

# Kuntoutus

# 2015

3

## **Työssäkäyvien kuntoutus**

AURA-kuntoutuksen synty ja ”tuho”

Työhönkuntoutus tutkimuksen  
valossa

Työterveysyhteistyö kuntoutumisen  
mahdollistajana

## SISÄLTÖ

### PÄÄKIRJOITUS

MATTI TUUSA Toteutumattomien unelmien kehittämishanke	3
--	---

### HANKE-ESITTELY

KIRSI VAINIEMI Kehittämisen helmet käytäntöön: AURA-kuntoutuksen synty ja "tuho"	6
---	---

### TIETEELLINEN ARTIKKELI

ANNA-MARI AALTO, TARJA HEPONIEMI, MARKO ELOVAINIO, TUULIKKI VEKKO JA VESA SYRJÄ Työssä, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä tapahtuneet muutokset työhönkuntoutujilla	11
--	----

PIRJO JUVONEN-POSTI, RIITTA SEPPÄNEN-JÄRVELÄ, SANNA PESONEN, MINNA SAVINAINEN, MAIRE LAAKSONEN JA SIMO KALEVA Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana	28
--	----

### KATSAUS

KATARIINA HINKKA JA ILONA AUTTI-RÄMÖ Työhönkuntoutus tutkimuksen valossa	42
---	----

MATTI TUUSA JA MIKKO HENRIKSSON Yksilöllisyyttä, räätälöintiä, yhteistoimintaa	53
---	----

### PUHEENVUORO

PETRI KARKKOLA Aurasta takomaan uutta	63
--	----

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattilinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Marketta Rajavaara, Kela; Salla 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 ä 14 € postituskuluineen **JULKAISIJA** Kuntoutussäätiö | 38. 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.

# TOTEUTUMATTOMIEN UNELMIEN KEHITTÄMISHANKE

---

## PÄÄKIRJOITUS

MATTI TUUSA

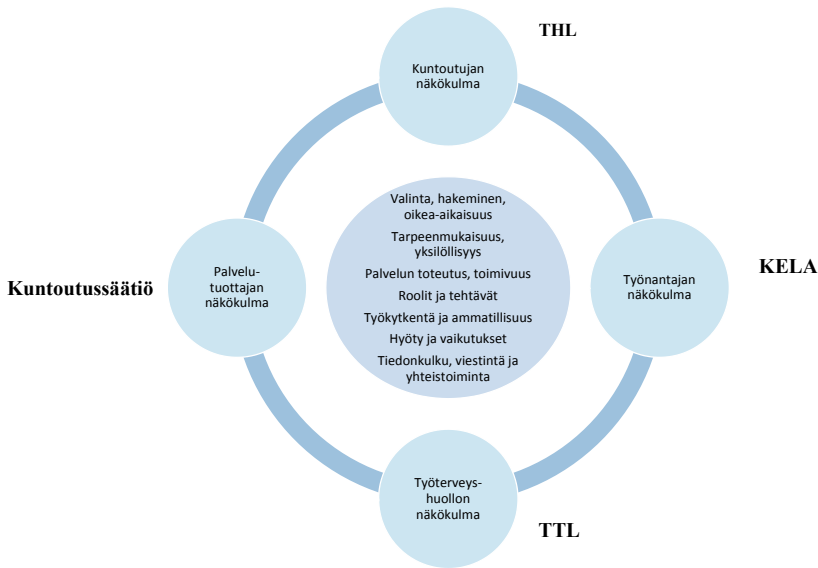
Tämän Kuntoutus-lehden teemanumeron kaikki kirjoitukset kytkeytyvät Kelan vuosina 2012–2014 toteuttamaan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeeseen (TK2) ja siitä tehtyyn arviointitutkimukseen. Kelan työhön kytkeytyvän kuntoutuksen kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa (TK1) vuosina 2007–2011 toteutettiin seitsemän erilaisen kuntoutusmallin kokeilu. Toisessa vaiheessa (TK2) toteutettiin näiden pohjalta rakennetun yhden kuntoutusmallin testaus. Kehittämishankkeen projektipäällikkönä toiminut asiantuntijalääkäri Kirsi Vainiemi esittelee kirjoituksessaan Kelan toteuttamaa työhön kytkeytyvän kuntoutuksen kehittämistä. Katariina Hinkka ja Ilona Autti-Rämö luovat työhönkuntoutukseen laajemman katsauksen tutkimuksen valossa.

TK2-hankkeen toteutuksessa oli mukana viisi eri puolella Suomea toimivaa kuntoutuksen palveluntuottajaa. Kuntoutukseen osallistui 243 kuntoutujaa 25 työpaikasta, jotka edustivat sekä julkisen että yksityissektorin organisaatioita. Myös työpaikkojen työterveyshuollot osallistuivat tiiviisti hankkeen toteutukseen.

TK2-kuntoutusmallia koskeva arviointitutkimus oli monialainen ja -menetelmäinen ja sen toteutti useiden tutkimuslaitosten asiantuntijoista koostuva tutkimusryhmä, jossa kaikilla oli oma näkökulmansa kuntoutusmallin toteutuksen arviointiin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkijat tekivät mallia koskevaa arviointia kuntoutujien näkökulmasta, työterveyslaitoksen tutkijat työterveyshuoltojen näkökulmasta, Kuntoutussäätiön tutkijat kuntoutuksen palveluntuottajien näkökulmasta ja Kelan tutkijat työpaikkojen ja esimiesten näkökulmasta. Hankkeen kokonaisarvioinnin lisäksi tehtiin yhtätoista kuntoutujaa koskeva tapaustutkimus. Teemanumeromme kirjoitukset edustavat vahvasti tätä monialaisuutta, niissä nostetaan esiin sekä kuntoutujien, esimiesten ja työnantajien ja työterveyshuoltojen että kuntoutuksen palveluntuottajien kokemuksia ja arvioita. Sekä kokonaisarviointista että tapaustutkimuksesta julkaistaan syksyn 2015 aikana erilliset raportit.

