysioterapeuttikoulutus

Fysioterapeutin tutkinto suoritetaan ammattikorkeakoulussa ja se on 3,5-vuotinen (210 opintopistettä) alempi ammattikorkeakoulututkinto (Bachelor-taso). Suomenkielistä koulutusta järjestää 14 ammattikorkeakoulua, ruotsinkielistä koulutusta Arcada ja englanninkielistä koulutusta Satakunnan ammattikorkeakoulu. Jokaisella ammattikorkeakoululla on autonomia opetussuunnitelman tekemisessä, mutta suunnitelmaa ohjaavat ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston (ARE-

NE), opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM: Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon) ja fysioterapeuttikoulutusten eurooppalaisten korkeakoulujen verkoston (ENPHE) osaamisalue-suositukset ja kuvaukset. Opinnot perustuvat sekä terveysalan yleisiin kompetensseihin että fysioterapian ammattispesifeihin kompetensseihin eli osaamiskokonaisuuksiin. Tavoitteena on osaaminen, joka mahdollistaa itsenäisen työskentelyn alan asiantuntijatehtävissä ja alan itsenäisenä yrittäjänä (EQF/NQF taso 6). Eri kouluissa osaamiset painottuvat sisällöllisesti hieman eri tavoin.

Fysioterapeuttien koulutusta on tärkeä tarkastella sekä tietojen, taitojen että ammatillisen identiteetin kehittymisen näkökulmasta. Fysioterapeuttikoulutuksessa tietäminen liittyy siihen, miten opiskelija ymmärtää, analysoi ja soveltaa tietoa ihmisen terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edistämiseksi. Tekemiseen liittyy perusteiden hallinta ja fysioterapeuttiseen tutkimiseen pohjautuva, yksilöllisiä tarpeita varten suunniteltu ja toteutettu terapia sen eri muotoineen. Ammatillisen identiteetin rakentuminen sisältää itseluottamuksen, itsesäätelyn ja reflektiivisyyden kehittymistä. Tämä tarkoittaa fysioterapeuteilla muun muassa oman kehon tuntemista, ryhmässä toimimisen taitoa, terapeuttisen työotteen kehittymistä, oman osaamisen ja oman rajoitteiden tunnistamista sekä valmiuksia jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen (CPD, continuous professional development) ja moniammatilliseen yhteistyöhön.

Koulutusten välinen yhteistyö

Fysioterapiakoulutusta kehittämään perustettiin Suomen Fysioterapiakouluttajat ry vuonna 1994. Yhdistys edistää yhteistyötä kouluttajien välillä ja siten vaikuttaa fysioterapiakoulutuksen kehittämiseen ja toteuttamiseen. Yhtenä tärkeänä yhdistyksen toiminnan tavoitteena on yhteistyön kehittäminen fysioterapian opettajien ja kenttäohjaajien kanssa, sillä kliinisen harjoittelun ohjaajilla on tärkeä rooli osana koulutuksen toteuttamista.

Euroopan tasolla fysioterapiakoulutuksella on yhteinen verkosto ENPHE (European Net-

work of Physiotherapy in Higher Education). ENPHE mahdollistaa ainoana eurooppalaisena organisaationa laajamittaisen, fysioterapiao-
pettajien ja opiskelijoiden yhtäaikaisen tapaa-
misen ja yhteistyön. Tavoitteina on koota yh-
teen Euroopan alueen fysioterapeuttikoulu-
tukset ja yhteistyössä kehittää fysioterapia-
koulutusta sekä kannustaa laadukkaan fysio-
terapeuttikoulutuksen yhteisten standardien
kehittämiseen.

ENPHELLÄ on vuosien varrella ollut monia työryhmiä, joiden tuottamat sisällöt ovat liittyneet esimerkiksi opetussuunnitelmaan, oppimiseen, opettamiseen, fysioterapeuttien kompetensseihin ja käytännölliseen harjoit-
teluun sekä oppimisen tukemiseen. Kaikkien
ryhmien tuotokset ovat luettavissa ENPHE:n
kotisivuilla ja hyödynnettävissä koulutus-
ten suunnittelussa ja toteuttamisessa. ENPHE
on myös työstänyt yhdessä fysioterapeuttien
maailmanjärjestön WCPT:n kanssa fysiotera-
pian eurooppalaisia osaamiskuvauksia (ESCO,
European Skills, Competencies, Qualifications
and Occupations). Osaamiskuvaukset on tar-
kennettu seuraaville tehtäväalueille: Physio-
therapy expert, Communicator, Collaborator,
Manager, Health care promotor, Reflective
practitioner, Professional.

Fysioterapialla on tilausta

Yhteiskunnan muutoksen myötä myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja on uudistettu. Uudistuksien myötä myös työntekijöiden välistä työnjakoa on kehitetty, siinä osana on fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminta. Suoravastaanotossa on kyse siitä, että akuutit tuki- ja liikuntaelinvaivaiset asiakkaat ohjautuvat fysioterapeutin vastaanotolle ilman lääkärinkontaktia. Tällä pyritään sekä palvelujen nopeutumiseen että kustannusten hallintaan.

Väestön ikääntymisestä, elintasosairauksien lisääntymisestä ja vähäisestä fyysisestä aktiivisuudesta johtuen tuki- ja liikuntaelin-
sairauksien (TULE) määrä on lisääntynyt ja li-
sääntyy edelleen tulevaisuudessa. Jo nyt TU-
LE-sairaudet ovat yksi merkittävin syy lääkä-
rille hakeuduttaessa. Vain osa TULE-potilaista
voidaan kuntouttaa, sillä julkisissa viroissa on

vähän fysioterapeutteja tarpeeseen nähden. TULE-vaivoja toki hoidetaan myös yksityisellä sektorilla, mutta suoravastaanotto toiminnalla pyritään kehittämään julkisen puolen palveluntarjontaa.

Fysioterapialla on "tilausta" myös siksi, että monien viimeaikaisten tutkimusten pohjalta muun muassa monissa olkapää- ja polviongelmissa ollaan siirtymässä hoitolinjan valinnassa operatiivisista hoidoista konservatiivisiin hoitoihin. Sama on jo aiemmin tapahtunut esimerkiksi selän TULE-ongelmissa, joiden osalta konservatiivisella hoidolla on vahvaa näyttöä.

