

Kuntoutuks

2016

2

Koettu työkyky ja hyvinvointitekijät
Lapin 40–59-vuotiaassa väestössä

Yhteisöllinen työhyvinvointi

Näkemyksiä kuntoutuksen
kehittämisestä ja sote-uudistuksesta
yli sektori- ja ammattirajojen



SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

| | |
|---|---|
| ERJA POUTIAINEN Miten kuntoutukseen liittyvä tutkimus- ja kehittämistieto leviää ja tavoittaa tiedon soveltajat? | 3 |
|---|---|

TIETEELLINEN ARTIKKELI

| | |
|--|---|
| AILA JÄRVIKOSKI, KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ, MARJO ROMA-KANIEMI JA ESA NORDLING Koettu työkyky ja hyvinvointitekijät Lapin 40–59-vuotiaassa väestössä | 6 |
|--|---|

KATSAUS

| | |
|---|----|
| JOHANNA STENBERG, VILIINA RANTANISKA, KIRSI NIITTYMÄKI, MARI SAARINEN JA ERJA POUTIAINEN Spiral-lautapeli kuntoutuksen tukena | 21 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| SIRPA MERTALA JA KIMMO TERÄVÄ Yhteisöllinen työhyvinvointi | 36 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| MAARI PARKKINEN, TIMO ILOMÄKI JA RIIKKA SHEMEIKKA Näkemyksiä kuntoutuksen kehittämisestä ja sote-uudistuksesta yli sektori- ja ammattirajojen | 43 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| HANNA RINNE, JOHAN STORCÅRD JA SAKARI SUOMINEN Näyttelijöiden kuolleisuus | 52 |
|--|----|

KOULUTUSESITTELY

| | |
|--|----|
| MAURI KALLINEN, ROGER F. BYRING, KATARIINA HINKKA, JORMA OKSANEN, LEENA RÄMÖ, AARNE YLINEN JA TIMO POHJOLAINEN Lääkäreiden kuntoutustietämys ja kuntoutuksen erityispätevyys | 60 |
|--|----|

LECTIO PRAECURSORIA

| | |
|---|----|
| RAIJA KERÄTÄR Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi tunnistaa työttömien heikentyneen työkyvyn | 61 |
|---|----|

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutuksen talouden tieteellis-ammattilinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Marketta Rajavaara, Kela; Salla Sipilä, 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 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 SYRJÄYTYMISEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET. TYÖ RAKENTUU VAHVOILLE KUMPPANUUKSILLE ALAN TOIMIJOIDEN KANSSA.

MITEN KUNTOUTUKSEEN LIITTYVÄ TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTIETO LEVIÄÄ JA TAVOITTA TIEDON SOVELTAJAT?

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Kuntoutuksen kokonaisuudistus etenee osana sosiaali- ja terveystalouden uudistamista, ja sosiaali- ja terveystalouden järjestöt pyrkivät vaikuttamaan aktiivisesti tähän prosessiin. On tärkeää pohtia, miten kuntoutustarpeen arviointi ja sitä seuraava kuntoutukseen ohjautumisen ja kuntoutujan koko kuntoutuspolun prosessi pystytään uudessa tilanteessa integroimaan osaksi hyvin toimivia sosiaali- ja terveystalouden palveluja. Tämän lehden katsauksessa kuvataan kuntoutusalalla toimivien asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, miten kuntoutusta tulisi sote-uudistuksessa kehittää. Asiantuntijoista enemmistö nosti kuntoutustarpeen tunnistamisen parantamisen merkittävimmäksi kuntoutusta koskeväksi ajankohtaiseksi kysymykseksi. Kuntoutustarpeen tunnistaminen edellyttää, että palvelujärjestelmässä toimivalla asiantuntijalla on asianmukaiset tiedot ja välineet toimintakyvyn ja sen muutosten arviointia varten. Se edellyttää myös, että asiantuntijalla on kuntoutussuunnitelmaa tehdessään tietoa kuntoutusmahdollisuuksista ja kuntoutukseen ohjaamisen tavoista. Kuntoutustarpeen määrittelyssä toimintakyvyn ja sen muutosten asianmukainen arviointi on keskiössä, ja tähän tarvitaan asianmukaisia ja tutkimustiedon avulla validoituja menetelmiä.

Työttömien työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointia käsittelevän väitöstyön *Lectio Praecursoria* tuo osuvasti esiin kuntoutustarpeen arvioinnin monialaisen ja moniammatillisen luonteen. Lääkärillä on kuitenkin erityinen rooli etenkin terveydenhuoltoon läheisesti liittyvässä kuntoutustarpeen arvioinnin tilanteessa. Lääkäreiden kuntoutusta koskevaa koulutusta käsittelevästä esittelystä käy kuitenkin ilmi, että lääkäreiden kuntoutukseen liittyvä tietämys on puutteellista. Kirjoituksessa referoidun Suomen Lääkäriliiton ja Kelan vuonna 2014 toteuttaman kyselyn mukaan lääkäreiden tekemät kuntoutussuunnitelmat ovat usein puutteellisia, ja merkittävä osa lääkäreistä kokee kuntoutussuunnitelman tekemisen haasteelliseksi. Lääkäreiden kuntoutustietämyksen lisääminen on avainasemassa, kun pyritään parantamaan kuntoutustarpeen tunnistamista, kuntoutukseen ohjautumista ja monialaisen työryhmän optimaalista hyödyntämistä.

Kuntoutusta koskeva tieteellinen tutkimusnäyttö ja kehittämisshankkeiden tuottamat uudet toimintamallit tulisi saada sekä päättäjien että kuntoutusta toteuttavien toimijoiden tietoon ja siirrettyä luontevaksi osaksi päätöksentekoa ja arjen toimintaa. Mutta tunnetaanko tutkimuksen tuloksia riittävän hyvin ja aukeavatko tuloksien sovellusmahdollisuudet päätöksentekijöille tai kuntoutustoimijoille?

Kuntoutus-lehden yhteiskunnallisesti tärkeänä tehtävänä on tar-

jota kuntoutusalan toimijoille ja päättäjille tietoa julkaisemalla laaja-alaisesti kuntoutuksen alan tutkimuksia sekä kehittämistyön tuloksia. Esimerkiksi tässä lehdessä esitellään uusia kehitettyjä menetelmiä ja käytänteitä, kuten konkreettista kuntoutustavoitteiden jäsentämistä helpottavaa Spiral-menetelmää tai kuntouttavan yhteisön yhteisöllisyyden tukemisen malleja. Lehden tutkimusartikkeli on hyvä esimerkki siitä, miten tutkimustieto lähtee käytännön tiedontarpeesta ja on helposti hyödynnettävissä kuntoutuspalvelujen kehittämisessä. Tiedetään, että yksilön oma kokemus työkyvystään on merkittävä sairauden tai työttömyysjakson jälkeiseen työhön palaamiseen tai työllistymiseen vaikuttava tekijä, joten on tärkeää tietää, mihin yksilön näkemys liittyy. Kyseinen tutkimus selvitti yksilön työkykyisyyksinäköyksiin liittyviä tekijöitä ja havaitsi, että terveyden ja elämäntilanteen lisäksi oman elämän hallinnan tunne sekä sosiaalisen tuen määrä olivat selvästi yhteydessä yksilöiden työkykyarvioihin. Tämä tieto on helposti huomioitavissa esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen toteutuksessa.

Kuntoutus-lehti on ainoa suomenkielinen erityisesti kuntoutusalan tutkimustietoa julkaiseva foorumi ja täten tärkeä kuntoutusta koskevan vaikuttavuustiedon levittäjä. Tarvitaan myös muita erityyppisiä foorumeita, joissa on mahdollista esitellä uutta tutkimustietoa, kuulla ja keskustella uusista tutkimuksista ja pohtia kuntoutuksen alan tutkimuksen tulevia suuntaviivoja. Tähän tarjoutuu erinomainen tilaisuus kuntoutuksen tutkimusseminaarissa, jonka Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry järjestää yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa 24.11.2016 Helsingissä. Toivottavasti mahdollisimman monet kuntoutuksen alan tutkijat samoin kuin alan tutkimustiedon potentiaaliset hyödyntäjät – niin päätöksentekijät ja palvelujen tuottajat kuin kaikki julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat – pääsevät osallistumaan tähän kaikille kuntoutuksen ja sen lähiolojen toimijoille tarkoitettuun maksuttomaan tutkimusseminariin.

Oikein rentouttavaa kesää Kuntoutus-lehden lukijoille!

Haluatko tietää miten Suomessa menee kuntoutuksen tutkimuksessa?

Kutke ry järjestää yhteistyössä
THL:n kanssa Helsingissä

Kuntoutuksen tutkimusseminaari 24.11.2016

Kuntoutuksen tutkimus kokeiluyhteiskunnassa

Erillisluentoina mm.

- Kuntoutuminen, Ilona Autti-Rämö
- Monimenetelmällinen (mixed method) kuntoutuksen tutkimus, Riitta Seppänen-Järvelä

Paneeli: Kuntoutuksen tutkija kokeiluyhteiskunnassa. Panelisteina hiljattain väitelleitä tutkijoita kuntoutuksen alalta, moderaattori Marketta Rajavaara
Suullisia esityksiä ja postereita

Tule kuuntelemaan ja kertomaan omasta kuntoutuksen tutkimuksestasi!

Tieteellisten tutkimusten ja arviointitutkimusten abstraktien viimeinen jättöpäivä on 19. syyskuuta 2016. Tutkimusseminaari on maksuton. Ohjelma, ilmoittautuminen ja abstraktit: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/ajankohtaista/tapahtumat/kuntoutuksen-tutkimusseminaari-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

KOETTU TYÖKYKY JA HYVINVOINTITEKIJÄT LAPIN 40–59-VUOTIAASSA VÄESTÖSSÄ

Johdanto

Väestön terveyden ja työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen ovat tärkeitä yhteiskunnallisia tavoitteita. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuositusten mukaan *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020* todetaan pyrkimyksenä olevan vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja sekä pidentää työuria, alentaa työttömyyttä ja vähentää työkyvyttömyyttä. Väestön hyvinvointi- ja työkykyeroja selittää osaltaan rakenteellinen ja kulttuurinen eriarvoisuus, joka tuottaa epätasa-arvoa elinoloihin ja elintapoihin (Rahkonen ym. 2011). Yhteiskunnallisen muutoksen myötä työkyvyn käsite on laajentunut moniulotteiseksi. Työkyky määrittyy yksilön ominaisuuksien, työn ja työorganisaation sekä yhteiskunnallisen ja kulttuurisen ympäristön vuorovaikutuksessa (Ilmarinen ym. 2006, Lederer ym. 2014, Gould ym. 2015). Kansalaisten työkyvyn ylläpito edellyttää hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen edistämistä yksilöllisin ja rakenteellisin toimin sekä kuntoutuksen mahdollisuuksien hyödyntämistä.

Työkyvyttömyyden alkavuus lisääntyy iän myötä, ja 40 vuotta täyttäneillä työkyvyttömyyden riski kasvaa vuosi vuodelta. Vuonna 2014 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 26 prosenttia oli 45–54-vuotiaita ja 54 prosenttia 55–62-vuotiaita; lukuihin sisältyvät sekä pysyvät työkyvyttömyyseläkkeet että kuntoutustuet. Eläkkeiden alkavuus on työntekijäammateissa selvästi suurempaa kuin asiantuntija-ammateissa (Rahkonen ym. 2011); yli

40-vuotiaiden ikäryhmissä työntekijöiden ja asiantuntijoiden välinen ero eläkkeiden alkavuudessa lisääntyy joka ikävuosi (Pensola ym. 2010).

Työkyvyttömyyseläkkeiden sairausperusteissa korostuvat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (esim. Nyman & Kiviniemi 2015). Masennus on mielenterveyden häiriöiden perusteella alkavissa eläkkeissä yleisin eläkkeen syynä oleva sairaus. Eläkkeelle johtavat nuorten aikuisten mielenterveysongelmat ovat viime aikoina saaneet huomiota (esim. Ahola ym. 2014), mutta suurinta myös mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden alkavuus on yli 50-vuotiailla (Pensola ym. 2010).

Työkykyä voidaan tarkastella paitsi sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden heijastamana lyhyt- tai pitempiäaikaisena työkyvyttömyytenä, myös asiantuntija-arviointiin tai ihmisen kokemukseen perustuvana ilmiönä. Koettu työkyky perustuu ihmisen käsitykseen omista voimavaroistaan, potentiaalisen työn tai työyhteisön hänelle asettamista vaatimuksista ja odotuksista sekä työmarkkinoiden hänelle antamista mahdollisuuksista. Se on sidoksissa ihmisen ja yhteiskunnan väliseen suhteeseen, käytössä oleviin resursseihin ja siihen, miten ihminen hahmottaa mahdollisuuksiaan sosiaalisissa rakenteissa. Tutkimuksissa koettua työkykyä on selvitetty muun muassa vastaajan kolmiportaisella arviolla työkyvystään (täysin työkykyinen/osittain työkyvytön/täysin työkyvytön), asteikol-

le 0–10 sijoittuvalla työkykypistemäärällä sekä Työterveyslaitoksen työkykyindeksillä ja sen muunnoksilla (esim. Gould ym. 2015, McGonagle ym. 2015).

Myös koetussa työkyvyssä on selvät ikäryhmittäiset ja sosiaaliluokkaerot. E erityisen ongelmallisia ryhmiä ovat vähän koulutetut, työttömät, yksinäiset miehet ja vanhimmat työssä käyvät naiset (Gould ym. 2006a). Näissä ryhmissä korostuvat työelämän ongelmien rinnalla erilaiset hyvinvointiuhat ja sosiaalisten suhteiden ongelmat, mikä liittyy työkyvyn edistämisen myös yleisen syrjäytymisen uhan torjumiseen.

Ihmisen kokemus tilanteestaan on merkittävä tekijä työhön sitoutumisen ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumisen kannalta. Koettu työkyky ennustaa varsin hyvin tulevaa työkyvyttömyyttä tai työmarkkina-asemassa tapahtuvia muutoksia (Tuomi ym. 1997b, Alavinia ym. 2009, Ahlstrom ym. 2010). Bethgen ym.:iden (2012) mukaan se ennusti työttömyyden ja pitkittyneen sairausloman ohella myös koettua kuntoutustarvetta, aikomusta hakeutua kuntoutukseen ja kuntoutuspalvelujen käyttöä. On toisaalta syytä huomata, että myös työkyvyttömyyseläkkeellä ja osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevista osa kokee työkykynsä riittäväksi ainakin osa-aikaiseen tai tilapäiseen työhön (Gould & Kaliva 2010). Koetun työkyvyn ja siihen yhteydessä olevien resurssien ja hyvinvointivajeiden tutkiminen on tärkeää pyrittäessä parantamaan työkyvyn ylläpidon ja varhaisen kuntoutuksen keinoja, vahvistamaan ihmisen työmarkkina-asemaa, poistamaan työmarkkinoille palaamisen esteitä sekä ylläpitämään hyvinvointia myös työelämän ulkopuolella.

Elämänhallinta viittaa ihmisen kokemukseen, että hän voi toimillaan vaikuttaa elämänsä ja hänellä on käytössään resursseja, joita hän voi toiminnassaan hyödyntää. Vahva hallinnan tunne tukee ihmisen selviytymistä kuormittavissa tilanteissa ja ehkäisee psyykkisten ongelmien muodostumista elämänkulun aikana (Pearlin ym. 2007). Yksittäisissä tutkimuksissa hallinnan tunne on ennakoanut ammatillisen kuntoutusohjelman myönteistä tulosta (Millett & Sandberg 2003), selkäkuntou-

tuksen jälkeistä työssä jatkamista (Härkäpää 1992) ja työssä käyntiä useita vuosia ammatillisen kuntoutuksen jälkeen (Gould ym. 2012a). Amerikkalaisessa aineistossa hallinnan tunne oli myös yhteydessä koettuun työkykyyn (McGonagle ym. 2015).

Myös sosiaalinen tuki ja luottamus ovat resursseja, jotka ovat erilaisten vaikutusmekanismien kautta yhteydessä ihmisen hyvinvointiin (esim. Thoits 2011, Giordano & Lindström 2016). Terveys 2000 -tutkimuksen koko väestöä koskevassa aineistossa sosiaalisella tuella oli yhteys koettuun työkykyyn (Pensola & Järvikoski 2006a). Työssä käyvässä väestössä sosiaalisen tuen yhteys työkykyyn ja eläkkeelle siirtymiseen on tuottanut osin ristiriitaisia tuloksia (esim. Pasternack ym. 2015). Sosiaalisella verkostolla voi olla vammaisuuteen, ikään tymiseen tai pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvien kielteisten asenteiden ja stigman takia myös kielteisiä vaikutuksia työkykykokemukseen. Esimerkiksi Solem (2008) pohtii asenneilmapiiriin vaikutuksia koetun työkyvyn heikentymiseen iän myötä, ja Rinaldi ym. (2008) kuvaavat stereotyyppien vaikutuksia noidankehänä, jonka tuloksena mielenterveysongelmia kokeva henkilö ei luota työkykyynsä ja luopuu yrittämästä työllistyä.

Työkyvyttömyyden riski kasvaa Suomessa pohjoista ja itää kohti. Lapissa ja Kainuussa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on lähes kaksinkertaista pienimmän työkyvyttömyyseläkealkavuuden maakuntiin verrattuna. Samansuuntaisia eroja on koetussa työkyvyssä: Etelä-Suomi eroaa maan muista alueista paremman työkyvyn mielessä, ja Itä- ja Pohjois-Suomen ei-kaupunkimaisissa kunnissa asuvat miehet kokivat itsensä täysin tai osittain työkyvyttömiksi yleisemmin kuin muilla alueilla asuvat miehet (Martelin ym. 2006). Alue-eroja on selitetty muun muassa terveydentilan vaihtelulla, eroilla elintavoissa ja sosiaalisessa pääomassa, työelämän ulkopuolella olevien osuudella, alueiden erilaisella koulutus-, elinkeino- ja ammattirakenteella sekä muuttoliikkeellä (Laaksonen & Gould 2013). Monipuolinen elinkeinorakenne ja hyvä työllisyystilanne voivat helpottaa työkyvyltään rajoittuneiden ja osatyökykyis-

ten mahdollisuuksia jatkaa työssä.

Tässä tutkimuksessa selvitetään koettua työkykyä ja siihen liittyviä tekijöitä Lapissa, jossa aiheetta ei tiettävästi ole aikaisemmin tutkittu. Lappi poikkeaa muusta Suomesta erityisesti pitkien etäisyyksien ja harvan asutuksen vuoksi, mikä voi osalla väestöä lisätä syrjäytymisriskiä. Lapin hyvinvointibarometrissa kiinnitetään huomiota viimeaikaiseen eriytymis- ja polarisoitumiskehitykseen. Teknologisen kehityksen, matkailun ja kaivostoiminnan tuottamat myönteiset vaikutukset koskevat osaa kuntia, kun taas muille asettavat haasteita muun muassa aleneva väestökehitys, erityisesti miesten työvoimaosuuden aleneminen ja hyvinvointipalvelujen saavutettavuus. (Suikkanen ym. 2014, Viinamäki 2014.)

Tämän artikkelin tavoitteena on selvittää, 1) onko koetussa työkyvyssä sekä sosiaalisia resursseja ja psyykkistä hyvinvointia kuvaavissa tekijöissä eroja sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaan 40–59-vuotiailla Lapissa asuvilla henkilöillä, ja 2) mitkä sosiaalisiin resursseihin ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät ovat yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn.

Menetelmä

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos toteutti yhdessä Lapin sairaanhoitopiirin ja kahdentoista Mielen tuki -hankkeeseen kuuluvan jäsenkunnan kanssa vuonna 2012 kyselytutkimuksen, jolla koottiin tietoa väestön mielenterveydestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista sekä asennoitumisesta mielenterveyden häiriöihin. Hanke oli osa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa. Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä tilattiin ositettu otanta 15–80-vuotiaista henkilöistä kunnittain siten, että alle 5000 asukkaahan kunnista (8 kuntaa) otoskoko oli 400, yli 5000 asukkaahan kunnista (3 kuntaa) 1000 ja Rovaniemellä 2000 henkilöä. Kokonaisotos oli 8200 henkilöä.

Kyselystä tiedotettiin ennen kyselyä informaatiokirjeessä ja lomakkeen mukana toimitetussa tiedotteessa. Uusintakyselyä ei taloudellisista syistä toteutettu. Osa palautuneista

lomakkeista suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle puutteellisten vastausten vuoksi tai siksi, että vastaaja ei iän tai asuinpaikkakunnan vuoksi kuulunut tutkimuksen kohderyhmään. Vastausprosentti oli 33; se oli miehillä matalampi kuin naisilla ja Tunturi-Lapissa matalampi kuin muilla alueilla. Ikäryhmistä nuorimmat ja kaikkein vanhimmat vastasivat keskiryhmiä heikommin. Vastaamisaktiivisuuden vaihtelua korjattiin painokertoimilla, jotka laskettiin iän, sukupuolen ja asuinalueen mukaisen kadon perusteella. Ikäryhmässä 40–59-vuotiaat oli vastanneita 959 (vastausprosentti 32), joista miehiä oli 481. Työssä tai koulutuksessa oli vastanneista 76 %, työttömänä 9 %, eläkkeellä 12 % ja muussa tilanteessa 3 %.

Muuttajat

Koettua työkykyä selvitettiin työkykypistemäärällä, jossa vastaaja arvioi nykyistä työkykyään asteikolla 0–10, jossa 0 tarkoittaa työkyvyttömyyttä ja 10 elinikäistä parasta työkykyä. Työkykypistemäärän tulokset vastaavat työssä käyvässä väestössä melko hyvin Työterveyslaitoksessa kehitetyn työkykyindeksin (Tuomi ym. 1997a) tuloksia (Ahlstrom ym. 2010, Gould ym. 2015). Työkykypistemäärän perusteella työkyky voidaan luokitella huonoon (0–5), kohtalaiseen (6–7) ja hyvään (8–9) tai erinomaiseen (10) työkykyyn (esim. Gould ym. 2006b, Ahlstrom ym. 2010). Tässä tutkimuksessa selvitetään, miten työkykynsä heikentyneeksi kokeneet (0–7 p.) eroavat työkykynsä edelleen hyväksi tai erinomaiseksi (8–10 p.) arvioineista.

Taustamuuttajia olivat sukupuolen, siviilisäädyn ja seutukunnan (Rovaniemi, Itä-Lappi, Tunturi-Lappi, Pohjois-Lappi) lisäksi koulutus ja pääasiallinen toiminta. Koulutuksen osalta tiedusteltiin korkeinta peruskoulutuksen jälkeen suoritettua koulutusta tai tutkintoa. Vastausten perusteella muodostettiin 3-luokkainen koulutusmuuttaja: 1 = matala (ei ammattikoulutusta tai ammatillinen kurssi), 2 = keskitasoinen (ammattikoulu tai ammatillinen opisto), 3 = korkea (ammattikorkeakoulu tai korkeakoulu). Pääasiallisen toiminnan

mukaan vastaajat luokiteltiin neljään luokkaan: 1 = työllinen, 2 = työtön, 3 = eläkkeellä, 4 = muussa tilanteessa. Ensimmäiseen ryhmään kuuluivat palkkatyössä olevat, yrittäjät ja maatalousyrittäjät sekä osa-aikatyötä tekevät (myös heidän ollessaan samanaikaisesti osa-aika- tai osatyökyvyttömyyseläkkeellä) ja harvalukuiset ammatillisessa koulutuksessa olevat. Eläke tarkoittaa tässä ikäryhmässä pääasiassa pysyvää työkyvyttömyyseläkettä tai kuntoutustukea. Muussa tilanteessa olevien pieneen, heterogeeniseen ryhmään kuului kuntoutuksessa ja sairauspäivärahalta olevia, kotitöitä tekeviä sekä omaishoitajia.

Elämänhallinnan mittarina oli Sense of Mastery (Pearlin & Schooler 1978), jonka seitsemään osioon vastataan 4-portaisella asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä). Mittarin vaihteluväli on 4–28. Aikaisemman käytännön mukaisesti (Stephens ym. 2000, Forsman ym. 2009) elämänhallinta määriteltiin vahvaksi, jos summapistemäärä sai vähintään arvon 23.

Sosiaalista tukea selvitettiin Oslo 3 -mittarin (Brevik & Dalgard 1996, Nyqvist ym. 2013) kolmella osiolla (sellaisten läheisten ihmisten määrä, joihin voi luottaa vakavissa henkilökohtaisissa vaikeuksissa; mahdollisuus saada tarvittaessa apua käytännön ongelmissa; ihmisten osoittama mielenkiinto siihen, mitä tekee). Summapistemäärän vaihteluväli on 3–4; alfa-kerroin oli tässä aineistossa 0,59. Aikaisemman käytännön mukaisesti (Forsman ym. 2009) sosiaalinen tuki määriteltiin vähintään kohtalaiseksi, jos summapistemäärä sai vähintään arvon 10.

Sosiaalista luottamusta eli kognitiivista sosiaalista pääomaa (vrt. Forsman ym. 2009) mitattiin kolmella väitteellä (naapurustoon kuulumisen tunne; naapurustoon kuuluvien ihmisten luotettavuus; käsitys ihmisten luotettavuudesta yleensä), joiden paikkansa pitävyyttä arvioitiin 4-portaisella asteikolla (pitää täysin paikkansa – ei lainkaan pidä paikkaansa). Summamuuttujan vaihteluväli on 0–9. Alfa-kerroin oli tässä aineistossa 0,72. Summamuuttuja luokiteltiin mediaanin perusteella heikkoa (enintään 6) tai vahvaa (vähintään 7 p.) luottamusta kuvaavaksi. Käsitystä mie-

lenterveysongelmiin liittyvästä stigmasta työpaikalla selvitettiin väitteellä ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu”, johon vastattiin asteikolla 1 = täysin eri mieltä,..., 4 = täysin samaa mieltä.

Psykkisen roolitoiminnan rajoituksia selvitettiin RAND 36 -mittarin (Aalto ym. 1999) kolmella osiolla, joissa tiedustellaan tunneelämään liittyvien seikkojen tuottamia ongelmia työssä tai muissa päivittäisissä toiminnissa (on vähentänyt työhön tai muuhun toimintaan käytettyä aikaa; on saanut aikaan vähemmän kuin olisi halunnut; ei ole suorittanut töitä tai muita toimintoja yhtä huolellisesti kuin tavallisesti). Psykkisen roolitoiminnan rajoitusten kriteeriksi asetettiin vähintään kahteen osioon annettu kyllä-vastaus.

Psykkistä rasittuneisuutta mitattiin 12 kysymyksen GHQ-mittarilla (Goldberg 1972). Summapistemäärän ollessa vähintään 4 vastauksen katsottiin ilmentävän psykkistä rasittuneisuutta (Aalto ym. 2012). Masennusoireilua mitattiin CIDI-SF-haastattelun neljällä kysymyksellä. Masennuksen kriteerinä oli kyllä-vastaus vähintään toiseen kahdesta seulontakysymyksestä (viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään 2 viikkoa kestänyt ajanjakso, jolloin a) oli surullinen, alakuloinen tai masentunut tai jonka aikana b) menetti mielihyvän kokemuksen ja kiinnostuksen kaikkeen tekemiseen) sekä myönteinen vastaus kahteen jatkokysymykseen (mielenkiinnon tai mielihyvän menetys on kestänyt vähintään suurimman osan päivästä; tunne on ollut vallitseva miltei joka päivä) (ks. Kessler ym. 1998, Forsman ym. 2009). Päihdeongelmien esiintymistä selvitettiin CAGE-kyselyn neljällä kysymyksellä (oletko koskaan ajatellut, että sinun täytyisi vähentää juomistasi; ovatko ihmiset ärsyttäneet sinua kriittisillä huomautuksillaan juomisestasi; oletko koskaan tuntenut syyllisyyttä juomisesi takia; oletko koskaan ottanut krapularyyppyjä aamulla). Päihdeongelma on todennäköinen, jos kysymyksiin annetaan vähintään kaksi myönteistä vastausta (ks. Ewing 1968, Dhalla & Kopeck 2007).

Terveystilaa arvioitiin EQ-VAS-asteikolla, jossa valitaan terveystilaa vastaus-

Taulukko 1. Taustamuuttujat, työkyky ja terveydentila sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaan.

| | Sukupuoli | | | Pääasiallinen toiminta ³ | | | | Kaikki n = 959 |
|-------------------------|-------------------|-------------------|----------------|-------------------------------------|------------------|-------------------|----------------|-------------------|
| | Miehet n = 481 | Naiset n = 478 | p ¹ | Työssä n = 727 | Työtön n = 85 | Eläkk. n = 113 | p ² | |
| Miehiä, % | | | | 46.5 | 61.7 | 63.7 | *** | 50.1 |
| Ikä | | | | | | | | |
| M (sd) | 51.4 (5.2) | 50.9 (5.5) | NS | 50.7 (5.4) | 52.4 (4.6) | 53.7 (4.6) | *** | 51.2 (5.4) |
| Siviilisääty, % | | | *** | | | | *** | |
| avio- tai avoliitossa | 65.6 | 79.3 | | 78.8 | 50.0 | 49.6 | | 72.5 |
| eronnut tai leski | 12.9 | 13.3 | | 12.1 | 15.5 | 16.8 | | 13.1 |
| naimaton | 21.5 | 7.4 | | 9.1 | 34.5 | 33.6 | | 14.5 |
| Koulutus, % | | | *** | | | | *** | |
| matala | 27.8 | 15.1 | | 15.6 | 43.6 | 43.3 | | 21.5 |
| keskitasoinen | 57.2 | 63.2 | | 63.3 | 51.3 | 47.1 | | 60.2 |
| korkea | 15.0 | 21.7 | | 21.1 | 5.1 | 9.6 | | 18.3 |
| Seutukunta, % | | | NS | | | | NS | |
| Rovaniemi | 29.9 | 30.9 | | 30.5 | 30.6 | 32.7 | | 30.4 |
| Itä-Lappi | 16.6 | 16.5 | | 15.8 | 14.1 | 21.1 | | 16.6 |
| Tunturi-Lappi | 37.4 | 36.3 | | 37.0 | 37.6 | 37.2 | | 36.9 |
| Pohjois-Lappi | 16.0 | 16.3 | | 16.6 | 17.6 | 8.8 | | 16.1 |
| Työkyypistemäärä | | | | | | | | |
| M (sd) | 7.67 (2.21) | 7.97 (2.04) | * | 8.38 (1.42) | 7.16 (1.96) | 5.26 (3.08) | *** | 7.82 (2.13) |
| 0–5 p. | 12.7 | 10.9 | NS | 3.9 | 17.4 | 50.4 | *** | 11.8 |
| 6–7 p. | 15.0 | 11.9 | | 12.4 | 20.9 | 14.2 | | 13.4 |
| 8–10 p. | 72.3 | 77.2 | | 83.8 | 61.6 | 35.4 | | 74.8 |
| Terveydentila | | | | | | | | |
| M (sd) | 77.6 (17.0) | 79.9 (15.7) | * | 81.5 (13.8) | 76.5 (14.9) | 66.2 (22.4) | *** | 78.8 (16.4) |

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

¹Testeinä Khiin neliö (jakautumat) ja riippumattomien ryhmien t-testi (keskiarvot).

²Testeinä Khiin neliö (jakautumat), varianssianalyysissa F-testi (ikä) tai Brown-Forsythe -testi varianssien erisuuruuden vuoksi (työkyypistemäärä, terveydentila).

³Muussa tilanteessa olevien heterogeeninen ryhmä (n = 34) ei ole mukana ryhmävertailussa.

hetkellä parhaiten kuvaava vaihtoehto asteikolta 0–100 (Brooks & EuroQol Group 1996).

Tilastolliset analyysit

Aineisto analysoitiin SPSS Statistics -ohjelman versiolla 21. Sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaisia eroja selvitettiin ristiintaulukoilla (Khiin neliötesti) ja varianssianalyysilla (F-testi ja erisuurten varianssien tilanteessa Brown-Forsythen testi) sekä korrelaatioanalyysilla. Heikentyneeseen työkykyyn yhteydessä olevia tekijöitä analysoitiin logistisella regressioanalyysilla. Työkyypistemäärästä muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jonka avulla työkykyään pis-

temäärillä 0–7 kuvanneita verrattiin niihin, jotka antoivat työkyvyllään arvion 8–10. Selettävinä muuttujina käytettiin pääasiallista toimintaa neliluokkaisena ja kaksiluokkaisena sukupuolta, parisuhteesta elämästä (avio- tai avoliitossa vs. naimaton, eronnut tai leski), peruskoulutuksen jälkeistä koulutusta (matala vs. keskitasoinen tai korkea), sosiaalista tukea (heikko vs. vähintään kohtalainen), sosiaalista luottamusta (heikko vs. vahva), hallinnan tunnetta (huono vs. hyvä), psyykkisen roolitoinnin rajoituksia (enintään yksi vs. useampi kyllä-vastaus), psyykkistä rasittuneisuutta (ei vs. kyllä), todennäköistä masennusta (ei vs. kyllä), todennäköistä päihdeongelmaa (ei vs. kyllä) ja käsitystä työsuhteen vaarantumis-

ta mielenterveysongelmien takia (eri mieltä vs. samaa mieltä). Terveystilaa ja ikää käytettiin analyyseissa jatkuvina muuttujina.

Logistisissa regressioanalyyseissa selvitetiin ensin kunkin selittävän muuttujan yhteys yksittäin selitettävään muuttajaan käyttäen kovarianttina ikää (malli 0). Nämä analyydit tehtiin erikseen kaikilla vastanneilla, miehillä ja naisilla sekä työssä olevilla. Jatkoanalyydit tehtiin erikseen kaikilla vastanneilla ja työssä olleilla. Malli 1 sisälsi sosiodemografiset sekä sosiaalista tukea, luottamusta ja elämänhallintaa koskevat muuttujat. Malli 2 sisälsi edellisten lisäksi psyykkisen hyvinvoinnin ongelmia koskevat muuttujat ja malli 3 vielä terveydentilamuuttujan. Todennäköistä päihdeongelmaa ja käsitystä työsuhteen vaarantumisesta mielenterveysongelmien takia ei käytetty malleissa 1–3, koska mallien tapausmäärät haluttiin pitää mahdollisimman suurina.

Mallien soveltuvuus (goodness-of-fit) testattiin Hosmer-Lemeshowin menetelmällä. Yksittäisten muuttujien selitysosuuden merkitsevyyttä arvioitiin Waldin testillä. Eri malleja verrattaessa seurattiin myös pseudoselituskertoimien (Coxin ja Snellin R^2 ja Nagelkerken R^2) muutosta.