Arviointitutkimusta tehtiin kehittävän arvioinnin otteella. Tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin monin tavoin jo hankkeen toteutuksen aikana. Ne vaikuttivat myös ratkaisevasti vuoden 2016 alusta alkamaan suunnitellun uuden AURA-kuntoutuksen standardien suunnitteluun, liittyen muun muassa kuntoutuksen kohdentumiseen ja oikea-aikaisuuteen, lähiesimiehen ja työterveyshuollon tiiviimpään kytkemiseen kuntoutukseen sekä kuntoutuksen yksilöllisyyteen ja asiakaskeskisuuteen.

## TK2-arviointitutkimuksen asetelma



## TK2-arviointitutkimuksen asetelma.

Teemanumeromme nimenä on työssäkäyvien kuntoutus. Tämä siksi, että hankkeessa ja kirjoituksissa käytetty työhönkuntoutuksen käsite on moniselitteinen. Tässä yhteydessä sillä tarkoitetaan kuntoutusta, jonka avulla tuetaan työssä jaksamista ja jatkamista ja jonka toteutus kytkeytyy tiiviisti työhön, työpaikkaan ja työterveyshuoltoon. Monessa muussa yhteydessä työhönkuntoutus kuitenkin ymmärretään kuntoutukseksi, jonka avulla tuetaan työelämän ulkopuolella olevien osatyökykyisten henkilöiden työhön pääsyä tai työhön paluuta.

Lähdimme suunnittelemaan tätä Kuntoutus-lehden teemanumeroa kehittämistyön myönteisten tulosten siivittämistä. Koimme tutkimusryhmässämme merkittävänä, että kerrankin kokeilutoiminta ja siihen liittyvä arviointitutkimus toteutettiin esimerkillisesti aidossa vuorovaikutuksessa ja että tutkimustuloksia pystyttiin välittömästi hyödyntämään uuden kuntoutusmallin suunnittelussa. Tässä tapauksessa kyseessä on yhteiskunnallisesti merkittävä kuntoutuspalvelu, jonka kohderyhmänä ovat kymmenet tuhannet työssäkäyvät kansalaiset vuosittain. Juuri tällä tavalla tutkittua tietoa pitäisi hyödyntää uuden palvelutoiminnan suunnittelussa ja käynnistämässä.

Toukokuun lopussa pääministeri Juha Sipilän hallitus julkisti strategisen ohjelmansa, jonka liitteestä saimme lukea, että osana talouden sopeuttamistoimia uusi AURA-kuntoutus lakkautetaan vuoden 2016 alusta ennen kuin sitä ehditään käynnistääkään.

Hallitusohjelman kirjaus aiheutti tyrmistyksen, ja kuntoutusalan toimijat ovat reagoineet ratkaisuun voimakkaasti. Päätöksen nähdään olevan ristiriidassa hallituksen omien työurien pidentämisen, työn

tuottavuuden lisäämisen ja talouskasvun edistämisen tavoitteiden kanssa. Työkyvyn vahvistaminen, sairauspoissaolojen vähentäminen ja työhön paluun sujuvoittaminen sekä panostaminen ennaltaehkäisyyn kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ovat keskeisiä keinoja edistää näitä tavoitteita. Julkisessa keskustelussa korostetaan myös sitä, että palvelujen kehittämisessä tulisi nojata tutkittuun tietoon ja ottaa käyttöön sellaisia palveluja ja toimintamalleja, jotka ovat tutkimusten perusteella osoittautuneet vaikuttaviksi. AURA-kuntoutuksessa näiden koordinaattien piti olla kohdallaan, sillä vuosien kehittämistyö ja pilotoinnit sekä mukana valmisteluissa olleiden keskeisten työelämän kehittäjien työ olivat etukäteen varmistaneet tämän kuntoutusmallin toimivuuden. Poliittisessa päätöksenteossa tällä ei kuitenkaan näytä olevan painoarvoa.

Tässä tilanteessa toimikoon teemanumeromme avauksena keskustelulle työssäkäyvien kuntoutuksen tulevaisuudesta. Työurien pidentämiseksi ja työssä jaksamisen tukemiseksi tarvitaan joka tapauksessa vahvaa kuntoutuksellista panosta. AURA-kuntoutuksen mukana katoaa noin 21 miljoonan euron potti tästä työstä, ja jos uhkakuvat toteutuvat, tämän ratkaisun kerrannaisvaikutuksena kuntoutuksen palveluntuottajat joutuvat irtisanomaan arviolta sata työelämän kehittämisen ammattilaista. Ratkaisu voi myös johtaa palveluntuottajien karsiutumiseen ja uhata muidenkin kuntoutuspalvelujen laadukasta toteutusta.

Onko meillä varaa luopua näin merkittävästä tietotaidosta ja osaamis pääomasta? Kuntoutuksen menestykselliseen toteuttamiseen liittyy vuosien aikana kertynyttä hiljaista tietoa, hyviä käytäntöjä ja työssä kertynyttä ammattitaitoa. Hallitusohjelmaan on myös kirjattu kuntoutuksen kokonaisuudistuksen toteuttaminen. Sen yhteydessä tarvitaan radikaaleja ratkaisuja eri toimijoiden välisestä tehtävän- ja vastuunjaosta työssäkäyvien kuntoutuksessa.