Opiskelijoiden kertomaa

"Fysioterapeuttikoulutus antaa laajat valmiudet ihmisen perusliikkumisen ja toimintakyvyn arviointiin. Opintojen ensimmäisenä vuonna keskityttiin ihmisen anatomian ja fysiologian tuntemukseen, perusliikkumisen havainnointiin ja terapeuttiseen harjoitteluun. Toisena vuonna opiskeltiin aikuisten fysioterapiaa ja fysioterapeuttista tutkimista. Vuosi sisälsi laajat tuki- ja liikuntaelimestön sekä neurologisen fysioterapian opinnot. Kolmantena opiskeluvuonna harjaannuttiin lasten ja nuorten sekä ikääntyneiden fysioterapiassa.

Opintosisältöjen jakautuminen selkeisiin aihekokonaisuuksiin helpotti aiheisiin perehtymistä. Pienryhmätyöskentely ja itsenäinen teoriaopiskelu korostuivat. Opinnot sisälsivät paljon käytännön harjoitustunteja koululla. Käytännön harjoittelujaksot seurasivat teoriaopintoja ja harjoittelupaikat olivat monipuolisesti eri puolilta fysioterapia-alan työkenttää.

Itse koen opintojen edenneen nousujohteisesti, ja nyt viimeisen vuoden opiskelijana huomaan tietojen ja taitojen karttuneen valtavasti opiskelun aikana. Edellisten vuosien aikana karttunut osaaminen toimii pohjana uuden tiedon omaksumiselle ja omalle ammatilliselle kasvu-

le. Itsevarmuus ja -luottamus lisääntyvät opintojen edetessä. Käytännönläheinen opetus antaa mielestäni hyvät valmiudet toimia fysioterapeuttina valmistumisen jälkeen. Fysioterapeutin työkenttä on laaja, ja opiskelu antaa hyvän kokonaiskuvan ja ymmärryksen mahdollisuuksista, joita ala tarjoaa.” (Tuomo Vuohensilta, 4. vuoden fysioterapeuttiopiskelija, TAMK.)

“It is funny the way things change so quickly. Looking back, some years ago, when I was dreaming about becoming a physiotherapist, I thought that I knew what physiotherapy is, I thought I knew what I would be working in. Now I can say I was wrong in some aspects. Nevertheless, I was right in some others. Being a physiotherapist is a great way of doing what I want the most; helping others, but it is not as easy as I thought.

Physiotherapy is an easy word to say, but, it is a complex concept. For me physiotherapy is a tool to prevent, to cure, to rehabilitate people that suffer or suffered from a disability, a disorder, an accident, an incident in their life that broke the balance and created a disorder in their life.

I studied in Finland, but I am not Finnish, I am Spanish. I have a previous university degree and I decided to change everything in life, to do what I wanted: to become a physiotherapist. Maybe because of that I studied hard and happy, feeling lucky every day because I was making my dream come true. Maybe because of my age, I am not a child anymore, or maybe because of my background of living abroad, it was not a problem for me, and actually it is wonderful to grow with knowledges coming from everywhere. Nevertheless I must admit that it is a great challenge for Finnish and international students to understand each other's point of view. I had the great opportunity to have four months clinical practice abroad,

in two different countries, UK and Spain. It was wonderful to see the different approaches for the same kind of diseases or disorders, some common points, some different ones, and all of them useful and, most important, patient-health orientated.

What is physiotherapy for me now? I feel that physiotherapy for me is like a great ocean where I'm starting to row on a small kayak. I feel like a small grain in a desert. The way I believe I can become a better physio is through the knowledge. That's why I'm starting a Master program in Jyväskylä University, and hopefully after that a PhD. For me the knowledge is the key of everything, together with the experience as a physio, “hands on”, as one of my most lovely teachers would say. It is up to us to keep studying more and more, after graduation and hopefully by working to become a good physiotherapist.” (Alfredo Ruiz, vastavalmistunut fysioterapeutti, SAMK.)

Marja-Leena Lähteenmäki,
fysioterapian yliopettaja, TAMK

Maija Kangasperko, fysioterapian lehtori, SAMK

VAMMAISTEN NUORTEN ELÄMÄNKULUN MUOTOUTUMINEN JA KUNTOUTUKSEN MERKITYS NUORTEN ELÄMÄSSÄ

Useissa yhteyksissä on todettu, että vammaisten ihmisten yhteiskunnallisesta asemasta ja heidän hyvinvoinnistaan ja elinoloistaan tiedetään melko vähän. Olemassa oleva tutkimustieto on satunnaista ja pirstaleista. Lisäksi on todettu, että vammaiset henkilöt ja heidän asemansa jäävät eri tutkimustraditioiden katvealueelle ja esimerkiksi nuorisotutkimuksen ja työn tutkimuksen kentällä liian vähäisen huomion kohteeksi. Järjestelmällisen tiedonkeruun keinoin tuotetulla tiedolla voidaan auttaa poistamaan esteitä vammaisten oikeuksien toteutumisen tieltä ja ehkäisemään syrjäytymistä. Tutkimuksia ja tilastotietoa tarvitaan vammaisten elinolojen ja hyvinvoinnin kehittämisen perustaksi.

Vammaisten nuorten aikuistumista sekä aikuistumisen siirtymävaiheeseen liittyviä roolimutoksia ja rooliristiriitoja on tutkittu Suomessa sangen vähän. Erityisen vähän on selvitetty kuntoutuksen tarjoamaa tukea tai sen puuttumista aikuistumisen siirtymävaiheessa. Väitöstutkimuksessani tarkastelen Kansaneläkelaitoksen järjestämään vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden nuorten kokemuksia ja käsityksiä elämästään kokonaisvaltaisesti. Pyrin täyttämään tätä vammais- ja nuorisotutkimuksen tiedontuotannon aukkoa ja vastaamaan osittain esitettyihin tiedontarpeisiin.

Väitöstutkimukseni liittyy käytännöllisel-

tä taustaltaan Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämis- ja tutkimushankkeeseen (VAKE), joka toteutettiin vuosien 2006 ja 2013 välillä. VAKE-hankkeen tavoitteena oli muun muassa kehittää vaikeavammaisten kuntoutuspalveluja lapsille, nuorille ja aikuisille sekä tuottaa tutkimustietoa vaikeavammaisuudesta ja vaikeavammaisten kuntoutuksesta. Kuntoutuspalvelujen asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön muodostama tutkimuskonsortio toteutti osana VAKE-hanketta laajan kysely- ja haastattelututkimuksen, jossa kartoitettiin Kansaneläkelaitoksen järjestämään vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden elämäntilanteita, heidän odotuksiaan, kokemuksiaan ja arvioitaan kuntoutuksesta. Väitöskirjani aineisto on kerätty osana Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön toteuttamaa ”Vaikeavammaiset kuntoutujat Kelan palveluissa” -tutkimushanketta.