Tulokset

Vastanneiden taustatiedot sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaan on esitetty taulukossa 1. Sukupuolten välillä oli eroja siviilisäädystä ja koulutustasosta siten, että naimattomien ja matalan koulutustason omaavien suhteellinen osuus oli miehillä suurempi kuin naisilla. Myös työkykykypistemäärän ja terveydentilan keskiarvo oli miehillä jonkin verran matalampi kuin naisilla. Työttömissä ja eläkeläisissä miesten osuus oli suuri. Työlliset olivat työttömiä ja eläkkeellä olevia nuorempia ja useammin avio- tai avoliitossa. Työllisillä oli myös työttömiä ja eläkeläisiä parempi koulutus. Työkykykypistemäärän ja terveydentilan keskiarvo oli työttömillä matalampi kuin työssä olevilla mutta korkeampi kuin eläkeläisillä. Heikentynyt työkyky oli työllisistä 16 prosentilla, työttömistä 37 prosentilla ja eläkkeellä olevista 64 prosentilla. Eri seutukuntien välillä

ei ollut vastaajien sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaan eroja. (Taulukko 1.) Myöskään koetussa työkyvyssä ei ollut eroja Rovaniemen, Itä-Lapin, Tunturi-Lapin ja Pohjois-Lapin seutukuntien välillä.

Työkykykypistemäärä aleni iän myötä ($p < .01$) siten, että se oli 40–44-vuotiailla 8.2, 45–54-vuotiailla 7.9 (miehillä 7.7 ja naisilla 8.0) ja 54–60-vuotiailla 7.5. Työkykykypistemäärän ja koetun terveydentilan välinen korrelaatio oli koko aineistossa 0.71, työssä olevilla korkeampi (0.73) kuin työttömillä tai eläkeläisillä (0.58 ja 0.55).

Lapin seutukunnat eivät tutkimuksen ikäryhmissä eronneet toisistaan sosiaalisiin resursseihin ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvillä muuttujilla. Taulukko 2 kuvaa näitä muuttujia sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaan. Sukupuolten välillä oli eroja ainoastaan päihdeongelmassa, jota miehistä raportoi lähes puolet ja naisista viidennes. Työllisten sosiaaliset resurssit ja psyykinen hyvinvointi olivat kaikilla mittareilla paremmat kuin työttömillä ja eläkeläisillä. Työssä olevilla sosiaalista tukea oli enemmän, elämänhallinta vahvempi ja psyykkisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ongelmia vähemmän kuin muilla ryhmillä. Työssäkäyvät raportoivat masennusta harvemmin kuin työttömät ja eläkeläiset. Työttömillä todennäköinen päihdeongelma oli yleisempi kuin muissa ryhmissä. Työttömät ja eläkeläiset kokivat mielenterveysongelmien vaarantavan työsuhteen suhteellisesti useammin kuin työssä käyvät.

Taulukon 3 logistisissa regressioanalyyseissa selitetään heikentyneen työkyvyn esiintymistä kaikilla vastaajilla. Mallissa 0 keskita-soinen tai korkea koulutus vähensi heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä ja ilman parisuhdetta eläminen lisäsi sitä. Yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä miehillä, mutta eivät naisilla. Heikentynyt työkyky oli työttömänä, eläkkeellä ja muussa tilanteessa olevilla yleisempää kuin työssä olevilla. Asuinalueella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä heikentyneeseen työkykyyn.

Vähintään kohtalainen sosiaalinen tuki vähensi heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä, kuten myös vahvempi sosiaalinen

Taulukko 2. Sosiaalisia resursseja ja psyykkisen hyvinvoinnin ongelmia kuvaavat muuttujat sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaan.

| | Sukupuoli | | | Pääasiallinen toiminta | | | | Kaikki |
|---|-------------|-------------|----------------|------------------------|-------------|-------------|----------------|-------------|
| | Miehet | Naiset | p ¹ | Työssä | Työtön | Eläkkeellä | p ² | |
| Sosiaalinen tuki | | | | | | | | |
| Heikko | 34.5 | 29.6 | NS | 28.8 | 44.7 | 42.2 | *** | 32.0 |
| Vähintään kohtalainen | 65.5 | 70.4 | | 71.2 | 55.3 | 57.8 | | 68.0 |
| Sosiaalinen luottamus | | | | | | | | |
| M (sd) | 6.69 (1.83) | 6.48 (1.95) | NS | 6.72 (1.83) | 6.04 (1.88) | 6.08 (2.45) | *** | 6.59 (1.92) |
| Elämönhallinta | | | | | | | | |
| M (sd) | 21.9 (4.6) | 22.0 (4.0) | NS | 22.6 (3.8) | 19.9 (4.5) | 19.7 (5.4) | *** | 21.9 |
| Psyykinen roolitoiminta | | | | | | | | |
| Ongelmia enintään yksi | 79.7 | 80.2 | NS | 84.1 | 63.0 | 69.0 | *** | 79.9 |
| Ongelmia useampia | 20.3 | 19.8 | | 15.9 | 37.0 | 31.0 | | 20.1 |
| - vähentänyt työhön tai muuhun toimintaan käytettyä aikaa, % | 20.7 | 16.5 | NS | 14.1 | 41.5 | 29.0 | *** | 18.7 |
| - saanut aikaan vähemmän kuin olisi halunnut, % | 32.7 | 34.6 | NS | 30.1 | 48.8 | 41.3 | *** | 33.8 |
| - ei ole pystynyt suorittamaan toimintoja yhtä huolellisesti kuin tavallisesti, % | 19.4 | 16.9 | NS | 14.3 | 28.0 | 32.7 | *** | 18.2 |
| Psyykkistä rasittuneisuutta, % | 18.1 | 18.2 | NS | 14.0 | 33.7 | 33.3 | *** | 18.2 |
| Masennus, % | 10.4 | 14.2 | NS | 10.0 | 20.0 | 19.3 | *** | 12.3 |
| Todennäköinen päihdeongelma, % | 45.7 | 20.4 | *** | 30.1 | 53.4 | 41.4 | *** | 33.0 |
| Työsuhte vaarantuu mielenterveysongelmien takia: samaa mieltä, % | 66.2 | 62.0 | NS | 58.5 | 81.0 | 83.8 | *** | 63.5 |

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

¹Testeinä Khiin neliö (jakautumat) ja riippumattomien ryhmien t-testi (keskiarvovertailut).

²Testeinä Khiin neliö (jakautumat) ja varianssianalyseissa Brown-Forsythe-testi varianssien erisuuruuden vuoksi.

luottamus ja elämönhallinta. Psyykkiset toiminnanrajoitukset, psyykinen rasittuneisuus, masennus ja todennäköinen päihdeongelma lisäsivät ja hyvä terveydentila vähensi heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä. Tulokset olivat samanlaiset miehillä ja naisilla lukuun ottamatta päihdeongelmaa, jonka yhteys työkyvyn heikentymiseen näkyi vain miehillä. Myös käsitys työsuhteen vaarantumisesta mielenterveysongelmien takia oli yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn kaikilla; yhteys näkyi erityisesti naisilla. (Taulukko 3.)

Mallin 1 mukaan heikentynyt työkyky oli harvinaisempaa niillä, joilla oli vähintään kohtalainen sosiaalinen tuki ja hyvä elämönhallinta, kun taas työttömänä, eläkkeellä ja niin sanotussa muussa tilanteessa oleminen lisäsi heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä. Malliin 2 mukaan otetuista psyykkisen hyvinvoinnin muuttujista psyykkisen roolitoiminnan ongelmat ja masennus lisäsivät heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä. Mallin 3 mukaan työttömänä, eläkkeellä ja muussa tilanteessa oleminen ja psyykkisen roolitoimin-

Taulukko 3. Taustamuuttujien sekä sosiaalisia resursseja, hyvinvoinnin ongelmia ja terveydentilaa kuvaavien muuttujien yhteydet heikentyneeseen työkykyyn mallin 0 mukaan miehillä ja naisilla sekä koko aineistossa (n = 959) ¹.

| | Miehet | Naiset | Kaikki | |
|--|---------|----------|----------|------------|
| | OR | OR | OR | 95 % CI |
| Ikä | 1.04* | 1.01 | 1.03 | 1.00–1.06 |
| Sukupuoli | | | | |
| mies | | | 1 | |
| nainen | | | 0.78 | 0.58–1.05 |
| Parisuhde | | | | |
| avio- tai avoliitossa | 1 | 1 | 1 | |
| naimaton, eronnut tai leski | 2.77*** | 1.59 | 2.21*** | 1.62–3.02 |
| Koulutus | | | | |
| matala | 1 | 1 | 1 | |
| vähintään keskitasoinen | 0.53*** | 0.56 | 0.53*** | 0.38–0.75 |
| Pääasiallinen toiminta | | | | |
| työllinen | 1 | 1 | 1 | |
| työtön | 2.77*** | 3.85*** | 3.23*** | 1.99–5.23 |
| eläkkeellä | 7.34*** | 13.84*** | 9.53*** | 6.11–14.85 |
| muu tilanne | 15.84** | 10.56*** | 11.71*** | 4.88–28.10 |
| Sosiaalinen tuki | | | | |
| heikko | 1 | 1 | 1 | |
| vähintään kohtalainen | 0.25*** | 0.22*** | 0.25*** | 0.18–0.34 |
| Sosiaalinen luottamus | | | | |
| heikko | 1 | 1 | 1 | |
| vahva | 0.44*** | 0.29*** | 0.37*** | 0.28–0.51 |
| Elämänhallinta | | | | |
| heikko | 1 | 1 | 1 | |
| vahva | 0.19*** | 0.34*** | 0.25*** | 0.18–0.35 |
| Työsuhde vaarantuu mielenterveysongelmien takia | | | | |
| eri mieltä | 1 | 1 | 1 | |
| samaa mieltä | 1.38 | 1.80* | 1.58** | 1.14–2.18 |
| Psyykinen roolitoiminta | | | | |
| ongelmia enintään yksi useampia | 1 | 1 | 1 | |
| | 9.78*** | 4.35*** | 6.41*** | 4.52–9.10 |
| Psyykkistä rasittuneisuutta | | | | |
| ei | 1 | 1 | 1 | |
| kyllä | 4.95*** | 7.67*** | 6.01*** | 4.17–8.65 |
| Masennus | | | | |
| ei | 1 | 1 | 1 | |
| kyllä | 9.36*** | 5.76*** | 6.59*** | 4.37–9.94 |
| Todennäköinen päihdeongelma | | | | |
| ei | 1 | 1 | 1 | |
| kyllä | 2.80*** | 1.21 | 2.04*** | 1.50–2.80 |
| Terveydentila | 0.86*** | 0.88*** | 0.89*** | 0.87–0.90 |

¹Muuttujien yhteyttä heikentyneeseen työkykyyn tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä, jossa selittäjinä olivat kerrallaan yksi muuttuja ja ikä.

OR = ristitulosuhde, 95 % CI = 95 %:n luottamusväli

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

Taulukko 4. Taustamuuttujien sekä sosiaalisia resursseja, hyvinvoinnin ongelmia ja terveydentilaa kuvaavien muuttujien yhteys heikentyneeseen työkykyyn kolmen mallin mukaan koko aineistossa (n = 959)¹.

| | Malli 1 | | Malli 2 | | Malli 3 | |
|--|---------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | OR | 95 % CI | OR | 95 % CI | OR | 95 % CI |
| Ikä | 0.99 | 0.96–1.03 | 1.00 | 0,96–1,04 | 1.00 | 0.95–1.05 |
| Sukupuoli | | | | | | |
| mies | 1 | | 1 | | 1 | |
| nainen | 0.82 | 0.56–1.21 | 0.69 | 0.45–1.06 | 0.87 | 0.53–1.42 |
| Parisuhte | | | | | | |
| avio- tai avoliitossa | 1 | | 1 | | 1 | |
| naimaton, eronnut tai leski | 1.18 | 0.78–1.81 | 0.92 | 0.57–1.48 | 0.97 | 0.55–1.68 |
| Koulutus | | | | | | |
| matala | 1 | | 1 | | 1 | |
| vähintään keskitasoinen | 1.18 | 0.74–1.90 | 1.23 | 0.73–2.08 | 1.23 | 0.67–2.25 |
| Pääasiallinen toiminta | | | | | | |
| työllinen | 1 | | 1 | | 1 | |
| työtön | 2.08* | 1.15–3.79 | 1.49 | 0.75–2.94 | 2.27* | 1.07–4.83 |
| eläkkeellä | 9.24*** | 5.26–16.24 | 10.39*** | 5.46–19.78 | 9.71*** | 4.60–20.50 |
| muu tilanne | 8.40*** | 2.77–25.44 | 11.96*** | 3.68–38.87 | 10.94*** | 2.73–43.76 |
| Sosiaalinen tuki | | | | | | |
| heikko | 1 | | 1 | | 1 | |
| vähintään kohtalainen | 0.36*** | 0.24–0.54 | 0.38*** | 0.24–0.61 | 0.51* | 0.30–0.88 |
| Sosiaalinen luottamus | | | | | | |
| heikko | 1 | | 1 | | 1 | |
| vahva | 0.67 | 0.24–0.53 | 0.77 | 0.48–2.60 | 0.84 | 0.49–1.43 |
| Elämänhallinta | | | | | | |
| heikko | 1 | | 1 | | 1 | |
| vahva | 0.36*** | 0.24–0.53 | 0.56* | 0.36–0.88 | 0.93 | 0.55–1.57 |
| Psyykinen roolitoiminta ongelmia enintään yksi useampia | | | | | | |
| | | | 1 | | 1 | |
| | | | 2.83*** | 1.68–4.76 | 1.95* | 1.06–3.60 |
| Psyykkistä rasittuneisuutta | | | | | | |
| ei | | | 1 | | 1 | |
| kyllä | | | 1.48 | 0.84–2.60 | 0.79 | 0.41–1.53 |
| Masennus | | | | | | |
| ei | | | 1 | | 1 | |
| kyllä | | | 2.98*** | 1.64–5.43 | 2.19* | 1.11–4.35 |
| Terveydentila | | | | | | |
| | | | | | 0.89*** | 0.87–0.92 |
| Cox & Snell R ² | .211 | | .264 | | .388 | |
| Nagelkerke R ² | .317 | | .399 | | .586 | |

¹Muuttujien yhteyttä heikentyneeseen työkykyyn tarkasteltiin logistisilla regressioanalyysillä, joista mallissa 1 ovat samalla kerralla mukana taustamuuttajat ja sosiaalisia resursseja kuvaavat muuttajat, mallissa 2 niiden lisäksi hyvinvoinnin ongelmia kuvaavat muuttajat ja mallissa 3 edellisten lisäksi koettu terveydentila.

OR = ristitulosuhde, 95 % CI = 95 %:n luottamusväli

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

Todennäköistä päihdeongelmaa ja käsitystä työsuhteen vaarantumisesta mielen terveysongelmien takia koskevat muuttajat eivät sisälly malleihin 1–3.

nan ongelmat lisäsivät ja parempi terveys ja sosiaalinen tuki vähensivät heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä. (Taulukko 4.)

Vastaavat analyysit tehtiin työssä olevilla. Sosiodemografiset tekijät eivät olleet yhteydessä työkyvyn heikentymiseen. Muilta osin tulokset vastasivat kaikkien vastanneiden tuloksia. Mallissa 1 sosiaalinen tuki ja luottamus sekä elämänhallinta vähensivät työkyvyn heikentymisen todennäköisyyttä. Mallissa 2 tilastollisesti merkitseviä selittäjiä olivat sosiaalinen tuki, elämänhallinta, psyykkisen roolitoiminnan ongelmat, psyykkinen rasittuneisuus ja masennus. Tässä mallissa myös sukupuolen yhteys työkyvyn heikentymiseen oli tilastollisesti merkitsevä. Mallissa 3 vain terveydentilalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys heikentyneeseen työkykyyn.

Pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin koettua työkykyä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja hyvinvointia kuvaavia tekijöitä 40–59-vuotiailla Lapissa asuvilla henkilöillä. Koettua työkykyä selvitettiin niin sanotulla työkykypistemäärällä, joka soveltuu paitsi työntekijöiden myös työttömien ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien vastattavaksi (Gould ym. 2015), sillä se ei sido vastauksia senhetkiseen työhön. Koettu työkyky oli yhteydessä vastaajan elämäntilanteeseen sekä useisiin sosiaalisiin ja psyykkisiin resurssitekijöihin.

Vastanneiden koettu työkyky oli matalampi kuin saman ikäisen väestön työkyky Suomessa Terveys 2011 -tutkimuksessa, jonka mukaan 45–54-vuotiaan väestön työkykypistemäärän keskiarvo oli miehillä 8.4 ja naisilla 8.5 (Gould ym. 2012b). Vastausprosentti oli kuitenkin matala, ja huono terveys, työttömyys ja huono-osaisuus ovat tutkimusten mukaan yleisempiä vastaamatta jättäneillä kuin vastanneilla (ks. Lindén-Boström & Persson 2012). Siten on todennäköistä, että tutkimus arvioi 40–59-vuotiaan väestön työkyvyn todellista myönteisemmäksi eli ero Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksiin saattaa olla edellä todettua suurempi. Naisten koettu työkyky oli hieman parempi kuin miesten, mikä näkyi

myös työmarkkina-asetussa siten, että miesten osuus sekä työttömissä että eläkeläisissä oli selvästi naisten osuutta suurempi. Sosiaalisissa resurssissa ja psyykkisen hyvinvoinnin ongelmissa, esimerkiksi masennuksessa, miehet ja naiset eivät kuitenkaan eronneet toisistaan. Päihdeongelmaan viittaavaa päihteiden käyttöä esiintyi tutkittavilla paljon, miehistä lähes puolella vastaajista.

Tarkasteltaessa elämäntilanteen ja työkyvyn yhteyksiä huomio kiinnittyy erityisesti työttömien ryhmään. Työttömät sijoittuvat sekä työkyvyn että terveydentilan arvioissaan työssä olevien ja eläkeläisten väliin, mutta muilta osin työttömät ovat lähempänä eläkkeellä kuin työssä olevia. Koulutustason mataluus ja ilman parisuhdetta olevien suuri osuus on tyypillistä sekä työttömille että eläkeläisille. Ryhmät raportoivat myös sosiaalisen tuen puutetta, sosiaalisen pääoman niukkuutta ja psyykkisen hyvinvoinnin vajeita keskenään samaan tapaan ja työssä käyvistä poiketen. Päihteidenkäyttö on yleistä ja ongelmallista sekä työttömillä että eläkeläisillä, työttömillä kuitenkin yleisempää kuin eläkeläisillä. Kyse on toisaalta tyypillisistä sosiaalisen ja työmarkkinoilta syrjäytymisen riskitekijöistä, toisaalta siitä, että työn puute voi johtaa sosiaalisten verkostojen hapertumiseen ja edelleen henkisen hyvinvoinnin heikentymiseen (esim. Gallie ym. 2003).

Perustutkinnon jälkeisen ammatillisen koulutuksen puute tai vähäisyys oli tämän tutkimuksen mukaan yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn koko aineistossa, mutta naisilla ja työssä käyvillä yhteydet eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Matala koulutus näyttäytyy riskitekijänä työttömäksi joutumisen ja eläkkeelle siirtymisen kannalta; sen sijaan sopivan työn saaneilla koulutuksen puute ei välttämättä toimi työkykyisyyden riskitekijänä. Talala ym. (2014) katsovat, että työttömyys ja siihen liittyvät toimeentulo-ongelmat voivat toimia matalan koulutustason ja työkyvyn alenemisen yhteyttä välittävinä tekijöinä.

Merkille pantavaa on toisaalta, että tutkimuksen eläkeläisistä – jotka käytännössä olivat pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella – kolmannes piti työkykyään

kyselyhetkellä hyvänä. Arviot viittaavat siihen, että eläkkeellä olevien joukossa on potentiaalia tehdä kokopäiväistä tai ainakin osapäiväistä tai tilapäistä työtä. Gouldin ja Kallivan (2010) eläkeläisten työssäkäyntihalukkuutta koskevat luvut ovat paljon matalampia. Tämän tutkimuksen eläkeläisillä ja työtömillä työelämästä syrjäytymisen syyt eivät liene pelkästään henkilökohtaisen työkyvyn heikentymisessä, vaan suurelta osin ulkoisissa olosuhteissa, kykyjen ja tarjoutuvien mahdollisuuksien välisessä epäsuhdassa. Lapin työtömyysaste on kuulunut Kainuun ja Pohjois-Karjalan ohella maan korkeimpiin. Erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on ollut yleistä, ja siihen liittyy yleisesti korkea ikä (Lapin ELY-keskus 2013). Pitkäaikaistyöttömien joukossa on runsaasti työkyvyttömyyttä ja tyydyttämättömyyttä hoidon ja kuntoutuksen tarvetta, jota ei ole tunnistettu peruspalvelujen piirissä (Kerätär 2015). Työmahdollisuuksien vähetessä terveydellisten ongelmien merkitys mahdollisuuksien sulkijoina korostuu, kun taas hyvä työllisyystilanne ja monipuolinen elinkeinorakenne helpottavat myös heikentyneen työkyvyn omaavien ja osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevien mahdollisuuksia jatkaa työssä. Pitkäaikaistyöttömien ja pitkällä sairauslomalla olevien koettu työkuunto on yhteydessä myös ammatillisiin valmiuksiin, ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin ja haluun jatkaa työntekoa (Järvikoski ym. 1999, Berglind & Gerner 2002).

Koetun terveydentilan yhteys koettuun työkykyyn oli tässä tutkimuksessa voimakas, kuten aikaisemmin Terveys 2000 -tutkimuksen aineistossa (Koskinen ym. 2006). Erityisen voimakas se oli työssä käyvillä, jopa niin voimakas, että kokonaismallissa terveydentila jäi ainoaksi tilastollisesti merkitseväksi selittäjäksi. Laajan kansainvälisen tutkimuksen mukaan koetun työkyvyn ja terveyden väliset korrelaatiot työntekijöillä ovat selvästi alhaisempia (McGonagle ym. 2014). Voidaan kysyä Koskista ym.:ita (2006) mukailten, perustavatko suomalaiset työntekijät työkykyarvionsa pitkälle suomalaisen sosiaalivaikutusjärjestelmän sairaus- tai vammaperusteisiin kriteereihin.

Mielenterveyden ongelmien, erityisesti masennuksen, yhteys työkykyyn on todettu erilaisissa väestöaineistoissa (esim. Koskinen ym. 2006). Myös Lapin väestössä psyykkisen hyvinvoinnin ongelmilla oli voimakas yhteys heikentyneeseen työkykyyn. Erityisesti psyykkisellä roolitoiminnalla ja masennuksella oli koetun työkyvyn kannalta itsenäinen merkitys, joka säilyi koko aineistossa myös silloin, kun koettu terveydentila on mukana. Psyykkisen hyvinvoinnin vajeet muodostavat ihmisten työkykykokemuksissa oman alueensa, jonka sisältö ei ole luokiteltavissa pelkästään yleisen terveydentiläkäsitteen alle. Psyykkisen roolitoiminta edusti tässä tutkimuksessa työssä tai päivittäisessä toiminnassa realisoituvaa psyykkistä toimintakykyä: se kuvasi erilaisissa tehtävissä suoriutumista, aikaansaamista ja toiminnan tulosta.

Elämänhallinnan tunne kehittyi sekä varhaisempien elämäkokemusten että viimeaikaisen elämäntilanteen pohjalta, keskeisinä elämämpiireinä perhe, työ ja talous (Bandura 1999). Tässä tutkimuksessa elämänhallinnan tunne oli sekä työttömillä että eläkeläisillä heikompi kuin työssä olevilla, mikä viittaa konkreettisten elämäntapahtumien merkitykseen (vrt. Lachman & Weaver 1998). Hallinnan tunne on kuitenkin yhteydessä työkykyyn paitsi koko väestössä myös työssä käyvillä. Hallinnan tunne vaikuttaa niihin valintoihin, joita ihminen elämässään tekee, ja on mahdollista, että vahvan hallinnan tunteen omaavat niin työntekijät kuin työelämästä syrjäytyneetkin etsivät keskimääräistä aktiivisemmin tapoja kehittää ja ylläpitää työkykyään (vrt. McGonagle ym. 2015, Brouwer ym. 2010).

Myös sosiaalisia resursseja kuvaavat muuttujat olivat tässä tutkimuksessa yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn. Ilman parisuhdetta eläminen oli yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn koko aineistossa, mutta erityisesti miehillä. Ilman parisuhdetta olevien miesten suurempi työkyvyn alenemisen tai työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riski on raportoitu myös muissa tutkimuksissa (Pensola & Järvikoski 2006b, Rantala 2008). Parisuhteessa elämisen itsenäinen merkitys

katosi kuitenkin, kun malliin lisättiin sosiaalinen tuki. Parisuhde on erityisesti miehillä tärkeä sosiaalisen tuen lähde, mutta tukea on mahdollista saada myös muualta. Tässä tutkimuksessa sosiaalinen tuki suojaasi heikentyneen työkyvyn kokemukselta sekä miehiä että naisia koko aineistossa ja työssä olevilla. Sen itsenäinen merkitys säilyi myös kokonaismallissa, jossa kaikki muuttajat terveydentilaa myöten olivat mukana. Sosiaalinen tuki ja verkostot voivat ongelmien kohdatessa auttaa työkyvyn ylläpitämisessä, vahvistaa luottamusta ratkaisujen löytymiseen ja myös avata mahdollisuuksia työelämässä jatkamiseen ja uuteen työhön. Lapissa muun muassa pitkät etäisyydet ja työperäinen muuttoliike voivat johtaa verkostojen hajoamiseen ja luontaisen tuen heikentymiseen.

Sosiaalista tukea koskevat tutkimustulokset ovat keskenään ristiriitaisia, sillä tuen merkitys voi vaihdella muun muassa vastaanottajan tilanteen ja saatavilla olevan tai annetun tuen laadun mukaan (Brouwer ym. 2010, Karlsson ym. 2010). Sosiaalisen tuen ja luottamuksen kääntöpuolta heijastaa mielen-terveysongelmiin liittyvä stigma. Lähes kaksi kolmannesta kaikista vastanneista ja yli neljä viidesosaa työttömistä ja eläkeläisistä arveli työntekijän työsuhteen olevan vaarassa, jos hänen mielen-terveysongelmansa tulee ilmi. Kielteisten asenteiden kokeminen oli myös yhteydessä koettuun työkykyyn. Vastaavalla tavalla Solem (2008) on raportoinut ikään liittyvien kielteisten stereotyyppien ja itsensä leimaamisen heijastuvan työkykyyn.

Tutkimuksen rajoituksena on postikyselyn matala vastausprosentti, jollaista on kuitenkin pidetty hyväksyttävänä vastaavanlaisissa, anonymiteettiin perustuvissa survey-tutkimuksissa (Bethge ym. 2012, Koolhaas ym. 2012). Vastaaajaryhmittäistä vaihtelua kompensoitiin painokertoimien avulla. Painokertoimien avulla ei kuitenkaan voida poistaa sitä, että huono terveys, työttömyys ja huono-osaisuus ovat yleensä yleisempiä vastaamatta jättäneiden kuin vastanneiden keskuudessa, toisin sanoen tutkimuksen tulokset antavat todennäköisesti liian positiivisen kuvan Lapin väestön työkyvystä (vrt. Lindén-Boström

et Persson 2012). Ongelman muodostaa luonnollisesti myös se, että koettua työkykyä tutkitaan ilman työtä ja työhistoriaa koskevia tietoja. Koska kyseessä on poikkileikkaustutkimus, syy-seuraussuhteita koskevia johtopäätöksiä tuloksista ei ole mahdollista tehdä.

Menetelmällisistä ongelmista huolimatta tutkimus kiinnittää huomion työttömien ja työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden hyvinvointivajeisiin. Se osoittaa myös, että työllisen työvoiman ulkopuolella, työttöminä ja työkyvyttöminä, on Lapissakin huomattava joukko ihmisiä, joiden työkyky heidän oman arvionsa mukaan riittäisi työntekoon. Terveystekijöiden ja elämäntilanteen ohella hallinnan tunteella ja sosiaalisella tuella on oleellinen merkitys työkyvyn heikentymisessä ja työelämän ongelmassa. Tämä merkitsee, että työkykyä ylläpitävää toimintaa ja työhön palaamista tukevaa kuntoutusta suunniteltaessa tulisi huomioida myös hallinnan tunnetta vahvistaviin ja sosiaalista tukea tuottaviin tilanteisiin ja verkostoihin. Huono työllisyystilanne ja elinkeinorakenteen yksipuolisuus vaikeuttavat Lapissa työkykynsä heikentyneeksi kokevien mahdollisuuksia jatkaa työssä tai palata työmarkkinoille. Syrjäytymisen ja eläköitymisen ehkäisyn näkökulmasta on tarpeen hyväksyä erilaisuus osaksi työelämää ja pyrkiä luomaan lisää työllistymismahdollisuuksia myös niille, joiden työkyky on tavalla tai toisella heikentynyt. Ammatillisen kuntoutuksen kehittämisessä tulisi näihin näkökohtiin kiinnittää enemmän huomiota.

Tiivistelmä

Heikentyneeseen työkykyyn yhteydessä olevien tekijöiden selvittäminen on tärkeää pyrittäessä ehkäisemään työelämästä syrjäytymistä ja parantamaan kuntoutuksen suuntaamista. Työkyvyn muutokset ovat 40 vuotta täyttäneillä yleisempiä kuin nuoremmassa ikäryhmässä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sosiaalisten resurssien ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvien tekijöiden yhteyttä työkyvyn heikentymiseen Lapissa asuvil-

la 40–59-vuotiailla henkilöillä. Tiedonkeruu toteutettiin Lapin sairaanhoitopiirissä syksyllä 2012. Postikyselyn otos oli 8200 henkilöä ja vastausprosentti 33. Ikäryhmään 40–59 vuotta kuului vastanneista 959 (vastausprosentti 32). Heikentynyt työkyky määriteltiin työkykypistemäärän avulla (arvo 0–7 asteikolla 0–10). Analyysimenetelmänä oli logistinen regressioanalyysi. Terveys ja työkyky olivat työssä olevilla paremmat ja eläkeläisillä heikommät kuin työttömillä. Psykkisen hyvinvoinnin ongelmia oli työttömillä ja eläkeläisillä yhtä paljon. Pääasiallinen toiminta, sosiaalinen tuki, psyykinen roolitoiminta, depressio ja terveydentila olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn kokonaismallissa, joka sisälsi myös sosiodemografiset taustamuuttujat. Tietoja työkykyä selittävästä tekijöistä voidaan käyttää hyväksi pohdittaessa työkykyä ylläpitävän toiminnan ja kuntoutuksen mahdollisuuksia.

Abstract

Perceived work ability and related factors with middle-aged people living in Lapland
Perceived work ability predicts continuing at work or withdrawal to disability pension. The aim of the study was to investigate the associations of social, psychological and health factors with work ability in persons aged 40–59 years, living in Lapland. The total sample of the study was 8200 persons and the response rate 33. The number of persons aged 40–59 was 959 (response rate 32). A single-item work ability measure (work ability compared with the life time best) was used. With the unemployed, health and work ability were weaker than with those at work and better than with those at pension. Logistic regression analysis was used in determining the associations of social, psychological and health factors with work ability. In the total model, life situation, so-

cial support, psychological role functioning, depression and state of health were statistically significant predictors among all respondents, whereas health was the most important predictor among those at work. Information of factors associated with work ability is needed when developing strategies for rehabilitation and maintaining work ability.

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

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

**Marjo Romakkaniemi, YTT, yliopistonlehtori,
sosiaalityö, Lapin yliopisto**

**Esa Nordling, PsT, kehittämisspäälikkö,
Mielenterveysyksikkö, Terveys ja
hyvinvoinnin laitos**

Lähteet

- Aalto A-M, Aro A, Teperi J (1999) RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Tutkimuksia 101. Stakes, Helsinki.
- Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A, Pirkola S (2012) The Beck depression inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Res* 197,163–171.
- Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L (2010) The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health* 36, 404–12.
- Ahola K, Joensuu M, Mattila-Holappa P, Tuisku K, Vahtera J, Virtanen M (2014) Mielenterveysyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta. *Suomen Lääkärilehti* 69, 50–52.
- Alavinia SM, de Boer AGEM, van Duivenbooden JC, Frings-Dresen MHW, Burdorf A (2009) Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occup Med* 59, 32–37.
- Bandura A (1999) *Self-efficacy. The exercise of control.* Freeman, New York.
- Berglund H, Gerner U (2002) *Motivation and return to*

- work among the long-term sicklisted: an action theory perspective. *Disabil Rehabil* 24, 719–726.
- Bethge M, Radoschewski FM, Gutenbrunner C (2012) The work ability index as a screening tool to identify the need for rehabilitation: Longitudinal findings from the second German sociomedical panel of employees. *J Rehab Med* 44, 980–987.
- Brevik JI, Dalgard O (1996) *The Health Profile Inventory*. Oslo.
- Brooks R, EuroQol Group (1996) EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 37, 53–72.
- Brouwer S, Reneman MF, Bultmann U, van der Klink JJJ, Groothof JW (2010) A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *J Occup Rehabil* 20, 104–112.
- Dhalla S, Kopec JA (2007) The CAGE Questionnaire for alcohol misuse: A review of reliability and validity studies. *Clin Invest Med* 30, 33–41.
- Ewing JA (1968) Detecting alcoholism: The Cage Questionnaire. *JAMA* 252, 1905–7.
- Forsman A, Herberts K, Aromaa E, Tuulari J, Wahlbeck K (2009) Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Menetelmäraportti. Avauksia 3/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Gallie D, Paugam S, Jacobs S (2003) Unemployment, poverty and social isolation: Is there a vicious circle of social exclusion? *European Societies* 5, 1, 1–32.
- Giordano GN, Lindström M (2016) Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *J Epidemiol Community Health* 70, 10–16.
- Goldberg DP (1972) *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, London.
- Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (2012a) Mitä kuntoutuksen jälkeen? Teoksessa Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (toim.) *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012*. Eläketurvakeskus, Helsinki, 193–228.
- Gould R, Koskinen S, Sainio P, Blomgren J, Kivekäs J, Ilmarinen J, Husman P, Seitsamo J (2012b) *Työkyky*. Teoksessa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 141–144.
- Gould R, Härkäpää K, Koskinen S (2015) *Työkyvyn arviointi väestötutkimuksissa. Toimia-verkosto*. (http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2015/11/30/Tyokyvyn_arviointi_vaestotutkimuksissa_VALMIS2.pdf.)
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) (2006a) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsinki.
- Gould R, Kaliva K (2010) *Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Eläketurvakeskuksen raportteja 5*. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Gould R, Koskinen S, Seitsamo J, Tuomi K, Polvinen A, Sainio P (2006b) *Aineisto ja menetelmät. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet*. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsinki, 35–54.
- Härkäpää K (1992) Psychosocial factors as predictors for early retirement in patients with chronic low back pain. *J Psychosom Res* 36, 553–559.
- Ilmarinen J, Gould R, Järvikoski A, Järvisalo J (2006) *Työkyvyn moninaisuus*. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet*. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsinki, 17–34.
- Järvikoski A, Peltoniemi J, Puumalainen J (1999) Ikääntyneet pitkäaikaistyöttömät terveydenhuollossa ja kuntoutuspalveluissa. *Tutkimuksia 61. Kuntoutussäätiö*, Helsinki.
- Karlsson N, Skargren E, Kristenson M (2010) Emotional support predicts more sickness absence and poorer self-assessed work ability: a two-year prospective cohort study. *BMC Public Health* 10, 648–58.
- Kerätär R (2015) Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1340. Oulun yliopisto, Oulu.
- Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustün TB, Wittchen H-U (1998) *The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF)*. *Int J Methods Psychiatr Res* 7, 171–185.
- Koolhaas W, van der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S (2012) Towards a sustainable healthy working life: associations between chronological age, functional age and work outcomes. *Eur J Public Health* 22, 424–429.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Gould R (2006) *Työkyky ja terveys*. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet*. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsinki, 114–134.
- Laaksonen M, Gould R (2013) Regional differences in disability retirement: explaining between-county differences in Finland. *Scand J Work Environ Health* 39, 609–17.
- Lachman ME, Weaver SL (1998) The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *J Person Soc Psychol* 74, 763–73.
- Lapin ELY-keskus (2013) *Lapin työllisyyskatsaus syyskuu*. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus, Lapin ELY-keskus.

- Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F (2014) Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: A scoping review of published definitions. *J Occup Rehabil* 24, 242–267.
- Lindén-Boström M, Persson C (2012) A selective follow-up study on a public health survey. *European Journal of Public Health* 23, 152–157.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S, Gould R (2006) Työkyky eri asuinalueilla ja kieliryhmissä. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsinki, 64–70.
- McGonagle AK, Barnes-Farrell JL, Fisher GG, Grosch JW (2015) Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes. *J Appl Psychol* 100, 376–398.
- McGonagle AK, Barnes-Farrell JL, Milia LD, Fischer FM, Hobbs BBB, Iskra-Golec I, Kaliterna L, Smith L (2014) Demands, resources, and work ability: A cross-national examination of health care workers. *Eur J Work Org Psychol* 23, 830–846.
- Millet P, Sandberg KW (2003) Locus of control and its relationship with vocational rehabilitation outcomes of unemployed sick leaves in Sweden. *J Vocat Rehabil* 19, 59–66.
- Nyman H, Kiviniemi M (2015) Katsaus eläketurvaan vuonna 2014. Tilastoraportteja 04/2015. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- 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.
- Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J (2015) Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkene- misen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 91. Kela, Helsinki.
- Pearlin LI, Nguyen KB, Schieman S, Milkie MA (2007) The life-course origins of mastery among older people. *J Health Soc Behav* 48, 164–179
- Pearlin LI, Schooler C (1978) The structure of coping. *J Health Soc Behav* 19, 1, 2–21.
- Pensola T, Gould R, Polvinen A (2010) Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikunta- elinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:16. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Pensola T, Järvisalo A (2006a) Sosiaalinen tuki ja osallistuminen. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) Työkyvyn ulottu- vuudet. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsinki, 190–196.
- Pensola T, Järvisalo A (2006b) Työkyky siviilisää- ty- ja perherakenneryhmissä. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) Työ- kyvyn ulottuvuudet. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsin- ki, 97–103.
- Rahkonen O, Laaksonen M, Lallukka T, Lahelma E (2011) Sosiaaliluokkien välisten terveyserojen se- littäminen ja niiden vähentämisen haaste. Esi- merkkinä työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen. *Janus* 19, 358–368.
- Rantala J (2008) Varhainen eläkkeelle siirtyminen. Elä- keturvakeskuksen tutkimuksia 2008:1. Eläketur- vakeskus, Helsinki.
- Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Cle- naghan M, Rutherford J (2008) Individual place- ment and support: From research to practice. *Ad- vances in Psychiatric Treatment* 13, 50–60.
- Solem PE (2008) Age changes in subjective work abi- lity. *International Journal of Ageing and Later Li- fe* 3, 2, 43–70.
- Stephens T, Dulberg C, Joubert N (2000) Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis. *Chronic Dis Can* 20, 118–126.
- Suikkanen A, Viinamäki L, Selkälä A (2014) Hyvin- vointibarometri ja -selontekojen tuloksia hy- vinvointipoliittisesta näkökulmasta. Teoksessa: Viinamäki L (toim.) Tunturi-Lapin seutukunnan hyvinvointibarometri 2013. Sarja A: Tutkimukset 4/2013. Lapin ammattikorkeakoulu, Kemi, 308–317.
- Talala K, Härkänen T, Martelin T ym. (2014) Koulutus- ryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot edel- leen suuria. *Suomen Lääkärilehti* 69, 2185–2192.
- Thoits PA (2011) Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav* 52, 145–161.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola M, Katajarinne L, Tulkki A (1997a) Työkyvyindeksi. Työterveyssholto 19. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Huuhtanen P, Mar- tikainen R, Nygård CH, Klockars M (1997b) Sum- mary of the Finnish research project (1981–1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scand J Work Environ Health* 23, 66–71.
- Viinamäki L (2014) (toim.) Tunturi-Lapin seutukunnan hyvinvointibarometri 2013. Sarja A: Tutkimukset 4/2013. Lapin ammattikorkeakoulu, Kemi.

SPIRAL-LAUTAPELI KUNTOUTUKSEN TUKENA

Tässä katsauksessa selvitetään kansainväliseen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusjärjestelmään (ICF) pohjautuvan lautapelimuotoisen työkalun (SPIRAL) toimivuutta mielenterveys- ja neuropsykiatriassa ryhmäkuntoutuksessa. Lisäksi tarkastellaan SPIRAL-lautapelin vaikutuksia GAS-muotoisessa tavoitteenasettelussa, kuntoutujiin hyvinvoinnin muutoksessa ja kurssimuotoisen kuntoutuksen ryhmäprosessissa. SPIRAL-menetelmä on kehitetty Kelan rahoittamassa Tulevaisuus pelissä -hankkeessa.

Johdanto

Pelilliset innovaatiot ovat lisääntymässä terveydenhuollon konteksteissa (King ym. 2013, Pereira ym. 2014), ja esimerkiksi videopelit täydentävät yksilöllistä kuntoutusta enenevästi (mm. Taylor ym. 2011, Llorens ym. 2015, Vakili & Langdon 2016). Lautapelimuotoisia välineitä on aiemmin kehitelty esimerkiksi sairastumiseen sopeutumisen tueksi (Pon 2010) ja kuntoutuksen työkaluiksi sosiaalisten taitojen harjoitteluun (Torres ym. 2002). Niittymäen (2013) opinnäytetyönä Satakunnan ammattikorkeakouluun kehittelemän SPIRAL-lautapelin tarkoituksena on toimia terveydenhuollon ammattihenkilöiden työkaluna silloin, kun on tarpeen konkreettisesti hahmottaa asiakkaan kuntoutuksen tarvetta. SPIRAL-lautapelimenetelmän avulla ryhmämuotoiseen kuntoutukseen osallistuvat kuntoutajat voivat arvioida henkilökohtaisia suoritus- ja osallistumisrajoitteitaan, psykofyysisiä toimintarajoitteitaan sekä oman tilanteensa kannalta oleellisia ympäristötekijöitä.

Alun perin psykiatriseen kuntoutukseen kehitetystä SPIRAL-menetelmästä jalostet-

tiin Tulevaisuus pelissä -kehittämishankkeessa (Koskinen 2015) aiempaa systemaattisempi aikuisille mielenterveyskuntoutujille soveltuva menetelmä sekä erillinen, nuorille autismin kirjon kuntoutujille soveltuva versio. Kehittämistyössä painotettiin toimintarajoitteiden arvioinnin lisäksi kuntoutujan omien muutostoiveiden tunnistamista.

SPIRAL-menetelmä on perinteinen lautapeli, jota pelatessaan kuntoutajat arvioivat oman toimintakykynsä eri osa-alueita kohderyhmäkohtaisten kysymyskorttien avulla erillisille henkilökohtaisille lomakkeille. Pelin päättyessä jokainen pelaaja on tuottanut laaja-alaisen arvion omasta toimintakyvystään sekä nimennyt muutostoiveensa, joista voidaan edelleen johtaa henkilökohtaiset kuntoutumistavoitteet. Kuntoutustyöntekijät voivat hyödyntää SPIRAL-pelissä täytettyjä itsearviointilomakkeita myös muun muassa kuntoutuksen sisällön suunnittelussa, kuntoutujiin toimintakyvyn muutosten seuraamisessa ja kuntoutujaa koskevan tiedon siirtämisessä terveydenhuollon yksiköstä toiseen.

Taustalla ICF-luokituksen laaja-alainen näkökulma toimintakykyyn

ICF on WHO:n hyväksymä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (THL 2013). ICF-luokituksen viitekehäyksessä toimintakyky ja sen rajoitteet käsitetään laaja-alaisesti erilaisten yksilö- ja ympäristötekijöiden vaikutusten alaisena vuorovaikutuksellisenä tilana (Harra ym. 2006). ICF-luokituksen hyödyntämistä kuntoutustyössä on yleisesti pidetty mahdollisuutena vahvistaa asiakkaan asemaa omassa kuntoutumisprosessissaan (Paltamaa ym. 2011, Pärnä ym.

2011). ICF-luokitus on juurtunut terveydenhuollon käytäntöihin kuitenkin hyvin hitaasti (Paltamaa & Perttinen 2015) muun muassa siksi, ettei valmiita, ICF:n käyttöä helpottavia työkaluja ole ollut saatavilla (Stenberg ym. 2016).

SPIRAL-pelissä toteutettavassa toimintakyvyn arvioinnissa hyödynnetään ICF-luokitusta. SPIRAL-lautapeliin sisältyvät kysymyskortit ja itsearviointilomakkeet ovat kohderyhmäkohtaisia. Mielenterveyskuntoutujiin kohdalla toimintakyvyn aihealueet valittiin ICF-luokitukselta depression (Cieza ym. 2004) ja bipolaarihäiriön (Ayuso-Mateos ym. 2013) ydinlistoihin perustuen. Ydinlistoihin on perusteellisen tieteellisen prosessin (Selb ym. 2015) myötä valikoitu näiden kohderyhmien toimintakykyyn oleellisimmin liittyvät ICF-koodit. Neuropsykiatrisille kohderyhmille tekeillä olevat ydinlistaukset (Bölte ym. 2014) eivät peliä kehitettäessä olleet vielä valmistuneet, joten niitä ei voitu hyödyntää. Autismin kirjon kohderyhmälle valittiin sopivia ICF-kuvaukskohteita Aspergerin oireyhtymän diagnostisten kriteereiden (ICD-10, WHO 1992) ja kliinisen asiantuntemuksen pohjalta. Molempien kohderyhmien versioihin valittiin alkusi 40 toimintakyvyn osa-alueita, joista käytännön kokemusten sekä hanketyöryhmän ja kuntoutustyöntekijöiden näkemysten pohjalta lopullisiin versioihin valikoitui 24 parhaiten käytännössä toiminutta toimintakyvyn aluetta.

GAS-menetelmä

Kuntoutujan aktiivista osallistumista oman kuntoutumisensa suunnitteluun ja seurantaan pidetään tärkeänä kuntoutusinterventiolle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Kuntoutujalähtöisten tavoitteiden tunnistaminen edellyttää mielekkäitä ja konkretisoivia välineitä toimintakyvyn itsearviointiin. Kuntoutusintervention tavoitteiden asiakaslähtöisyyttä voidaan pyrkiä lisäämään strukturoidun GAS-menetelmän avulla (Goal Attainment Scaling; Kiresuk & Sherman 1968). GAS-menetelmässä kuntoutujan kanssa käydyn keskustelun pohjalta kirjataan

ylös tavoite tai tavoitteet, jotka kuntoutusintervention kautta halutaan ja voidaan realistisesti saavuttaa. GAS-menetelmässä määritellään asteikko, jolle sijoitetaan hypoteettiset tilanteet, joissa tavoitetaso on joko saavutettu, on jääty sen alapuolelle tai se on ylitetty lievästi tai selvästi.

Sukulan (2013) katsausartikkelissa todetaan, että GAS-menetelmän käyttöönotto Kellan kuntoutuksessa on lisännyt kuntoutujien sitoutumista ja osallistumista kuntoutukseen sekä parantanut kuntoutuksen tavoitteellisuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Käytännön kuntoutustyössä GAS-menetelmän käytössä on kuitenkin ilmennyt myös haasteita. Turunen, Hannonen ja Ylisassi (2015) nostavat esiin GAS-menetelmän haasteita eritelevässä artikkelissaan liian yleiselle tasolle tai irrallisiksi jäävät tavoitteet. Ratkaisuksi he tarjoavat kuntoutuksen alussa tapahtuvan tilanneanalyysin napakoittamista sekä riittävän asiantuntijatuken varmistamista. He korostavat työntekijän vastuuta siitä, että kuntoutujalle valikoituvat tavoitteet ovat selkeitä ja merkityksellisiä, mutta muistuttavat, ettei asiantuntijan tehtävänä ole laatia tavoitteita asiakkaan puolesta.

Sukulan (2013) mukaan keskeiset käytännön haasteet ilmenevät tavoitteiden tunnistamisessa sekä tuotettujen tavoitteiden sijoittumisessa kapea-alaisesti tietyille toimintakyvyn osa-alueille. Sukula esittää, että erilaiset kansainväliseen toimintakykyluokitukseen, ICF:ään (THL 2013), perustuvat tavoitteiden kartoittamisen menetelmät voisivat auttaa tunnistamaan toimintakyvyn eri osa-alueille sijoittuvia kuntoutustarpeita paremmin.

SPIRAL-menetelmän edut

SPIRAL-menetelmällä nähtiin hanketyöryhmässä potentiaalia GAS-muotoisen tavoitetyöskentelyn tukena. SPIRAL-menetelmän ICF:ään pohjautuva lähestymistapa takaa laaja-alaisen näkökulman yksilön toimintakykyyn. Lautapeliuotoinen työkalu on helpposti ryhmämuotoiseen kuntoutukseen omaksettavissa. Lisäksi uskottiin, että toiminnallisen pelin varjolla voisi olla helpompi käsitellä

sellaisia aiheita, joista keskustelemiseen kuntoutujan voi muutoin olla vaikea motivoitua etenkin kuntoutuksen alkuvaiheessa. Ajatuksena oli, että SPIRAL-peliä pelaamalla tavoitetyöskentelyyn saadaan vaivattomasti konkreettisia kuntoutujalähtöisiä teemoja, ja kuntoutujat aktivoituvat oman kuntoutuksensa rakentajina ikään kuin itsestään.

Toimintakykyosuuden lisäksi lautapeli-muotoiseen SPIRAL-menetelmään on sisällytetty erilaisia käyttökokemuksen mielekkyyttä tukevia pelillisiä elementtejä, kuten pisteiden keräämistä ja ryhmätehtäviä. Mielekäs pelitilanne voi sellaisenaan edesauttaa ryhmän yhteistyön toimivuutta ja kohentaa kuntoutusryhmän sisäistä ilmapiiriä. Vuorovaikutusta helpottava toiminnallinen pelitilanne voi myös edistää vertaiskokemusten jakamista kuntoutusryhmässä, parantaa pelaajien itse-reflektiota ja kirkastaa käsityksiä omasta hyvinvoinnista ja toimintakyvystä. Optimaalisimmillaan kuntoutuksen alussa käytettävä SPIRAL-peli voisi näin tehostaa kuntoutusinterventtion vaikutuksia ja korostaa kuntoutujan kokemaa hyvinvoinnin myönteistä muutosta.

SPIRAL-menetelmän käytettävyyttä kuntoutuksessa ja etenkin yksilöllisessä tavoitteenasettelussa tarkasteltiin kehittämistyön yhteydessä. SPIRAL-menetelmää käyttäneiden kuntoutuskurssien lisäksi seurattiin vastaavia kursseja, joilla menetelmä ei ollut käytössä.

Tämän katsauksen tarkoituksena on esitellä kehittämishankkeeseen osallistuneilla kursseilla kartoitettuja kuntoutujien ja työntekijöiden näkemyksiä SPIRAL-menetelmän käytännön toimivuudesta, hyödyistä ja haasteista. Lisäksi katsauksessa raportoidaan systemaattisemman tiedonkeruun tuloksia SPIRAL-menetelmän vaikutuksista. Vertailemalla SPIRAL- ja kontrollikursseilta kerättyjä tietoja pyritään selvittämään, helpottaako SPIRAL-menetelmä GAS-tavoitteiden konkretisoimista, vai kuttaako SPIRAL-menetelmä kuntoutujan hyvinvointiin ja parantaako SPIRAL-menetelmä kuntoutusryhmän koherenssia kuntoutujan näkökulmasta. Tieto uuden menetelmän toimivuudesta voi helpottaa sen käyttöönottoa

kuntoutustyöntekijöiden keskuudessa ja näin edistää kehittämishankkeen tuotoksen leviämistä ja juurtumista käytäntöön.

Menetelmät

Osallistujat ja eteneminen

SPIRAL-menetelmää kehitettiin sekä aikuisten mielenterveyskuntoutujien että autismin kirjon nuorten kuntoutuskursseilla. Mielenterveyskuntoutujien ryhmässä (MT) oli osallistujia kahdelta taholta: Kuntoutussäätiön kuntoutuspalveluyksikössä toteutettavilta, Kelan tukemilta Askel-kuntoutuskursseilta sekä Lempäälän kunnan psykiatrian yksikössä toteutettavilta mielenterveyskuntoutujien avokuntoutuskursseilta. Autismi kirjon nuorten ryhmä (AS) koostui Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön järjestämän Aspergerin oireyhtymän sopeutumisvalmennuksen kurssilaisista.

Jokaiselta palveluntuottajalta valittiin kolme mahdollisimman samankaltaista kuntoutusryhmää, jotka toteutuivat vuoden 2015 aikana. Muista poiketen Lempäälän kunnan psykiatrian yksikössä järjestyi kyseisenä ajan-kohtana vain kaksi keskenään samankaltaista kurssia. Kontrolliryhmäksi päädyttiin siksi valitsemaan eri yksikössä (Ehtookoto Ry) ostopalveluna toteutettava, muutoin samankaltainen ryhmäkuntoutuskurssi. Kehittämishankkeeseen osallistuneita kuntoutusryhmiä oli siis yhteensä yhdeksän. Näistä kuudella SPIRAL-menetelmä oli käytössä (SPIRAL-ryhmät) ja kolmella kuntoutusinterventio toteutettiin kuten tavallisesti, ilman SPIRAL-menetelmää (kontrolliryhmät). Kaikille osallistujille annettiin tietoa hankkeesta ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus, alaikäisiltä myös huoltajan suostumus.

SPIRAL-ryhmissä menetelmää käytettiin tavanomaisen kurssitoiminnan ohessa ennen kuntoutuksen alkupuolella järjestettäviä yksilöllisiä tavoitekeskusteluja. Mielenterveyskuntoutujien osalta SPIRAL-peliä pelattiin kurssin alussa kahdella peräkkäisellä ryhmäkerralla yhteensä noin kaksi tuntia. Autismi kirjon nuorten kanssa peliä pelattiin sopeu-

tumisvalmennuskurssin toisena päivänä noin tunnin ajan. Koska menetelmän toimivuutta tarkasteltiin sen kehittämisen yhteydessä, pelin visuaalista ilmettä, sääntöjä ja pelitilanjärjestelyjä muokattiin pelikertojen välillä. Näin ollen pelikokemus ei ollut kaikille muun muassa ajankäytön, ryhmäkoon ja sääntöjen osalta täysin sama. Pelitilanteessa oli läsnä kuntoutuskurssien ohjaajien lisäksi 1–2 vaihtuvaa hanketyöryhmän jäsentä (kuntoutusohjaaja ja/tai psykologi). Kontrollikurssit toteutettiin kuten tavallisesti, ilman hanketyöryhmän jäsenten läsnäoloa.

Kehittämishankkeeseen osallistuneilta kuntoutuskursseilta kerättiin palautetta SPIRAL-menetelmän käyttökokemuksesta ja toimivuudesta kuntoutuksen työkaluna. Sekä kuntoutujat että työntekijät kertoivat näkemyksiään menetelmästä ja sen kehittämiskohteista jokaisen pelitilanteen päätteeksi. Työntekijöitä haastateltiin erikseen myös kurssien jälkeen. SPIRAL-menetelmää kehitettiin jatkuvasti kuntoutujien ja työntekijöiden palautteen pohjalta. Havaintojen ja haastattelujen lisäksi hankkeessa kerättiin systemaattisempaa kyselytietoa. Sekä SPIRAL- että kontrolliryhmissä täytettiin yksilöllisten tavoitekeskusteluiden päätteeksi kysely, jossa arvioitiin tavoitteen määrittämisen sujuvuutta. Lisäksi jokainen osallistuja vastasi hyvinvointia kartoittaviin kyselyihin ensimmäisen kerran ryhmän alussa (T1) ja uudelleen kurssin päätteeksi (T2). Kurssin päätteeksi kuntoutujat arvioivat kuntoutusryhmän ryhmäprosessia itsearviointilomakkeella.

Kuntoutujien ja kuntoutustyöntekijöiden haastattelut

Jokaisen pelikerran päätteeksi kuntoutujat ja työntekijät osallistuivat puolistrukturoituun ryhmähaastatteluun, jossa käytiin läpi pelikokemuksen mielekkyyteen ja pelivälineiden toimivuuteen liittyviä teemoja. Mielekkyyden osalta haastattelussa kartoitettiin pelitilanteessa vallinnutta tunnelmaa, ohjeistuksen selkeyttä ja etenemisen sujuvuutta. Pelivälineiden osalta kysyttiin näkemyksiä pelilaudan ominaisuuksista, toimintakykyä koskevien

kysymysten sisällöstä ja relevanssista kohde-ryhmän kannalta, tehtävien mielekkyydestä, itsearviointilomakkeista ja pelin yleisestä ulkoasusta. Lisäksi kussakin kehittämishankkeeseen osallistuneessa kuntoutusyksikössä järjestettiin jälkikäteen puolistrukturoidut työntekijähaastattelut, joihin kutsuttiin SPIRAL-kursseilla työskennelleet työntekijät. Näissä haastatteluissa kartoitettiin, miten menetelmä asettui kuntoutuskurssin rakenteeseen, miten menetelmään suhtauduttiin myöhemmin kuntoutuksen aikana, helpottiko menetelmä tavoitekeskusteluja, olivatko SPIRAL-ryhmien kuntoutujien tavoitteet jollain tavalla tavanomaisesta poikkeavia sekä sitä, miten menetelmää voisi hyödyntää kuntoutuselosteiden ja -lausuntojen laatimisessa. Lisäksi kerättiin työntekijöiden mielipiteitä menetelmän käytännön toimivuudesta ja menetelmään valittujen toimintakyvyn osa-alueiden osuvuudesta. Kehittämistyön päätyttyä työntekijöille annettiin mahdollisuus arvioida menetelmää vielä kertaalleen hankeyhteistyötä koskeneen sähköisen palautekyselyn yhteydessä.

Kysely GAS-tavoitteen määrittelyn sujuvuudesta

Seuratuilla kursseilla kuntoutujien tavoitteet asetettiin GAS-menetelmän mukaisesti toteutetuissa yksilöllisissä tavoitekeskusteluissa. Keskustelut käytiin MT-ryhmässä kahden kesken työntekijän ja kuntoutujan välillä ja alaikäisistä koostuvassa AS-ryhmässä työntekijän, kuntoutujan ja tämän huoltajan kesken. Keskustelun päätteeksi sekä kuntoutuja että työntekijä arvioivat tavoitekeskustelun sujuvuutta vastaamalla neljään kysymykseen (taulukko 1).

Kyselyt kuntoutujalle

Hyvinvointi. MT-ryhmässä seurattiin kuntoutujien mielialaa, elämänlaatua, tyytyväisyyttä elämään sekä hallinnan kokemusta. Mielialaa tutkittiin DEPS-depressioseulalla (Salokangas ym. 1995), joka sisältää 10 asteikolla 0–3 pisteytettyä osiota. Suurempi summapistemäärä tarkoittaa henkilön raportoineen runsaammin

Taulukko 1. Tavoitekeskustelun sujuvuutta kartoittavat kysymykset.

| Arvioija | Kysymys | Skaala |
|------------|--|--------|
| Kuntoutuja | Kuinka helppoa kuntoutustavoitteen asettaminen oli? | 1–5 |
| Kuntoutuja | Kuinka tärkeäksi koet itsellesi asetetun tavoitteen? | 1–5 |
| Työntekijä | Kuinka helposti kuntoutustavoite löytyi? | 1–5 |
| Työntekijä | Kuinka kuvailisit kuntoutujan omaa aktiivisuutta tavoitekeskustelussa? | 1–5 |

mielialan alavireyttä kuvaavia oireita. Elämänlaatua arvioitiin 26-osioisella WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarilla (WHOQOL Group 1998), joka sisältää neljä ulottuvuutta (psykkinen, fyysinen ja sosiaalinen elämänlaatu sekä elinympäristö). Ulottuvuuksille lasketaan pisteet asteikolla 0–100. Lisäksi WHOQOL-BREF sisältää kaksi asteikolla 1–5 pisteytettyä kysymystä yleisestä elämänlaadusta ja terveydestä. Tyytyväisyyttä omaan elämään tutkittiin SWLS-itsearviointiasteikolla (Satisfaction With Life Scale; Diener ym. 1985), joka sisältää viisi asteikolla 1–7 pisteytettyä kysymystä (1 = täysin eri mieltä, 7 = täysin samaa mieltä). Tyytyväisyyttä elämään kuvataan osioista lasketulla summapistemäärällä. Hallinnantunnetta kartoitettiin SOM-itsearviointiasteikolla (Sense of Mastery; Pearlin & Schooler 1978), joka sisältää seitsemän asteikolla 1–4 pisteytettyä kysymystä (1 = täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Hallinnantunnetta kuvataan osioista lasketulla summapistemäärällä.

AS-ryhmässä itsearviointiosuus pyrittiin osallistujien nuoren iän ja taustadiagnosiin yleisesti liittyvien tarkkaavuusongelmien vuoksi pitämään mahdollisimman suppeana. Hyvinvoinnin osalta AS-ryhmässä seurattiin näin ollen vain terveyteen liittyvää elämänlaatua. Menetelmänä käytettiin 14–17-vuotiaille suunnattua Kiddo-KINDL-itsearviointiasteikkoa (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents, Revised Version; Ravens-Sieberer & Bullinger 1998), joka koostuu kuudesta pääteemasta: fyysinen hyvinvointi, tunne-elämän hyvinvointi, itsetunto, perhe, ystävät ja koulu. Osa-alueita kartoitetaan yhteensä 24 kysymyksellä, joita kuntoutuja arvioi asteikolla 1–5. Myöhemmin vastaukset muutetaan asteikolle 0–100. Lisäksi asteikosta on laskettavis-

sa yleistä elämänlaadun kokemusta kuvastava kokonaissumma (0–100).

Ryhmäkoherenssi. Kaikki osallistujat (sekä MT- että AS-ryhmä) arvioivat kuntoutusryhmän sisäistä ilmapiiriä ja yhteistyön toimivuutta SOC-G-10-mittarilla (Julkunen ym. 2013), jossa vastaaja arvioi kymmentä väittämää asteikolla 1–5 (1 = ei lainkaan pidä paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkansa). Korkea summapistemäärä viittaa vahvaan ryhmän sisäiseen koherenssiin ja vastaajan kokemaan hyvään yhteistyöhön.

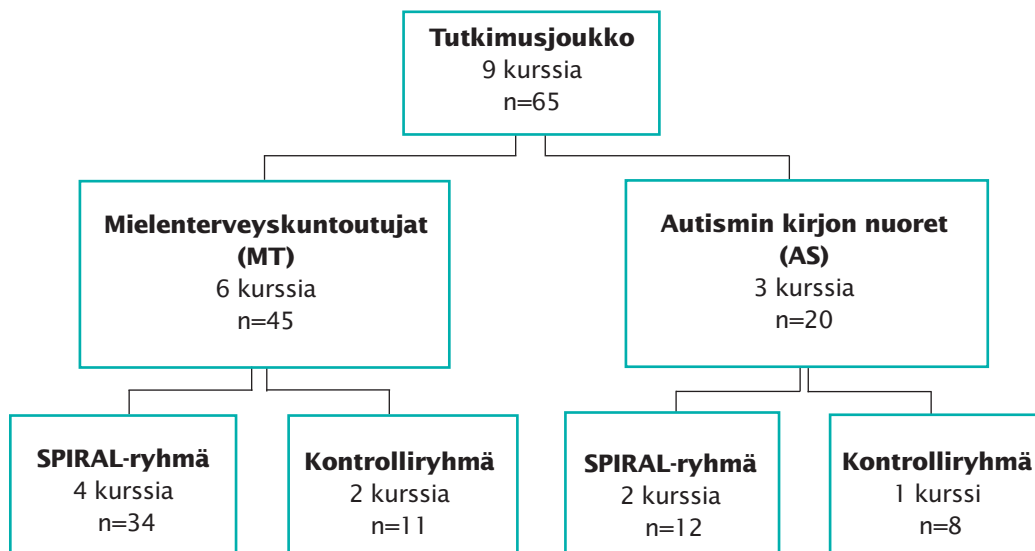
Tilastolliset menetelmät

SPIRAL- ja kontrolliryhmän vertailussa käytettiin parametrisia tilastomenetelmiä silloin, kun se oli jakaumatarkastelujen puitteisissa mahdollista. Pienen otoskoon vuoksi joitakin tarkasteluja jouduttiin toteuttamaan vain laadullisesti otoksen tunnuslukuja taulukoimalla. Seurannasta pudonneiden ominaisuuksia tarkasteltiin muuttujakohtaisten katoanalyysien avulla. Kadon systemaattisuutta tarkasteltiin iän ja sukupuolen lisäksi sen mukaan, kuuluiko pois jäänyt henkilö SPIRAL- tai kontrolliryhmään. Tilastolliseen tiedonkäsittelyyn käytettiin Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) -ohjelman versiota 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY).

Tulokset

Osallistujien taustatiedot

Kehittämishankkeeseen osallistuneita kuntoutujia oli yhteensä 65, joista 46 osallistui SPIRAL-ryhmiin ja loput 19 kontrolliryhmiin (kuva 1). Osallistujien ikä oli keskimäärin 21.2 ± 7 (ka \pm kh) vuotta (vaihteluväli 13–45); SPIRAL-ryhmässä $21.7 \pm 7,4$ ja kontrolliryhmässä



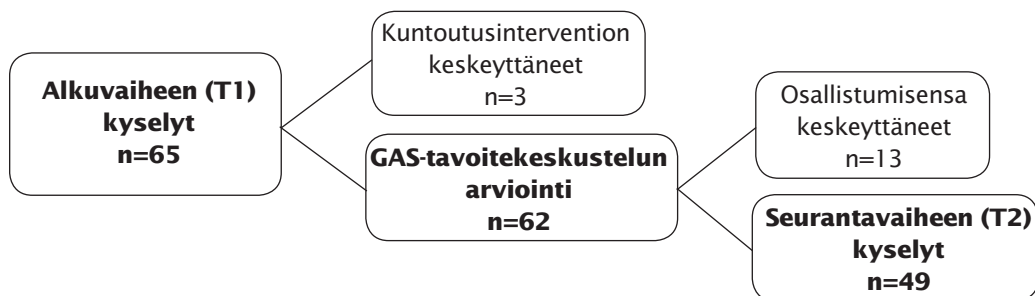
Kuva 1. Osallistujien lukumäärät kohderyhmittäin.

20.0 ± 6. Miehiä tai poikia oli kaikista osallistujista 34 (52 %); SPIRAL-ryhmästä 25 (54 %) ja kontrolliryhmästä yhdeksän (47 %). Kunkin ryhmän taustatiedot on esitetty taulukossa 2. Autismin kirjon nuorten SPIRAL-ryhmässä poikien lukumäärä oli muuhun ryhmään ja muihin alaryhmiin nähden korostunut (83 %). MT-ryhmässä kuntoutusinterventio keskeytyi kolmella henkilöllä jo ennen tavoitekeskustelua ja lisäksi yhdeltätoista ei saatu seurantavaiheen arvioita (kuva 2). AS-ryhmässä kaikkien kuntoutusinterventio toteutui, mutta kaksi kuntoutujaa ei osallistunut tutkimuksellisen osuuden seurantavaiheeseen.

Kuntoutujien ja työntekijöiden palaute

Peltilannetta koskeva palaute hyödynnettiin suoraan kehittämistyössä. Muun muassa pelin ulkoasua, sääntöjä, toimintakyvyn osa-alueiden määrää ja toimintakykyisältöjen kieliasua muokattiin jatkuvasti kuntoutujien ja työntekijöiden kommenttien pohjalta paremmin kohderyhmille sopiviksi. Lopulliset SPIRAL-versiot muotoiltiin yhteistyössä työntekijätiimien kanssa.

MT-ryhmän nuoret aikuiset suhtautuivat SPIRAL-peliin pääsääntöisesti positiivisesti, sen sijaan nuorten keskuudessa pelikoke-



Kuva 2. Kehittämishankkeen tutkimuksellisen osuuden eteneminen ja osallistujat.

Taulukko 2. Osallistujien taustatiedot.

| | Kaikki | SPIRAL-ryhmä | Kontrolliryhmä |
|--|-------------------|--------------|----------------|
| Aikuiset mielenterveyskuntoutajat | | | |
| n | 45 | 34 | 11 |
| Sukupuoli, miesten lkm (%) | 20 (44) | 15 (44) | 5 (46) |
| Ikä, ka (kh) | 24.5 (5.8) | 24.5 (6.4) | 24.6 (3.2) |
| Koulutus, n (%) | | | |
| perusaste | 12 (27) | 10 (29) | 2 (18) |
| ammattillinen perustutkinto | 12 (27) | 8 (24) | 4 (36) |
| ylioppilastutkinto | 16 (36) | 13 (38) | 3 (27) |
| alempi korkeakoulu-/opistotutkinto | 4 (9) | 2 (6) | 2 (18) |
| ylempi korkeakoulututkinto | 1 (2) | 1 (3) | - |
| Elämäntilanne, n (%) | | | |
| opiskelija | 15 (33) | 12 (35) | 3 (27) |
| työssä | 3 (7) | 3 (9) | - |
| sairauslomalla | 7 (16) | 5 (15) | 2 (18) |
| työtön | 8 (18) | 6 (18) | 2 (18) |
| kuntoutustuella | 10 (22) | 6 (18) | 4 (36) |
| eläkkeellä | 2 (4) | 2 (6) | - |
| Autismin kirjon nuoret | | | |
| n | 20 | 12 | 8 |
| Sukupuoli, poikien lkm (%) | 14 (70) | 10 (83) | 4 (50) |
| Ikä, ka (kh) | 13.7 (.88) | 13.6 (.90) | 13.8 (.89) |

muksessa oli enemmän yksilöllistä vaihtelua. Joillekin AS-ryhmän nuorille pelitilanne oli rankka ja kuormittava, toisille taas liian pitkäveinen.