Suomalainen kuntoutus kiinnostaa kansainvälisesti. Sen huomaisimme toukokuussa Helsingissä pidetyssä eurooppalaisessa kuntoutuksen tutkimuskongressissa. Vientituotteeksi AURA-kuntoutus ja sen ideat sekä toiminta- ja yhteistyömallit varmaan kelpaisivatkin mainiosti.

**Matti Tuusa**

*Kirjoittaja on yhteiskuntatieteiden lisensiaatti ja Kuntoutussäitiön vanhempi asiantuntija.*

# KEHITTÄMISEN HELMET KÄYTÄNTÖÖN: AURA-KUNTOUTUKSEN SYNTY JA ”TUHO”

---

*AURA-kuntoutus syntyi, mutta usko työhön kytkeytyvään kuntoutukseen loppui päättäjiltä. Työikäisten työhön kytkeytyvä kuntoutus päättyy Juha Sipilän hallituksen talouden sopeuttamistoimiin vuoden 2016 alusta.*

## Taustaa

Työhön kytkeytyvän kuntoutuksen vaikutavuusnäkökulmana on tarttua kuntoutujan työhön liittyviin jaksamis- ja selviytymisongelmiin oikea-aikaisesti yhteistyössä työpaikan kanssa. Kuntoutuksen viitekehyksessä on ajatus ihmisen kohtaamisesta kokonaisvaltaisesti: ei kuntouteta ainoastaan selkää tai mieltä, vaan otetaan huomioon nykypäivän työelämän haasteet kaikkine puolineen. Kuntoutus on tärkeä sosiaalinen investointi. Kuntoutuspalvelut tukevat työntekijöiden työelämään ja yhteiskuntaan osallistumista sekä arjessa selviämistä.

Työpaikkojen ja työterveyshuoltojen kanssa yhteistyössä toteutettavia kuntoutusmuotoja ja Kelan kuntoutuksessa ovat ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK-kuntoutus) sekä työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus (TYK-kuntoutus). Kuntoutuksen tullaan yleensä työterveyshuollon lähettämänä, ja kuntoutus suunnitellaan työpaikan, työterveyshuollon, kuntoutuksen palveluntuottajan ja Kelan yhteistyönä.

ASLAK on määrärahasidonnaista kuntou-

tusta. Ensimmäinen ASLAK-kurssi järjestettiin jo vuonna 1983. TYK luotiin vuonna 1991 kuntoutuslainsäädäntöuudistuksessa lakisääteiseksi ammatilliseksi kuntoutukseksi, tavoitteena pidentää työuran loppupäätä. Molemmat kuntoutusmuodot ovat muuttuneet ajan myötä työelämän muuttuessa ja kokemus- ja tutkimustiedon karttuessa. Kelan kuntoutukseen osallistui 107 100 henkilöä vuonna 2014. ASLAK-kuntoutuksessa kuntoutujia on ollut vuosittain noin 13 500 ja TYK-kuntoutuksessa kuntoutujia on ollut viime vuosina noin 3000. ASLAK-kursseja toteutettiin yhdessä työnantajien kanssa vuodessa yli 700. Kuntoutuksen palveluntuottajia on noin kolmekymmentä. Kela valvoo kuntoutuksen laatua, ja sen standardeissa määritellään kuntoutuksen laatuvaatimukset.

## Kehittämisen kautta kuntoutuksen muutoksiin

Kela aloitti työhön kytkeytyvän kuntoutuksen kehittämisen vuonna 2004. Kehittämisen aikana toteutettiin kaksi hanketta, joihin osallistui hiukan yli tuhat kuntoutujaa. Ensimmäisen kehittämisvaiheen (TK1-hanke vuosina 2007–2011) aikana toteutettiin seitsemän erilaisen kuntoutusmallin kokeilut sekä verkkokuntoutuksen hanke. Toisessa vaiheessa (TK2-hanke vuosina 2012–2014) toteutettiin yhden kuntoutusmallin testaus. Molempiin hankkeisiin liittyivät laajat tutkimukset. Kelan ASLAK- ja TYK-kuntoutuksen palvelut toteutuivat koko

ajan kehittämistyön rinnalla. Kehittämishankkeista saatu tutkimustieto hankkeiden edetessä siirrettiin kuntoutuksen toteutukseen.

Kehittämistyötä aloitettaessa tiedettiin, että ASLAK- ja TYK-kuntoutuksissa tarjottiin samanlaista kuntoutuspakettia kaikille ja pääsääntöisesti kuntoutus oli kestoltaan pitkää ja laitosmaista. Kuntoutukseen valikoituminen tapahtui sattumanvaraisesti, ja yhteistyö työpaikkaan oli yhden yhteistyöpäivän varassa. Kuntoutus toteutettiin ryhmämuotoisesti.

Kritiikki näitä kuntoutusmuotoja kohtaan kasvoi 2000-luvulla. ASLAK-tutkimuksia oli vähän ja näyttö kuntoutuksen vaikuttavuudesta oli ristiriitaista. Näytti siltä, että kuntoutukseen valikoituminen ja kuntoutuksen seuranta eivät toteutuneet hyvin. Vahvuutena kuntoutuksessa oli kuitenkin sen prosessimaisuus ja moniammatillinen toteutus.