Tutkimukseni liittyy teoreettiselta taustoitukseltaan elämänkulku-, vammais- ja kuntoutuksen tutkimukseen. Elämänkulkuteoreettisen lähestymistavan mukaan yksilön elämänkulku muodostaa jatkumon menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden välillä. Yksilön nykyhetken toimintaa on tarkasteltava hänen elämänkulkunsa osana, joka edustaa mennyttä ja ennakoii tulevaa. Ihmi-

tiaalisesti: ensimmäisessä vaiheessa kerättiin määrällinen aineisto ja sen jälkeen laadullinen haastatteluaineisto. Erilaisin metodein toteuttamistani kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston analyyseistä rakensin synteesiä siten, että tutkimuskysymyksiin vastaaminen oli mahdollista.

Tutkimukseen osallistuneet nuoret muodostivat heterogeenisen ryhmän eriytyvine elämänkulkuineen. Nuorten elämänkulun aiemmat vaiheet, nykyiset elämäntilanteet ja tulevaisuuden tavoitteet vaihtelivat iän, sukupuolen, vammaan laadun ja pääasiallisen toiminnan mukaan. Nuoria yhdisti heidän vammaisuutensa aiheuttama kuntoutustarve ja osallistuminen Kansaneläkelaitoksen järjestämään vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että monet nuoret poikkesivat normaaliografian mukaisesta elämäntilanteesta suhteessa koulutukseen ja työhön. Tutkimuksen nuorista kolmasosa oli eläkkeellä ja kaksi kolmasosaa koulussa tai opiskelu- tai työuralalla. Suuntautuminen opiskelu- tai työuralalle tai päätyminen eläkkeelle oli yhteydessä nuoren ikään, vammaan laatuun sekä vammojen ja sairauksien määrään. Nuorten henkilökohtaisten tekijöiden lisäksi heidän pääasiallisen toimintansa muotoon vaikuttivat yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet, toisin sanoen se, tuettiinko koulutus- ja työratkaisuja vai ohjattiinko työkyvyttömyyseläkkeelle.

Nuorten lyhytkestoisessa tulevaisuusorientaatiossa korostuivat opiskeluun liittyvät tavoitteet. Myös terveyden ja toimintakykyyn liittyvät odotukset olivat keskeisiä. Pidemmän aikajänteen tulevaisuusorientaatiossa onnellisuus ja hyvät ihmissuhteet sekä terveelliset elämäntavat olivat tärkeitä tavoitteita. Ammatilliseen koulutukseen, työhön, parisuhteeseen ja lapsiin liittyviä odotuksia oli vain osalla, useimmin liikuntavammaisilla nuorilla.

Nuoret olivat yleisellä tasolla varsin tyytyväisiä elämäänsä, vaikka tyytyväisyys olikin jonkin verran vähäisempää kuin esimerkiksi nuorisobarometreihin vastanneilla nuorilla. Hyvinvoinnin osa-alueilla tyytyväisyys sosiaalisiin suhteisiin oli suurinta; erityisesti perheen ja sukulaisten kanssa yhdessäoloon

ja omaisilta saatuun tukeen oltiin tyytyväisiä. Tyytyväisyys ystävyyssuhteisiin vaihteli vammaan laadun mukaan siten, että liikuntavammaisilla oli riittävästi hyviä ystäviä ja monivammaiset kokivat ystävyyssuhteensa vähäisiksi. Nuoret kokivat joutuvansa ponnistelemaan elämässään muita ihmisiä enemmän, kuitenkin enemmistö koki saavuttaneensa elämässään tärkeinä pitämiään asioita. Materiaalisen hyvinvoinnin osa-alueella kuntoutuspalveluihin oltiin tyytyväisiä. Vammaisuuden vuoksi tarvittavien palvelujen saatavuuteen yleensä sen sijaan oltiin tyytymättömiä. Moni koki joutuvansa taistelemaan saadakseen tarvitsemansa palvelut. Vammaisten nuorten kokemus turvattomuus liittyi erityisesti heidän elämäntilanteeseensa ja heille henkilökohtaisesti läheisiin asioihin. Eniten nuoret olivat huolissaan omasta terveydentilastaan. Koulunkäyntiin ja opiskeluun liittyvät huolenaiheet olivat myös yleisiä.

Vammaisuus vaikutti merkittävästi nuorten persoonalliseen ja sosiaaliseen identiteettiin. Osalle vammaisuus oli kaikista eniten persoonalliseen identiteettiin, käyttäytymiseen ja elämään vaikuttava tekijä, toisille se oli yksi tekijä muiden joukossa. Vammaisuus vaikutti nuorten sosiaaliseen identiteettiin erityisesti koulussa tapahtuneiden poissulkemisten ja ryhmäjäsenyyksien rajoittamisten vuoksi. Nuorten kokemukset yhteiskunnan palvelujärjestelmän ulkoapäin heille antamista identiteeteistä olivat puhuttelevia. Kokemus palvelujärjestelmän tekemästä ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien arvioinnista ja sen lopputulemana määritetty työkyvyttömyyden eläkeläisen identiteetti oli koettelemus 16 vuoden iässä, jolloin nuorten oletetaan normaalibiografian mukaan elävän aktiivisinta ja tuotteliainta aikaa.

Nuorten tulkinnot elämän hallittavuudesta vaihtelivat elinolojen turvallisuudesta aineelliseen turvattomuuteen sekä vahvasta henkilökohtaisesta hallinnasta hyvää tarkoittavien läheisten ulkoiseen hallintaan. Nuoret käyttivät haastavista elämäntilanteista selviytyäkseen sekä tunnesuuntautuneita että ongelmasuuntautuneita hallintakeinoja. Tunnesuuntautuneista hallintakeinoista yleisimmin

käytettiin sopeutumista ja ongelmasuuntautuneista hallintakeinoista tuen etsimistä sekä vaihtoehtoista toimintaa. Nuorten käyttämissä hallintakeinoissa oli suuria yksilöllisiä eroja: osa käytti joustavasti useita erilaisia hallintakeinoja, kun toiset kuvasivat käyttävänsä vain yksittäisiä hallintakeinoja haastavissa elämäntilanteissa. Tutkimuksen tulosten perusteella huomio kiinnittyy vammaisten nuorten mahdollisuuksiin hyödyntää perheen ja läheisten ohessa vertaistukea ja ammatillista asiantuntijatukea elämänkulun haastavissa vaiheissa.