Työntekijätapaamisissa AS-ryhmän työntekijät toivat esille, että pelitilanne edellyttää ohjaajan säätelyä. Erityisen tärkeäksi koettiin se, miten peli nuorille esitellään. Yleinen näkemys oli, että SPIRAL-menetelmä tulisi esitellä mahdollisuutena pohtia omaa toimintakykyä ja tavoitteita pelillisesti sen sijaan, että se esiteltäisiin jännittävänä ja viihteellisenä lautapelinä. Kuntoutuksen tueksi suunnittelun työkalun mahdollisuudet kilpailla muiden nuorille varsin tuttujen ja mieluisten pelien joukossa voivat olla heikot. Sekä kuntoutajat että työntekijät kokivat SPIRAL-menetelmän selkeäksi ja helposti omaksuttavaksi.

Yleisesti työntekijät näkivät SPIRAL-menetelmällä mahdollisuuksia tukea kuntoutuksen suunnittelua. Työntekijätapaamisissa tuotiin esille, että kuntoutustyöntekijä pystyy jo pelaamista havainnoimalla saamaan paljon informaatiota kuntoutujasta ja tälle tärkeistä kuntoutumistavoitteista. Työntekijät koki-

vat, että pelissä mahdolliset tavoitteet konkretisoituvat kuntoutujille arjessa toimimiseen liittyvien esimerkkien kautta. Kuntoutuksen alussa pelattavan SPIRAL-pelin koettiin aktiivoin tavoitetyöskentelyä ja kuntoutuksessa myöhemmin käsiteltäviä teemoja. Pelissä esiin nousevia teemoja voisi erään AS-ryhmän työntekijän mukaan pyrkiä aktiivisemminkin hyödyntämään kuntoutuskurssin ohjelmassa ja painotuksissa.

Keskeisenä havaintona sekä AS- että MT-kurssien työntekijöiden keskuudessa nousi esiin, että SPIRAL-menetelmän avulla kuntoutujan osallisuus omassa kuntoutumisessaan korostuu. Molempien kohderyhmien työntekijät kokivat, että SPIRAL-menetelmä on toimiva keino saada kuntoutuja itse pohtimaan elämäänsä liittyviä asioita ja keskustelemaan niistä. Menetelmän kautta hankittu tieto koettiin hyödylliseksi myös myöhemmin järjestetyissä tavoitekeskusteluissa. AS-ryhmän kohdalla todettiin, että hiljaisenkin nuoren kohdalla keskustelu ja omien mielipiteiden esille tuominen helpottui tavoitekeskustelussa jo siitä, että oli konkreettinen lomake, jota voi-

Taulukko 3. Tavoitekeskusteluarviointiin osallistuneiden (n = 59) ja pois jääneiden (n = 6) vertailu taustatekijöiden suhteen.

| | testisuure | df | p |
|---|------------|----|-------|
| ikä, t-testi | -0.067 | 63 | 0.370 |
| sukupuoli, χ^2 -testi | 0.546 | 1 | 0.460 |
| ryhmä (SPIRAL/kontrolli), χ^2 -testi | 0.038 | 1 | 0.845 |

tiin yhdessä nuoren ja tämän perheen kanssa tarkastella. Yleisesti työntekijät kokivat, että GAS-tavoitteen määrittely muuttuu asiakaslähtöisemmäksi, kun pohjalla on asiakkaan itsensä pelin pohjalta nostamat haasteet. Lisäksi koettiin, että SPIRAL ja sen ICF-luokituksen viitekehys tuovat tavoitekeskusteluun laajemman näkökulman ja uusia teemoja.

Lisäksi työntekijät kokivat SPIRAL-menetelmän tukevan ryhmän sisäistä vuorovaikutusta. Ryhmässä tapahtuvan toiminnallisen pelihetken koettiin edistävän tutustumista kurssin alussa. Eräs MT-ryhmän työntekijä toi esille, että pelaaminen on luonteva tapa toimia ryhmässä etenkin silloin, kun kuntoutujalla on sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja välttelyä. Yleisesti koettiin, että toiminnallisen pelin varjolla voi olla helpompi keskustella asiasta työntekijöiden ja vertaistenkin seurassa.

Työntekijät näkivät uuden menetelmän käyttöönotossa keskeisenä käytännön haasteena sen sovittamisen kuntoutuskurssin rakenteeseen. Kelan standardoimassa kuntoutuksessa GAS-tavoitteet asetetaan hyvin varhaisessa vaiheessa, usein jo ennen ensimmäisiä ryhmäkokoontumisia. Näin ollen SPIRAL-menetelmän käyttö tavoitteenasettelun pohjustuksena edellyttää joustoa aikatauluissa. Kehittämishankkeessa kokeiltiin järjestelyä, jossa ryhmäkertoja järjestettiin ennen yksilöllisiä GAS-keskusteluja. Tämä koettiin hyödylliseksi paitsi SPIRAL-kursseilla myös kontrolliryhmissä, joissa tavoitetyöskentelyä kyettiin muilla tavoin pohjustamaan ryhmissä ennen yksilöllistä GAS-keskustelua.

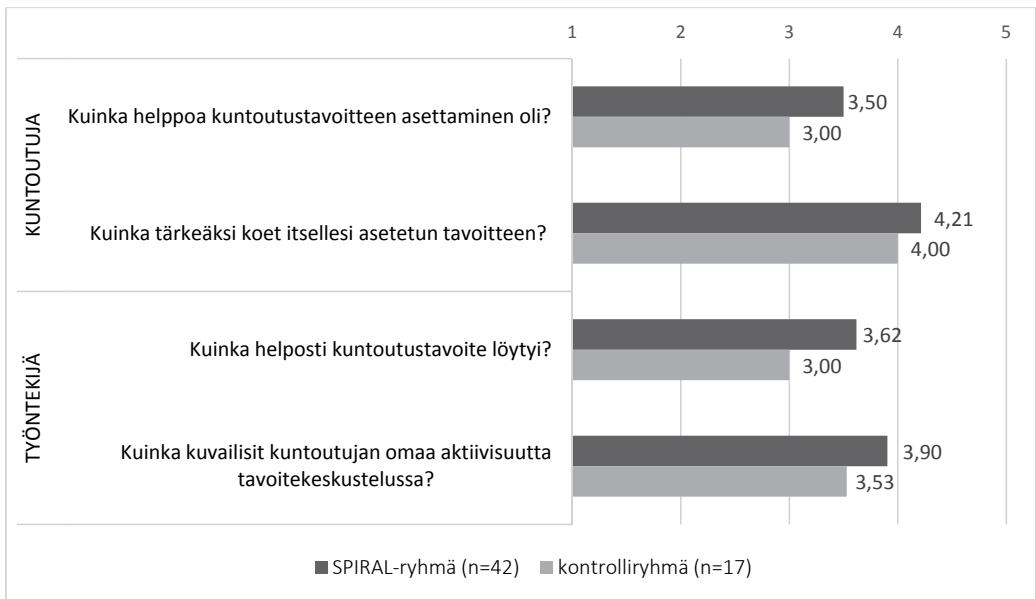
Työntekijöiden palautteissa nousi esille myös se, että myöhemmin tapahtuvassa tavoitekeskustelussa oli helppo keskustella pelissä esiin nousseista asioista SPIRAL-itsearviointilomakkeelle kirjattuja tietoja hyödyntäen, vaikka tavoitekeskustelun työntekijä ei itse

olisi ollut läsnä aiemmin toteutuneessa pelitilanteessa. Lisäksi menetelmä koettiin hyödylliseksi tavoitekeskustelussa, vaikka kuntoutuja ei olisi pitänyt varsinaista pelitilannetta mielekkäänä. Tavoitteiden sisällössä työntekijät eivät olleet havainneet merkittävää eroa tavanomaisiin kurseihin verrattuna, mutta he pitivät mahdollisena, että joitain tavoitteisiin nousseita teemoja ei ilman SPIRAL-menetelmää olisi joidenkin henkilöiden kohdalla noussut keskusteluun. Vaikka kehittämissä hankkeissa SPIRAL-itsearviointilomaketta ei käytetty enää tavoitekeskustelun jälkeen, sen hyödyntämistä kuntoutuselosteissa ja -lausunnoissa ja muussa terveydenhuollon sisällä tapahtuvassa tiedonsiirrossa pidettiin mahdollisena. Yleisesti työntekijät ilmaisivat, että uuden menetelmän käyttöönottoon tulee vaikuttamaan sen käytön helppous, työntekijöiden perehtyneisyys sekä johtoportaan ja koko työyhteisön asenne.

GAS-tavoitekeskustelut

Kolmen kuntoutusinterventionsa keskeyttäneen lisäksi kolme kuntoutujaa ei osallistunut GAS-keskustelun arviointiin, jolloin arvio tavoitekeskustelun sujuvuudesta saatiin yhteensä 59 (91 %) kuntoutujan GAS-keskustelusta. Kato ei ollut systemaattista taustatekijöiden tai sen mukaan, kuuluiko osallistuja SPIRAL-vai kontrolliryhmään (taulukko 3). SPIRAL-ryhmässä tavoitekeskustelut arvioitiin kaikkien kysymysten osalta keskiarvotasolla paremmiksi kuin kontrolliryhmässä (kuva 3).

Sekä kuntoutujien että työntekijöiden arvioiden perusteella oli havaittavissa selkeä trendi, jonka mukaan tavoitekeskustelut sujuivat paremmin SPIRAL-ryhmässä kuin kontrolliryhmässä. Trendi ei kuitenkaan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä. Suurimmat



Kuva 3. Kuntoutujan ja työntekijän arvio tavoitekeskustelun sujuvuudesta SPIRAL- ja kontrolliryhmissä.

keskiarvoerot sijoittuivat kysymyksiin, jotka koskivat GAS-tavoitteen määrittämisen helppoutta. Ryhmäkokojen pienuuden vuoksi tilastollista voimaa vahvistettiin jatkotarkasteluissa yhdistämällä kuntoutujan ja työntekijän tavoitteiden löytymisen sujuvuutta koskevien kysymysten vastaukset. Jatkotarkastelussa SPIRAL-ryhmässä havaittiin tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmää korkeammat arviot tavoitteen löytymisen sujuvuudesta (3.6 vs. 3.0, $t(57)=2.48$, $p<.05$).

MT- ja AS-ryhmien tavoitekeskusteluarviot (4 kysymystä) erosivat toisistaan, kun tarkasteltiin SPIRAL- ja kontrolliryhmiä yhdessä (MANOVA $F(4,53) = 6.448$, $p<.001$). Asetettu tavoite koettiin kuntoutujan näkökulmasta tärkeämmäksi MT-ryhmässä kuin AS-ryhmässä (4.4 vs. 3.6, ANOVA $F(1,56) = 8.030$, $p<.01$). Työntekijät kokivat kuntoutujan osallistuneen MT-ryhmässä aktiivisemmin tavoitekeskusteluunsa kuin AS-ryhmässä (3.2 vs. 4.1, ANOVA $F(1,56) = 9.019$, $p<.01$). Kun SPIRAL- ja kontrolliryhmien eroja tarkasteltiin erikseen AS- ja MT-ryhmissä, ryhmien tulokset vastasivat keskiarvotasolla koko joukon tuloksia, mutta eivät saavuttaneet tilastollista merkitsevyyttä.

Kuntoutujan hyvinvointi

Kun MT-ryhmän katoanalyseissa verrattiin seurannan ulkopuolelle jääneiden ryhmää seurannassa mukana oleviin, elämänlaadun tai hallinnantunteen alueilla ei havaittu eroja oleellisten taustatietojen osalta (taulukko 4). Kun tarkasteltiin tyytyväisyys elämään -muuttujaa, seurannan ulkopuolelle jääneet olivat seurannassa mukana olevia nuorempia ($22 \pm 3,5$ vs. $26 \pm 6,1$ v.) (taulukko 4). Mielialaa tarkasteltaessa seurannan ulkopuolelle jääneistä valtaosa (67 %) oli miehiä, kun taas seurannassa mukana olevat olivat valtaosin naisia (69 %).

AS-ryhmässä seurannasta pudonneita oli niin vähän, ettei yleistä katoanalyysiä tarvittu. AS-ryhmän itsearviointimenetelmän puuttuvien arvojen vuoksi elämänlaatuarviot jäivät kuitenkin etenkin seurantavaiheessa osin puutteellisiksi. Kokonaissumman ja koulua koskevan alaskaalan osalta seuranta-arvio puuttui vastaajista noin 20 prosentin osalta. Seurannan ulkopuolelle jääneet eivät eronneet iän suhteen niistä, joilta seurantatiedot oli mahdollista kerätä elämänlaadun ($t(16) = -0.033$; $p>.50$) tai koulua koskevien arvioiden

Taulukko 4. MT-ryhmän katoanalyysit hyvinvoinnin osa-alueilla iän (t-testi), sukupuolen (χ^2 -testi) ja ryhmän (χ^2 -testi) suhteen.

| Hyvinvoinnin osa-alue ja taustatekijä | testisuure | df | p |
|---------------------------------------|------------|----|-------|
| Mieliala | | | |
| ikä | -1.933 | 42 | 0.060 |
| sukupuoli | 5.116 | 1 | 0.024 |
| ryhmä (SPIRAL/kontrolli) | 2.548 | 1 | 0.110 |
| Elämänlaatu | | | |
| ikä | -1.511 | 43 | 0.290 |
| sukupuoli | 2.172 | 1 | 0.141 |
| ryhmä (SPIRAL/kontrolli) | 0.747 | 1 | 0.387 |
| Tyytyväisyys elämään | | | |
| ikä | -2.431 | 43 | 0.019 |
| sukupuoli | 3.24 | 1 | 0.072 |
| ryhmä (SPIRAL/kontrolli) | 2.167 | 1 | 0.141 |
| Hallinnantunne | | | |
| ikä | -2.679 | 43 | 0.204 |
| sukupuoli | 0.893 | 1 | 0.345 |
| ryhmä (SPIRAL/kontrolli) | 0.059 | 1 | 0.808 |

osa-alueilta ($t(18) = 0.433, p > .50$). Laadullisen tarkastelun perusteella havaittiin, että seurannan ulkopuolelle jäi tasaisesti molempien sukupuolten edustajia sekä SPIRAL- ja kontrolliryhmään alun perin osallistuneita.

T1- ja T2-vaiheissa kuntoutujien raportoi-maa hyvinvointia verrattiin SPIRAL- ja kontrolliryhmien välillä muuttujakohtaisin t-tes-tein. T1-vaiheessa tarkasteltiin erikseen kaik-kia osallistujia ja erikseen henkilöitä, jotka pysyivät mukana seurannassa. MT-kuntou-tujista koostuvan ryhmän kohdalla SPIRAL- ja kontrolliryhmien välillä ei havaittu eroja mielialassa, elämänlaadussa, tyytyväisydes-sä elämään tai hallinnantunteessa T1- tai T2-vaiheissa. AS-ryhmässä SPIRAL- ja kontrol-liryhmien välillä ei ollut eroja T1-vaiheessa. T2-ajankohtana kouluun liittyvät arviot olivat kontrolliryhmässä tilastollisesti merkitseväs-ti parempia kuin SPIRAL-ryhmässä (62.5 vs. 48.9, $t(13) = -2,179, p < .05$). Ero oli jo alkuvai-heessa (T1) melko selkeä (65.8 vs. 51.7), mutta ei tilastollisesti merkitsevää.

Tilastolliset tunnusluvut kuntoutujien ra-portoimista hyvinvoinnin muutoksista on ra-portoitu taulukossa 5. MT-ryhmää tarkastel-taessa mieliala-arviot kohenivat seurantajak-son aikana ($p < .05$), mutta erikseen SPIRAL- ja kontrolliryhmiä tarkasteltaessa erot eivät

yltäneet tilastollisesti merkitsevälle tasolle. Yleisessä elämänlaadun kokemuksessa ei MT-ryhmän seurantajakson aikana havaittu kohe-nemista. Tyytyväisyys omaan terveyteen sen sijaan koheni ($p < .05$). SPIRAL- ja kontrolli-ryhmiä erikseen tarkasteltaessa vain SPIRAL-ryhmässä havaittiin vastaavaa kohenemista ($p < .05$). Elämänlaadun eri ulottuvuuksia tar-kasteltaessa ainoastaan fyysinen elämänlaatu koheni seurantajakson aikana koko MT-ryh-män keskuudessa. Erikseen SPIRAL- ja kontrol-liryhmiä tarkasteltaessa merkitseviä muu-toksia ei havaittu. Psykkisessä elämänlaa-dussa havaittiin SPIRAL-ryhmässä keskiarvo-tasolla positiivinen muutos, joka lähestyi tilas-tollista merkitsevyyttä ($p = .058$), mutta kontrol-liryhmässä muutosta ei esiintynyt. Tyyty-väisyys elämään ei MT-ryhmässä havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta seurantajakson aikana. MT-ryhmän hallinnantunne lisääntyi seurantajakson aikana ($p < .05$). SPI-RAL-ryhmän sisällä muutos ei ollut tilastolli-sesti merkitsevää, mutta kontrolliryhmässä se pysyi havaittavana ($p < .05$).

AS-ryhmässä elämänlaadun kokonaisarvi-ossa tai sen osa-alueissa ei havaittu tilastolli-sesti merkitsevää muutosta seurannan aikana. Koulua koskevat arviot olivat kuitenkin ko-ko joukossa sekä SPIRAL- ja kontrolliryhmiä

Taulukko 5. Koetun hyvinvoinnin muutos seurantaajakson aikana SPIRAL- ja kontrolliryhmissä.

| | Asteikko | Koko tutkimusjoukko | | | SPIRAL-ryhmä | | | Kontrolliryhmä | | | | | |
|-----------------------------------|----------|---------------------|-------------|--------------|--------------|----|-------------|----------------|-------|----|-------------|-------------|-------|
| | | N | T1 | T2 | p | N | T1 | T2 | p | N | T1 | T2 | p |
| Aikuiset mielenterveyskuntoutujat | | | | | | | | | | | | | |
| Mieliala | 0–30 | 29 | 14.0 (1.2) | 11.7 (1.4) | 0.035 | 19 | 14.5 (6.4) | 12.2 (8.0) | 0.083 | 10 | 13.0 (6.8) | 10.8 (6.6) | 0.267 |
| Elämälaatu | | | | | | | | | | | | | |
| Yleinen elämälaatu | 1–5 | 34 | 3.0 (0.65) | 3.3 (0.9) | 0.071 | 24 | 3.1 (0.7) | 3.2 (0.9) | 0.295 | 10 | 2.7 (0.5) | 3.2 (1.0) | 0.138 |
| Tytyväisyys terveyteen | 1–5 | 34 | 2.6 (1.0) | 2.9 (1.1) | 0.012 | 24 | 2.7 (1.0) | 3.0 (1.2) | 0.036 | 10 | 2.4 (1.1) | 2.7 (0.9) | 0.193 |
| Psyykkinen elämälaatu | 0–100 | 34 | 52.5 (14.4) | 56.4 (10.4) | 0.044 | 23 | 53.0 (15.0) | 58.1 (15.8) | 0.058 | 10 | 53.0 (13.1) | 53.3 (14.1) | 0.921 |
| Fyysinen elämälaatu | 0–100 | 34 | 63.6 (14.7) | 56.8 (9.0) | 0.011 | 23 | 63.7 (15.2) | 68.6 (15.2) | 0.124 | 9 | 64.8 (13.6) | 65.6 (12.5) | 0.82 |
| Sosiaalinen elämälaatu | 0–100 | 34 | 64.7 (19.3) | 64.12 (17.9) | 0.799 | 24 | 65.8 (20.5) | 65.8 (18.8) | >.900 | 10 | 62.0 (16.9) | 60.0 (15.7) | 0.496 |
| Ympäristö elämälaatu | 0–100 | 34 | 72.6 (11.8) | 75.4 (12.6) | 0.133 | 23 | 74.2 (10.1) | 77.2 (11.5) | 0.175 | 10 | 67.5 (14.1) | 72.0 (15.3) | 0.237 |
| Hallinnantunne | 7–28 | 25 | 17.1 (0.9) | 18.6 (0.8) | 0.024 | 19 | 17.4 (4.5) | 18.5 (3.8) | 0.189 | 6 | 16.0 (3.7) | 19 (4.1) | 0.012 |
| Tytyväisyys elämään | 5–35 | 27 | 14.0 (1.2) | 14.9 (1.1) | 0.506 | 18 | 14.7 (6.3) | 15.4 (5.1) | 0.714 | 9 | 12.7 (1.8) | 13.9 (2.2) | 0.255 |
| Autismin kirjon nuoret | | | | | | | | | | | | | |
| Elämälaatu | | | | | | | | | | | | | |
| Yleinen elämälaatu | 0–100 | 13 | 52.7 (9.7) | 53.0 (10.4) | 0.886 | 9 | 51.5 (10.1) | 51.5 (10.5) | 0.4 | 4 | 55.5 (9.5) | 59.8 (6.9) | 0.315 |
| Fyysinen hyvinvointi | 0–100 | 17 | 52.2 (16.5) | 52.1 (17.7) | 0.974 | 11 | 50.9 (14.3) | 48.2 (17.5) | 0.506 | 6 | 54.6 (21.2) | 59.2 (17.2) | 0.678 |
| tunne-elämän hyvinvointi | 0–100 | 18 | 54.4 (12.1) | 52.5 (11.9) | 0.562 | 11 | 52.3 (12.7) | 52.3 (11.5) | >.900 | 7 | 57.9 (11.1) | 52.9 (13.5) | 0.412 |
| itsetunto | 0–100 | 18 | 47.2 (18.6) | 50.8 (15.2) | 0.316 | 11 | 49.1 (15.3) | 46.8 (16.2) | 0.526 | 7 | 44.3 (23.9) | 57.1 (11.9) | 0.071 |
| perhe | 0–100 | 17 | 61.2 (13.9) | 60.6 (12.6) | 0.831 | 11 | 62.3 (11.9) | 61.4 (12.9) | 0.617 | 6 | 59.2 (18.0) | 59.2 (13.2) | >.900 |
| ystävät | 0–100 | 16 | 46.3 (23.3) | 49.4 (19.8) | 0.307 | 11 | 49.5 (22) | 50.5 (16.5) | 0.783 | 5 | 39.0 (27.2) | 47.0 (28.0) | 0.269 |
| koulu | 0–100 | 15 | 57.3 (15.5) | 54.3 (13.3) | 0.271 | 9 | 51.7 (13.7) | 48.9 (13.2) | 0.416 | 6 | 65.8 (15.0) | 62.5 (9.4) | 0.516 |

T1 = Ka (Kh) alkumittauksessa

T2 = Ka (Kh) seurantamittauksessa

N = Sekä T1 - että T2-ajankohtina vastanneiden määrä

Taulukko 6. Kuntoutujien arvio kuntoutusryhmän koherenssista SPIRAL- ja kontrolliryhmässä.

| | Kaikki osallistujat | | | SPIRAL-ryhmä | | | Kontrolliryhmä | | |
|---------------------|---------------------|----|------|--------------|----|------|----------------|----|------|
| | Vaihteluväli | N | Md | Vaihteluväli | N | Md | Vaihteluväli | N | Md |
| Kaikki osallistujat | 23–49 | 48 | 38,0 | 23–49 | 30 | 37,0 | 30–46 | 18 | 38,5 |
| MT-ryhmä | 23–49 | 31 | 39,0 | 23–49 | 20 | 38,0 | 34–45 | 11 | 40,0 |
| AS-ryhmä | 28–46 | 17 | 35,0 | 28–43 | 10 | 35,5 | 30–46 | 7 | 34,0 |

erikseen tarkasteltaessa T2-vaiheessa matallampia kuin T1-vaiheessa.

Kuntoutujan arvio kuntoutusryhmän koherenssista

Ryhmäkoherenssiarvio saatiin 48 kuntoutujalta. Kato ei ollut systemaattista iän tai sukupuolen suhteen, mutta valtaosa (94 %) arvioinnin ulkopuolelle jääneistä 17 henkilöstä kuului SPIRAL-ryhmään. SPIRAL- ja kontrolliryhmän välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmäkoherenssin kokemuksessa. AS-kuntoutujien SPIRAL-ryhmässä ryhmäkoherenssiarviot olivat mediaaneja (Md) tarkasteltaessa kuitenkin korkeampia kuin kontrolliryhmässä (taulukko 6). SPIRAL-ryhmässä ryhmäkoherenssiarvioiden vaihtelu oli suurempaa kuin kontrolliryhmässä.

Pohdinta

Tässä katsauksessa pyrittiin tarkastelemaan ICF-pohjaisen lautapeliuotoisen SPIRAL-menetelmän soveltuvuutta aikuisten mielenterveyskuntoutujien ja neuropsykiatristen nuorten kuntoutumistavoitteiden pohjustukseen. SPIRAL-menetelmän käytännön toimivuutta, hyötyjä ja haasteita arvioitiin menetelmää käyttäneiden kuntoutujien ja työntekijöiden palautteen pohjalta. Lisäksi vertaamalla SPIRAL- ja kontrollikursseja toisiinsa tarkasteltiin systemaattisesti, helpottaako SPIRAL-menetelmä GAS-tavoitteiden konkretisoimista, vaikuttaako SPIRAL-menetelmä kuntoutujan hyvinvointiin ja parantaako SPIRAL-menetelmä kuntoutusryhmän koherenssia kuntoutujan näkökulmasta.

SPIRAL-menetelmä todettiin käyttäjäkokemusten perusteella hyödylliseksi ja helposti

omaksuttavaksi välineeksi aikuisten mielenterveyskuntoutujien ja autismin kirjon nuorten ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. Etenkin aikuiset mielenterveyskuntoutajat kokivat pelin pelaamisen mielekkääksi. Työntekijöiden mukaan SPIRAL-menetelmä tukee kuntoutujan osallisuutta GAS-tavoitteen asettelussa ja voi edistää ryhmän sisäistä vuorovaikutusta ja tutustumista. Työntekijän näkökulmasta SPIRAL-pelitalanne voi olla hyödyllinen myös kuntoutusintervention sisältöjen suunnittelun näkökulmasta. Keskeisenä käyttöönoton haasteena työntekijöiden keskuudessa nähtiin pelitalanteen sovittaminen kuntoutuskurssin rakenteeseen, sillä pelaamisen tulisi tapahtua ennen kurssin alussa toteutettavia GAS-tavoitekeskusteluja, mikä ei Kelan kuntoutuksen nykyisten standardien puitteissa ole kuntoutuskursseilla aina mahdollista.

Kun SPIRAL-menetelmää käyttäneitä kurssseja verrattiin systemaattisesti vastaaviin kurssisiin, joissa menetelmä ei ollut käytössä, tulokset olivat rohkaisevia etenkin GAS-tavoitteen konkretisoimisen osalta. GAS-tavoite löytyi helpommin niissä kuntoutusryhmissä, joissa SPIRAL-lautapeliä käytettiin tavoitekeskustelun pohjustuksena. SPIRAL-menetelmä näyttäisi siis sujuvoittavan kuntoutusintervention tavoitteenasettelua sekä aikuisten mielenterveyskuntoutujien että nuorten autismin kirjon kuntoutujien kohdalla.

Hyvinvoinnin osalta SPIRAL-lautapelin pelaamisella oli viitteellisiä vaikutuksia lähinnä aikuisten mielenterveyskuntoutujien ryhmässä. SPIRAL-peliä pelanneet kokivat elämänlaadussa omaan terveyteen liittyvää osittaista kohentumista seurantajakson aikana toisin kuin ne, jotka eivät olleet pelanneet peliä. Lisäksi vain SPIRAL-menetelmää käyttäneissä ryhmissä havaittiin viitteitä psyykkisen elä-

mänlaadun kokemuksen kohenemisestä. Vuorovaikutuksellisen ja laaja-alaisesti toimintakykyä kuntoutuksen alkuvaiheessa jäsentävän SPIRAL-menetelmän avulla kuntoutujan on mahdollista tunnistaa myös sellaisia toimintakyvyn alueita, joihin hän on tyytyväinen. Tämä voi vaikuttaa myönteisesti kuntoutujan käsityksiin omasta elämänlaadustaan ja selittää osaltaan SPIRAL-ryhmissä havaittuja ilmiöitä hyvinvoinnissa.

Aikuisten mielenterveyskuntoutujien hallinnantunteen osalta tulokset olivat odotusten vastaisia, sillä hallinnantunteen merkittävää kohenemistä havaittiin vain kontrolliryhmässä. Mielialaan tai elämäntyytyväisyyteen SPIRAL-lautapelin pelaaminen ei vertailujen valossa vaikuttanut. Nämä hyvinvoinnin osa-alueet saattavat liittyä suuremmin kuntoutujan terveydentilaan ja diagnosoidun häiriön oireisiin, joihin SPIRAL-menetelmän kaltaisilla toimintakyvyn arviointia tukevilla välineillä voidaan vaikuttaa erittäin vähän. Sekä SPIRAL-menetelmää käyttäneissä että kontrolliryhmissä mieliala kuitenkin koheni kuntoutusjakson aikana, mikä osoittaa itse kuntoutusinterventiolla olleen selkeitä positiivisia vaikutuksia riippumatta tavoitteiden asettamisen muodosta.

Autismin kirjon nuorten koulua koskevat arviot olivat seurantavaiheessa SPIRAL-ryhmiin verrattuna parempia niissä ryhmissä, joissa SPIRAL ei ollut käytössä. Tämä ero oli ryhmien välillä melko selkeä jo seurannan alussa, mutta ei kuitenkaan tilastollisesti merkittävä. Sekä SPIRAL- että kontrolliryhmissä koulua koskevat arviot näyttivät pistemääriä tarkasteltaessa heikentyvän seurantajakson aikana, mutta kummankaan ryhmän kohdalla muutokset eivät ylittäneet tilastollisesti merkittävälle tasolle. On mahdollista, että ryhmissä oli koulua koskevissa arvioissa lähtökohtaisia eroja, jotka ovat vaikuttaneet tuloksiin. Kaikkiaan tämän tuloksen merkitys jää epäselväksi ja vaatii jatkotutkimuksia.

Kuntoutujien näkemykset kuntoutusryhmän koherenssista eivät olleet tilastollisesti huomionarvoisesti erilaisia SPIRAL- ja kontrolliryhmissä. Autismin kirjon nuorten kohdalla myönteiset arviot ryhmän ilmapiiristä

ja yhteistyöstä olivat kuitenkin jonkin verran yleisempiä niissä ryhmissä, joissa SPIRAL-menetelmä oli käytössä. Kuntoutustyöntekijöiden keskuudessa SPIRAL-menetelmä koettiin vuorovaikutusta helpottavaksi ja ryhmäytymistä edistäväksi työkaluksi.

Yleisesti SPIRAL-menetelmän hyödyt ryhmäprosessin tukena jäivät epävarmoiksi. Työntekijöiden ja kuntoutujien näkökulmat ryhmän arviointiin ovat hyvin erilaiset. Työntekijät kykenivät arvioissaan vertaamaan SPIRAL-kurssien ryhmäprosessia tilanteeseen, jossa SPIRAL-peliä ei ole käytössä, kun taas kuntoutujat arvioivat ainutkertaisen kuntoutusryhmänsä ominaisuuksia kertaluonteisesti kuntoutusintervention jo päätyttyä.

Kaikkiaan ryhmäprosessia arvioitiin tässä hankkeessa varsin rajallisesti. Arvio ryhmäkoherenssista jäi saamatta usealta kuntoutujalta, ja kato painottui SPIRAL-menetelmää käyttäneiden ryhmään. Tämä on voinut vaikuttaa tuloksiin. Etenkin nuorten kuntoutujien voi olla vaikea arvioida ryhmän tunnelmaa ja muita ominaisuuksia kielellistä abstrahointikykyä edellyttävällä itsearviointimenetelmällä. Kaikkiaan työntekijöiden näkemykset rohkaisevat ajattelemaan, että menetelmästä voi olla hyötyä myös kuntoutusryhmän vuorovaikutuksen ja tutustumisen tukena.

Kehittämishankkeessa toteutetun systemaattisen tarkastelun osalta on nostettava esiin joitakin rajoituksia. Tutkimuksellinen osuus toteutettiin osana kehittämishanketta, mikä heikentää tulosten luotettavuutta useasta syystä. SPIRAL-menetelmää kehitettiin samanaikaisesti kahdelle eri kohderyhmälle, jotka poikkesivat toisistaan monin tavoin, muun muassa iän ja taustadiagnoosin osalta. Kohderyhmien tutkimuksellinen seuraaminen vaati tästä johtuen erilaisia lähestymistapoja. SPIRAL- ja kontrolliryhmien väliset vertailut toteutettiin itsearvioitun hyvinvoinnin osalta kiinnostuksen kohteena olevissa kahdessa kohderyhmässä eri menetelmillä. Näin ollen SPIRAL- ja kontrolliryhmät jäivät hyvinvoinnista kerätyn tiedon osalta valitettavan pieniksi. Tämän lisäksi analyysiin päätyneiden joukon kokoa rajoitti pitkäaikaisten väistämättä esiintyvä kato sekä itsearviointi-

lomakkeiden puutteellinen täyttö.

Samanaikaisessa kehittämistyössä menetelmän visuaalista ilmettä, sääntöjä ja pelitilannejärjestelyjä muokattiin aiempien kokemusten perusteella ryhmien välillä. Näin ollen pelikokemus saattoi olla jossain määrin erilainen tutkimuksellisen osuuden alussa osallistuneilla kuin myöhemmissä vaiheissa pelanneilla, mikä lisäsi SPIRAL-ryhmien heterogeenisuutta. Lisäksi kontrollikurssit toteutettiin kuten tavallisesti, ilman SPIRAL-työryhmän jäsenten läsnäoloa, jolloin on mahdollista, että ylimääräisten henkilöiden läsnäolo tai lautapelitilanne sinänsä vaikutti tuloksiin.

Viimeisenä huomionarvoisena seikkana on mainittava, että autismin kirjon nuorten SPIRAL-ryhmissä pojat olivat yliedustettuina. Epätasapainoinen sukupuolijakauma voi siten autismin kirjon nuorten kohdalla osaltaan vaikuttaa systemaattisten vertailujen tuloksiin. SPIRAL- ja kontrolliryhmät olivat taustatekijöiden suhteen muutoin varsin tasapainoisesti jakautuneet, eikä seurannan aikana tapahtuneessa kadossa havaittu oleellista systemaattisuutta.