Työhönkuntoutuksen ensimmäisen kehittämisvaiheen eli TK1-hankkeen tarkoituksena oli saada Kelan käyttöön työikäisten moniammatillisia kuntoutusmalleja, joita voidaan soveltaa työikäisten kuntoutuksessa. Uusien mallien odotettiin vastaavan työn ja työelämän muuttuneisiin tarpeisiin sekä edistävän yhteistyötahojen entistä parempaa verkostoitumista kuntoutusprosessin aikana. Mallit olivat keskenään erilaisia pituuden, jaksotuksen ja kuntoutuksen lakiperusteen suhteen. Sisällölliset painopisteet vaihtelivat, samoin yksilö- ja ryhmäosuuksien määrä. Kaikissa malleissa kokeiltiin uusia työpaikkayhteistyön ja työkytkentöjen muotoja. Kehittämisideat kohdistuivat eri vaiheisiin kuntoutusprosessissa. Eri toimijatahot arvioivat kuntoutuksen hyödyttäneen etupäässä kuntoutujaa, mutta myös osa esimiehistä oli hyötynyt niistä esimiestyössään. Kuntoutajat olivat valtaosin tyytyväisiä omaan kuntoutusprosessiinsa ja malliinsa. Muutokset koetussa työssä selviytymisessä vaihtelivat malleittain suuresti: kuntoutujien työssä selviytyminen parani parhaimmillaan kaikilla ja vähimmillään yhdellä kymmenestä.

TK1-hankkeen tuloksena työikäisten kuntoutuksen standardit muuttuivat melkoisesti: kuntoutuksen rakennetta uudistettiin, moniammatillista työotetta tiimityöskentelyssä ke-

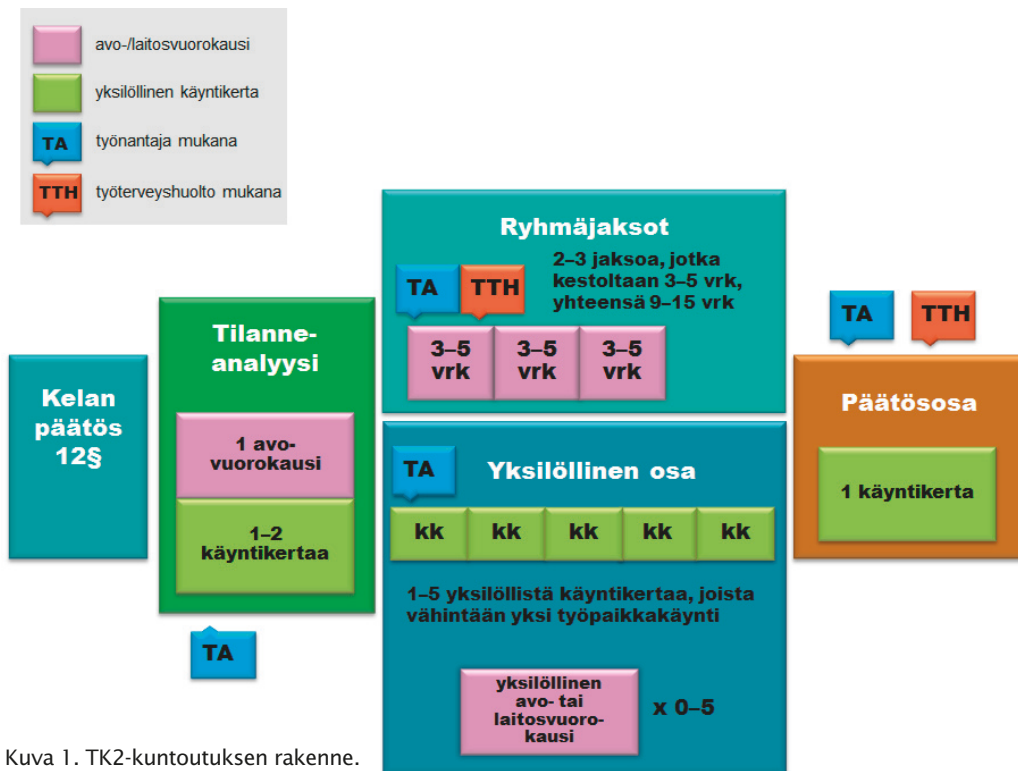
hitettiin, työterveys-/terveydenhuollon roolia ja yhteistyötä kuntoutusprosessissa korostettiin, työantajan roolia ja yhteistyötä kuntoutusprosessissa vahvistettiin, työn ja ammatillisuuden osuutta kuntoutusprosessissa lisättiin ja kuntouttajien laaja-alaista työkyvyn arviointia kuntoutujan kuntoutusprosessissa painotettiin.

## TK2-hanke

Työhönkuntoutuksen toisen kehittämisvaiheen eli TK2-hankkeen tavoitteena oli kehittää lähemmäs työelämää integroitu malli, joka on yksilöllisten tavoitteiden mukaan räätälöity ja tuottaa hyötyjä sekä kuntoutujalle että työpaikalle. Lisäksi pyrittiin kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen ja joustavuuteen. Uudistuksia kuntoutuksen toteutuksessa oli useita. Työpaikalle ja työterveyshuollolle annettiin entistä suurempi vastuu kuntoutuksen suunnittelun yhteydessä kohdentaa kuntoutus sen tarpeessa oleville työntekijäryhmille. Kuntoutukseen aikova työntekijä kävi ensin keskustelun esimiehensä kanssa työhön liittyvistä asioista sovitun selvityslomakkeen kysymysten avulla. Lomakkeeseen kirjattuja asioita hyödynnettiin työterveyshuollon arvioinneissa, Kelan päätöksen teossa sekä kuntoutuksen toteutuksessa.

Työterveyshuolto arvioi kuntoutustarpeessa olevat ja teki heistä kuntoutussuosituksen Kelaan.