Lääkinnällisen kuntoutuksen merkitys nuorten elämässä korostui myönteisinä vaikutuksina fyysisessä toimintakyvyssä, arkielämässä suoriutumisessa, psyykkisessä hyvinvoinnissa, kommunikaatiotaidoissa ja tulevaisuuteen suuntautumisessa. Kuntoutuksen vaikutusmekanismit olivat moninaiset: sekä nuorten elämäntilanteeseen ja terveyteen että kuntoutukseen liittyvät erilaiset tekijät olivat yhteydessä koettuihin kuntoutusvaikutuksiin kommunikaatiossa ja kognitiivisissa toiminnoissa, sosiaalisessa selviytymisessä ja toimintakyvyssä. Tulosten perusteella kuntoutujan yksilöllisten, elämäntilanteeseen liittyvien tekijöiden huomioiminen on tärkeää kuntoutusta suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioidessa. Kuntoutuksen koettujen vaikutusten kannalta olennaisia tekijöitä ovat myös kuntoutujan kuuleminen ja hänen vaikutusmahdollisuutensa sekä vastuuhenkilön nimeäminen kuntoutuksen toteutumisen seurantaan.

Ammatillisena kuntoutuksena myönnettyt apuvälineet olivat monelle nuorelle välttämättömiä opinnoista suoriutumiseksi, kouluskokeilut ratkaisevia ammatinvalinnan ja koulutusuran kannalta sekä työkokeilut tärkeitä ammattiin soveltuvuuden ja työtehtävistä suoriutumisen selvittämiseksi. Ammatillinen kuntoutus tuki nuorten ammatin ja työn valintaa sekä opiskeluissa selviytymistä täydentäen vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen myönteisiä vaikutuksia ja mahdollistaen kokonaisvaltaista kuntoutumista.

Tutkimuksen tulosten perusteella yhteiskunnan palvelujärjestelmien kehittämisessä on kiinnitettävä huomiota vammaisten nuor-

ten tarvitsemien palvelujen saatavuuteen, ympäristön fyysisten ja asenteellisten esteiden poistamiseen ja vammaisten nuorten koulutus- ja työelämäosallisuuden sekä vapaa-ajan areenoille osallistumisen mahdollistamiseen. Kuntoutuksen keskeiset kehittämistarpeet liittyvät kuntoutujan kuulemisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen. Tutkimuksen johtopäätöksenä voi todeta, että kuntoutuksella on mahdollista saavuttaa tavoiteltuja tuloksia silloin, kun kuntoutus perustuu lähtökohdiltaan nuorten omille tavoitteille ja hallinnan tunteelle ja sen sisältöä määrittävät nuorten tarpeet ja aktiivinen vaikuttaminen.

Marjatta Martin, YTT, yliopistonlehtori, kuntoutustiede, Lapin yliopisto.

”Nuoruus, vammaisuus ja kuntoutuksen merkitys”. Väitöskirja 3.6.2016. Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponiensis 328. Acta electronica Universitatis Lapponiensis 196. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-906-7>.

Yhdessä muokkaamassa tulevaisuuden vapaaehtoisuutta

Vapaaehtoistoiminta lisää tutkitusti hyvinvointia muun aktiivisen vapaa-ajan ja harrastustoimintojen ohella. Parhaimmillaan vapaaehtoistoiminta on kahdensuuntaista merkityksen antoa. Vapaaehtoistoiminnan kohde saa tarvitsemaansa apua, oli kyseessä sitten yksinäinen vanhus, hoitamaton ulkoilualue, lukuapua kaipaava alakoululainen tai väsynyt omaishoitaja. Vapaaehtoinen taas saa toiminnasta hyvän mielen, uusia sosiaalisia kontakteja ja mielenkiintoisen ja omia taitoja kehittävän harrastuksen. Tätä mieltä oli yli 300 turkulaista senioria, jotka vastasivat *Aktiivinen kaiken ikää! – Vapaaehtoistoiminnalla osallisuutta senioreille Virossa, Latviassa ja Suomessa* -hankkeen kyselytutkimukseen syksyllä 2015. Samaa mieltä olivat myös kaupungin hyvinvointi- ja vapaa-aika-ammattilaiset, jotka vastasivat vapaaehtoistoiminnan edistämistä koskevaan kyselyyn.

Kyselyn tavoitteena oli löytää tekijöitä, joiden avulla ja joita kehittämällä ikäihmisiä

voidaan kannustaa nykyistä enemmän vapaaehtoistoimintaan, jotta muun muassa syrjäytymistä voidaan ehkäistä. Kyselyn perusteella molemminpuolinen hyöty ei kuitenkaan ole kaikille se tekijä, joka innostaisi heitä mukaan toimintaan ja tekisi vapaaehtoistoiminnasta kiinnostavan vaihtoehdon. Monet kertoivat pelkäävänsä pitkäaikaista sitoutumista ja sitä, etteivät omat taidot ehkä riitä. Lisäksi itselle sopivan tehtävän löytäminen ja valmiiseen porukkaan liittyminen tuntuivat haastavilta.

Näitä ja muita haasteita lähdettiin ratkomaan Turussa päämääränä yhä useamman seniorin osallistuminen vapaaehtoistoimintaan. Kohderyhmän ja aiheen moninaisuuden takia yhdeksi kehittämisen välineeksi valittiin yhteissuunnittelu.