Lopuksi

Katsauksessa esiteltyjen havaintojen pohjalta ICF-pohjainen SPIRAL-menetelmä on käytännössä toimiva työkalu sekä aikuisten mielenterveyskuntoutujien että autismin kirjon nuorten kuntoutuksessa. Kuntoutuskursseilta kerätyn palautteen perusteella SPIRAL-lautapelin avulla voidaan toteuttaa yksilöllistä toimintakyvyn itsearviointia ryhmissä ja näin sujuvoittaa kuntoutuksen tavoitetyöskentelyä. Systemaattisten vertailujen pohjalta SPIRAL-menetelmä näyttää helpottavan GAS-tavoitteiden konkretisoimista ja saattaa vaikuttaa aikuisten mielenterveyskuntoutujien elämänlaatuun suotuisasti. Kuntoutujan arvioon kuntoutusryhmän koherenssista SPIRAL-menetelmällä ei havaittu vaikutuksia, mutta kuntoutustyöntekijät pitivät menetelmää hyödyllisenä myös ryhmäytymisen näkökulmasta.

Menetelmä vastaa osaltaan konkreettisten ICF-pohjaisten työkalujen tarpeeseen ja GAS-menetelmän käytössä todettuihin haasteisiin

(Sukula 2013, Turunen ym. 2015). Uuden menetelmän toivotaan juurtuvan käytäntöön ja tukevan yksilöllistä ja asiakaslähtöistä kuntoutustyötä, jolle sillä on tässä katsauksessa raportoitujen tulosten pohjalta selkeät edellytykset. Keskeisimpänä käyttöönoton haasteena vaikuttaisi olevan uuden menetelmän sovittaminen kuntoutuskurssin rakenteeseen ja aikatauluihin.

Jatkossa kehittämistyön myötä viimeisteltyyn, valmiin SPIRAL-menetelmän vaikutuksia on tarpeen tutkia systemaattisemmin ja isommissa ryhmissä. Tavoitteen määrittelyn sujuvuuden lisäksi olisi mielenkiintoista tarkastella systemaattisesti, vaikuttaako ICF-pohjainen työkalu GAS-tavoitteiden sisältöön ja esimerkiksi siihen, miten ajankäyttö jakautuu kuntoutusintervention sisällä.

Pelivälineet ovat vapaasti tulostettavissa osoitteessa www.kuntoutussaatio.fi/spiral. Sivustolla on myös kattavat ohjeet menetelmän käyttöönoton tueksi.

Kiitokset: Työ on toteutettu Kansaneläkelaitoksen tuella.

Johanna Stenberg, PsM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Viliina Rantaniska, PsM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Kirsi Niittymäki, YAMK, kuntoutusohjaaja, tutkija, Kuntoutussäätiö

Mari Saarinen, PsL, neuropsykologian erikoispsykologi, MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö

Erja Poutiainen, FT, dosentti, johtava tutkija, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Ayuso-Mateos JL, Ávila CC, Anaya C, Cieza A, Vieta E (2013) Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health core sets for bipolar disorders: results of an international consensus process. *Disability & Rehabilitation* 35, 25, 2138–2146.
- Bölte S, Schipper E, Robison JE, Wong VC, Selb M, Singhal N, ..., Zwaigenbaum L (2014) Classification of functioning and impairment: the development of ICF core sets for autism spectrum disorder. *Autism Research* 7, 1, 167–172.

- Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, Herceg M, Melvin J, ..., de Bie R (2004) ICF Core Sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine* 36, 0, 128–134.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S (1985) The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Harra T, Aralinnä V, Heikkilä M, Korkiatupa R, Löytönen K, Onkalo-Okkonen R (2006) Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. *Duodecim* 122, 554–62.
- Julkunen J, Pietilä P, Gustavsson-Lilius M (2013) Kuntoutusryhmän koherenssin arviointi: kyselymenetelmän luotettavuus ja alustavia tuloksia validiteetista. *Kuntoutus* 3, 5–19.
- King D, Greaves F, Exeter C, Darzi A (2013) 'Gamification': Influencing health behaviours with games. *Journal of the Royal Society of Medicine* 106, 3, 76–78.
- Kiresuk TJ, Sherman MRE (1968) Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4, 6, 443–453.
- Koskinen J (2015) Tulevaisuus pelissä: ICF-pohjainen lautapeli kuntoutuksen suunnannäyttäjänä. *Kuntoutus* 2, 66–70.
- Llorens, Noé E, Ferri J, Alcañiz M (2015) Videogame-based group therapy to improve self-awareness and social skills after traumatic brain injury. *Journal of neuroengineering and rehabilitation* 12, 1, 1.
- Niittymäki K (2013) Spiral – kuntoutuksen spiraali: ICF-pohjainen lautapeli mielenterveyskuntoutuksen. Opinnäytetyö, Satakunnan Ammattikorkeakoulu, Pori.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Auttiraämö I (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Paltamaa J, Perttinen P (toim.) (2015) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137.
- Pärnä K, Saarinen M, Mellenius N, Antikainen P (2011) ICF ja perhekuntoutuksen arviointi. *Kuntoutus* 3, 12–21.
- Pearlin LI, Schooler C (1978) The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 24, 2–15.
- Pereira P, Duarte E, Rebelo F, Noriega P (2014) A Review of Gamification for Health-Related Contexts. Teoksessa A Marcus (toim.) *Design, User Experience and Usability. User Experience Design for Diverse Interaction Platforms and Environments*. Springer International Publishing, 742–753.
- Pon AK (2010) *My Wonderful Life: A board game for patients with advanced cancer*. *Illness, Crisis, & Loss* 18, 2, 147–161.
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Qual Life Res*, 7, 5, 399–407.
- Salokangas RK, Poutanen O, Stengård E (1995) Screening for depression in primary care. Development and validation of the Depression Scale, a screening instrument for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 92, 1, 10–16.
- Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Ustün B, Cieza A (2015) A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *European journal of physical and rehabilitation medicine* 51, 1, 105–117.
- Stenberg J, Rantaniska V, Niittymäki K, Yli-Kaitala H, Poutiainen E, Saarinen M (2016) ICF-luokitusjärjestelmän rooli terveydenhuollon asiakastyössä. *Kuntoutus* 1, 74–76.
- Sukula S (2013) Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. *Kuntoutus* 2, 41–48.
- Taylor MJ, McCormick D, Impson R, Shawis T, Griffin M (2011) Activity Promoting Gaming Systems in Exercise and Rehabilitation. *Journal of rehabilitation research and development* 48, 10, 1171–1186.
- THL (2013) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA (2002) Rehab Rounds: Improving Social Functioning in Schizophrenia by Playing the Train Game. *Psychiatric Services* 53, 7, 799–801.
- Turunen J, Hannonen K, Ylisassi H (2015) Mikä GAS-menettelmissä työvälineenä haastaa ja mikä tuntuu helpolta? Artikkelikokoelmassa Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T (toim.) *GAS. Menetelmästä sovellukseen*.
- Vakili A, Langdon R (2016) Cognitive rehabilitation of attention deficits in traumatic brain injury using action video games: A controlled trial. *Cogent Psychology* 3, 1, 1–13.
- WHOQOL Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* May 28, 3, 551–558.
- WHO (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

YHTEISÖLLINEN TYÖHYVINVOINTI

YTY-hankkeen havaintoja psykiatrisesta asumiskuntoutuksesta

Yhteisöllinen työhyvinvointi (YTY) -tutkimus- ja kehittämishankkeessa (2015–2016) on tarkasteltu yhteisöllistä työhyvinvointia psykiatrisissa asumispalveluissa. Toimintatutkimus on toteutettu työnohjauksen näkökulmasta, mutta tavoitteena on malli, jossa yhteisöllinen työhyvinvointi rakentuu organisaatioiden kommunikaatiosuhteissa laajemmin. Aineistoina ovat olleet Webropol-kysely henkilöstölle (N=300, vastausprosentti 56), työnohjausistuntojen seuranta päiväkirjat (N=232), lukuisat esimiesten ja johdon haastattelut ja kehittämiskokousten keskustelut, kuusi työnohjaajien haastattelua sekä kahdeksan henkilöstön työpajaa.

Lähtökohtana tutkimukselle on ollut oletus, että yhteisöllisyys työssä ja arjessa luo hyvinvointia ja että yhteisöön kuuluminen on yksi ihmisen perustarpeista, joten sitä kannattaa tukea myös työssä. Tutkimusten mukaan (ks. esim. Hyyppä 2002, Lindfors 2007, Sinokki 2010, Manka 2013) yhteisöllisyys lisää fyysistä ja psyykkistä terveyttä, esimerkiksi siksi, että sen kautta saatava sosiaalinen tuki lisää voimavaroja, jotka auttavat muun muassa stressin hallinnassa.

Yhteisöllisyydellä katsotaan olevan paljon myönteisiä seurauksia. Hyväksi koetusta yhteisöllisyydestä seuraa työelämäkontekstissa sitoutumista, työtyytyväisyyttä, työhyvinvointia sekä työn hyvää laatua. (Lampinen ym. 2013.) Yhteisöllisyydellä tuetaan organisaation kokonaisuuden toimivuutta ja oppimiskykyä sekä työn hallintaa, sillä yhteisölli-

syys lisää sosiaalista ja psykologista pääomaa (Manka 2013). Yhteisöllä ajatellaan olevan niin sanottu kollektiivinen identiteetti, joka on yhteisöä koossa pitävä ”liima”. Parhaimmillaan yhteisö myös tukee yksilöidentiteetin eheyttä ja samalla kasvattaa ryhmän jäsenten välistä luottamusta, yhteishenkeä ja osallistumista, jotka ovat sosiaalisen pääoman osatekijöitä (esim. Coleman 1988, 101).

Tässä kirjoituksessa pohdimme yhteisöllisyyttä työympäristöissä, joissa työntekijöiden perustyöhön kuuluu olennaisesti ihmisten välinen vuorovaikutus. Psykiatrisissa asumispalveluissa tarjotaan psyykkisesti pitkäaikaisairaille turvallinen, kodikas ja toimintakykyä ylläpitävä asumismuoto sekä yhteisöön liittymisen mahdollisuus. Henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Erityisesti tällaisessa työympäristössä tarvitaan keinoja henkilöstön psyykkisen kuormituksen vähentämiseksi. YTY-tutkimuksessa, jonka lopputulokset raportoidaan lokakuussa, keskitymme työyhteisöllisyyteen organisaation kommunikaatiosuhteiden näkökulmasta sekä työnohjauksen vaikutuksiin yhteisöllisyyden rakentamisessa. Tässä katsauksessa kuvaamme yhteisöllisyyden luonteeseen liittyviä havaintojamme. Kirjoituksen aineistolainaukset ovat peräisin tutkimusaineiston niistä osista, joissa yhteisöllisyyttä on erityisesti pohdittu: esimiesten ja johdon haastatteluista ja kehittämiskokousten keskusteluista sekä henkilöstön työpajaineistosta. Lainaukset on valittu kuvaamaan analyysissä todettua, kokonaisuudessa yhtei-

seksi koettua ilmiötä laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen.

Myönteinen ja kielteinen yhteisöllisyys

Yhteisöön ja yhteisöllisyyteen liittyy myönteisiä mielikuvia. Ihmiset kaipaavat yhdessä olemista ja tekemistä, kokemusta merkityksellisistä suhteista ja yhteenkuuluvuudesta. Sosiologisena tutkimuskohteena yhteisöllisyys on kiinnostanut lähtien Tönniesin (2001, alkuperäinen 1887) *Gemeinschaft* ja *Gesellschaft* -jaottelusta, joka on luonut perustaa yhteiskunnan sekä ihmisten lähiyhteisöjen, kuten työyhteisöjen ja perheen, analyysille. Sosiologiassa yhteisöllisyyttä on tarkasteltu yhteiskuntia, ryhmiä ja kulttuureja koossapitävänä voimana. Yhteisöllisyys on kiinnostanut myös muita ihmistä tutkivia tieteenaloja, kuten psykologiaa ja sosiaalipsykologiaa.

Psykiatrisissa asumispalveluissa arvona on myönteinen yhteisöllisyys, jota pyritään toteuttamaan organisaatiota läpileikkaavasti yhteisöllisten rakenteiden tukemissa käytännöissä. Yhteisöllisyys muodostuu kuitenkin elävässä elämässä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, ja tästä seuraa se, ettei yhteisöllisyys asetu helposti organisaation strategian tarkoittamaksi toiminnaksi. *”Normittaminen nappaa aina vallan hyviltä tavoitteilta.”* Hyvän yhteisöllisyyden kriteerit voidaan strategisesti asettaa, mutta yhteisöllisyyden toteutumista tulkitaan inhimillisinä kokemuksina. Paasivaaran ja Nikkilän (2010) mukaan yhteisöllisyys ei ole itsestään selvästi ihannetila. Sillä on myös kielteiset puolensa. Jos hyvänä koettu yhteisö on siihen kuuluville hyvän elämän perusta, kielteinen yhteisöllisyys puolestaan tukahduttaa.

Toisaalta normien ja selkeyden puute hajottaa työyhteisöllisyyttä. Yhteisten tavoitteiden sijasta toiminta perustuu välinpitämättömyyteen, jolloin ihmiset rutiininomaisesti suorittavat tehtäviään ilman henkilökohtaisesti motivoivia tavoitteita ja merkityksiä, tai yksittäisten työntekijöiden omiin intresseihin ja työtapaan. Yhteisöllisyyden puute puolestaan voi ilmetä vuorovaikutuksen puutteena,

puhumattomuutena, tekemättä jättämisenä, yhteisen tavoitteen puuttumisena (ks. Paasivaara & Nikkilä 2010).

Pohjimmiltaan yhteisön ja yhteisöllisyyden ydin on ryhmässä ja sen jäsenten välisessä vuorovaikutuksessa. Ryhmää yhdistää yhteinen tehtävä ja päämäärä. (Ks. esim. Lehtonen 1990, Paasivaara & Nikkilä 2010.) Yksilölliset kokemusmaailmat, käsitykset ja tunteet kohtaavat yhteisöä rakentavassa tai purkavassa vuorovaikutuksessa. Sosiaalisella yhteisöllä ei kuitenkaan ole muistia, ja siksi yksilöiden ”sense of community” on kantava voima yhteisöllisyyden rakentamisessa (ks. esim. Leydesdorff 2003, 7). Vaikka työorganisaatio määrittää tietyt pelisäännöt ja normit, myös yksilöt vaikuttavat yhteisön toimivuuteen valinnoillaan kaikissa organisaation tehtävärooleissa.

Organisaation menestystä aikaansaa-va, yhteisiä merkityksiä luova yhteisöllinen kommunikaatio särkyä, jos yksilönä pärjääminen korostuu yhteisöllisyyden kustannuksella. Henkilökohtaiset tulostavoitteet ja kilpailullisuus pelottavat ihmistä yhteisöllisyyden ääreltä (ks. esim. Paasivaara & Nikkilä 2010, Henttonen & Lapointe 2015). Yhteistä keskustelua yhteisen perustehtävän tekemisestä ei tällöin avata, vaan kilpaillaan siitä, kuka yksilö tekee työn parhaiten. On myös mahdollista, että organisaation sisäinen kilpailullisuus eristää eri näkökantoja edustavat tai eri tehtäviä suorittavat työntekijät toisistaan ja luo toisilleen vastakkaisia tiiviitä ryhmittymiä. Kilpaillaan oikeassa olemisesta ja vallasta. *”Ei kilpailtaisi vallasta, vaan innostuttaisiin kilvoittelemaan hyvän työn tekemisestä, ja organisaation onnistuminen olisi kaikkien yhteisenä tavoitteena.”*

Kilpailullisuuden vastapainona niin julkisuudessa kuin tutkimissamme organisaatioissa ylläpidetään keskusteluja me-hengen, sosiaalisen ja psykologisen pääoman, työhön sitoutumisen, luovuuden ja luottamuksen sekä yhteisöllisen työhyvinvoinnin merkityksellisyydestä. Sosiaalisen ja psykologisen pääoman lisääntyessä myös hyvä yhteisöllisyys lisääntyy (Lampinen ym. 2013). Sosiaalinen pääoma on tärkeä yhteisöllisyyden psyykkis-

tä ja taloudellista hyvinvointia avaava käsite mutta tässä yhteydessä liian mahtipontinen ja laaja (ks. esim. Kajanoja 2009). Työyhteisössä toiminta on työyhteisön jäsenten välistä näkemysten, kokemusten ja tietojen käsittelyä, mikä puolestaan onnistuakseen edellyttää jäsenten välistä luottamusta ja sitoutumista yhteisön tehtävään (Paasivaara & Nikkilä 2010, 46). Psykiatrisissa asumispalveluissa yhteisöllisyys on läsnä päivittäisessä työssä työntekijöiden välillä ja asukkaiden kanssa. Kaikkina hetkinä yhteisöllisyys ei näyttäyty kaikille myönteisenä. Yhteisenä arvona myönteinen yhteisöllisyys kuitenkin selkeästi ohjaa kaikkea vuorovaikutusta.

Millaista yhteisöllisyyttä viritetään psykiatrisissa asumispalveluissa?

Psykiatrisissa asumiskuntoutuspalveluissa liikutetaan päivittäin eri tilanteissa erilaisten yhteisöllisyyksien rajapinnoilla. Psykiatrinen asumiskuntoutusympäristö on työntekijöiden työpaikka ja samalla asukkaiden koti. Työyhteisön jäseniä yhdistää yhteinen perustehtävä. Psykiatrisessa työssä asiakkaiden sairaudet tuovat työntekijöiden ja asiakkaiden väliseen vuorovaikutukseen piirteitä, joissa työntekijän ammatillisuus tarjoaa keinoja ja oman identiteetin suojaa. Erityisiä työssä jaksamisen haasteita syntyy kuitenkin siitä, että ihmisen mielen hauraus tulee lähelle inhimillisenä kokemuksena. Lisäksi työtä tehdään asukkaan yksityisessä tilassa, kodissa.

Ammattilaisten tehtävänä on luoda turvallista ja ennustettavissa olevaa struktuuria, joka mahdollistaa asukkaalle sairaudesta huolimatta kodinomaisen ja mahdollisimman itsenäisen asumisen. Kodinomaisuuden luomisen ja esimerkiksi hoidollisen ammatillisuuden ylläpitämisen tehtävät tekevät työyhteisön roolien määrittelyn ja toteuttamisen käytännössä haasteelliseksi. Työntekijät voivat myös keskenään olla eri mieltä siitä, millaisella tavalla ammatillisuutta osoitetaan vuorovaikutuksessa asukkaan kanssa.

Työntekijät pyrkivät ratkaisemaan kodinomaisen ja työympäristöön kuuluvan ammatillisen yhteisöllisyyden kohtaamis-

ta ja ristiriitoja. Tervehtiminen, kohteliaisuus, ”normaaliarjen” ilmapiirin ylläpitäminen, läsnäolo, ajan antaminen tarvitsevalle sekä puhtaudesta huolehtiminen ovat tärkeitä asukkaan tukemisen keinoja. Perustehtävästä keskusteltaessa keskustellaan myös eri näkemyksistä siitä, mikä perustehtävässä on tärkeitä. Painotetaanko työssä arjen askareita, hoidollisia ja lääkinnällisiä tehtäviä vai ammatillisuuden reflektointiin perustuvaa asiakkaan ohjausta. Viimeksi mainittu tarkoittaa esimerkiksi kuntouttavan työotteen tai Recovery-työotteen (lyhyesti: asukkaan myönteistä kannustamista omaehtoiseen elämäänsä osallistumiseen) (ks. esim. Nordling 2015) tietoista käyttöön oton harjoittelua asiakastyössä tai omaohjaajuuden ytimien pohdintaa. Merkityksiä luova kommunikaatio liikkuu tällöin arjen askareita ja ammatillisia työkäytäntöjä abstraktimmeissa asioissa, kuten arvoissa. Yhteisöllisyydessä on myös läheisyyttä (ks. Lindfors 2007) jollain tavalla läsnä, mutta asukkaihin pidetään etäisyyttä.

Tutkimus- ja kehittämistyön aikana on noussut tärkeäksi yhteisöllisyyttä edistäväksi asiaksi erilaisten ajatusten, toimintatapojen ja persoonien hyväksyminen. Työntekijät ovat olleet hämmentyneitä havaitessaan, kuinka erilaisia ajattelu- ja työn tekemisen tapoja tutuillakin kollegoilla on. Asioista keskustelemisen kautta on saatu tilaisuuksia oppia uusia käytäntöjä, saatu uutta näkökulmaa omaan työhön ja myös tilaisuuksia saada ja antaa palautetta onnistuneista ratkaisuksista. Rohkeus avoimeen keskusteluun on myös lisääntynyt hankkeen aikana. Tämä puolestaan on edistänyt paitsi oppimista, myös työyhteisön yhteisen arvoperustan konkretisoitumista yhteisesti avatuksi ymmärrykseksi. Perustehtävään liittyvät keskustelut sekä työnohjauksen tarkoituksen pohtiminen ovat selkeästi lisänneet työyhteisöjen yhteisiä näkemyksiä työpaikan arvoista. Miten asukasta autetaan kiinnostumaan omasta arjestaan hänen vakavasta psyyken sairaudestaan huolimatta? Miten havaita pienikin kiinnostuksen pilkahdus? Miten työntekijän omat oletukset asukkaan kyvyistä vaikuttavat työntekijän valintoihin hänen toimiessaan asukkaan kanssa?

Työtilanteissa työntekijät joutuvat jatkuviin roolivaihdoksiin, joita ei välttämättä arjessa analyttisesti avata. Ne voivat aiheuttaa erilaisia ristiriitaisia tunteita sekä psyykkistä kuormitusta ja vaikuttaa myös työyhteisön ilmapiiriin. Kodin roolien ja ammatillisten roolien rajanvetojen lisäksi ”persoonalla” työskentely nousi myöskin puheenaiheeksi YTY-hankkeessa ja johti keskusteluun työpaikan käyttäytymissäännöistä ja yksiköiden suhteesta toisiinsa, esimiehiin ja johtoon.

Perustehtäviin kuuluu hoidollisen työn lisäksi myös tarvittaessa auttaa asukasta saamaan kauppal palveluita, ohjata ja kannustaa osallistumaan harrastustoimintaan ja niin edelleen. Asukkaan itsenäisyyttä tukiessaan työntekijät samalla tarkkailevat asukkaan edistymistä, ja heidän tulee ajoittain myös arvioida, ovatko asiakkaat oikeassa paikassa juuri tässä asumismuodossa. Olisiko heillä kuitenkin mahdollisuus asua itsenäisemmin? Ammatillainen tarkastelee asukkaan kuntoutumisen mahdollisuuksia myös kriittisestä näkökulmasta. Kodinomaisuus kärsii, jos asumispalvelut koetaan jonkinlaisena säilytyspaikkana. Näiden ristiriitaistenkin roolien kokoajana on terveys-, hoito- ja/tai kuntoutusalan ammatillainen, joka lisäksi kykenee joustamaan rahoittajien, organisaation ja yhteiskunnan muutostrendien mukaan.

Työntekijät tukevat toisiaan työssä, jossa asukkaiden sairauksien luoma kaoottisuus tekee työympäristöstäkin usein ”psykoottisen.” Yksin on vaikea pärjätä ympäristössä, jossa sairaudet määrittävät käyttäytymisen normaaliutta arjessa. ”*Epänormaali muuttuu normaaliksi*”, mikä tarkoittaa, että sopeudutaan psykiatristen sairauksien maailmaan. Ammatillinen työyhteisöllisyys tukee etäisyyden pitämisessä. Työyhteisö ja sen erilaiset ihmiset tarjoavat peilin, jonka kautta voi tutkia omaa rooliaan arjessa, työntekijänä tai asukkaana. ”*Yhteisöltä saa palautteen, jota vasten peilata yksilöllisiä tarpeita ja haaveita.*” Hyvä työyhteisö tukee myös jäsentensä psyykkistä terveyttä haastavassa työympäristössä. ”*Työyhteisölle käy koko ajan niin, että psykoottisuus tarttuu*” ja psykoottiseen työympäristöön voi sopeutua ”liikaa”.

Paasivaaran ja Nikkilän (2010) mukaan myös ihmisten valmius osallistua yhteisöllisyyden rakentamiseen vaihtelee. Ihmisten asenteet ja motivaatiotilat vaikuttavat siihen, kuinka paljon halutaan olla tekemässä toisten kanssa ja kuinka paljon yhteisön tarpeisiin sitoudutaan.

Nordlingin (2015) mukaan yhteisöllisyys työssä tarkoittaa, että luodaan turvallinen, vastuullinen ja ennustettavissa oleva työn struktuuri. Asiakastyössä tämä tarkoittaa, että asiakkaita hoidetaan yhteisen suunnitelman ja yhteisten pelisääntöjen mukaan. Yhteisiä sopimuksia kunnioitetaan ja niihin sitoudutaan. Yhteisöllisyys tarkoittaa yhdessä tekemistä, yhdessä läsnä olemista yhteisesti sovituisissa hetkissä ja paikoissa, yhdessä toimimista ja keskustelua tasavertaisten, mutta keskenään erilaisten, ihmisten välillä. (Ks. myös Paasivaara & Nikkilä 2010.) ”*Hyvä työyhteisö antaa selkeän viitekehysten, toimintaympäristön.*”

YTY-hankkeen tärkeänä näkökulmana ja työtapana on ollut positiivinen psykologia. Myönteisyys ja huumori on myös otettu työorganisaatioissa hankkeen ulkopuolisuudessa kehittämistyössä mukaan asiakastyötä suuntaavina Recovery -projekteina. Positiivinen psykologia ei kuitenkaan ole ”vain” positiivisuutta ja huumoria, vaan syvällisempi pyrkimys myönteisen psykologisen pääoman kasvattamiseen työhyvinvointia luovan yhteisöllisyyden oppimisen perustana (Uusitalo-Malmivaara 2015, Manka ym. 2014, Luthans ym. 2007). Kuntouttava yhteisö asukkaalle voi olla myös työhyvinvointia ylläpitävä työyhteisö työntekijöille.

Kuntouttavan yhteisön edellytyksenä on (mm. Nordling 2015), että toiminnassa keskitytään perustehtävään, ylläpidetään ihmisarvoa kunnioittavaa toimintakulttuuria ja tuetaan yhteisöllisyyttä, joka puolestaan edellyttää kaikkien osallisuutta. Työn sisältöjä uskaljetaan kehittää rohkeasti ja avoimesti siten, että toiminnalle, kuuntelulle ja keskustelulle etsitään synergiaa. Harjoitellaan avoimuutta, ennakkoluulottomuutta, kannustavaa ja positiiviseen palautteeseen painottuvaa ilmapiiriä. Pidetään yllä säännöllistä keskustelua ja arvi-

ointia toiminnan edistymisestä käytännössä. ”Hyvä työyhteisöllisyys mahdollistaa avoimen toiminnan, kokeilut, joissa saa myös epäonnistua.”

Kaikessa yhteisöllisyyttä koskevassa on läsnä tietty epämääräisyys ja puheen abstraktius. Käsitteet esimerkiksi siitä, miten aito yhteistyö ja yhteisöllisyys toteutetaan, ovat erilaisia. Jotta yhteisöllisyyden abstraktiudesta päästään yhteiseen näkemykseen omasta yhteisöstä ja sen tavoitteista, jokaiselta tarvitaan tahtoa kuulla ja tilaa tulla kuulluksi, dialogista vuorovaikutusta ja tietoisesti yhteisiä merkityksiä etsivää kommunikaatiota. YTY-hankkeen avaamat keskustelut ovat edistäneet yhteisten näkemysten syntymistä ja konkreettisia toimia esimerkiksi yhteisöllisyyttä tukevan työnohjauksen hyödyntämisessä: ”Työyhteisöllisyys edellyttää puhumista...paljon puhumista.” ”Yhteisten merkitysten luomista yhdessä.” Yhteisöllisyyden ylläpitäminen edellyttää jatkuvan keskustelun ylläpitämistä.

Yhteisöllisyyden johtaminen

Tutkimuksessa mukana olleiden organisaatioiden käytännöllisten kehittämistehtävien yhdistäminen yhteisöllisen työhyvinvointimallin perustaksi edellyttää tarkastelun laajentamista organisaation kokonaisuuteen ja kokonaisuuden johtamiseen. Tutkimusprosessin puolivälin paikkeilla alkoi yhä vahvemmin näyttää siltä, että johtamisen merkitys yhteisöllisyyden tukijana on vahvempi kuin hankkeen alussa tunnustettiin tai tunnistettiin.

Johdon perustehtävän näkökulmasta organisaatioiden rakenteilla, strategisilla linjauksilla ja toimintatavoilla pyritään tukemaan koko organisaation perustehtävään liitettyä yhteisöllisyyden ajatusta. Tavoitteena on, että työntekijät kokisivat työskentelevänsä työpaikassa, johon voi sitoutua ja jossa voi tehdä mielekästä työtä. Organisaation sisälle kuitenkin syntyy erilaisia pieniyhteisöjä yksiköittäin. Eriasteisesti autonomisten, perustehtävästään huolehtivien työyksiköiden lisäksi syntyy erilaisia muita pieniyhteisöjä, joista osa on organisaatiossa sovitulla toimintatavoilla tuettavia virallisia yhteisöjä. Tällaisia ovat esi-

merkiksi erilaiset asukkaiden kuntoutumista tukevat yhteisöt, kuten arjen avun verkostot. Lisäksi asukkaiden välille muodostuu myös epävirallisempia yhteisöllisyyden muotoja, ystävyys- ja muita vastaavia verkostoja. Muodostuu myös sellaisia verkostoja ja yhteisöjä, joita ei organisaation virallisella ohjauksella tueta tai haluta mahdollistaa (kuten hyväksikäytön verkostoja).

Johdon ja työntekijöiden välinen yhteys vaihtelee jonkin verran organisaatioissa. Juuri tässä vertailuasetelmassa on havaittavissa, että hyvän yhteisöllisyyden rakentamista edistää se, että johto konkreettisesti reagoi ja reflektoi myös omaa johtamistaan ja esimiestyötään havaitessaan tarvetta oman toimintansa muuttamiseen.

Johdon ja esimiesten haastatteluissa pohdittiin konkreettisia keinoja työntekijöiden kokeman hyvän työyhteisöllisyyden tukemiseen. Ensinnäkin koko organisaatiossa tulee olla yhteinen käsitys siitä, millaista työyhteisöllisyyttä tavoitellaan. Yhteisöllisyydestä on työyhteisössä erilaisia toiveita. Niistä keskustelu auttaa yhteisen tavoitteen määrittämisessä. Hyvässä työyhteisössä tuetaan yhteisten merkitysten luomisen tiloja ja mahdollistetaan vuorovaikutusta. Tästä esimerkkeinä ovat työnohjauksen tarjoaminen työntekijöille sekä työntekijöiden palautteen ja toiveiden kuuleminen työnohjauksen ja muiden työhyvinvointia edistävien toimien kehittämiseksi. Työyhteisöä kehystää perustehtävä, jossa yhteisesti sovitut arvot ja pelisäännöt (ks. esim. Räsänen & Lestinen 2006) luovat työntekijöille turvallisuutta, rakentavat työntekijöiden ammatillista autonomiaa tukevaa luottamusta ja lisäävät yhteisvastuullisuutta organisaation menestymisestä.

Työntekijät, esimiehet ja johto ovat eri asemassa organisaation perustehtävän, psykiatristen asumispalveluiden tuottamisen, kannalta. Johdon valittavana on erilaisia toimintatapoja suhteessa henkilöstöön: eriasteisesti kontrolloiva ja valvova tai luottamuksellista vapautta antava. Näillä valinnoilla on erilaisia seurauksia työyhteisöissä. Kaikilla työn tasoilla ja kaikissa rooleissa on kyse ihmisten välisestä kommunikaatiosta. Henkilöstön nä-

kemyksissä yhtäältä luottamuksen osoitukseen koetaan se, että työlle ja sen kehittämiseen annetaan melko autonomiset kehukset, eikä pikkuasioihin puututa. Toisaalta toivotaan, että johto olisi henkilöstölle jonkin verran konkreettisemmin läsnä, henkilöinä keskustelemassa yhteisistä asioista. Johdon ja esimiesten perustehtävänä on muun muassa muodostaa organisaatiossa sovittua yhteisöllisyyttä tukevat rakenteet ja toimintamallit sekä seurata toiminnan sujumista kokonaisuutena. Strategiset valinnat eivät aina välttämättä avaudu arjen työhön riittävällä tavalla.

Oleennaista on aktiivinen yhteisten merkitysten luominen

Yhteisöllinen työhyvinvointimalli (YTY)-hankkeessa tutkittavat ryhmät ovat olleet kehityskaareltaan erilaisia. Ryhmien ja ryhmien jäsenten välisiä taustoja ei tätä tutkimusta varten ollut mahdollista selvittää. Yksilöiden halu auttaa toisiaan ja hyväksyä toisensa, eli työtoverin tukemisen ulottuvuus, tuli kehittämistyön aikana herätetyksi aktiivisen pohdinnan kohteeksi. Työnohjausistuntojen seuranta päiväkirjoihin ja henkilöstön työpajoihin pohjautuvat aineistot osoittavat, että työntekijät alkoivat kiinnittää enemmän hyväksyvää ja ymmärtävää huomiota oman kokemuksensa ulkopuolelle, ryhmän ja työyhteisön kokonaisuuteen. Alettiin etsiä ja löytää myönteisiä ratkaisuja yhdessä tekemisen ja oppimisen edistämiseksi turhaumissa vellomisen sijasta. Sama koskee yhteenkuuluvuuden tunnetta. Luottamus ja yhteenkuuluvuus ryhmän jäsenten kokemuksena vaikuttivat kasvavan. Samalla kun yhteenkuuluvuus ja työtoverin tukeminen lisääntyvät, myös emotionaalinen turvallisuus lisääntyy. Yhteistä arvopohjaa voidaan rakentaa avoimemmin.

Yhteisiä merkityksiä luova kommunikaatio edellyttää, että esimies ja johto myös itse luovat ja ylläpitävät keskusteluun rohkaisevaa vuorovaikutusta, jossa käsitellään organisaation perustehtävää, muutoksia, sosiaalisia suhteita, työilmapiiriä, arvoja ja yhteisiä pelisääntöjä. Tämä ei ole tehtävä, joka päättyy. Sen sijaan kyseessä on jatkumo, työpaikalla

luotava toimintakulttuuri. Vuorovaikutukseen kannustaminen etäältä ei riitä yhteisöllisyyden edistämiseen. Tarvitaan esimerkiksi sitä, että työntekijöiltä kysytään, heitä kuunnellaan, heidän kanssaan keskustellaan, perustellaan, kuullaan perusteluja ja ollaan kiinnostuneita ihmisten ajatuksista, ihmetellään yhdessä ja tutkitaan ratkaisujen mahdollisuuksia monista näkökulmista.