Kuntoutus alkoi kaikille kuntoutujille yksilöllisellä arvioinnilla (tilanneanalyysi). Työhön liittyvien asioiden käsittelyssä ja tavoitteiden laatimisessa oli esimies mukana. Esimiehen osallistuminen ja rooli kuntoutusmallissa oli vahva. Esimies osallistui kuntoutukseen suosittelijana sekä kuntoutusprosessin alkuvaiheen arvioinnissa, työpaikkakäynnin yhteydessä ja päätösvaiheessa. Lisäksi ryhmäjakson aikana toteutuvassa yhteistyöpäivässä olivat esimiehet ja henkilöstöhallinto mukana. Muutoin henkilöstöhallinnon rooli oli vain suunnitteluvaiheessa, eikä mallissa ollut välineitä välittää työpaikalle tarpeellista tietoa kuntoutuksen päättyessä, mikä osoitautui kehittämiskohteeksi.



Kuva 1. TK2-kuntoutuksen rakenne.

Kuntoutusmallissa alkuvaiheen arvioinnin yhteydessä laadittiin jokaiselle kuntoutujalle kuntoutussuunnitelma, jota voitiin tarkistaa kuntoutuksen kuluessa. Työterveyshuoltoon välittyi tässä vaiheessa kirjallinen tieto suunnitelmasta. Jokaisella kuntoutujalla oli mahdollisuus yksilölliseen tukeen kuntoutuksen aikana esimerkiksi työelämän asiantuntijan, psykologin, fysioterapeutin tai ravitsemusterapeutin käynneillä.

Päätös vaiheessa käytiin läpi esimiehen kanssa, miten työhön liittyvien asioiden osalta oli edetty ja mitä vielä oli tarpeen tehdä. Samoin työterveyshuolto oli mukana ja seuranta voitiin siirtää sinne takaisin. TK2-kuntoutuksen rakenne on havainnollistettu kuvassa 1.

Kuntoutuksessa käytetyt työhön liittyvät teoriat ja välineet tukivat ammatillisten asioiden prosessimaista käsittelyä koko kuntoutuksen ajan. Terveysteen liittyvät asiat käsiteltiin kunkin kuntoutujan henkilökohtaisten tarpeiden mukaisesti.

TK2-hankkeen tuloksista uuteen AURA-

standardiin nostettiin seuraavat uudistukset: yksilöllinen tilanteen arviointi kuntoutuksen alussa (kuntoutuksen kohdentuminen/oikea-aikaisuus), lähiesimiehen osallistuminen kuntoutuksen aikaiseen toimintaan (rooli kuntoutuksessa), työterveyshuollon osallistuminen kuntoutuksen aikaiseen toimintaan (rooli kuntoutuksessa), kuntoutujan oma aktiivinen rooli (asiakaskeskeisyys) ja vallitsevien kuntoutuksen teorioiden ja menetelmien ottaminen käyttöön työikäisten kuntoutuksessa (työ- ja toimintakykyä tukevat menetelmät).

### Mikä on AURA-kuntoutuksessa aivan erityistä

AURA-kuntoutuksen rakenne on joustava ja räätälöitävissä. Kuntoutusprosessi on jokaiselle kuntoutujalle omanlaisensa. AURA-kuntoutusmallissa on yksilöllinen alkuvaiheen arviointi, tuki sekä päätös vaihe. Yksilöllisten osuuksien lisäksi ryhmätoiminta kuuluu edelleen toteutukseen. Lisäksi kuntoutusta on



mahdollista toteuttaa lähellä kuntoutujan tavallista arkea, työtä ja elinympäristöä. Kuntoutus voi toteutua myös työpäivän aikana.

Tämä toimintatapa testattiin TK2-hankkeessa ja se osoittautui toimivaksi. Haasteellista on sovittaa esimiesten ja kuntoutuksen aikataulut yhteen. TK2-hankkeen tutkimustulokset osoittivat, että esimiehen osallistuminen työhön liittyvien asioiden käsittelyyn takasi työhön liittyvien muutostarpeiden toteuttamisen ja lisäsi työhön liittyvää vaikuttavuutta. AURA-kuntoutuksessa on esimiehen rooli myös vahvasti mukana. Suomen pitkät etäisyydet huomioiden tapaamisia voidaan toteuttaa tekniikkaa hyödyntäen.

AURA-kuntoutuksen toteutus haastaa työpaikan ja erityisesti esimiehet aktiiviseen kuntoutukseen osallistumiseen ja kuntoutuksen työhön liittyvien tavoitteiden määrittelyyn. Työterveyshuollolla on tärkeä rooli sen tehdessä arviota kuntoutustarpeesta ja siitä, kenelle laaja-alainen kuntoutus kannattaa toteuttaa. Kuntoutusprosesseihin on hyvä kytkeä toimintatapa, joka valottaa hyödyt myös työpaikalle. Kuntoutuksen jatkuva hakemismahdollisuus varmistaa kuntoutuksen oikea-aikaista toteutusta.

Kela rakensi AURA-kuntoutukseen jatkuvan sähköisen hakemisen mallin. Hakijatahoina voivat olla työpaikat, työterveyshuollot ja liitot. Tämä toiminta mahdollistaa kumppanusajattelun toimijatahoille.

## **Suunnitelmat ja niiden kariutuminen**

Suomen hallituksen hallitusohjelmaan 27.5.2015 sisältyy julkisen talouden sopeuttamistoimia, jotka kohdistuvat myös Kelan järjestämään harkinnanvaraiseen kuntoutukseen. Kelassa suunniteltu uusi AURA-kuntoutus lakkautetaan vuoden 2016 alusta ennen kuin sitä ehditään käynnistääkään.

Hallitusohjelman kirjauksen takia Kela ei voi toimeenpanna vuonna 2016 alkavaksi suunniteltua AURA-kuntoutusta, joka olisi korvannut Kelan harkinnanvaraisen ASLAK- sekä TYK -kuntoutuksen. Lisäksi tämä tarkoittaa asiakkaille jo tehtyjen kuntoutuspäätösten

lakkauttamisia loppuvuodesta 2015.