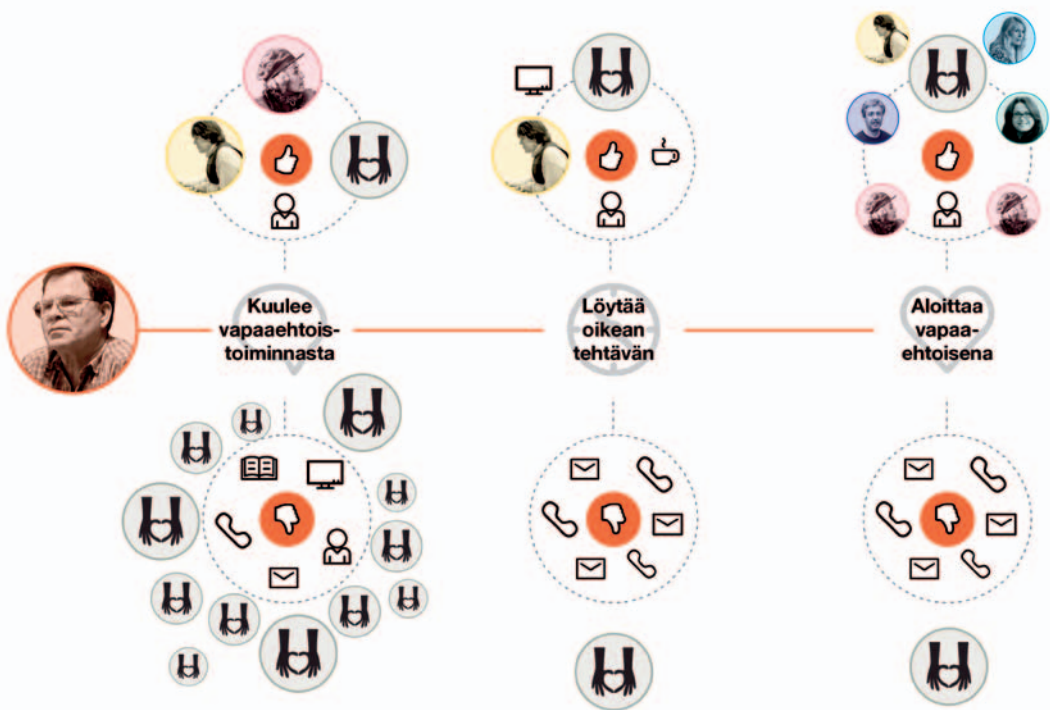
Yhteissuunnittelulla tarpeet esille

1900-luvulta lähtien muotoilun välineitä on alettu hyödyntää myös muissa kuin teollisissa ja taiteellisissa konteksteissa. 1950-luvulla Pohjoismaissa kehitetty osallistava suunnittelu keskittyi erityisesti sosiaalisten haasteiden ratkaisemiseen. Enää ei suunniteltu palveluja tai tuotteita passiivisille kuluttajille, vaan käyttäjät nähtiin aktiivisina osallistujina, joiden tarpeet pitäisi huomioida. Tämä oli varsin tärkeää suunniteltaessa sosiaalisia palveluja kuten terveyskeskuksia ja äitiyspakkausta. Myöhemmin osallistava suunnittelu on kehittynyt useiksi alalajeiksi, joista yksi on yhteissuunnittelu. Tärkeintä yhteissuunnittelussa ei ole tuottaa valmiita palveluideoita vaan antaa osallistujille tilaa pohtia tarpeitaan ja haasteitaan, joihin uusi palvelu voisi vastata (Sanders & Stappers 2008).

Turussa vapaaehtoistoiminnan kehittämisen yhteissuunnitteluun ovat ottaneet osaa



Kuva 1. Turkulaiset seniorit innostuivat uusista menetelmistä.



Kuva 2. Seniorin polku vapaaehtoistoimintaan vaihtelee usein.

niin seniorit, järjestöjen edustajat kuin kaupungin ammattilaiset. Senioritideoivat uusia tapoja, miten ikätovereita saisi innostumaan vapaaehtoistoiminnasta, samalla kun ammattilaiset keskittyivät miettimään, miten vapaaehtoistoimintaa voitaisiin edistää kaupungin eri toimialoilla.

Yhteissuunnittelupajoissa osallistujat voivat viestiä tarpeistaan paremmin, kun heille hahmottaa palvelun luonteen ja sen eri osat. Aktiivinen kaiken ikää! -hankkeen kokemuksesta juuri erilaisten palvelupolkujen avaaminen alensi osallistujien kynnyksestä osallistua keskusteluun ja ideoida uutta. Työpajoissa vapaaehtoistoimintaa hahmotettiin palvelupolkumaisesti, joissa tärkeitä palvelutilanteita ovat muun muassa vapaaehtoistoiminnasta kuuleminen ja toiminnan aloittaminen. Palvelupolkumainen ajattelu auttoi mukana olleita hahmottamaan vapaaehtoistoiminnan palvelupolun kokonaisvaltaisesti ja näkemään kaikki ne kohdat, jotka vaikuttavat palvelun onnistumiseen ja toteutumiseen, jotta palvelu toimisi mahdollisimman sujuvasti ja asiakas-

lähtöisesti. Yhteissuunnittelupajoissa nousikin esille asioita, joita ei olisi tullut esiin vain virkamiesmäisellä ja perinteisellä suunnittelulla.

Yhteissuunnittelupajoissa suunniteltuja toimintamalleja on lähdetty myös kokeilemaan käytännössä nopeasti, jotta niitä voidaan koko ajan muokata eteenpäin. Yksi esimerkki tällaisesta on senioreille järjestettävä Retkikaveri-päivä, jonka tavoitteena on innostaa senioreita kokeilemaan vapaaehtoistoimintaa ulkoilemalla vanhuskeskuksen asukkaiden kanssa. Osallistujille annetaan myös mahdollisuus jatkaa Retkikaverina tapahtuman jälkeen, ja samalla voidaan testata yhteissuunnittelupajojen ideoita muun muassa toimivasta viestinnästä.

Yhteinen visio tuo tekijät yhteen

Isoissa organisaatioissa on monta yksikköä, mikä helposti ylläpitää reviirijattelua ja sitä, ettei palvelujen kehittämistä toteuteta monialaisesti. Organisaationäkökulmasta yhteissuunnittelu voi edistää yhteisen vision muo-

dostamisessa ja monialaisuuden toteuttamisessa. Yhteissuunnittelun etuna on moninäkökulmaisuu den toteutuminen, kun yhdessä eri yksiköiden ja toimialojen kanssa pohditaan haasteiden ratkaisua sen sijaan, että jokainen yrittäisi ratkaista asian yksin.

Asenneilmapiirin muokkausta yhteissuunnittelulle sopivaksi ei kuitenkaan aina luoda alhaalta ylöspäin, vaan myös johto pitää osallistaa mukaan prosessiin. Turussa hanke kutsui hyvinvointitoimialan sekä järjestöjen johtoa ottamaan osaa suunnitteluun ja arvioimaan ammattilaisryhmän yhteissuunnitteluloksia. Näin työntekijöiden näkemykset pystyttiin nostamaan strategiselle tasolle, joka myöhemmin vaikuttaa heidän käytännön työskentelyynsä.