Tutkimuksen alussa päällimmäisenä olivat muun muassa avoimuuden puute, vuorovaikutuksen ohuus ja turhautuminen joihinkin yhteisiin käytäntöihin, kuten työnohjaukseen. Kun toimintatutkimuksessa havaitaan, että interventio (asian keskusteluun nostaminen, harjoitus, tutkimuskysely tai muu) lisää työhyvinvointia luovaa yhteisöllisyyttä, on kysyttävä myös, mitä voidaan tehdä tutkimuksen päätyttyä, jotta ei palata takaisin alkuvaiheeseen. Vastaus on yksinkertainen. Tarvitaan fasilitaattori, jotta asiat pysyvät esillä riittävästi. Työpaikalla fasilitaattoreina toimivat esimies ja rakenteita luova organisaation johto. Tämä ei tarkoita, etteikö jokaisella työntekijällä erikseen ja muiden kanssa yhdessä olisi vastuu omalta osaltaan pitää kiinni yhdessä opituista asioista. Työyhteisö rakentuu vuorovaikutuksessa, jota kaikkien organisaation ja työyhteisön jäsenten tulee opetella ja tukea.

Hyvä työyhteisöllisyyden kokemus lisää uskallusta uudistua ja kohdata muutostakin uteliaasti. Se myös vahvistaa keskinäistä reiluutta, antaa tukea haastavienkin asioiden kohtaamiseen ja normalisoi tunnetäyteistä vuorovaikutusta vapautuneeksi ammatilliseksi työdialogiksi. Hyvä työyhteisöllisyys lisää yhdessä tekemisen halua, joka psykiatrisissa asumispalveluissa YTY-hankkeen havaintojen perusteella on jo vahvaa.

Sirpa Mertala, YTT, erikoistutkija, Kuntoutussäätiö

Kimmo Terävä, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Lähteet

Coleman J (1988) Social Capital in the Creation of Human Capital. American Journal of Sociology

- 94, s1, 95–120. Verkkodokumentti: <http://courseweb.lis.illinois.edu/~katewill/for-china/readings/coleman%201988%20social%20capital.pdf>. Luettu 15.3.2016.
- Henttonen E, Lapointe K (2015) Työelämän toisinajattelijat. Gaudeamus. Helsinki
- Hyypä M (2002) Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. PS-kustannus. Keuruu.
- Kajanoja J (2009) Sosiaalinen pääoma: yhteisöllisyyden paluuta vai henkistä väkivaltaa? Yhteiskuntapolitiikka 74, 1, 72–79.
- Lampinen M-S, Viitanen E, Konu A (2013) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus yhteisöllisyydestä työelämässä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 50, 71–86.
- Leydesdorff L (2003) Sociological theory of communication. The self-organisation of the knowledge-based society. Universal Publishers/uPUBLISH.COM.
- Lindfors P (2007) Tutkimuksia, kokemuksia ja ajatuksia yhteisöllisyyden terveysvaikutuksista. Psykoterapia 25, 1, 21–37.
- Luthans F, Youssef C.M, Avolio B.J (2007) Psychological capital. Oxford University Press, New York.
- Manka M-L (2013) Työpaikan yhteisöllisyyden merkitys työssä jatkamisessa. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Luentomateriaali.
- Manka M-L, Larjo vuori R-L, Heikkilä-Tammi K (2014) Voimavarat käyttöön – miten kehittää psykologista pääomaa? Tampereen yliopiston Johtamiskorkeakoulun Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Kuntoutussäätiö, Sosiaali- ja terveysministeriö, Euroopan sosiaalirahasto.
- Nordling E (2015) Näkemyksiä toipumisorientaatiosta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luentomateriaali 3.3.2015.
- Paasivaara L, Nikkilä J (2010) Yhteisöllisyydestä työhyvinvointia. Kirjapaja. Helsinki.
- Räisänen K, Lestinen J (2006) Kyllin hyvä. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Sinokki M (2010) Työyhteisö – uhka ja tuki mielen-terveydelle. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim 126, 15, 1803–9.
- Tönnies F (2001) (alkuperäinen 1887) Community and civil society. Cambridge University Press. Cambridge.
- Uusitalo-Malmivaara L (2015) Positiivisen psykologian voima. PS-kustannus. Jyväskylä.



Kuntoutussäätiö

Vaikuttavaa kuntoutusta - Kuntoutussäätiön tutkijoiden ja kehittäjien blogi

www.kuntoutussaatio.fi/tutkijablogi

NÄKEMYKSIÄ KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISESTÄ JA SOTE-UUDISTUKSESTA YLI SEKTORI- JA AMMATTIRAJOJEN

Kuntoutuksesta ja sen muutoksesta keskustellaan tällä hetkellä Suomessa laajasti yli sektori- ja ammattirajojen. Pirstaleisina pidetyt kuntoutuspalvelut ovat muutospaineen alla samaan aikaan, kun digitalisaatio ja uudet toimintamallit muovaavat perinteistä kuntoutuksen kenttää. Kyse on niin taloudellisesti kuin inhimillisesti merkittävästä toiminnasta. Vuonna 2000 kuntoutuksen kokonaismenot olivat arviolta 1,2 miljardia euroa (STM 2002). Juuri nyt on suunnitteilla sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, jolla tulee olemaan merkittäviä vaikutuksia myös kuntoutukseen, sen järjestämisen tapoihin ja toimintamalleihin.

Tämän vuoksi Kuntoutussäätiö ja Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma toteuttivat kyselyn kuntoutusalan asiantuntijoille, toimijoille ja kehittäjille ympäri Suomen. Kyselyn tarkoitus oli kerätä hajanaisena pidetyn kuntoutuskentän eri ammattilaisten ja asiantuntijoiden näkemyksiä. Vastajia pyydettiin kertomaan näkemyksensä kuntoutuksen nykytilasta, siitä mitä sote-uudistuksessa tulisi kuntoutukseen liittyen erityisesti ottaa huomioon sekä mistä löytyvät kuntoutuksen tulevaisuuden innovaatiot.

Kyselyn tausta

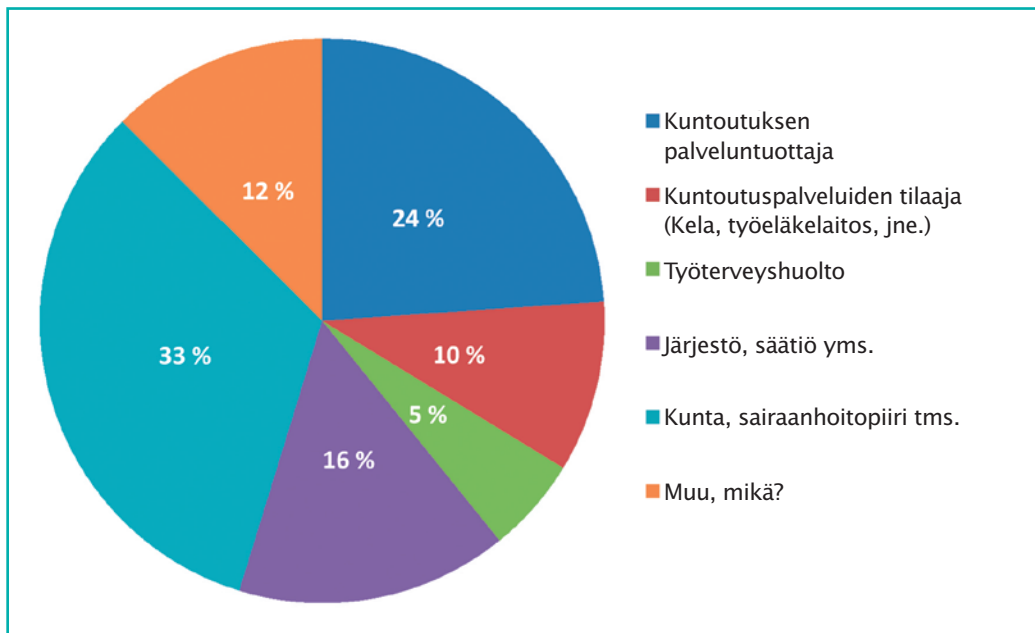
Kuntoutussäätiö ja Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma toteuttivat gallup-muotoisen kyselyn 3173:lle kuntoutusalan asiantuntijalle ympäri Suomen. Vastauspyyntö ver-

kossa täytettävään kyselyyn lähetettiin sähköpostitse joukolle, jossa oli laajasti edustettuina tutkijoita, kehittäjiä, kuntatoimijoita ja palveluiden tuottajia kaikilta sektoreilta. Vastausaika oli 2.–10.3.2016, jona aikana 22 prosenttia kyselyn saaneista vastasi kyselyyn. Sähköpostiosoitteet saatiin Kuntoutussäätiön ja Varman ylläpitämiltä yhteystietolistoilta. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa kuntoutuksen asiantuntijoiden näkemyksiä kuntoutuksen kehittämistä ja sote-uudistuksesta.

Verkossa toteutettuun kyselyyn vastasi peräti 694 asiantuntijaa, jotka edustivat laajasti kuntoutuskenttää. Heistä noin kolmannes edusti kuntaa, sairaanhoitopiiriä tai vastaavaa tahoa, neljännos oli kuntoutuksen palvelutuottajia ja suunnilleen kuudennes kolmannelta sektorilta (kuvio 1). Loput edustivat suurimmilta osin kuntoutuspalveluiden tilaajaa, työterveyshuoltoa tai ”muu, mikä” -vaihtoehtoa. ”Muu, mikä” -vaihtoehdon valitsi reilu kymmenes, ja siitä valtaosa edusti tutkimuslaitoksia, korkeakouluja, virastoja tai ammattiliittoja.

Kelan kuntoutukselle paras arvio

Vastajia pyydettiin kyselyssä antamaan kouluarvosana (4–10) kysymyksen alle listatuille kuntoutuksen osa-alueille niiden toimivuudesta. Mikään osa-alueista ei saanut yli 8:n keskiarvoa, mutta mikään niistä ei myöskään niin sanotusti jäänyt luokalle (taulukko 1). Ke-



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneet (N=694) taustaorganisaation mukaan, prosenttia.

lan yksilökohtainen kuntoutus arvioitiin parhain arvosanoin, ja sen keskiarvoksi tuli 7,6. Sitä seurasivat työeläkekuntoutus ja Kelan ryhmämuotoinen kuntoutus, joiden molempien arvosanojen keskiarvo oli 7,3. Parannettavaa oli vastaajien mielestä eniten sosiaalihuollon kuntoutuksella, joka sai keskiarvon 6,3.

Kuntoutustarpeen havaitsemista on tehostettava

Vastaajia pyydettiin nimeämään kolme kuntoutuksen kannalta tärkeintä kysymystä 14

Taulukko 1. Kuntoutuksen osa-alueiden toimivuus vastaajien arvion mukaan, keskiarvo kouluarvosanoista 4–10 (N=675).

| Kuntoutuksen osa-alue | Keskiarvo |
|---------------------------------|-----------|
| Kelan yksilökohtainen kuntoutus | 7,6 |
| Työeläkekuntoutus | 7,3 |
| Kelan ryhmämuotoinen kuntoutus | 7,3 |
| Kuntoutuksen tutkimus | 6,9 |
| Kuntoutuksen koulutus | 6,8 |
| Terveystieteiden kuntoutus | 6,8 |
| Sosiaalihuollon kuntoutus | 6,3 |

vaihtoehdosta. Yli puolet vastanneista piti kuntoutustarpeen havaitsemisen tehostamista kuntoutuksen kannalta tärkeimpänä kysymyksenä, ja se erottui suosiollaan selvästi muista vaihtoehtoista (kuviot 2). Kuntoutustarpeen havaitsemisen tehostamista seurasi kolme suhteellisen tasaisesti valituksi tullutta vaihtoehtoa: työelämässä jaksaminen kuntoutuksen avulla, tasapuolisten kuntoutumahdollisuuksien tarjoaminen eri väestöryhmille sekä kuntoutuksen rahoituksen varmistaminen (42 %, 42 % ja 40 % valitsi). Huoli kuntoutuksen rahoituksesta tulevaisuudessa nousi esille myös, kun tiedusteltiin sote-uudistukseen liittyviä uhkia kuntoutuksen kannalta.

Tärkeänä pidettiin myös nuorten syrjäytymisen ehkäisyä, jonka valitsi reilu kolmannes yhdeksi kuntoutuksen tärkeimmistä kysymyksistä. Joka viidennen mielestä kuntoutuksen kytkeminen lääketieteelliseen hoitoon oli kuntoutuksen tärkeimpiä kysymyksiä. Avovaihtoehdon valitsi lähes joka kymmenes, ja siinä tärkeimmäksi kysymykseksi määriteltiin muun muassa kuntoutuksen vieminen arkeen, asiakaslähtöisyys ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Harvimminkin valittuja vaihtoehtoja olivat järjestöjen rooli kuntoutuksen



Kuvio 2. Vastaajien näkemys kuntoutuksen kannalta tärkeimmistä ajankohtaisista kysymyksestä (mahdollisuus valita 3), prosenttia (N=692).

äänitorvena (2 %), maahanmuuttajien kuntouttaminen työhön (4 %) ja järjestöjen aseman turvaaminen kuntoutuspalveluiden tuottajina (6 %).

Päätäjien kuntoutusalan tuntemus arvioitiin heikoksi

Vastaajat arvioivat päättäjien kuntoutuskentän tuntemuksen heikoksi. Keskiarvo päättäjien kuntoutuskentän tiedoista oli 1,9, kun 1 merkitsi "ei lainkaan" ja 5 "erittäin paljon". Kyse ei vastaajien mielestä ollut ilmeisesti täysin päättäjien kiinnostuksen puutteesta, sillä päättäjien kuntoutusta kohtaan kokema kiinnostus arvioitiin korkeammaksi (2,3) kuin tiedot. Sekä päättäjien kuntoutuksen tuntemuksen että sitä kohtaan koetun kiinnostuksen arvioivat heikoimmaksi työterveyshuollon edustajat (keskiarvot 1,7 ja 2,0). Parhaimmiksi päättäjien tiedot ja kiinnostuksen arvioivat järjestöjen ja säätiöiden edustajat (2,0 ja 2,4).

Kuntoutus mukaan sote-keskusteluun, uudistus on mahdollisuus

Vastaajien arvio sote-uudistuksen merkityksestä kuntoutukselle oli varovaisen myönteinen. Keskiarvo oli 3,1, kun asteikossa 1 oli uhka, 3 sekä uhka että mahdollisuus ja 5 mahdollisuus. Toisin sanoen enemmistö vastaajista taipui arvioimaan sote-uudistuksen joko sekä uhaksi että mahdollisuudeksi tai varovaisesti mahdollisuudeksi. Sen sijaan kuntoutusasiat voisivat olla vastaajien mielestä enemmän esillä sote-uudistukseen liittyvässä keskustelussa. Vastaajien arvioiden keskiarvo kuntoutusasioiden esillä olosta sote-keskustelun yhteydessä oli 2,0, kun 5 pistettä merkitsi "erittäin paljon" ja 1 "ei lainkaan". Toive kuntoutusasioiden esillä olosta ilmeni myös avovastauksissa, joissa esitettiin huoli kuntoutusalan asiantuntijoiden jäämisestä keskustelun ulkopuolelle.

Positiivisimmin sote-uudistukseen suhtautuivat taustaorganisaatiokseen muu-vaihtoeht-

don (mukana tutkimuslaitoksien, korkeakoulujen, virastojen ja ammattiliittojen edustajia) valinneet (keskiarvo 3,3), kun taas negatiivisimmin kuntoutuksen mahdollisuuksiin sote-uudistuksessa suhtautuivat työterveyshuollon edustajat (keskiarvo 3,0). Kuntoutusasioiden esilläolon arvioivat parhaimmaksi kunnan tai sairaanhoitopiirin edustajat (keskiarvo 2,1), kun taas heikoimman arvion antoivat työterveyshuollon edustajat (keskiarvo 1,7).

Uhkana kuntoutuksen huomioimattajääminen sote-uudistuksessa

”Ketkä jatkossa pääsevät kuntoutukseen? Tehdäänkö tarkempaa valintaa? Miten kuntoutus toteutetaan? Kuka tai ketkä kantavat kokonaisvastuuta? Millaisista tarpeista kuntoutus lähtee liikkeelle?”
– Kunnan, sairaanhoitopiiriin tms. edustaja.

Vastaajilta tiedusteltiin avokysymyksillä sote-uudistuksen tuomia, kuntoutukseen liittyviä uhkia ja mahdollisuuksia. Sote-uudistuksen uhkia koskevaan avokysymykseen vastasi 562 vastaajaa. Kuntoutuksen kannalta sote-uudistuksen tuomaksi suurimmaksi uhkaksi nimettiin yleisimmin kuntoutusasioiden huomioimattajääminen sote-uudistuksen yhteydessä, kuntoutukselle suunnattujen resurssien tai lakisääteisen rahoituksen heikentäminen ja pirstaleisuuden jatkuminen. Vastaajat esittivät myös huolensa toisaalta siitä, ettei kuntoutusalan asiantuntijuutta hyödynnetä sote-uudistuksen yhteydessä, ja toisaalta kuntoutushyötyjen eli sen kustannustehokkuuden ja inhimillisen merkityksen jäämisestä yhteiskunnallisen keskustelun katveeseen.

”Jos kuntoutuksen tilaajana ja tuottajana on pelkästään terveydenhuolto niin se kapeuttaa kuntoutuksen kohderyhmää ja vaikuttavuutta.”
– Kuntoutuksen palvelutuottaja.

Palveluihin liittyviä huolia oli palveluiden eriarvoistuminen ja saatavuuden heikentyminen palveluiden keskittämisen tai karsimisen seurauksena erityisesti pienissä kunnissa. Palveluihin liittyvänä huolena oli myös pienten palvelutuottajien pärjääminen sote-alueilla. Esitettiin huoli myös siitä, että uudistus tapahtuisi järjestelmä-, ei asiakaslähtöisesti ja että tämän takia palvelut irtaantuisivat asiakkaiden arkiympäristöstä.

”Palvelun keskittäminen ei välttämättä lisää asiakaslähtöisyyttä. Keskittäminen myös voi vähentää hoitavan/kuntouttavan tahon tietämystä paikallisista haasteista.”
– Kuntoutuspalveluiden tilaajan (Kela, työeläkelaitos jne.) edustaja.

Sote-uudistuksen tuloksena yhtenäisempi kuntoutusjärjestelmä?

Sote-uudistukseen liittyvien uhkien lisäksi vastaajilta tiedusteltiin, mikä on kuntoutuksen kannalta suurin sote-uudistukseen liittyvä mahdollisuus. Kysymykseen vastasi 550 henkilöä. Sote-uudistukseen liittyväksi mahdollisuudeksi nimettiin useimmissa vastauksissa hajanaisen järjestelmän uudistaminen ja yhtenäistäminen monella tasolla. Ensinnäkin vastauksissa peräänkuulutettiin yhteistyön tiivistymistä palveluntarjoajien välillä, tiedonkulkua eri toimijoiden välillä ja yhteisten tietojärjestelmien kehittämistä. Tämän toivottiin vähentävän asiakkaan turhaa pompottelua, lisäävän kehitystyötä ja uusia innovaatioita sekä vähentävän päällekkäistä työtä.

Samanlaisia vaikutuksia voisi olla palvelujärjestelmän yhtenäistämisenä. Tasa-arvoiset, selkeät ja yhtenäiset kriteerit palveluiden saamiselle sekä monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistaminen voisivat vähentää järjestelmän pirstaleisuutta, auttaa kohdentamaan palveluita ja siten lisätä myös niiden saatavuutta. Yhtenäisemmin koordinoitussa järjestelmässä voitaisiin myös hyödyntää erityisosaamista aiempaa tehokkaammin. Suurempien alueiden hallinnointi voi mahdollistaa

erityisasiantuntijoiden osaamisen hyödyntämisen laajemmilla alueilla.

”Jos yhteistyötä saadaan aidosti kehitettyä kuntoutuksen tarvitsijan kannalta, on sote-uudistus hyvä asia.

Samoin [on hyvää] eri toimijoiden kokoaminen yhteen pohtimaan tätä kokonaisuutta päättäjien kanssa. En täysin hahmota sote-uudistuksen vaikutuksia kuntoutujan asemaan. Tärkeää on saada palvelut juuri kun niitä tarvitaan. Mitä pidempi sairauspoissaolojakso ja työstä poissaolo sitä todennäköisemmin henkilö päätyy ennenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle. Toimijoita paljon: Keva, työeläkeyhtiöt, Te-toimisto, työnantajien omat kuntoutukset, Kela, tapaturmavakuutusyhtiöt. Miten näiden toimijoiden toiminta solmiutuu sote-uudistukseen?”

– Kunnan, sairaanhoitopiirin tms. edustaja.

Kuntoutuksen asiantuntijoiden toivottiin osallistuvan myös sote-uudistukseen suunnitteluun. Osa vastaajista toivoi kuntoutusta vahvemmin osaksi hoitoketjua ja sen aseman vahvistumista sairaanhoitopalveluiden yhteydessä. Samalla toivottiin kuntoutuksen arvon tunnistamista ja tunnustamista säästöjä ja hyvinvointia edistävänä palvelujärjestelmänä. Yhtenäistämällä kuntoutusta ja tuomalla sen osaksi muita palveluprosesseja voidaan tehostaa toipumista, tukea väestön hyvinvointia ja saavuttaa merkittäviä säästöjä.

”Jos oikeasti leveillä hartioilla [toimittaisiin,] moniammatillisuus kuntoutuksessa pääsisi vaikuttamaan ja mentäisiin kuntoutus eikä sairaanhoito edellä. Mielestäni sairaanhoito tulisi nähdä vain osana kokonaisvaltaista kuntoutusta eikä päinvastoin kuten nykyisin.”

– Työterveyshuollon edustaja.

”Mikäli sote-uudistuksen kimpussa työskentelevät päättäjät ja virkamiehet ymmärtävät kuntoutuksen pitkäjänteisyyden ja pitkän aikavälin vaikuttavuuden, kuntoutus on yksi tärkeä mahdollisuus yhteiskunnan kestävyysvajeen korjaamiseksi.”
– Järjestön, säätiön tms. edustaja.

Joissain vastauksissa pohdittiin kuntoutuksen viemistä osaksi arkea ja asiakkaiden ja vertaisasiantuntijoiden osallistumisen vahvistamista sekä oman kuntoutumisensa että koko järjestelmän suunnitteluun ja kehittämiseen. Asiakslähtöisyyden toivottiin myös olevan sote-uudistukseen kytkeytyvän kuntoutusjärjestelmän suunnittelun ytimessä.

”Näen, että kuntoutumisessa yleensä ollaan lähdössä hyvään suuntaan, koska entistä enemmän otetaan asiakkaat mukaan suunnittelemaan ja toteuttamaan palveluita. [–] He ovat jo palveluiden ideoinnissa mukana ja ottavat ja saavat eri tavalla vastuuta palvelun toteutuksesta. Heidän omakohtaisia kokemuksia (kokemusasiantuntijat) hyödynnetään sekä asiakkaiden että ammattilaisten hyväksi. He pystyvät myös olemaan oman kuntoutumisensa jälkeen ns. tulkkeina asiakkaiden ja ammattilaisten välissä. Vertaisuuden tulo kuntoutukseen on mahdollisuus, jos sitä osataan hyödyntää ja ottaa huomioon sote-uudistuksessa. [Jos] opitaan johtamaan työyhteisöjä joissa mukana toimijoina on sekä ammattilaisia ja vertaisia, niin kuntoutus pääsee aivan uusille urille. Työntekijät eivät ns. ”ammu huteja”, koska osaavat lukea asiakastaan paremmin ja asiakkaat kohtaavat ja auttavat tosiaan kohtaamaan ammattilaisen enemmän ihmisenä, ei tietäjänä. [Jos näitä asioita] nostetaan esiin myös sotessa, niin silloin se on mahdollisuus.”

– Kunnan, sairaanhoitopiirin tms. edustaja.

Kuntoutuksen innovaatiot syntyvät yhteistyössä asiakkaiden kanssa

Kysymykseen ”Mistä löytyvät kuntoutuksen tulevaisuuden innovaatiot?” annettiin 492 avovastausta. Digitalisaatio, tietotekniikan hyödyntäminen ja hyvinvointiteknologia olivat vastauksissa yleisimmin toistuva teema, johon suhtauduttiin pääosin toiveikkaasti, mutta myös kriittisesti:

”[--] Hyvinvointi- ja terveysteknologiaa ja digitalisaatiota korostetaan liikaa. Toki etäkuntoutustakin tarvitaan mutta kuntoutus on edelleen inhimillistä vuorovaikutusta, jossa yksi tärkeä voimavara on asiakaslähtöinen dialogi.”
– Ammattikorkeakoulun edustaja.

Asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden kuuleminen toistuivat kommentteissa lähes yhtä usein kuin digitalisaatio tai teknologiset sovellukset. Edellä olevan kaltaiset vastakkainasettelut tietotekniikan hyödyntämisen ja perinteisen vuorovaikutuksen välillä koskivat kuitenkin lähinnä etäkuntoutusta. Useissa puheenvuoroissa digitalisaatio ja asiakasnäkökulman lisääminen nähtiin enemmänkin toisiaan tukevinä:

”[Kuntoutuksen innovaatiot löytyvät] digitalisaatiosta, robotiikasta, älylaitteiden hyödyntämisestä järkevällä tavalla niin, että ihmisyyden huomioon tulee enemmän tilaa ja aikaa.”
– Koulutuksen edustaja.

Toisissa puheenvuoroissa painottuivat ammattilaisten osaaminen ja kokemus, toisissa asiakasnäkökulma. Yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin organisaatioiden yhteistyön, samoin kuin moniammatillisen yhteistyön, puolesta esitettiin paljon kommentteja. Ajatuksen tiivistää erään vastaajan arvio siitä, mistä kuntoutuksen innovaatiot löytyvät:

”Eivät ne löydy, ne luodaan yhteistyössä.”
– Korkeakoulun edustaja.

Yhteenveto: Kuntoutuksen tulevaisuuden uhat ja mahdollisuudet?

Kyselyn vastauksissa toistui usein huoli kuntoutuksen jäämisestä katveeseen sote-uudistuksen yhteydessä. Usein esitetty toive oli, että kuntoutus otettaisiin jatkossa paremmin huomioon sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää koskevien uudistusten yhteydessä ja kuntoutuksen asiantuntijoita kuultaisiin sote-uudistuksen suunnitteluvaiheessa. Moni piti myös kuntoutuksen vaikuttavuutta aliarvioituna ja aliarvostettuna.

Järjestelmän sisällä suurimmaksi kehittämistarpeeksi yli puolet vastaajista nimesi kuntoutustarpeen havaitsemisen tehostamisen. Erityisen toimivaksi nähtiin Kelan järjestämä kuntoutus, kun taas sosiaalihuollon kuntoutus sai vastaajilta heikoimman arvion.

Päätäjien kuntoutustiedot saivat vastaajilta heikon arvion. Hieman paremmaksi arveltiin kuitenkin heidän kiinnostuksensa kuntoutusasioita kohtaan. Monet vastaajista esittivät, että päätäjien tulisi kiinnittää sote-uudistuksen yhteydessä kuulla niitä, jotka tuntevat kuntoutusjärjestelmän ja sen vaikuttavuuden hyvin.

Kuntoutusjärjestelmää on pidetty pirstaleisena jo pitkään. Sote-uudistuksen suurimpana uhkana kuntoutukselle monet pitivät pirstaleisuuden jatkumista tai sitä, ettei järjestelmää uudisteta. Vastaajat nimesivät varsinaisten haasteiden lisäksi konkreettisia mahdollisuuksia, joita sote-uudistus kuntoutukselle tuo. Erityisesti vastauksissa nousi esiin järjestelmän yhtenäistäminen palveluntuottajien tiivistyvän yhteistyön, yhtenäisempien palvelunsaannin kriteerien, yhteisen tietojärjestelmän sekä asiakkaiden paremman kuulemisen avulla. Mahdollisuutena pidettiin myös erityisasiantuntemuksen parempaa hyödyntämistä laajemmilla alueilla.

Yhteistyö, digitalisaatio ja asiakaslähtöisyys olivat yleisimpiä vastauksia myös sille, mistä löytyvät kuntoutuksen tulevaisuuden innovaatiot. Moniammatillinen yhteistyö, asiakasymmärrys ja tietotekniikan hyödyntäminen yhdessä kokeilevan kehittämiskulttuurin kanssa luovat vastaajien mielestä hyvät puitteet uusien innovaatioiden syntymiselle.

Pohdinta

Kyselyn vastaukset pyörivät tuttujen teemojen ympärillä: kuntoutuksen pirstaleisuus, näkymättömyys ja toisaalta tulevaisuuden mahdollisuudet, joista yhteistyö ja digitalisaatio mainittiin useasti sote-uudistuksen ohella, etenkin tulevaisuuden innovaatioita koskevan kysymyksen kohdalla.

Kuntoutuksen toiminnan pirstaleisuus ja rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus on tunnistettu haasteeksi jo pitkään. Vuoden 2002 kuntoutusselonteossa todetaan, että ”Kuntoutuksen ympärille on syntynyt monipuolinen, monitahoinen ja monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia. Kuntoutuksen kokonaisuuden hahmottaminen on yhä vaikeampaa sekä kuntoutuksesta päättävillä että itse kuntoutujilla” (STM 2002, 3). Toteamus voisi olla suora lainaus kyselyyn vastanneiden kommentista. Ei liene ihme, että sote-uudistukselle asetetaan myös paljon odotuksia – useat vastaajat näkivät, että uudistumatta jääminen on sote-uudistuksen suurin uhka. Kuntoutuksen katveeseen jääminen oli toinen toistuva teema kyselyn vastauksissa. Myös tätä aihetta sivuttiin kuntoutusselonteossa, tosin sen toiselta puolelta: Kuntoutuksen vaikuttavuuden lisääminen oli yksi selonteen kehittämislinjauksista. Linjauksen alta löytyi vaikuttavuustiedon hyödyntämisen lisäksi vaikuttavuuden mittaaminen ja seurantamenetelmien kehittäminen. (STM 2002, 20.) Vaikuttavuuden mittaamiseen ja vaikuttavuustietoon panostetaan edelleen liian vähän. Mitä ostetaan kuntoutukseen panostetuilla miljardoilla? Kyse ei voi olla vain toiminnasta ja sen standardeista – vaikuttavuusmittareiden ja näytön avulla huomiota voitaisiin tuoda yhä enemmän pitkäaikaisiin tuloksiin. Esimerkiksi työhön paluuseen johtava työeläkekuntoutus maksaa itsensä takaisin kahdessa vuodessa (Saarnio 2013). Vaikuttavuusnäytön avulla voitaisiin selättää myös sote-uudistuksen uhkakuvat: laadun heikkeneminen ja rahoituksen pieneneminen. Tämä vaatii ennen kaikkea kuntoutusalan asiantuntijoiden tietotaitoa siitä, missä vaikuttavuus näkyy, sekä yhteistyötä oikeiden mittareiden löytämiseksi.

Kolmas kyselyssä kiinnostava pohdinta oli vastaajien näkemykset tulevaisuuden innovaatioista. He uskoivat niiden syntyvän digitalisaation, asiakastyön ja yhteistyön kautta. Pirstaleisuus on osittain sisällä toiminnassa, jossa tieto ei liiku eri toimijoiden tai asiakkaan ja järjestelmän välillä niin kuin pitäisi. Tietotekniikan kehityksen ansiosta näitä haasteita voidaan ratkaista yhä ketterämmin, kun tietoa on yhä helpompi kerätä ja esittää reaaliajassa. Yhteistyön eri muotojen hyödyntäminen, tiedon kerääminen ja esittäminen, yhteiset tietojärjestelmät sekä digitaalinen vertaistieto luovat lukemattomia mahdollisuuksia myös kuntoutukselle. Digitalisaation tuomien mahdollisuuksien hyödyntäminen on kuntoutusalalla vasta aluillaan. Sen vaikutukset kuntoutukselle tulevat luultavasti olemaan sote-uudistustakin suuremmat.

Kuntoutussäätiö ja Varma kiittävät lämpimästi kaikkia kyselyyn vastanneita, joita ilman tätä raporttia ei olisi voitu toteuttaa.

Maari Parkkinen, VTM, tutkija, uuden työn muotoilija, Kuntoutussäätiö

Timo Ilomäki, VTM, tutkimusavustaja, Kuntoutussäätiö

Riikka Shemeikka, VTT, johtaja, tutkimus, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Lillrank P, Reijonsaari K, Heikkilä P, Silander K (2016) Seitsemän syytä sairauteen. Miksi terveydenhuolto ei toimi. Taloustieto OY, Next Print, Helsinki.
- Saarnio L (2013) Työeläkekuntoutus vuonna 2012. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 3. Eläketurvakeskus. Helsinki. Verkossa: http://www.etk.fi/wp-content/uploads/Tyoeläkekuntoutus_vuonna_2012.pdf. Katsottu 9.5.2016
- STM (2002) Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6, Sosiaali- ja terveysministeriö.

KUNTOUTUS INTEGROI SOTEN

Kuntoutus on sote-integraation lippulaiva

Kuntoutus on ihmisten hyvinvointiin, terveyteen, työ- ja toimintakykyyn sekä osallisuuteen monimuotoisesti vaikuttava yhteiskunnallinen investointi. Sillä on laajat yhteisövaikutukset. Työkyvyn aleneminen aiheuttaa seurauksia työyhteisöön ja lopulta organisaation menestymiseen. Myös syrjäytyminen on usein yhteisöllistä. Osallisuuden kokemukset syntyvät tai jäävät syntymättä erilaisissa ryhmissä ja yhteisöissä.

Kuntoutus leikkaa läpi yhteiskuntapolitiikan sektoreiden. Juuri siksi kuntoutus voi toimia sektorien integraattorina. Se voi liimata yhteen sosiaalipoliittiset, työvoimahallinnolliset, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon sekä kasvatukseen liittyvät näkökulmat. Tällä otteella päästään lopputuloksiin, jotka tyydyttävät niin kuntoutujaa kuin palveluiden järjestäjää ja tuottajaakin.

Kuntoutussäätiön ja Varman toteuttamassa kuntoutuskyselyssä haluttiin selvittää kuntoutusalan ammattilaisten, päättäjien, palvelutuottajien ja kehittäjien näkemyksiä kuntoutuksesta, sen polttavimmista kehittämistarpeista ja mahdollisuuksista kiinnostavassa murroskohdassa. Kontekstualisoimme kyselyn suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan perusteita rajusti muuttavaan uudistukseen, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmämuutokseen. On ymmärrettävää ja loogista, että sote-uudistukseen ladataan myös kuntoutuksen kannalta runsaasti odotuksia. Tämä näkyi myös kuntoutuskyselymme vastauksissa.

Sote-uudistuksen kivijalka on integraatio. Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation oletetaan kurovan umpeen kolmen miljardin euron kestävyysvajetta ja tuottavan ennennäkemättömiä asiakashyötyjä. Integraation oletetut hyödyt ja

sen taustalla olevat tarpeet olivat vahvasti esillä myös kyselymme tuloksissa.