Lakisääteinen ammatillinen TYK-kuntoutus sen sijaan jatkuu aiempaan tapaan. Siihen on varattu vuosittain noin 5–6 miljoonaa euroa.

**Kirsi Vainiemi, LL, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri, Kela**

### *Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen julkaisuja:*

Aalto L, Hinkka K (toim.) (2011) Uudenlaista työikäisten kuntoutusta. Ideoista tuloksiin Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa. Nettityöpa-pereita 32. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Ala-Kauhaluoma M, Henriksson M (2011) Akateemisten pätkätyöläisten hyvinvointi ja kuntoutus. TUULI-kehittämishankkeen arvioinnin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 77. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Hinkka K, Aalto L ja Toikka T (2015) Uudenlaiseen Kelan työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Kuntoutusta pätkätyöläisille – uuden kuntoutuspalvelun rakentamisesta (2012) TEOSTA-projektin arviointiraportti. Kiipula. Verkkojulkaisu osoitteessa: [http://www.kiipula.fi/easydata/customers/kiipula/files/kehityshankkeet/teosta\\_arviointi\\_loppuraportti.pdf](http://www.kiipula.fi/easydata/customers/kiipula/files/kehityshankkeet/teosta_arviointi_loppuraportti.pdf).

Niittynen O (2012) Kuntouta verkossa. Verkkokuntouttajan opas. Turun aikuiskoulutuskeskus. Kela.

Rajavaara M, Aalto L, Hinkka K (toim.) (2009) Kehittämideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Nettityöpapereita 7. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Seppänen-Järvelä R (toim.) (2014) Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi työn arkea. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen arviointitutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (toim.) (2015) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty tuki: Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia (käsikirjoitus). Kela, Helsinki.

Seppänen-Järvelä R, Pesonen S, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Savinainen M, Tuusa M, Syrjä V (2015) Kuntoutumisen polku – yhteistoimintaa ja

yksilöllisiä valintoja. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia (käsikirjoitus). Kela, Helsinki.

Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2-hanke) 2012–2014 (2014) Raportti kuntoutuspalvelujen toteutumisesta. Kansaneläkelaitos, terveysosasto, kuntoutusryhmä, Helsinki. Saatavissa: [http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti\\_kuntoutuspalvelujen\\_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b](http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti_kuntoutuspalvelujen_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b)



Yhteis  
KUNNALLINEN  
YRITYS

Vastaamo.fi

# PSYKOTERAPIAKESKUS

PSYKOTERAPEUTIT - PSYKOLOGIT - PSYKIATRIT



Mielenterveys- ja käytöshäiriöt  
Työ- ja opiskelukyky  
Asiakaspalvelu 044 4141 000  
Työpaikat [vastaamo.fi/rekrytointi](http://vastaamo.fi/rekrytointi)

Espoo Helsinki Tampere Turku

# TYÖSSÄ, HYVINVOINNISSA JA TYÖKYVYSSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET TYÖHÖNKUNTOUTUJILLA

## Johdanto

Suomalainen työelämä on käynyt ja käy edelleen läpi merkittäviä rakenteellisia muutoksia. Perinteiset teollisuustyöpaikat vähenevät ja palveluala kasvaa (Räikkönen 2007; Ahokas 2011). Nykypäivän työelämää leimaavat erilaiset organisatoriset uudelleenjärjestelyt ja yksityisen sektorin ja sen toimintamallien tulo perinteisesti julkisen sektorin alueelle, kuten sosiaali- ja terveydenhuoltoon (Viitanen ym. 2007). Työelämä on usein pirstaleista, epätyypilliset työsuhteet ja erityisesti tietotekniikan tuomat uudet osaamisvaatimukset (Lehikoinen ym. 2001; Elinkeinoelämän keskusliitto 2005) sekä muutokset työtehtävissä tai työmäärässä ovat yleisiä (Kauppinen ym. 2010).

Vaikka työelämän murroksessa monet kehitystrendit, kuten työssä kehittymisen mahdollisuudet, työilmapiiri ja johtaminen, ovat menneet parempaan suuntaan, työn kuormitustekijöissä on tapahtunut myös kielteistä kehitystä esimerkiksi siten, että työssä koettu kiire on lisääntynyt henkilöstömäärän vähentyessä työpaikoilla (Sutela & Lehto 2014). Erityisesti työn, jossa kiire yhdistyy huonoihin vaikutusmahdollisuuksiin työssä (Karasek 1979), on todettu olevan yhteydessä sairastavuuteen ja työkykyongelmiin, kuten poissaoloihin ja ennenaikaiseen eläköitymiseen (Ahola & Hakanen 2007; Suominen ym. 2007; Virtanen ym. 2007; Lallukka ym. 2009). Epävarmuus työpaikasta on selvästi lisääntynyt

viime vuosien taloudellisen taantuman ja sen mukanaan tuoman irtisanomisaallon myötä (Sutela & Lehto 2014). Epävarmuus kuormittaa paitsi sopeutusten kohteiksi joutuneita työntekijöitä, myös heidän työtovereitaan (Kivimäki ym. 2003). Myös työyhteisöön liittyvät kuormitustekijät voivat heikentää hyvinvointia (Ylipaavalniemi ym. 2005).