Aktiivinen kaiken ikää -projekti käynnistyi 1.5.2015 ja päättyy 30.11.2016. Kohderyhmänä ovat Turun, Riikan ja Pärnun yli 60-vuotiaat seniorit. Kaupungit kuuluvat myös WHO:n Terveet kaupungit -verkostoon. Hanketta hallinnoi Itämeren alueen Terveet kaupungit ry. Hanketta rahoittavat hankekaupungit ja Central Baltic -ohjelma 2014–2020 (ERDF).

**Nea Kosonen, muotoilija (AMK),
projektikoordinaattori, Turun kaupunki,
hyvinvointitoimiala**

Lähde

Sanders EB-N, Stappers PJ (2008) Co-creation and the new landscapes of design, CoDesign 4, 1, 5– 8.

Pyörällä kaiken ikää -toiminta valloittaa Suomea

Pyörällä kaiken ikää -toiminta laajenee uusille paikkakunnille. Ydinajatuksena on viedä vanhuksia ja liikuntarajoitteisia ihmisiä ulkoilemaan riksapyörän kyydissä. Pyörällä ulkoilu tarjoaa virkistävän tauon arkeen ja tuo eri-ikäisiä ihmisiä yhteen. Tarkoituksena on vähentää yksinäisyyttä ja saada ihmiset osallistumaan oman yhteisönsä toimintoihin. Keskeisessä roolissa ovat riksapyörää kuljettavat vapaaehtoiset.

– Ihmiset ovat erittäin kiinnostuneita riksapyörästä. Pyörän nähdessään ihmisten kynnys tulla rupattelemaan on hyvin matala. Tästä syystä kyytiläinen pääsee yhteisön jäseneksi täysivaltaisena toimijana, eikä vain liikuntarajoitteisena henkilönä, sanoo projektipäällikkö Mira Kokko.

Pyörällä kaiken ikää -hanke kouluttaa pyöräkapteenit, jotka ovat vastuussa paikallisen toiminnan organisoinnista. Pyöräkapteeni puolestaan kouluttaa vapaaehtoiset pyöräluotsit, jotka hoitavat pyörällä ajamisen.

Pyörällä kaiken ikää (Cycling Without Age) on Tanskassa vuonna 2012 syntynsä saanut kansainvälinen kansanliike. Toiminta on jo käynnissä kymmenissä maissa ympäri maailmaa. Suomessa Pyörällä kaiken ikää



Järvenpään koeajo. Pyörällä kaiken ikää -projekti.

käynnistyi pilottihankkeena Tampereella kesäkuussa 2015. Tampereella toimintaa pyörittävät yhteistyössä Tampereen polkupyöräilijät ry, Tampereen kaupunki, Pyöräliitto ry, Mummon kammari ja Liikennevirasto.

Lisätiedot

Mira Kokko, Pyöräliitto ry

Projektipäällikkö, Pyörällä kaiken ikää

P. 045-1141044, mira.kokko@pyoraliiitto.fi

www.pyorallakaikenikaa.fi

www.facebook.com/pyorallakaikenikaa

Suomen ensimmäiset kotikuntoutuslapset

Rajojen rikkojat -kirjassa kerrotaan yhdeksän CP-vammaisen nuoren elämäntarinat, joissa englantilaisella kotikuntoutuksella oli merkittävä rooli. Nämä nuoret olivat aikanaan Suomen ensimmäisiä kotikuntoutuslapsia, joille terveydenhoidon asiantuntijat olivat antaneet heikot tulevaisuuden näkymät syntymässä ilmenneiden vaikeuksien vuoksi.

Kerland/Brainwave-keskuksen suunnittelemaa kuntoutusta tehtiin kotona yhdessä vanhempien ja avustajien kanssa kolme tuntia päivässä. Kuntoutusmenetelmä herätti kysymyksiä, ja osa terveydenhoidon asiantuntijoista kritisoi muun muassa menetelmän teoriataustaa.

Lasten kehitys edistyi hyvin, ja joillakin

alkoi jo heti kuntoutuksen alkuvaiheessa näkyä edistymisen merkkejä. Hyvin moni lapsi oppi vuosien aikana esimerkiksi kävelemään.

Lasten elämäntarinat perustuvat vanhempien ja lasten muistoihin, mutta tärkeällä sijalla ovat myös tämän päivän asiat. Ne nuoret, jotka pystyivät itse kirjoittamaan, tuottivat tekstiä, joka on muokattu kirjaan sopivaksi. Muiden nuorten elämäntarinat perustuvat vanhempien kertomuksiin. Lisäksi joidenkin nuorten sisarukset kuvasivat muistojaan.

Julkaisu:

Pirkko Karvonen: Rajojen rikkojat – kotikuntoutus nuorten elämäntarinoissa” (Väyläkirjat 2015)

Selvitys: Lähes tuhat järjestöä tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja

Sosiaali- ja terveyspalveluja suoraan itse tai yhtiöitettyinä tuottavia järjestöjä on 959, noin 10 prosenttia Suomessa toimivista 10 000 rekisteröidystä sosiaali- ja terveysyhdistyksestä. Tämä selviää SOSTEn julkaisusta, jossa esitetään kokonaiskuva järjestöjen – rekisteröityjen yhdistysten ja säätiöiden – sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannosta. Järjestöjen suoraan itse tuottaminen palveluiden lisäksi selvityksessä tarkastellaan järjestöjen omistamien yhtiöiden palveluita, järjestöjen palveluissa työskentelevän henkilöstön määriä ja palvelutuotannon alueellista jakautumista.

Yhtiöitettyä palvelutuotantoa 57 järjestöllä

Sosiaali- ja terveyspalveluja tuottaa suoraan itse koko maassa 930 järjestöä. Niistä sosiaalipalveluita tuottaa 822, terveyspalveluita 207

ja molempia palveluita 98 järjestöä.

Yhtiöitettyä palvelutuotantoa on 57 järjestöllä, noin 6 prosentilla palveluja tuottavista järjestöistä. Selvityksen kattamia järjestöomisteisia yhtiöitä on 69. Järjestöjen palveluja tuottavista toimintayksiköistä yhtiöitettyjen toimintayksiköiden osuus on sosiaalipalveluista 19 prosenttia ja terveyspalveluista 31 prosenttia.