Paul Lillrankin ym.:iden (2016) tuoreessa pamfletissa ”*Seitsemän syytä sairauteen. Miksi terveydenhuolto ei toimi*” todetaan, ettei hallinnon integraatio sinänsä takaa mitään. On aivan mahdollista, että laatikkoleikkien puolesta yhdistetyssä järjestelmässä siilorajat jatkuvat kuten tähänkin asti.

Avain muutokseen ja todellisiin asiakashyötyihin on hoitopolkujen integroinnissa. Jotta tämä onnistuu, tarvitaan kannusteita, valtaa ja johtajuutta murtaa nykyisiä siilorakenteita sekä eri ammattiryhmien keskinäistä kanssakäymistä asiakashyödyn maksimoimiseksi.

Kuntoutus kaikkienensa on integraatiolaji. Juuri kuntoutuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon integrointi tuottaa asiakashyödyt ja isot säästöt hyvinvointimenoissa. Koordinoinnilla ei saavuteta mitään. Kuntoutusjärjestelmän pirstaleisuus ei sillä korjaudu. Kuntoutus voi olla sote-uudistuksen lippulaiva – sektori, joka osoittaa, miten integraatio käytännössä parhaiten ja tehokkaimmin toteutetaan.

Varman ja Kuntoutussäätiön toteuttamassa kuntoutuskyselyssä hoitopolkujen ja -prosessien virtaviivaistaminen ja riittävän varhainen kuntoutustarpeen tunnistaminen nousivat kriittisiksi parantamisalueiksi kuntoutuksessa. Kuntoutuksessa ratkaisun avaimet löytyvät moniammatillisuudesta ja moniammatillista tiimeistä – integroinnin ytimeistä. Sinänsä ei ole merkitystä, kuuluvatko tiimin jäsenet eri hallinnollisiin yksiköihin, siloihin, jos he kykenevät ja haluavat rakentaa yhteisen ymmärryksen asiakkaan kuntoutumisesta. Yksilöllisen palveluohjauksen tai case manageroinnin periaate – toteutettuna uudella otteella niin, että rakennetaan kokoamalla palveluja asiakkaalle eikä vain ohjata häntä olemassa oleviin

palveluihin – voisi toimia missä tahansa kuntoutujaryhmässä, myös silloin, kun kärkeä on sosiaalinen osattomuus. Tällaisessa palveluohjauksessa asiakkaan parhaaksi rakennetaan paras mahdollinen integroitu ymmärrys kuntoutuksen tavoitteista yhdessä asiakkaan kanssa.

Kuntoutuksen sisällöt edellä

Kuntoutussäätiön ja Varman toteuttaman kyselyn mukaan päättäjät eivät ole kovin kiinnostuneita kuntoutuksesta. Kuntoutusalan toimijat arvioivat myös heidän tiedon tasonsa alhaiseksi. On kummallista, että kuntoutusalan ammattilaiset eivät pidä itseään tärkeinä päättäjien silmissä. Sipilän hallituksen ohjelmassa kuntoutukselle annetaan paljon enemmän sijaa, merkitystä ja mahdollisuuksia kuin aikoihin. Eikö kuntoutusala osaa käyttää näitä mahdollisuuksia hyväkseen?

Onko niin, että kuntoutuskenttä hajoaa omiin kuppikuntiinsa, eikä yhteisiä viestejä saada riittävästi välitettyä eteenpäin päättäjille? Estääkö mantra ”kuntoutusjärjestelmä ei toimi” järkevän uudistamisen ja tulevaisuudenkuvat? Kun sote-uudistus helposti jää rakennekeskusteluksi, kannattaisiko kuntoutusta nostaa rakenteiden sijaan sisältöinä esille?

Mielestäni kuntoutuksen näkyväksi tekeminen kannattaa tehdä nimenomaan sisältöjen kautta. Miten kuntoutus tukee päihdeongelmaista äitiä ja perhettä, miten pitkäaikais-työtön ja oppimisvaikeuksista kärsivä saadaan työllistymään kuntouttavan työn keinoin? Miten vaikeavammaisten liikuntaharrastukset yhdistettynä muuhun kuntoutukseen saavat heidät kiinnittymään yhteisöihin ja yhteiskuntaan?

Kun kuntoutuksen resurssit ovat pirstaleina, integraatiohyödyt ovat kuntoutuksessa mahdollista saada helposti aikaan. Kuntoutus integroi soten hyödyt.

Kuntoutuksen innovaatiot

Sosiaali- ja terveydenhuolto ja työllistäminen tarvitsevat uudistamista ja innovaatioita. Kyselymme tulosten mukaan asiakasymmärrys ja vuoropuhelu ammattilaisten ja kuntoutuja-asikkaiden kesken ruokkivat parhaiten uudistu-

misherkkyyttä ja kykyä saada aikaan uusia ideoita ja toimintamalleja.

Kuntoutuksessa etäkuntoutus tai avokuntoutus muuttuvat ajasta ja paikasta riippumattomaksi kuntoutukseksi, jossa kuntoutuspalvelun käyttäjästä tulee samalla aktiivinen palvelutuottaja. Ihminen ei enää ole ”etänä” omasta elämästään, kuntoutuksessa. Kuntoutus tulee luontevaksi osaksi kaikkeen siihen, mitä arjessa teemme – helposti, asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti. Maailmalla tarjolla olevat 160 000 terveysteknologista applikaatiota tekevät tämän jo nyt mahdolliseksi. Kehittämisen sijaan kyse on käyttöönotosta ja soveltamisalueiden tunnistamisesta.

Erytisryhmille ja erityistarpeisiin tarvitaan epäilemättä jatkossakin jonkin verran laitospalvelua ja fyysisiä tiloja. Ihmisten kasvukaista kohtaamista tarvitaan. Kuntoutuksen perusrakenne muodostuu fyysisistä, sosiaalisista ja digitaalisista vuorovaikutuksen kentistä.

Sote-palveluiden uudistamiseen tarvitaan insentiivejä ja rakenteita, joilla innovointi mahdollistetaan. Kiinnostavia käytäntöjä ovat vaikuttavuuden ostot perinteisten suoritteiden hankintojen sijaan. Monissa Euroopan maissa on myös erityisasema yleishyödyllisille organisaatioille, joilta voidaan hankkia palveluita ilman kilpailutusta. Ehkä kumppanuusajattelu ennemmin kuin tiukat hankintakriteerit ja hinnan painottaminen mahdollistaa innovaatioiden syntymisen?

Vaikuttavuuden hankinnat ja vaikuttavuusinvestoinnit siirtävät ostajan ja tuottajan fokuksen suoritteista – kuntoutuspäivistä, erikoislääkärin konsultaatioista tai fysioterapeutin vetämisestä keppijumpista – vaikutuksiin. Vaikutukset ovat esimerkiksi ihmisten työllistymistä ja elämäntilanteita.

Vaikuttavuus kiinnostaa myös asiakkaita. On todennäköistä, että asiakkaat hakeutuvat sellaisten palvelutuottajien palveluihin, joissa kuntoutus on vaikuttavaa. Vaikuttavuuden mittaaminen ja osoittaminen tulevat olemaan iso haaste ja mahdollisuus suomalaiselle palvelujärjestelmälle.

**Soile Kuitunen, VTT, toimitusjohtaja,
Kuntoutussäätiö**

NÄYTTELIJÖIDEN KUOLLEISUUS

Johdanto

Kulttuurin, yhteisöllisyyden ja sosiaalisen toiminnan on havaittu vaikuttavan positiivisesti hyvinvointiin, elämänlaatuun ja elinikään (Hyyppä & Liikane 2005, Hyyppä 2013). Kulttuurikuntoilua harrastava voi paremmin ja elää keskimäärin kahdesta kolmeen vuoteen pidempään kuin muut (Hyyppä 2013, 20). Ruotsalaisessa tutkimuksessa havaittiin jo 1990-luvulla kulttuuria harrastavien terveyden olevan parempi ja elinajanodotteen pidempi verrattuna niihin, jotka välttävät sosiaalista kanssakäymistä ja kulttuurillista yhteisöllisyyttä (Bygren ym. 1996). Samanlaisia tutkimustuloksia on saatu myös Ruotsissa, Norjassa, Englannissa ja Amerikassa (Konlaan ym. 2000, Johansson ym. 2001, von Otter 2008, Dalgard & Lund Håheim 1998, Willcox ym. 2007, Wilkinson ym. 2007, Glass ym. 1999).

Näyttelijän työ on yhteisöllistä ja luovaa. Näyttelijä kollegoineen tulkitsee sekä yksin että yhdessä tekstiä ohjaajan vision ja kokonaisnäkömyksen mukaan. Teatterin on havaittu vaikuttavan myönteisesti henkiseen hyvinvointiin, koska se taidemuotona ”imitoi” ihmiselämän perustoimintoja, on yhteisöllinen, sosiaalinen ja vuorovaikutuksellinen (Emunah 1994, Snow 1996).

Teatteritaide yhdistää ainutlaatuisella tavalla lukuisia taidemuotoja: musiikkia, laulua, tanssia, tarinankerrontaa, nukkeja, maalaus- taidetta, muotoilua, runoutta ja näyttelemisen taidetta. Teatterilla voidaan nähdä olevan myös sisäsyntyinen parantava vaikutus, joka perustuu sen alkuperään inhimillisen kulttuurin ytimessä (Snow ym. 2003).

Näyttelijöiden terveydestä on kuitenkin tehty vain niukasti tutkimusta. Kyaga ym. (2013) eivät löytäneet välittömiä yhteyksiä

luovuuden ja mielenterveyden sairauksien välillä kaksisuuntaista mielialahäiriötä lukuun ottamatta.

Myös näyttelijöiden kuolleisuudesta on hyvin vähän tietoa. Marinin (1986) ammattiryhmien välisiä kuolleisuuseroja käsitelleessä tutkimuksessa näyttelijät sisältyivät samaan ryhmään toimittajien, taiteilijoiden ja muusikoiden kanssa. Vuosien 1971–1991 kuolleisuusseurannassa näyttelijöiden ja laulajien kuolleisuus oli samalla tasolla kaikkien palkansaajien kuolleisuuden kanssa (Notkola ym. 1995). Vuosien 1996–2000 (Pensola ym. 2004) ja 2001–2007 (Pensola ym. 2012) eri ammattiryhmien kuolleisuutta koskevissa tutkimuksissa näyttelijät oli yhdistetty samaan luokkaan muiden taiteilijoiden kanssa. Vuosien 1996–2000 seurannassa taiteilijoiden kuolleisuus oli miehillä kaikkia palkansaajia alhaisempaa ja naisilla taas samalla tasolla, kun taas ajanjaksolla 2001–2007 naisnäyttelijöiden kuolleisuus näyttäisi olleen kaikkia palkansaajia alhaisempaa, mutta miehillä kuolleisuus ei eronnut muista. (Taulukko 1.)

Myös ruotsalaisessa tutkimuksessa (SCB 2014) näyttelijät lukeutuivat samaan ryhmään toimittajien ja taiteilijoiden kanssa (ammattiluokka 245). Tämän ryhmän kuolleisuus (SMR, Standardized Mortality Ratio) vuosina 2008–2012 oli miehillä 92 (95 %:n luottamusväli 71–117) ja naisilla 81 (66–99) kaikkien palkansaajien kuolleisuuteen (SMR=100) verrattuna.

Kulttuuri, yhteisöllisyys ja sosiaalisuus ovat yhteydessä pidempään elinikään. Näyttelijän työ on yhteisöllistä ja vuorovaikutteista. Voisiko näyttelijöiden kuolleisuus sen myötä olla muita ammattiryhmiä alhaisempaa? Tavoitteenamme on selvittää, millainen on näyttelijöiden kuolleisuuden taso muihin palkansaajiin verrattuna.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistona on Tilastokeskuksen väestölaskentatiedoista ja kuolemansyytiedoista koottu yksilötasoinen pitkittäisaineisto kaikista palkansaajista vuoden 2000 lopussa. Tutkimusväestönä ovat 25–64-vuotiaat Suomessa asuvat palkansaajat 31.12.2000. Kuolleisuutta seurataan ajalla 2001–2013. Seuranta-aika päättyy seuranta-ajan loppuun, maasta muuttamiseen tai kuolinpäivään. Tutkimuksessa käytetään vuoden 2000 lopun ammattitietoa (Ammattiluokitus 2001). Jos tieto puuttuu, käytetään vuoden 1995 ammattia.

Ammattiryhmille lasketaan erilaisen ikärakenteen vaikutuksen poistamiseksi ikävakioidut kuolleisuusluvut käyttäen suoraan ikävakiointia (SDR, Standardized Death Rate) sekä ikävakioidut kuolleisuussuhteet (SMR) ja näiden 95 prosentin luottamusvälit (Armitage ym. 2005). Vertailu- ja vakioväestönä käytetään kaikkia vuoden 2000 lopun palkansaajia.

Tulokset

Näyttelijöiden kuolleisuus oli vuosina 2001–2013 sekä miehillä (SMR 82) että naisilla (SMR 93) kaikkia palkansaajia hiukan alhaisemmalta tasolla (taulukko 2). Sen sijaan muihin erityisasiantuntijoihin verrattuna näyttelijöiden kuolleisuus oli hiukan korkeampaa. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Kaikkien taiteilijoiden kuolleisuus oli miehillä samaa tasoa kaikkien palkansaajamiesten kuolleisuuden kanssa, naisilla sen sijaan mahdollisesti kaikkien palkansaajien kuolleisuutta alhaisempaa.

Näyttelijöiden kuolleisuutta verrattiin myös muihin ammattiluokkiin (taulukko 3). Näyttäisi siltä, että miehillä näyttelijöiden kuolleisuus oli korkeampaa kuin johtajilla ja erityisasiantuntijoilla. Sen sijaan asiantuntijoiden kanssa kuolleisuus oli samalla tasolla. Työntekijäammateissa oleviin verrattuna näyttelijöiden kuolleisuus oli alhaisempaa. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Naisilla eri ammattiluokkien väliset kuolleisuuserot olivat pienempiä kuin miehillä.

Taulukko 1. Aiempi suomalainen tutkimus näyttelijöiden kuolleisuudesta, 25–64-vuotiaat miehet ja naiset.

| Lähde | Kohderyhmä | Seuranta-aika | Miehet Henkilö- vuodet | Kuolleet | SMR/ CMI ¹ | 95 % lv | Naiset Henkilö- vuodet | Kuolleet | SMR/ CMI ¹ | 95 % lv |
|-----------------------|---|---------------|------------------------------|----------|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|----------|
| Notkola ym. 1995 | Näyttämötaiteilijat ja laulajat | 1971-1991 | 9 000 | 95 | 99 | (80-121) | 7 000 | 30 | 105 | (71-149) |
| Notkola & Savela 1998 | Taide- ja viihdealan työntekijät ² | 1991-1995 | 42 000 | 152 | 98 | (83-115) | 36 000 | 28 | 68 | (46-100) |
| Pensola ym. 2004 | Taiteilijat ³ | 1996-2000 | 44 000 | 84 | 78 | (63-97) | 37 000 | 41 | 116 | (85-158) |
| Pensola ym. 2012 | Esiintyvät taiteilijat ³ | 2001-2007 | 22 817 | 53 | 90 | (67-117) | 12 860 | 9 | 70 | (32-133) |

¹ SMR (Standardized Mortality Ratio eli vakioitu kuolleisuussuhde) tutkimuksissa Notkola ym. 1995 ja Pensola ym. 2012, CMI (Comparative Mortality Index, ikävakioitu kokonaiskuolleisuuden suhde) tutkimuksissa Notkola & Savela 1998 ja Pensola ym. 2004

² Kuvaamataiteilijat, mainospäättäjät, somistajat, näyttämötaiteilijat, laulajat, muusikot ym.

³ Muusikot, laulajat, tanssijat, näyttelijät, ohjaajat, juontajat

Taulukko 2. Näyttelijöiden, muiden taiteilijoiden ja erityisasiantuntijoiden kuolleisuus kaikkiin palkansaajiin (SMR=100) verrattuna 2001–2013, 25–64-vuotiaat miehet ja naiset.

| Ammatti (TK:n ammattikoodi) | Henkilövuodet | Kuolleet | SDR ¹ / 10 000 hv | 95 % lv | SMR ² | 95 % lv |
|--|---------------|----------|---------------------------------|---------|------------------|----------|
| Miehet | | | | | | |
| Näyttelijät (24551) | 6823 | 21 | 33 | (19-48) | 82 | (54-126) |
| Näyttelijät ja ohjaajat (24551, 24552) | 9030 | 25 | 29 | (17-41) | 74 | (50-109) |
| Kaikki taiteilijat (2452) | 40839 | 138 | 37 | (31-44) | 96 | (81-113) |
| Kaikki viihdealan asiantuntijat (3471) | 29553 | 99 | 42 | (33-50) | 106 | (87-130) |
| Erytyisasiantuntijat (2) | 1917798 | 4981 | 27 | (26-28) | 68 | (66-70) |
| Kaikki palkansaajat | 11055903 | 41871 | 39 | (39-40) | 100 | |
| Naiset | | | | | | |
| Näyttelijät (24551) | 5947 | 10 | 18 | (6-31) | 93 | (50-174) |
| Näyttelijät ja ohjaajat (24551, 24552) | 7039 | 10 | 15 | (5-25) | 79 | (43-147) |
| Kaikki taiteilijat (2452) | 34710 | 37 | 16 | (11-21) | 78 | (57-108) |
| Kaikki viihdealan asiantuntijat (3471) | 16011 | 24 | 19 | (11-27) | 107 | (72-160) |
| Erytyisasiantuntijat (2) | 2021577 | 3042 | 16 | (15-16) | 84 | (81-86) |
| Kaikki palkansaajat | 11255480 | 21838 | 19 | (18-19) | 100 | |

¹ SDR, Standardized Death Rate eli ikävakioitu kuolleisuusluku

² SMR, Standardized Mortality Ratio eli vakioitu kuolleisuussuhde

Taulukko 3. Näyttelijöiden kuolleisuus (SMR) eri ammattiryhmiin verrattuna 2001–2013, 25–64-vuotiaat miehet ja naiset.

| Ammatti (TK:n ammattikoodi) (SMR=100) | Miehet SMR ¹ | 95 % lv | Naiset SMR | 95 % lv |
|---|----------------------------|----------|---------------|----------|
| Sotilaat (0) | 110 | (72-169) | 54 | (27-108) |
| Johtajat ja ylimmät virkamiehet (1) | 132 | (86-202) | 106 | (57-197) |
| Erytyisasiantuntijat (2) | 121 | (79-186) | 112 | (60-207) |
| Asiantuntijat (3) | 100 | (65-153) | 105 | (57-195) |
| Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät (4) | 76 | (49-116) | 90 | (48-167) |
| Palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijät (5) | 75 | (49-114) | 93 | (50-173) |
| Maanviljelijät, metsätyöntekijät ym. (6) | 70 | (45-106) | 91 | (49-169) |
| Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät (7) | 71 | (46-108) | 83 | (44-154) |
| Prosessi- ja kuljetustyöntekijät (8) | 68 | (44-104) | 86 | (47-161) |
| Muut työntekijät (9) | 59 | (39-91) | 72 | (39-134) |

¹ SMR, Standardized Mortality Ratio eli vakioitu kuolleisuussuhde

Johtopäätökset

Näyttelijän ammatissa sosiaalisuus, kommunikaatio ja hyvä peruskunto ovat tärkeitä osatekijöitä taiteellisen työn toteutuksessa. Sosiaalinen kanssakäyminen on yhteydessä hyvinvointiin ja elämänlaatuun (Uvnäs Moberg 2000, 2009) ja elinikään (Hyypä 2013).

Edellä mainitut seikat saattavat olla osa-

syy siihen, että näyttelijöiden kuolleisuus on hieman kaikkien palkansaajien kuolleisuutta alhaisempaa. Toisaalta suhteessa muihin samantasoisin ammatteihin näyttelijöiden kuolleisuus vaikuttaa olevan hieman korkeampaa. Ammattiryhmän koon pienuuden vuoksi tuloksista on kuitenkin vaikea sanoa mitään kovin varmaa. Näyttelijöiden kuolleisuutta tulisi-

kin tutkia aineistolla, jossa on pidempi seuranta-aika ja joka olisi paremmin sovellettavissa näyttelijöiden terveyteen, elämänlaatuun ja elinikään yhteydessä oleviin kysymyksiin.

On kuitenkin pidettävä mielessä, että ammatin ja kuolleisuuden välinen yhteys on aina monimutkaisen tapahtumaketjun lopputulos, ja siten eri ammatteihin tai niissä pysymiseen voi myös valikoitua henkilöitä terveydentilan tai siinä tapahtuvien muutosten mukaan. Lopuksi on vielä todettava, että kuolleisuus edustaa vain yhtä, vaikkakin keskeistä terveyden osa-aluetta, ja siten olisi myös mielenkiintoista suunnata samanlaista vertailevaa tutkimusta muiden terveyden osa-alueiden, kuten vaikkapa toimintakyvyn, alueelle.

Hanna Rinne, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Johan Storgård, MA, teatterinjohtaja, Svenska Teatern

Sakari Suominen, LT, professori, Skövden korkeakoulu ja Turun yliopisto

Lähteet

- Ammattiluokitus (2001) Ammattiluokitus 2001. Tilastokeskus, Helsinki.
- Armitage P, Berry G, Matthews JNS (2005) *Statistical Methods in Medical Research*. Fourth Edition. Blackwell Publishing, UK
- Bygren LO, Konlaan BB, Johansson SE (1996) Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions BMJ 313, 1577.
- Dalgard O S, Lund Håheim L (1998) Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. J Epidemiol Community Health 52, 476–81.
- Emunah R (1994) *Acting for Real: Drama Therapy, Process, Technique, and Performance*. Brunner-Routledge, New York & London.
- Glass T A, Mendes de Leon C, Marottoli R A, Berkman L F (1999) Population based study of social productive activities as predictors of survival among elderly Americans. BMJ 319, 478–83.
- Hyypä MT, Liikanen HL (2005) *Kulttuuri ja Terveys*. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Hyypä MT (2013) *Kulttuuri pidentää ikää*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Johansson SE, Konlaan BB, Bygren LO (2001) Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study. Health Prom Intern 16, 229–34.
- Konlaan BB, Bygren LO, Johansson SE (2000) Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. Scan J Public Health 28, 174–8.
- Kyaga S, Landén M, Boman M, Hultman CM, Långström N, Lichtenstein P (2013) Mental illness, suicide and creativity: 40-Year prospective total population study. Journal of Psychiatric Research 47, 1, 83–90.
- Marin R (1986) Ammattikuolleisuus 1971–80. Tutkimuksia Nro 129. Tilastokeskus, Helsinki.
- Notkola V, Pajunen A, Leino-Arjas P (1995) Telineet, tehdas vai toimisto – tutkimus ammattiryhmittäisestä kuolleisuudesta ja työkyvyttömyydestä. SVT Terveys 1995:4. Tilastokeskus, Helsinki.
- Notkola V, Savela S (1998) Ammattiryhmittäinen kuolleisuus Suomessa 1991–1995. Työterveyslaitos, Tilastokeskus, Helsinki.
- von Otter C (2008) Kultur – en del av ett hälsosamt liv? Kulturrådets skriftserie 4. Statens kulturråd, Stockholm, 1–31.
- Pensola T, Ahonen H, Notkola V (2004) Ammatit ja kuolleisuus. Työllisten ja työttömien ammattiryhmittäinen kuolleisuus 1996–2000. Kuntoutussäätiö, Tilastokeskus, Helsinki.
- Pensola T, Shemeikka R, Kesseli K, Laihiala T, Rinne H, Notkola V (2012) Palkansaaja, yrittäjä, työtön. Kuolleisuus Suomessa 2001–2007. Kuntoutussäätiö tutkimuksia 84, Helsinki.
- SCB (2014) Yrke och dödlighet 2008–2012. Demografiska rapporter 2014:3. Statistiska centralbyrån, Stockholm.
- Snow S (1996) Focusing on mythic imagery in brief drama therapy with psychotic individuals. Teoksessa A. Gersie (toim.) *Dramatic approaches to brief therapy*. Jessica Kingsley, London, 216–235.
- Snow S, D'Amico M, Tanguay D (2003) Therapeutic theatre and well-being. The Arts in Psychotherapy 30, 73–82.
- Uvnäs Moberg K (2000) Lugn och Beröring – oxytocinets läkande verkan i kroppen. Natur och Kultur Akademisk, Stockholm.
- Uvnäs Moberg K (2009) Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer. Natur och Kultur Akademisk, Stockholm.
- Wilkinson A V, Waters AJ, Bygren LO, Tarlov AR (2007) Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States. BMC Publ Health 7, 226–31.
- Willcox DC, Willcox BJ, Sokolovsky J, Sakihara S (2007) The cultural context of "successful aging" among older women weavers in a northern Okinawan village: The role of productive activity. J Cross Cult Gerontol 22, 137–65.

LÄÄKÄREIDEN KUNTOUTUSTIETÄMYS JA KUNTOUTUKSEN ERITYISPÄTEVYYS

Nykyaikainen ja tehokas potilaan hoito vaatii, että kuntoutustoimenpiteet käynnistyvät hoidon rinnalla ja jatkuvat saumattomasti hoidon jälkeen. Hoitavalta lääkäriltä vaaditaan erikoisalasta riippumatta lisääntyvässä määrin tietämystä toiminta- ja työkyvystä, niiden arvioinnista ja kuntoutuksen periaatteista. Lääkäreille tehtyjen kyselyiden, muiden selvitysten ja Valtiontalouden tarkastusviraston raportin (2009) perusteella lääkäreiden kuntoutustietämystä tulee parantaa.

Lääkärit tarvitsevat tietoa kuntoutuksesta

Diagnostiikka ja hoito ovat terveydenhuolltomme keskiössä, ja ne järjestyvät kutakuinkin hoitotakuun edellyttämässä aikataulussa. Sen sijaan potilaiden terveydentilan pitkäaikainen seuranta ja kuntoutustoimenpiteet eivät läheskään aina toteudu. Potilaan ikä, sairauden luonne, asuinpaikka, työtilanne ja muu sosioekonominen tilanne vaikuttavat kuntoutuksen toteutumiseen. Tähän on syynä kuntoutusjärjestelmämme pirstaleisuus ja sekava rakenne. Näistä syistä kuntoutuksen järjestämisvastuuta voidaan yrittää siirtää toisaalle lyhytaikaisia säästöjä tavoitellen. Tällöin osa potilaista voi jäädä kokonaan tai osittain ilman kuntoutusta, ja pitkällä aikavälillä lyhytaikainen säästäminen voi tuottaa kunnalle taloudellista tappiota muun muassa lisääntyvän laitoshoidon tarpeen takia. Samalla potilaalle aiheutuu inhimillistä kärsimystä. Väestön toiminta- ja työkyvystä huolehtimisen ja kun-

toutuksenkin tulisi olla keskeisessä asemassa, kun suunnitellaan keinoja kotona ja työssä selviytymisen parantamiseksi.

Pelkkä potilaan diagnoosi kuvaa huonosti potilaan toiminta- ja työkykyä, jonka arviointi kuuluu terveydenhuollolle. Toimintakyvyn arviointi luo pohjan potilaan kuntoutussuunnitelmalle. Potilaan esitiedot, joissa potilas kertoo toimintakyvystään ja arjen selviytymisestään, sekä kliiniset tutkimushavainnot ovat edelleen toiminta- ja työkyvyn arvioinnin perusta. Lääkärin on hyvä käyttää arvioinnin tukena myös objektiivisia mittareita, joista on kansallisia suosituksia (www.facultas.fi; www.toimia.fi). Niiden käyttö on rajautunut pääosin erikoissairaanhoidon kuntoutusyksiköihin tai joillakin erikoisaloilla suoritettuihin fysiologisiin mittauksiin (mm. kliinisen fysiologian, kardiologian/sisätautien ja keuhkosairauksien aloilla) tai toimintakykytesteihin (mm. fysiatrian, neurologian/lastenneurologian aloilla).

ICD-11 julkaistaan WHO:n toimesta vuoden 2018 jälkeen ja se tulee käyttöön maailmanlaajuisesti. Vuonna 1999 julkaistuun edeltäjäänsä ICD-10:een verrattuna se on huomattavasti laajempi sisältäen sairauksien nimien ja koodien lisäksi määrittelyä diagnostisista kriteereistä ja hoidosta aina toimintakykyyn asti. Varsinainen ICF, kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, otettaneen käyttöön laajamittaisemmin myöhemmin, mutta ICD-11 luo pohjaa sen käyttöönnotolle.

Toimintakyky ja sen merkitys ihmisille tulee korostumaan voimakkaasti tulevaisuuden

terveydenhuollossa. Pyrkimyksenä on löytää keinoja, joilla ihmiset voisivat elää ja työskennellä pidempään kotiympäristössään. Nykyinen kuntoutusjärjestelmämme kaipaa uudistumista pystyäkseen vastaamaan tähän haasteeseen. Pystyykö tuleva sote-uudistus ja siihen liittyvät lainsäädäntömuutokset korjaamaan puutteita, jää nähtäväksi. Järjestelmän puutteiden korjaamisen lisäksi tarvitaan myös parannuksia lääkäreiden perus-, erikoistumis- ja täydennyskoulutukseen.

Keväällä 2013 Suomen Lääkäriliiton, Kuntoutussäätiön ja Aviren tekemän laajan kyselyn perusteella lääkärit saavat tietoa kuntoutuspalveluista eniten oman työpaikkansa kollegoilta (40 % vastaajista) ja Kelan internet-sivuilta ja/tai puhelinpalvelusta (44 %). Kuntoutuspalveluista välittyy tietoa peruskoulutuksessa vain 13 prosentille, mutta erikoistumiskoulutuksessa jo 30 prosentille. Kyselyn mukaan lääkärin ammattikunta on avainasemassa kuntoutuksen tarpeen ja tarjonnan epäsuhtan korjaamisessa. Kolmasosa vastaajista haluaa kuntoutuksen koulutusohjelmien osaksi.

Kela teki laajan selvityksen vuoden 2005 vaikeavammaisten, MS- ja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutussuunnitelmien laadusta. Näitä suunnitelmia tehtiin sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Selvityksen mukaan selviä puutteita oli toimintakyvyn kuvauksessa, kuntoutustavoitteiden määrittämisessä sekä itse kuntoutusmenetelmien sisällön kuvauksessa. Toimintakyvyn kuvaus puuttui yli kolmasosasta MS-potilaiden ja viidesosasta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutussuunnitelmista. Kuntoutujiin omia tavoitteita oli kirjattu vain kolmessa prosentissa suunnitelmista.

Suomen Lääkäriliiton ja Kelan työikäisiä potilaita hoitaville lääkäreille loppuvuonna 2014 tekemässä kyselyssä noin kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että tarkoituksenmukaisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen on hankalaa. Ongelmallisimpana hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemistä pitivät erikoistumattomat ja yleislääketieteen erikoislääkärit. Eniten ongelmia oli terveyskeskuksessa työskentelevillä.

Lääkäreiden kuntoutustietämyksen puute konkretisoituu moniongelmaisten ja syrjäytyneiden potilaiden kohdalla. Lääkäreiltä puuttuu monessa tapauksessa kyky hahmottaa potilaan kokonaistilannetta, toimintakykyä ja ongelmien taustalla olevia tekijöitä. Kun nämä taidot puuttuvat, ei potilastakaan kyetä riittävästi auttamaan.

Kuntoutuksen opetus lääkäreiden peruskoulutusvaiheessa

Kuntoutuksen erillinen opintojakso on yliopistojemme lääketieteellisten tiedekuntien opinto-oppaiden mukaan vain Itä-Suomen yliopistossa (toimintakyvyn arviointi ja kuntoutus: 1,5 opintopistettä) ja Turun yliopistossa (kuntoutus: 1 opintopiste). Kuntoutuksen koulutusta saattaa olla lisäksi muun muassa fysiatrian, geriatrian, neurologian, lastenneurologian sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien kursseilla sekä joissakin yliopistoissa vakuutus- ja työlääkieteen kursseilla. Kuntoutusta voidaan opettaa ennen valmistumista toimintakyvyn arviointimenetelmien ja todistusten laatimisen koulutuksen yhteydessä. Käytännön kuntoutustietoa saadaan jonkin verran kliinisen harjoitteluvaiheen aikana sekä sairaalasta että terveyskeskuksesta. Vaikka tilanne on hitaasti paranemassa nyt aloittavien lääketieteen opiskelijoiden kohdalla, kuntoutuksen koulutus on edelleen riittämätöntä lääkäreiden peruskoulutuksessa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009).

Vaikka toiminta- ja työkyvyn arviointi kuuluu lääkärin tehtäviin ja kuuluu kuntoutustiedon ydinsisältöön, toiminta- ja työkyvyn arviointiin liittyvää koulutusta löytyy lääkäreiden peruskoulutuksessa selvästi erotuttavana oppisisältönä hyvin vähän. Vakuutuslääkäreiden mukaan lääkärin tekemä objektiivinen status luo pohjan potilaan toimintakyvyn arvioinnille, mutta usein lausunnoissa tyydytään painottamaan pelkästään potilaan subjektiivista toiminnallista haittaa, oireita ja koneellisia tutkimustuloksia. Lääkäreiden peruskoulutuksen tulisi sisältää tietoa ja harjoittelua toiminta- ja työkyvyn arvioinnista, jotta lääkäri kykenisi heti laillistuksen jälkeen

hoitamaan itsenäisesti niitä tehtäviä, joita häneltä terveydenhuollossa odotetaan. Toimintakyvyn arviointi luo pohjan kuntoutussuunnitelmalle. Kuntoutussuunnitelmaan ja sen sisältöihin liittyvää koulutusta tulisi myös lisätä lääkäreiden peruskoulutukseen.

Kuntoutuksen opetus lääkäreiden täydennyskoulutuksessa ja erikoistumisvaiheessa

Lääkäreiden täydennyskoulutuksessa kuntoutus on suhteellisen vähän esillä. Lääkäreiden erikoistumiskoulutuksessa tietoa kuntoutuksesta, ainakin joillakin konservatiivisilla erikoisaloilla, saadaan riittävästi. Esimerkiksi työterveyshuoltoon erikoistuvilla on pakollinen työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen kuuden kuukauden jakso. Monella erikoisalalla on kuitenkin taipumusta keskittyä diagnostiikkaan ja akuuttihoitoon, ja kuntoutuksen tietämyksen tarve on sen vuoksi vähenemässä. Hoitoajat ovat sairaaloissa lyhyitä, ja siinä vaiheessa, kun hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuoltoon, kuntoutusasiat jäävät usein muualla hoidettaviksi.

Suomen Lääkäriliiton myöntämä kuntoutuksen erityispätevyys perustettiin vuonna 2001. Kuntoutuksen erityispätevyyden tavoitteena on erikoisalakohittaisen tietämyksen syventäminen kuntoutuksesta ja sen hyödyntäminen käytännön kuntoutustyössä ja asiantuntijatehtävissä. Vuoden 2015 loppuun mennessä kuntoutuksen erityispätevyyden on suorittanut 300 lääkäriä. Kuntoutuksen erityispätevyys on tällä hetkellä lukumäärältään suurin erityispätevyys. Fysiatrian ja neurologian erikoislääkärit ovat innokkaimmin suorittaneet kuntoutuksen erityispätevyyden (taulukko 1).