Samaan aikaan työllisyysstilanteen heikentyessä kansatalouden kestävyysvajeeseen ja sen ratkaisuihin liittyvässä keskustelussa vaaditaan työurien pidentämistä ja eläkkeelle jäämisen myöhentämistä. Eläköitymisikää onkin onnistuttu nostamaan (Kannisto 2014) vuoden 2005 rakenteellisilla eläkejärjestelmän uudistuksilla, erityisesti varhaiseläke- ja työttömyyseläkkeen poistamisella sekä taloudellisilla kannusteilla. Varsinkin vuonna 2017 voimaan astuvan, työmarkkinakeskusjärjestöjen vuonna 2014 sopiman eläkeuudistuksen odotetaan nostavan työeläkkeelle jäämisen iän alarajaa.

Keskeistä työurien pidentämisessä on eläkejärjestelmän teknisten ratkaisujen ohella myös työkyvyn tukeminen ja ylläpitäminen. Työkyky on moniulotteinen käsite, joka kattaa niin yksilön fyysiset ja psyykkiset voimavarat kuin työhön, työolosuhteisiin ja -yhteisöön liittyvät tekijät sekä työelämän ulkopuoliseen ympäristöön liittyvät tekijät (Järvikoski 1994; Ilmarinen ym. 2006). Kuntoutuksen vaajakuntoisuusmallissa fyysisten ja sosiaalisten

tekijöiden vaikutus vajaakuntoisuuden muodostumiseen välittyä sairauksien, sosiaalisten ongelmien ja niiden fyysisten ja psyykkisten seurausten kautta (Järvikoski 1994).

Myönteistä kehitystä työkyvynäkökulmas- ta ennakoivat Terveys 2011 -väestötutkimuk- sen havainnot koetun työkyvyn kohentumi- sesta ja lisääntyneestä luottamuksesta omaan työssä jatkamiseen (Koskinen ym. 2012). Työ ja terveys -haastattelututkimus antaa varovai- sempia arvioita työkyvyn kehityksestä, mutta siinäkin kolme neljästä 45 vuotta täyttäneestä harkitsi työuran jatkamista 63 ikävuoden jäl- keen (Kauppinen ym. 2013). Haasteita työky- vyn tukemiselle tuovat kuitenkin ikääntyvän työväestön keskuudessa yleiset työkyvyttö- myyden riskitekijät, kuten krooniset sairaudet.

Suomalaisessa järjestelmässä kuntoutus on ollut yksi keskeinen tapa edistää työssä jak- samista ja ylläpitää työkykyä. Laaja-alaisen työkykykäsityksen mukaisesti myös kuntou- tustoiminta nähdään suunnitelmallisena ja monialaisena toimintana, jolla pyritään vai- kuttamaan yksilön voimavaroihin ja toimin- takykyyn sekä ympäristön tarjoamiin toimin- tamahdollisuuksiin. (Järvikoski & Härkäpää 1995.) Työelämän tarpeisiin kehitettiin Suo- messa ammatillisesti syvennetty lääkinnä- llinen varhaiskuntoutusmuoto ASLAK, jolla pyritään ehkäisemään työkyvyttömyysriskin realisoitumista (Waal 1992).

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu monilla eri indikaattoreilla ja erilaisi- sa ammattiryhmissä. Seuranta-asetelmaa so- veltavissa tutkimuksissa ASLAK-kuntoutujil- la on havaittu myönteisiä terveys- ja hyvin- vointimuutoksia mm. tuki- ja liikuntaelinoi- reissa (Nevala-Puranen 1996; Holopainen ym. 1998; Kurki 1999; Arokoski ym. 2002), fyysi- sessä kunnossa tai toimintakyvyssä (Nevala- Puranen 1996; Kurki 1999; Helo 2000; Kur- ki 2004), kivun vähentymisessä (Kurki 2004), terveyteen liittyvässä elämänladussa (Helo 2000; Pekkonen 2010) ja työkyvyssä (Holo- painen ym. 1998; Helo 2000; Arokoski ym. 2002). Muutokset eivät kuitenkaan aina ole olleet pysyviä pidemmissä seurannoissa (Kur- ki 2004). Tirkkonen ja Kinnunen (2010) rap- portoivat myönteisiä muutoksia asiantuntija-

tehtävissä työskentelevien ASLAK-kurssilais- ten terveydentilassa, stressissä, unen laadussa ja positiivisessa mielialassa vertailuryhmään nähden. Suoyrjön (2010) rekisteripohjaisessa seurantatutkimuksessa ASLAK-kuntoutujien sairauslomat vähenivät samalle tasolle kuin kaltaistetuilla verrokeilla ja työkyvyttömyy- den riski oli verrokkeja pienempi neljän vuo- den seurannassa, mutta vaikutukset eivät säi- lyneet pidemmässä seurannassa. Turjan (2009) tutkimuksessa kuitenkin sekä ASLAK-kuntou- tujien että kaltaistettujen verrokkien henkinen hyvinvointi, koettu terveys ja työkyky heik- kenivät seuranta-ajanjakson aikana. Kuntou- tujien terveydentilan ja työkyvyn kielteinen muutos oli jopa verrokkeja suurempi.

Työkuormitusta koskevat havainnot AS- LAK-kuntoutuksen vaikutuksista ovat olleet ristiriitaisia. Arokoski ym. (2002) raportoivat fyysisen työkuormituksen vähentyneen kai- kissa kuntoutuksessa mukana olleissa ammat- tiryhmissä, ja samansuuntaisia tuloksia on rap- portoitu viljelijöiden ASLAK-kursseilta (Ne- vala-Puranen 1996). Holopainen ym. (2004) taas eivät havainneet lentomekaanikkoun- toutujilla muutoksia fyysisessä ja psyykki- sessä työkuormituksessa. Myöskään Tirkko- sen ja Kinnusen (2010) tutkimuksessa asian- tuntija-ASLAK-kursseilla ei havaittu olevan vaikutuksia työn aikapaineisiin, päätöksente- on vaatimukseen tai fyysiseen kuormitukseen. Turja (2009) taas raportoi kvasikokeellisessa tutkimuksessa ASLAK-kuntoutujien fyysisen kuormittavuuden jopa lisääntyneen interven- tion jälkeen suhteessa verrokkeihin. Tulosten tulkintaa vaikeuttavat kuntoutusryhmien eri- laiset ammatilliset taustat.