Järjestöt huomioivat myös pienet erityisryhmät

Suurin osa järjestöjen tuottamista palveluista on sosiaalipalveluja. Niistä yleisimpiä palvelumuotoja ovat ympärivuorokautiset asumispalvelut, päivätoimintapalvelut ja ei-ylävuorokautiset asumispalvelut.

Järjestöt tuottavat palveluja myös pienten erityisryhmien tarpeisiin ja jotkut palvelut,

kuten ensi- ja turvakodit, ovat suurelta osin järjestöjen tuottamia. Järjestöjen sosiaalipalveluista eri palvelumuotoja tarkastellen suurin osa on suunnattu vanhuksille, lapsille tai nuorille ja kehitysvammaisille.

Järjestöjen terveystalvuluista yleisimpiä palvelumuotoja ovat fysioterapia, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja/tai kättilön palvelut sekä palveluluokka, joka sisältää laboratorio- näytteiden ottoa, psykologin toimintaa, sekä opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja yläpitohoitoa.

Järjestöjen palveluissa työskentelee lähes 40 000 ihmistä

Järjestöjen sosiaali- ja terveystalvulut työllistävät noin 37 500 ihmistä. Järjestöjen suoraan itse tuottamissa palveluissa on noin 30 100 työntekijää ja järjestöjen yhtiöissä noin 7 400.

Terveystalvuluja tuottavia yksiköitä lopetettiin suhteellisen paljon

Vuoden 2015 aikana sosiaali- tai terveystalvuluja suoraan itse tuottavista järjestöistä kuusi prosenttia lopetti palvelujaan ja järjestöjen yhtiöistä 17 prosenttia. Sosiaalipalveluista lopetettiin eniten asumistalvuluista sekä muun muassa avomuotoista perhe- ja päihdekuntoutusta, sosiaalihuollon asiantuntija-toimintaa, perhetyötä ja sosiaalityöntekijän palveluita.

Lähde:

SOSTEn ajankohtaista-tiedote 16.8.2016.

Julkaisu:

Lari Lindholm: Selvitys järjestöjen tuottamista sosiaali- ja terveystalvuluista. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Helsinki 2016.

.....

Komitea pohtii kuntoutuksen kokonaisuudistusta

Sosiaali- ja terveystalvulinisteriö on asettanut kuntoutuksen uudistamiskomitean. Kuntoutuksen uudistamiskomitean tehtävänä on arvioida kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen muutostarpeet ja tehdä ehdotus uudeksi kuntoutusjärjestelmäksi ja sen edellyttämiksi säädösmuutoksiksi.

Kuntoutuksen kokonaisuudistuksen tavoitteena on yhdenvertainen, kustannustehokas ja ohjattava järjestelmä, jolla tuetaan ja vahvistetaan kuntoutujan arjessa, työssä ja opiskelussa pärjäämistä, kotona asumista ja aktiivista osallistumista sekä pidennetään työuria. Uudistuksen tavoitteena on selkeä ja asiakaslähtöinen kuntoutusjärjestelmä, jossa eri toimijoiden vastuunjako on selvä.

Komitean puheenjohtaja on toimitusjohtaja Kari Välimäki. Komiteassa on edustus useista ministeriöistä, kuntoutuksen vastuutahoista, työmarkkinajärjestöistä, tutkimuslaitoksista, poliittisista puolueista ja kansalaisjärjestöistä.

Komitean tukena on kaksi jaostoa: toimin-

takykyaosto ja työelämäjaosto. Toimintakykyaoston työn ytimessä on kuntoutus osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja sen rakenteiden ja sisältöjen uudistamista. Työelämäjaoston vastuualueena on ammatillisen ja työelämäkuntoutuksen uudistaminen. Jaostot laativat komitealle selvityksiä ja esityksiä. Toimintakykyaostossa järjestökenttää edustavat Kynnys ry ja Mielenterveyden keskusliitto. Kuntoutussäätiö on mukana työelämäjaoston jäsenenä.

Komitean toimikausi on 1.9.2016 - 30.9.2017. Kuntoutuksen uudistustyö sovitaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja hallituksen kärkihankkeiden kanssa.

Lähteet:

STM:n tiedote 128/2016: Komitea pohtii kuntoutuksen uudistamista

Asettamispäätös STM033:00/2016: Kuntoutuksen uudistamiskomitea

Heikki Hiilamolle tiedonjulkistamisen valtionpalkinto

Professori, tietokirjailija Heikki Hiilamolle on myönnetty tiedonjulkistamisen valtionpalkinto kirjasta Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö – Mistä sote-uudistuksessa on kysymys? (Into Kustannus, 2016).

Palkintolautakunnan mukaan ”professori Hiilamollla on ihailtava journalistinen taito kirjoittaa yksinkertaista ja luettavaa tekstiä vaikeasta aiheesta. Hän on ollut asiantuntijana keskeisissä uudistusta valmistelleissa työryhmissä ja osaa avata ainutlaatuisella tavalla ja kiteytetysti sote-uudistuksen lähtökohtia, merkitystä ja tavoitteita. Kirjan lukemiseen käytetty aika maksaa itsensä takaisin korkojen kera.”

”Sote-uudistus on yksi suurimmista yhteis-

kunnallisista uudistuksista Suomen historiasa. Suurimmalle osalle suomalaisista sote-prosessin lähtökohdat ja tavoitteet ovat jääneet epäselviksi. Professori Hiilamo tuo keskusteluun yllättävän ja positiivisen näkökannan: sote-uudistusta ei ole vaikea ymmärtää eikä missään tapauksessa ylivoimaista ratkaista.”

Heikki Hiilamo:
HYVINVOINNIN VAKUUTUSYHTIÖ
ISBN: 978-952-264-378-0
Into-tieto, 152 sivua

Lähde:
Tiedote 10.10.2016, Into Kustannus

Kirjoita kirjaesittely Kuntoutus-lehteen!

Kuntoutus-lehti ottaa mielellään vastaan esittelyjä ja arvosteluja kuntoutusalaa 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 ja Jan-Henry Stenberg (toim.): Etäkuntoutus. Kelan tutkimus, Helsinki 2016

Ilmoita kiinnostuksesi kirjaesittelyn tekemiseen toimitussihteeri Annika Laisola-Nuotiolle, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi tai puh. 0447813120.