Kuntoutuksen erityispätevyyden voi suorittaa nykysääntöjen puitteissa erikoislääkäri, joka on tehnyt käytännön palvelua erilaisissa vaativissa kuntoutusalan tehtävissä vähintään kolme vuotta erikoislääkäritutkinnon jälkeen. Palvelun tulee antaa valmiudet erikoisalakohittaiseen kuntoutukseen terveydenhuollon eri tehtävissä. Kattavan kokonaisuuden muodostuminen käytännön palveluissa on erikoisalakohittaisen tutorin valvonnassa. Kolmen

Taulukko 1. Kuntoutuksen erityispätevyyden hankkineet erikoisaloittain 31.12.2015 mennessä.

| ERIKOISALA | PÄTEVÖITYNEET |
|---------------------------------|---------------|
| Foniatria | 4 |
| Fysiatria | 89 |
| Geriatría | 9 |
| Korva-, nenä- ja kurkkutaudit | 8 |
| Lastenneurologia | 22 |
| Liikuntalääketiede | 4 |
| Silmätaudit | 1 |
| Ihotaudit ja allergologia | - |
| Keuhkosairaudet ja allergologia | 1 |
| Lastenpsykiatria | 2 |
| Lastentaudit | 3 |
| Neurologia | 47 |
| Nuorisopsykiatria | 3 |
| Ortopedia ja traumatologia | 1 |
| Psykiatria | 13 |
| Reumatologia | 16 |
| Sisätaudit | 17 |
| Työterveyshuolto | 28 |
| Yleiskirurgia | - |
| Yleislääketiede | 28 |
| Muu (anestesiologia) | 1 |
| Ei erikoislääkärin tutkintoa | 3 |
| Yhteensä | 300 |

vuoden palvelun lisäksi vaaditaan 120 tuntia kuntoutuksen keskeiseen sisältöön perustuvaa teoreettista kurssimuotoista opiskelua. Kuntoutuksen erityispätevöitymisen koulutusohjelmaan hakeudutaan erillisellä hakemuksella, ja lopulliseen päteväytymiseen kuuluu suullinen tentti ennakkoon sovitusta aiheesta. Lisätietoa kuntoutuksen erityispätevyydestä löytyy Suomen Lääkäriliiton kotisivuilta.

Kuntoutuksen yliopistollista koulutusta on ollut mahdollista saada ensimmäisen kerran 1990-luvun alussa PD-koulutuksena Lapin ja Oulun yliopistojen yhdessä toteuttamana, monitieteisenä koulutuksena. Varsinainen kuntoutustieteen opetus alkoi Lapin yliopistossa vuonna 2004, jolloin otettiin ensimmäiset kuntoutuksen pääaineopiskelijat. Kuntoutustieteen perus- ja aineopintoja voi opiskella Oulun, Itä-Suomen ja Lapin avoimissa yliopistoissa yhteisinä verkko-opintoina. Myös ammattikorkeakouluissa on mahdollista suorittaa

ylempi ammattikorkeakoulututkinto terveydenhuollon ja myös kuntoutuksen alalla. Näihin yliopistollisiin tai ammattikorkeakoulujen tarjoamiin kuntoutusalan koulutuksiin lääkärit ovat hakeutuneet suhteellisen harvoin.

Käytännön toimenpiteet lääkäreiden kuntoutustiedon kohentamiseksi

Lääkäreiden peruskoulutukseen tulisi lisätä käytännön tietoa ja harjoittelua toiminta- ja työkyvyn arvioinnista, kuntoutussuunnitelman tekemisestä sekä lausuntojen kirjoittamisesta. Erillinen kuntoutuksen oppisisältöä käsittävä kurssi voisi olla jokaisen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-ohjelmassa. Kurssin laajuuden tulisi olla vähintään 1,5 opintopistettä. Kuntoutuksen tietoa kokonainen kurssi hyödyttäisi tulevia lääkäreitä parhaiten viimeisellä kurssilla ennen valmistumista. Tämän lisäksi kuntoutuksen tulisi integroitua jokaisen erikoisalain kurssiin olennaisena ja näkyvänä osana. Erityisesti kuntoutuksen tietämystä voitaisiin lisätä ennen laillistusta suoritettavan perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen yhteyteen. Tämä edellyttäisi yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien koulutustapaavien välillä yhteistä sopimusta kyseisen jakson sisällöstä.

Täydennyskoulutuksessa kuntoutuksen tulisi olla osa muun hoidon opetusta. Kuntoutuksen tulisi olla myös jokaisen erikoisalain koulutuksen sisällön osa. Kuntoutuksen tulisi näkyä nykyistä selvemmin erityisesti yleislääketieteen erikoislääkäreiden koulutussisällössä.

Käypä hoito -suosituksista, jotka toimivat lääkäreiden työn ja koulutuksen ohjeena ja tukena, puuttuu osittain kuntoutuksen osuus. Vain joissakin käypä hoito -suosituksissa, kuten aivoverenkiertohäiriöiden, aivovammojen ja kielellisen erityisvaikeuden osalta, kuntoutuksen vaikutus on huomioitu riittävästi. Duodecim on kiinnittänyt viime vuosina enemmän huomiota kuntoutustiedon osuuteen käypä hoito-suosituksissa.

Tietoa kuntoutuksesta tulisi olla helposti ja keskitetysti löydettävissä tietoverkoista. Tilanne on tältä osin selvästi paranemassa. Terveystieteen ja Kelan verkkosivujen selailu

lienee kaikille käytännön lääkäreille tuttua. Tietoa kuntoutuksesta löytyy myös työeläkelaitosten, vakuutusyhtiöiden ja Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta. Kuntoutussäätiön ylläpitämästä Kuntoutusportista (www.kuntoutusportti.fi) löytyy monipuolista tietoa kuntoutuksesta ja sen koulutuksesta ja tutkimuksesta. Samassa osoitteessa sijaitsee myös kuntoutusalan kirjasto ja tietopalvelu. Kuntoutussäätiö julkaisee myös kuntoutuksen kotimaista tietolähdettä Kuntoutus-lehteä.

Finska Läkaresällskapetin, Suomen Lääkäriliiton ja Duodecimin erillisellä rahoituksella perustama ja ProMedicon ylläpitämä taitoni.fi-verkkopalvelusivusto avattiin lääkäreille 1.10.2013, ja se tähtää lääkäreiden ammattitaidon kehittämiseen. Taitoni.fi-palvelua voidaan hyödyntää lääkärin henkilökohtaisessa koulutussuunnittelussa ja ammattitaidon osoittamisessa. Verkkosivusto sisältää tietoa koulutustapahtumista, kirjallisuudesta ja verkkokursseista myös kuntoutuksen alalta.

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys KUTKE ry. toimii muiden tehtäviensä ohella asiantuntija- ja yhteistyöelimenä kuntoutuksen tutkimus-, koulutus- ja kehittämissuhteissa. Se järjestää joka toinen syyskuu kotimaisen kuntoutusseminaarin Tampereen apuvälinemessujen yhteydessä. Vuonna 2015 KUTKE ry. järjesti yhdessä EFRR:n (European Federation for Research in Rehabilitation) kanssa kansainvälisen kuntoutuksen tutkimuksen kongressin Suomessa. Kuntoutuksen erityispatenttitoimikunta toimii myös KUTKE ry:n alaisuudessa.

Kuntoutuksen erityispatenttitoimikunnan on hankinnut jo moni kuntoutuksen alalla toimiva erikoislääkäri. Kuntoutuksen alan osaajista on tarvetta hyvin monella erikoisalalla. Erityisesti yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkäreitä tulisi kannustaa kuntoutuksen erityispatenttitoimikunnan hankkimiseen. Näin saadaan kuntoutuksen osaajia perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon, jotka etulinjassa vastaavat kansalaistemme terveydestä ja toimintakyvystä. Kuntoutuksen erityispatenttitoimikunnan hankkimiseen on lisäksi kannustamassa lisäpalkkamahdollisuus.

English summary

Physician's knowhow and special competence in rehabilitation

Modern and efficient treatment of a patient includes rehabilitation, which should start without delay and continue without disruption. According to both a National Audit Office of Finland report (2009) and recent surveys, physicians in all areas of specialization in Finland urgently need more profound knowledge in the assessment of functional capacity and overall principles of rehabilitation.

Mauri Kallinen, LT, professori, ylilääkäri, puheenjohtaja, Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisyhdistys KUTKE ry, fysiatrian ja liikuntalääketieteen erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, OYS, lääkinnällinen kuntoutus

Roger F. Byring, LKT, lastenneurologian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, Folkhälsanin tutkimuskeskus, Biomedicum, Helsinki

Katariina Hinkka, LT, dosentti, johtava tutkijalääkäri, työterveyshuollon erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, Kela tutkimusosasto

Jorma Oksanen, LL, ylilääkäri, psykiatrian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, HYKS, Jorvin sairaala

Leena Rämö, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, Terveystalo Kamppi, Helsinki

Aarne Ylinen, professori, neurologinen kuntoutus, Helsingin yliopisto, osastonylilääkäri, HUS, Kuntoutustutkimusyksikkö ja Aivo-vammapoliklinikka, neurologian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys

Timo Pohjolainen, LT, dosentti, fysiatrian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys, Helsinki Hospital, Helsinki

Kirjallisuutta ja linkkejä

Lääketieteen opinto-opas: Helsingin yliopisto, lääketieteen opinto-ohjelma. http://www.med.helsinki.fi/peruskoulutus/perustutkinnot/ll_opintojaksot.html
Lääketieteen opinto-opas: Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen opinto-ohjelma. http://www.uef.fi/documents/10184/67447/UEF_Laaketiede_Opinto-opas_netti.pdf/35e18fed-1109-48e3-a95a-f61c-b7eea9bc

Lääketieteen opinto-opas: Oulun yliopisto, lääketieteen opinto-ohjelma. <http://www oulu.fi/ltk/node/1598>
Lääketieteen opinto-opas: Tampereen yliopisto, lääketieteen opinto-ohjelma. <http://www.uta.fi/med/opiskelu/ydinaines2006/index.php>
Lääketieteen opinto-opas: Turun yliopisto, lääketieteen opinto-ohjelma. <https://nettiopsu.utu.fi/opas/opintoKokonaisuus.htm?rid=20046&lang=fi&uiLang=fi&lvv=2015>
www.facultas.fi: tietoa toimintakyvyn arvioinnista.
www.finlex.fi: ajantasainen lainsäädäntö myös kuntoutusta koskien.
www.kela.fi: tietoa Kelan järjestämästä kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä säädöksistä.
www.kuntoutusportti.fi: monipuolista tietoa kuntoutusalalta.
www.kutke.fi: Kuntoutuksen tutkimus- ja edistämisyhdistys ry:n kotisivut.
www.laakariliitto.fi: tietoa koulutuksista ja kuntoutuksen erityispätevyydestä.
www.stm.fi: ajankohtaista tietoa väestön terveydestä, toimintakyvystä ja kuntoutuksesta.
www.taitoni.fi : lääkäreiden henkilökohtaisen koulutussuunnittelun apuväline.
www.tela.fi: tietoa ammatillisesta kuntoutuksesta.
www.thl.fi: tietoa väestön terveydestä, toimintakyvystä ja kuntoutuksesta.
www.toimia.fi: suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta ja mittareista eri kohderyhmille.
www.valtiokonttori.fi: tieto tapaturmalain alaisesta kuntoutuksesta, iäkkäiden toimiva-testistön kuvaus.
Valtionalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009: lääkinnällinen kuntoutus.
Paltamaa J, Knuutila P, Peurala SH, Sjögren T, Suomela-Markkanen T, Heinonen A. Kelan kuntoutuksen piirissä olevien vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmissa on suuria puutteita. Suomen Lääkärilehti 2009; 64(45): 3853–3860.
Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, Palomäki H, Pärnänen H, Vänskä J. Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen. Kyselytutkimus lääkäreille. Helsinki: Kela, Työpaperiä 96, 2016.
www.vkk.fi : tietoa tapaturmalain alaisesta kuntoutuksesta.
www.who.int/classifications/icd/revision/en/: tietoa tulevasta ICD-11:sta.
<http://fi.wikipedia.org/wiki/ICF-luokitus>: tietoa ICF:stä; Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä luokituksesta.
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.

MONIALAINEN TYÖKYVYN JA KUNTOUTUSTARPEEN ARVIOINTI TUNNISTAA TYÖTTÖMIEN HEIKENTYNEEN TYÖKYVYN

Väitöskirjatyöni sai alkunsa kliinisen, työkykyarvioita tekevän lääkärin ihmettelystä: ”Kuinka kummassa näillä työttömillä on näin paljon työkykyä heikentäviä sairauksia ja kuinka huonossa kunnossa he ovatkaan.”

Olin toteuttanut työkyvyn arviointeja lääkärille poikkeuksellisessa ympäristössä, TE-toimistossa. Vaikka kliinisen tutkimuksen mahdollisuudet tavallisessa konttorihuoneessa olivat vaatimattomat, huomasin pian, että työkyvyn arvioinnin näkökulmasta siellä oli paljon enemmän kuin tavanomaisilla lääkärin vastaanotoilla. Siellä oli käytettävissä yksityiskohtaista tietoa asiakkaan selviytymisestä koulutuksista ja opinnoista sekä armeijasta, pärjäämisestä aiemmissa työsuhteissa tai työharjoitteluissa ja monenlaisia muita asiakkaan tuntevan virkailijan tietoja ja kokemuksia. Myöhemmin työvoiman palvelukeskuksissa sain käytettäväkseni myös tietoja asiakkaan sosiaalisesta taustasta, sosiaalisesta verkostosta, taloudellisesta tilanteesta ja muista sosiaalihuollon asiakkuuksissa kertyneistä tiedoista. Nämä tiedot ovat lähtökohtatietoja monialaisessa työkyvyn arvioinnissa.

Laaja-alainen toimintakykytieto vaikutti hyödylliseltä ja biopsykososiaalisen toimintakyvyn viitekehukseen sopivalta. Ristiriitä siinä, että suuri osa työikäisen väestön työkykyä heikentävistä sairauksista oli jäänyt hoitamat-

ta ja tunnistamatta, herätti kiinnostuksen tutkia lähemmin työkyvyn arvioinnin käytäntöjä sekä näiden käytäntöjen taustalla olevia teorioita ja käsitteitä.

Väitöskirjatyöni on monimenetelmä tutkimus, enemmänkin monografia, jossa pohdin kolmen osatyön tulosten avulla työkyvyn käsitettä, työkyvyn arvioinnin eri käytäntöjä ja käytäntöjen taustalla vaikuttavia eroja ottaen samalla huomioon pitkäaikaistyöttömien työkykyisyyden ja syrjäytymisen ilmiöt.

Mitä työkyky oikeastaan on?

Työkyvystä ei ole kirjallisuudessa yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Sen todetaan olevan monesta osa-alueesta koostuva kokonaisuus, jossa eri osat vaikuttavat toisiinsa. Työkykyä mitattaessa tai arvioitaessa pitäisi kuitenkin tietää, mitä mitataan, jotta voisi tietää, mitä mittaria kannattaa käyttää. Mittarin valinnan ei tulisi olla ensisijaista. Tällä pohdinnalla päästään työkyvyn arvioinnin taustalla vaikuttaviin tieteenfilosofisiin näkökulmiin.

Perinteisesti lääketieteessä tieto pohjautuu luonnontieteen menetelmillä hankittuun tietoon, jossa objektiiviset havainnot ovat arvostettuja. Ihmistieteiden tutkima tieto ja todellisuus ovat luonteeltaan merkityksellisiä ja edellyttävät siksi ymmärtämistä tutkittavan omasta näkökulmasta. WHO on hylännyt sai-

rauksien seurauksista lähtevän toimintakykyajattelun (aiempi vaurioiden, toiminnanvaja-
vuuksien ja haittojen kansainvälinen luokitus ICDH) määrittelemällä sen tilalle uuden kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen ICF:n. Siinä toimintakyky koostuu ruumiin ja kehon toiminnoista, suorituksista ja osallistumisesta terveyden, ympäristötekijöiden ja yksilötekijöiden dynaamisessa vaikutuksessa. Tästä viitekehyksestä lähtien tarvitsemme työkyvyn arvioinnissa sekä biomedikaalisen ihmisen arviointiin ja mittaamiseen liittyviä menetelmiä että ymmärtävän ihmistieteen soveltavia menetelmiä.

Esitän väitöskirjani tulokset seuraavasti:

- 1) Pitkäaikaistyöttömien joukossa on runsaasti työkyvyttömiä ja sellaisia, joiden työkykyä on mahdollista parantaa hoidolla ja kuntoutuksella.
- 2) Sairauslähtöinen toimintakyvyn arvio näyttää perustuvan terveyden biomedikaaliseen ja ICDH-malliin, kun monialainen pohjautuu ICF-malliin. Intresseissä ja sisällöissä on eroja. Sairauslähtöinen, asiakkaan kokonaistoimintakyvyn huomiotta jättävä arviointi ei luo riittävää kuvaa työkyvystä ja hukkaa oleellisia työkyvyn tukemisen mahdollisuuksia.
- 3) Informaatio ei-medikaalisista työkyvyn osa-alueista on merkittävää lisätietoa työkyvyn ja kuntoutustarpeen kokonaistulkinnassa.

Pitkäaikaistyöttömien monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi

Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pohjautuu ICF-viitekehykseen ja toimijuuden modaliteettien (halun, pystyvyyden ja mahdollisuuksien) hyödyntämiseen arvioinnissa. Tässä toimintatavassa kerätään informaatiota laajasti asiakkaan toimintakyvyn historiasta ja siinä esiin tulleista häiriöistä ja voimavaroista, käytännön työssä selviytymisestä ja työllistymisyrytyksistä, aiemmas-
ta terveydentilasta, hoidosta ja kuntoutukselta ja asiakkaan motivaatiosta sekä määritellään toimintakykyä havainnoimalla ja tutki-

muksilla. Lääkärin tehtävä on selvittää, onko toimintakyvyn heikkenemisen taustalla jokin sairaus ja mitkä ovat tämän sairauden hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuudet. Työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnissa lääkäri tekee tulkinnan työ- ja toimintakyvystä sekä kuntoutustarpeesta kerätyn informaation, tutkimusten ja kontekstuaalisten tietojen pohjalta.

Työttömien terveydentila on heikompi ja he käyttävät vähemmän terveystalvakuja kuin muu samanikäinen väestö. He syrjäytyvät yhteiskunnassa myös hoidon ja kuntoutuksen palveluista. Pitkäaikaistyöttömien työmarkkinatukien kustannuksista vastaavat yhä enemmän kunnat, ja nämä kustannukset ovat valtavat. Pitkäaikaistyöttömien työkykyyn, hoitoon ja kuntoutukseen tulisi kiinnittää selvästi enemmän huomiota.

Lopuksi

Väitöskirjatyössäni raportoin havaintojani, joita syntyi lääkärin vastaanotolla. Ajauduin käsitteiden ja teorioiden viidakkoon ja tarkastelemaan kriittisesti työkyvyn arvioinnin nykykäytäntöjä. Monialainen toimintakykytieto näytti hyödylliseltä työkykyä arvioitaessa, ja näitä havaintoja tuki WHO:n ICF-viitekehys. Tutkimuksen aikana kehittynyt tapa arvioida työkykyä ja kuntoutustarvetta voi olla erittäin merkittävä niin väestön työkykyisyyden kuin kansantaloudenkin kannalta, jos tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat vahvistettavissa laajemmin.

Raija Kerätä, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri, kuntoutuksen ja hallinnon erityispätevyys

"Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä." Väitöskirja 22.1.2016. Oulun yliopisto.

Erityistä tukea tarvitsevan lapsen uudistuvat kuntoutusverkostot

Miten luoda toimiva kuntoutusverkosto erityistä tukea tarvitsevan lapsen arkeen? Kuntoutetaanko diagnoosia vai keskitytäänkö lapsen toimintakyvyn parantamiseen? Kuuleeko kukaan lasta tai hänen vanhempiaan?

Metropolia Ammattikorkeakoulun Uudistuvat kuntoutusverkostot -opintokokonaisuuteen kuuluneessa keskustelutilaisuudessa pohdittiin 18.5.2016, miten perheet voisivat yhdessä lapsen kanssa työskentelevien ammattilaisten kanssa luoda toimivan kuntoutusverkoston erityistä tukea tarvitsevan lapsen arjen tueksi.

Diagnoosilähtöisyys, tiukat salassapitosäännökset ja koordinoinnin puute verkostojen kiusana

Kuntoutuksessa on jo pitkään pyritty pois diagnoosilähtöisestä ajattelusta. Koulu- ja päiväkotimaailmassa tämä tuntuu monin paikoin jo toteutuneen: tuen tarpeen määrittää diagnoosin sijaan lapsen toimintakyky ja voimavarat. Kasvatuksellisessa kuntoutuksessa lapsen osallistumisen ja omatoimisuuden lisääminen on pääosassa. Sairaalamailmassa sen sijaan diagnoosilähtöinen kuntoutusajattelu elää edelleen vahvana.

Tiedonkulku eri toimijoiden välillä on yhä edelleen hankalaa salassapitosäännösten vuoksi. Keskustelussa todettiin kuitenkin, että ongelma on ratkaistavissa varsin yksinkertaisesti: vanhemmilta kysymällä. Tiedonkulun takkuaminen ja jatkuva paperisota kuluttavat nimittäin vammaisen lapsen vanhempien voimavaroja usein aivan turhaan.

Tilannetta helpottaisi, jos lapsen asioita koordinoisi yksi ja sama ihminen ja kaikki lapselle laaditut lukuisat suunnitelmat koot-

taisiin yksiin kansiin. Nykyään suunnitelmat tehdään hajautetusti, eikä tieto eri toimijoiden kesken kulje.

Yhden suunnitelman käytännössä kuntoutuskoordinaattori voisi arvioida yhdessä perheen ja lapsen kanssa sen hetkisen tuen tarpeen, jonka perusteella lapsen tarpeiden mukaan muodostuva kuntoutusverkosto koottaisiin. Eri alojen ammattilaiset olisivat mukana kuntoutusverkostossa perheen ja lapsen tarpeen mukaisesti, minkä jälkeen tuen tarve ja muoto määriteltäisiin uudestaan. Käytäntö tukisi myös perheiden jaksamista, kun vältyttäisiin jatkuvalta hakemusten täyttämiseltä.

Lapsen, nuoren ja koko perheen kuuleminen sujuvan kuntoutuksen lähtökohta

Sujuvan kuntoutuksen lähtökohta on aito lapsen, nuoren ja perheen kuuleminen. Lapsi ja hänen vanhempansa määrittelevät asiat, joiden mukaan tukevia kuntoutusverkostoja lähdetään muodostamaan. Perheet saattavat kuitenkin kokea jäävänsä ulkopuolisiksi asioidensa käsittelyssä, sillä päätöksiä voidaan tehdä jopa ilman lapsen ja hänen vanhempiensa läsnäoloa tai kuulemista. Perheet kokevat, että heidän, ja erityisesti heidän lapsensa, toiveita ja tarpeita ei kuunnella riittävästi. Lapsi joutuu usein olemaan ulkopuolinen tarkkailija itseään koskevilla palaverissa.

Mutta miten taata lapsen ja nuoren oikeus olla aktiivinen itseään koskevassa kuntoutuspalaverissa? Miten kuulla lasta, jonka on vaikea ymmärtää abstrakteja asioita ja ilmaista itseään?

Kuten kaikessa muussakin, ennakointi on tärkeää. Lapselle on annettava mahdollisuus

kertoa haaveistaan ja tavoitteistaan vaikka valokuvan tai videon avulla. Kuntoutuksen sujuvuudessa on tärkeää toimiva vuorovaikutus perheen, lapsen ja kaikkien toimijoiden kesken. Ammatilainen ja perhe yhdessä miettivät parhaat ratkaisut kuntoutumisen sujumiseksi, viime kädessä perhe päättää mitä tekee. On tärkeää, että ammatillaiset tuntevat perheen arjen ja ovat aidosti kiinnostuneita siitä, jolloin he pystyvät myös paremmin omaa asiantuntemustaan hyödyntäen keskustelemaan perheen tarpeen mukaisesta tuesta.

Perhe on aktiivinen osa kuntoutusta ja luomuverkostoja hyödynnetään esimerkiksi lapsen harrastamisen tukemisessa. Ammatillaisen merkitys korostuu myös tarvittaessa lapsen ja perheen lähiverkoston ohjaamisessa. Lähipiirillä tulisi olla mahdollisuus myös osallistua verkostoneuvotteluihin, mikäli lapsi ja perhe niin haluavat.

Keskusteluun osallistuivat:

Aija Saari/Suomen Vammaisurheilu ja -liikunta VAA ry, tutkimuspäällikkö; Tuula Törneblom/Vantaan lääkinällisen kuntoutuksen työryhmän kuntoutussihtööri; Outi Lehtola-Räsänen/Solakallion koulun rehtori; Marjo Lamminen/Jaatinen ry, vammaisen lapsen vanhempi; Irmeli Virkkula/Jaatinen ry, fysioterapeutti; Salla Sipari/Metropolia AMK, yliopettaja, LOOK-hanke; Kirsi Pollari/Lastensuojelun keskusliitto, erityisasiantuntija; Sirkku Sjöblom/Kilon päiväkodin johtaja; Helena Mäenpää/lasten neurologi; Sari Möttönen/Uomarinteen koulu, erityisopettaja; Heta Piirto/Puheterapeuttiliiton toiminnanjohtaja

Keskustelun yhteenvedo Jaatinen ry:n verkkosivuilla:

<http://www.jaatinen.info/9-ajankohtaista/167-erityista-tukea-tarvitsevan-lapsen-uudistuvat-kuntoutusverkostot-2>

Kuntoutusverkoston asiantuntijat: Valinnanvapaus on kuntoutujan mahdollisuus

Kuntoutuksen asiantuntijoiden mukaan valinnanvapauden myötä kuntoutuspalvelut kehittyvät ja asiakastyytyväisyys lisääntyy. Sen sijaan heikoimmassa asemassa olevien kuntoutukseen pääsy ei helpotu eikä kustannussäästöjä ole luvassa. Tämä selviää SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n ja Kuntoutussäätiön toteuttamassa valinnanvapautta koskevassa kyselyssä.

Kuntoutujan kannalta valinnanvapaus nähdään tärkeänä. Valinnanvapauden toteutumisen seurauksina nähdään kuntoutuspalveluiden asiakastyytyväisyyden lisääntyminen, palveluvaihtoehtojen monipuolistuminen ja kuntoutujan parempi hyvinvointi.

”Hyvin toteutettuna valinnanvapaus mahdollistaa kuntoutujalle tämän yksilöllisten tavoitteiden mukaisen tuen ja palvelut. Kuntoutujan rooli oman elämänsä kuntouttajana voi vahvistua ja palveluiden saatavuus ja laatu

parantua”, Kuntoutusverkoston KUVEn varapuheenjohtaja Soile Kuitunen arvioi.

Valinnanvapaus ei hyödytä heikointa, uhkana hyvinvointierojen kasvu

Valinnanvapautteen liittyvinä uhkina kuntoutujan kannalta vastaajat näkevät puutteellisen palveluohjauksen, palvelupolun katkeamisen ja yhteistyön vähäisyyden eri toimijoiden välillä. Uhkaksi nähtiin myös hyvinvointierojen kasvu.

Valinnanvapauden toteutuessa vastaajat pitivät epätodennäköisenä, että heikoimmassa asemassa olevien kuntoutukseen pääsy helpottuisi, sote-kustannukset laskisivat ja hyvinvointierot vähenisivät. Kansalaisten tulisi olla samanarvoisessa asemassa myös valinnanvapauden suhteen. Vastauksissa korostuu, ettei valinnanvapaus voi olla pelkästään paremmassa

asemassa olevien oikeus, joka toteutuu riittävästi jo nykyisellään.

Yhteistyöllä uuteen kuntoutujalähtöiseen järjestelmään

Järjestöt toimivat usein sellaisten kansalaisten ja väestöryhmien kanssa, joita julkinen palvelujärjestelmä ei tavoita. Järjestöjen erikoisosaamista tulee jatkossakin hyödyntää. Vain siten saadaan aikaiseksi todellista inhimillistä ja taloudellista hyötyä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntoutusjärjestelmän uudistukseen tarvitaan laajapohjaista yhteistyötä. Nykyjärjestelmän hajanaisuus ei korjaannu koordinaatiolla, vaan integroimalla julkista palvelutuotantoa yhä vahvemmin kansalaisyhteiskunnan, järjestöjen ja yritysten kanssa.

”Aidosti ihmiskeskeinen kuntoutus rakennetaan yhdessä kuntoutujan kanssa eri vastuutahojen yhteistyönä. Järjestöissä on tutkittua tietoa, asiakasymmärrystä ja halua olla

kuntoutuksen uudistamisessa mukana”, Kuitunen kiteyttää.

KUVE on SOSTEn ja Kuntoutussäätiön vaikuttajaverkosto, johon kuuluu 70 järjestöä ja muuta kuntoutuksen toimijaa. KUVEn asiantuntijat arvioivat valinnanvapauden vaikutuksia kuntoutukseen. Kysely toteutettiin 24.5. - 27.5.2016. Kyselyyn vastasi 48 kuntoutustoimijaa.

Lisätietoja

Kyselyn tulokset ja kuntoutussisällöt: Soile Kuitunen, varapuheenjohtaja, Kuntoutusverkosto KUVE, p. 044 781 3117, soile.kuitunen@kuntoutussaatio.fi

Kuntoutusverkoston toiminta:

Pekka Lapinleimu, puheenjohtaja, Kuntoutusverkosto KUVE, p. 040 823 2471, pekka.lapinleimu@kuuloliitto.fi

Lähde: Sosten tiedote 1.6.2016, www.soste.fi/ajankohtaista

Väitös:

Vammaisen nuoren omat tavoitteet onnistuneen kuntoutuksen lähtökohtana

Omien tavoitteiden ja hallinnan tunteen tulee olla vammaisen nuoren kuntoutuksen lähtökohtana. Kuntoutuksen sisällön määrittäjänä tulee niin ikään olla nuoren omat tarpeet ja aktiivinen vaikuttaminen. Näin toimimalla kuntoutuksella on mahdollista saavuttaa toivottuja tuloksia. YTM Marjatta Martinin tuore väitöskirja tuottaa uutta tietoa Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa olleiden nuorten elämäntilanteista, tavoitteista ja kuntoutuskokemuksista.

Kuntoutuksen keskeiset kehittämistarpeet liittyvät kuntoutujan kuulemisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen, ilmenee Marjatta Martinin tuoreesta väitöstutkimuksesta. Lisäksi yhteiskunnan palvelujärjestelmien kehittämisessä olisi kiinnitettävä huomiota vammaisten nuorten tarvitsemien palvelujen saa-

tavuuteen, ympäristön fyysisten ja asenteellisten esteiden poistamiseen sekä koulutuksen, työelämän ja vapaa-ajan areenoille osallistumisen mahdollistamiseen.

Martin tutki väitöskirjassaan meillä Suomessa hyvin vähän tutkittua aihetta: vammaisten nuorten aikuistumista, aikuistumisen siirtymävaiheeseen liittyviä roolimuuoksia ja -ristiriitoja sekä kuntoutuksen tarjoamaa tukea siirtymävaiheessa. Tutkimus toi tärkeää lisätietoa vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden nuorten elämäntilanteista, heidän tulevaisuuden tavoitteistaan ja kuntoutuskokemuksistaan.

Tutkimuksen aineiston muodostaa Kelan järjestämään vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden nuorten lomakekyselyvastaukset ja haastattelut. Tut-

kimustulokset ovat hyödynnettävissä palvelujen kehittämisessä.

Ammatillinen koulutus ensisijaista

Kaikille vammaisille ja pitkäaikaissairaille nuorille on Marjatta Martinin mukaan turvattu ensisijaisesti mahdollisuus ammatilliseen koulutukseen. Vasta sen jälkeen ratkaisuna voi olla työkyvyttömyyseläkkeelle ohjaaminen.

– Toiveet koulutukseen ja työelämään osallistumisesta olivat vahvasti esillä nuorten tulevaisuuden tavoitteissa. Myös osa työkyvyttömyyseläkkeellä olevista nuorista piti työelämään siirtymisen mahdollisena soveltuvan koulutuksen saatuaan, Martin kertoo.

Tutkimukseen osallistuneista nuorista enemmistö oli koulussa, opiskelu- tai työurala ja kolmasosa sai työkyvyttömyyseläkettä. Opiskelu- ja työuralle suuntautumiseen sekä työkyvyttömyyseläkkeelle ohjautumiseen vaikuttivat sekä nuoren yksilölliset tekijät että yhteiskunnan tarjoamat erilaiset vaihtoehdot.

Palvelujen riittämättömyys alentaa hyvinvointia

Tutkimus tuotti myös uutta tietoa vammaisten nuorten kokemasta hyvinvoinnista, heidän elämänhallinnastaan ja identiteettiä koskevista tulkinnoistaan.

– Vammaiset nuoret olivat suhteellisen tyytyväisiä elämäänsä, vaikka tyytyväisyys olikin jonkin verran vähäisempää kuin nuorisobarometreihin vastanneilla nuorilla. Sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueella tyytyväisyyttä tuotti yhdessäolo perheen ja sukulaisten kanssa sekä omaisilta saatu tuki, Marjatta Martin kertoo.

Materiaalisen hyvinvoinnin alueella nuoret olivat tyytyväisiä kuntoutuspalveluihin, ja he kokivat niiden auttaneen selviytymään elämässä. Vammaisuuden tai pitkäaikaissairauden vuoksi tarvittavien palvelujen saatavuuteen yleensä oltiin sen sijaan tyytymättömiä:

– Palvelujen riittämättömyyden lisäksi nuorten hyvinvointia alentavia tekijöitä olivat harrastusmahdollisuuksien ja mielekkään vapaa-ajan toiminnan puuttuminen sekä ympäristön esteellisyys. Nuorten kokemana turvatomuus ilmeni erityisesti omaan terveydentilaan ja vammaisuuteen sekä koulunkäyntiin ja opiskeluun liittyvinä huolina, Martin lisää.

Yhteiskuntatieteiden maisteri Marjatta Martinin väitöskirja Nuoruus, vammaisuus ja kuntoutuksen merkitys tarkastettiin Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa 3.6.2016.

Lähde: Lapin yliopiston tiedote 31.5.2016.

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-lehti 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. Kulehkin 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 suositeltava 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 välilyönnit 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 jäsenely kuvaus. Lisäksi katsaus voi olla ammatillisesti 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

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.

Kuntoutus