Soten rahapuu havainnollistaa palveluiden kustannuksia

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannukset ovat keskeinen kysymys sote-uudistuksessa. Kelan rakentama *Soten rahapuu* visualisoi sote-palveluiden kokonaiskustannuksia kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin. Visualisointi tukee sote-uudistustyötä havainnollistamalla rahoituksen nykytilannetta.

Soten rahapuu perustuu ainutlaatuiseseen aineistoon, jota ei ole julkaistu aiemmin. Se sisältää sekä kunnallisten sote-palveluiden, sairausvakuutuksen että työterveyshuollon kustannuksia. Aineisto kokoa Tilastokeskuksen, Kelan ja Suomen Kuntaliiton tietoja, joita on täydennetty työterveyshuollon ja asiakasmaksujen laskelmilla. Rahapuu esittää, miten kustannukset jakautuivat kuntien, Kelan ja asiakkaiden kesken vuonna 2014. Mukana ei ole tulonsiirtoja, kuten toimeentulotukea tai omaishoidontukea.

Tietoja voi tarkastella kunnan, sairaanhoitopiirin tai menolajin mukaan tai asukaskohteisesti.

Visualisointi auttaa hahmottamaan kokonaiskustannuksia ja niiden mittasuhteita, mikä on tilastojen numerotiedon perusteella usein hyvin vaikeaa, sanoo Kelan tutkimusprofessori, tieto- ja viestintäyksikön päällikkö Hennamari Mikkola.

– Esimerkiksi työterveyshuollon osuus kustannuksista on nyt ensimmäistä kertaa esitetty visuaalisesti. Soten rahapuu osoittaa, että osuus on vaatimaton, kun otetaan huomioon, että suurin osa työikäisistä on työterveyshuollon piirissä.

Soten rahapuuksi nimetty palvelu on vapaasti käytettävissä verkossa osoitteessa sotenrahapuu.fi.

Lähde:

Kelan tiedote 30.5.2016



Kuntoutussäätiö

Vaikuttavaa kuntoutusta - Kuntoutussäätiön tutkijoiden ja kehittäjien blogi

www.kuntoutussaatio.fi/tutkijablogi

KIRJOITUSOHJEET

Kuntoutus on tieteellis-ammattilinen lehti, joka julkaisee kuntoutuksesta ja sitä sivuavista aloista vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita sekä vertaisarvioimattomia katsauksia, puheenvuoroja, hanke-esittelyjä, kirja-arvioita, lectio praecursorioita ja muita lehden alaan liittyviä kirjoituksia. Kuntoutus-lehteä julkaisee Kuntoutussäätiö. Lehti ilmestyy neljä kertaa vuodessa.

Lehteen tarjottavat käsikirjoitukset lähetetään sähköpostitse (mieluiten Word-tiedostona) toimitussihteerille: annika.laisola-nuotio[at]kuntoutussaatio.fi. Mainitse viestissä, tarjoatko käsikirjoitusta tieteellisenä artikkelina vai jonain muuna kirjoituksena.

Kirjoittajille ei makseta palkkioita. Kuljekin kirjoittajalle lähetetään tekijänkappale siitä lehden numerosta, jossa teksti on julkaistu.

Tieteellinen artikkeli

Artikkeli on itsenäinen tieteellinen *alkuperäistutkimus*. Se voi olla myös *systemaattinen katsaus*, jossa jo olemassa olevaa tieteellistä tietoa kerätään, luokitellaan ja analysoidaan systemaattisesti siten, että syntyy uusi jäsenyys.

Artikkelikäsikirjoituksen tulee noudattaa rakenteeltaan tavanomaista tieteellisen artikkelin jäsenystä. Toimitus päättää soveltuvuudesta vertaisarviointiin. Kirjoitus lähetetään arvioijille nimettömänä. Lausunto artikkelista toimitetaan kirjoittajalle mahdollisia korjauksia varten. Artikkelin julkaisemisesta päättää päätoimittaja. Tieteellisen artikkelin suosittelava enimmäispituus on lähdeluettelo mukaan laskien 40 000 merkkiä välilyönteineen.

Tieteelliseen artikkeliin tulee liittää myös suomen- ja englanninkieliset tiivistelmät, joiden pituus on noin 2 000 merkkiä välilyönit mukaan laskien. Tiivistelmässä kiteytetään tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja aineisto sekä keskeiset tulokset ja johtopä-

tökset. Englanninkieliseen tiivistelmään lisätään artikkelin englanninkielinen otsikko sekä englanninkieliset kirjoittajatiedot.

Katsaus ja muut asiantuntijakirjoitukset

Katsaus voi olla tutkimuskirjallisuuteen perustuva kuvaus jonkin aiheen käsittelystä tai empiiriseen aineistoon perustuva jäsennelty kuvaus. Lisäksi katsaus voi olla ammattillisesti painottunut, käytännön työhön perustuva kuvaus, esimerkiksi tapausselostus. Katsauksiin ei sovelleta vertaisarviointia.

Otamme mielellämme vastaan myös laajasti kuntoutuksen alaan liittyviä **puheenvuoroja, hanke-esittelyjä, kirja-arvioita ja lectio praecursorioita**. Julkaisemme myös ilmoituksia ja mainoksia.

Laajahkojen asiantuntijakirjoitusten, kuten katsausten ja puheenvuorojen, rakenne voi olla tieteellistä artikkelia vapaamuotoisempi. Niiden suositeltava enimmäispituus on 20 000 merkkiä välilyönteineen.

Kaikista kirjoituksista tarvitaan vähintään seuraavat tiedot:

- kirjoittajatiedot: etu- ja sukunimi, tutkinnon lyhenne, toimi, työpaikka
- otsikko ja mahdolliset alaotsikot
- leipäteksti
- lähdeluettelo, jos tekstissä on viittauksia

Kieliasu

Kirjoituksen on oltava sujuvaa suomen kieltä. Lyhenteiden ja alaviitteiden käyttöä on vältettävä. Tekstissä saa käyttää vain väliotsikoita ja niiden alaotsikoita.

Tarkemmat kirjoittajaohjeet ovat nähtävissä verkko-osoitteessa:

http://www.kuntoutussaatio.fi/viestinta_ja_tiedolla_vaikuttaminen/kuntoutus-lehti/kirjoitusohjeet



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.