Koska ASLAK-kuntoutus on vahvasti suo- malaiseen työelämän varhaiskuntoutusjärjes- telmään kytkeytyvä malli, siihen liittyvä vai- kuttavuusnäyttö perustuu pääasiassa suoma- laisiin tutkimuksiin. Kansainvälisissä tutki- muksissa on kuitenkin tarkasteltu työkyvyttö- myyden muodostumisen myöhäisempään vaiheeseen kytkeytyviä interventioita, jolloin on pyritty tehostamaan jo sairaslomalla olevien työhön paluuta. Braathen ym. (2007) raportoivat moniammatillisella, liikuntaan ja kogni- tiivis-behavioraalisen terapiaan keskittyvällä

interventiolla olevan myönteisiä vaikutuksia työkykyyn sekä työhön paluuseen pitkään sairauslomalla olleiden joukossa. Ruotsalaistutkimuksessa (Karlson ym. 2010) havaittiin esimiehen ja sairauslomalla olevan työntekijän yhteistyöhön perustuvan intervention nopeuttavan työhön paluuta erityisesti uupumusoireiden vuoksi sairauslomalla oleilla. Franche ym. (2005) totesivat työpaikkainterventioita käsittelevässä systemaattisessa katsauksessaan, että työjärjestelyt sekä terveydenhuollon ja työpaikan yhteistyö edistivät työhön paluuta sairauslomalta mutta että näyttö elämänlaatuvaikutuksista oli vaihtelevaa.

ASLAK-kuntoutusta on myös kritisoitu epätarkoituksenmukaisesta kohdentumisesta (Pekkonen 2010; Saltychev ym. 2011), liiallisesta keskittymisestä terveyteen ja toimintakykyyn sekä ohueksi jäävästä yhteydestä kuntoutujien työhön (Ylisassi 2010). Kritiikkiä tukevat myös selvitystyössä havaitut työterveyshuollon, kuntoutuslaitoksen ja työpaikan välisen tiedonkulun ongelmat (Salmelainen 2002).

Tämän kritiikin pohjalta Kansaneläkelaitos ryhtyi kehittämään kuntoutusta paremmin työelämän ja kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin soveltuvaksi. Työhönkuntoutuksen (TK) kehittämishankkeessa (Hinkka ym. 2015) ja sen jatkoksi perustetussa TK2-hankkeessa (Työhönkuntoutuksen ... 2014; Seppänen-Järvelä ym. 2015) rakennettiin uusi kuntoutusmalli kahden sisällöllisen teeman, terveyden ja työn, ympärille (Vainiemi 2015). Mallin keskeinen periaate on kuntoutujien henkilökohtaisten, työhön ja terveyteen liittyvien kuntoutustarpeiden tunnistaminen sekä yksilö- ja ryhmäosioista koostuvan kuntoutuspolun yksilöllinen räätälöiminen näiden kuntoutustarpeiden pohjalta.

Kehittämishankkeen ympärille rakennettiin tutkimus- ja arviointihanke, jossa sekä laadullisia että määrällisiä aineistoja käyttäen arvioitiin kehittämishankkeen toteutumista ja kuntoutusmallin toimivuutta kuntoutujan, työnantajan, työterveyshuollon ja kuntoutuspalvelun tuottajan näkökulmasta. Monimetelmällisen tutkimus- ja arviointihankkeen arviointikysymykset koskivat sitä, 1) millai-

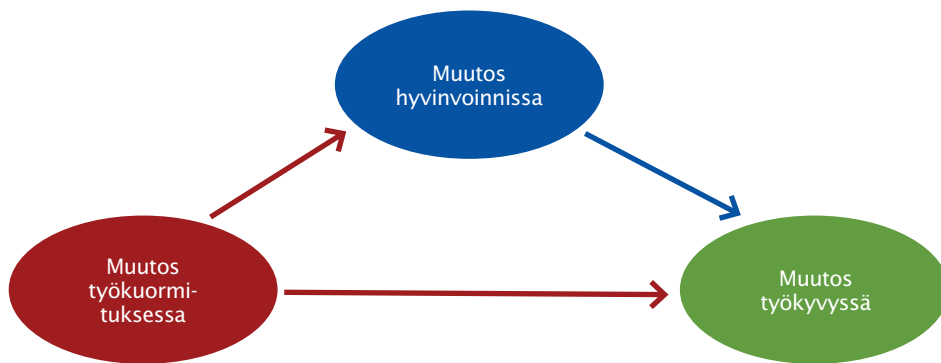
siin tarpeisiin kuntoutusmalli vastaa, 2) miten malli toimii ja kuinka yksilöllinen se on, 3) millaisia hyötyjä ja vaikutuksia malli tuottaa ja 4) miten kuntoutuksen työkytkentä ja ammatillisuus toteutuvat (Seppänen-Järvelä 2014; Seppänen-Järvelä ym. 2015).

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan TK2-kuntoutukseen osallistuneiden kuntoutujien työssä, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä tapahtuneita muutoksia sekä mahdollisia eroja muutoksissa työn luonteen mukaan. Tutkimuskysymys liittyy edellä mainittuihin arviointitutkimuksen arviointikysymyksiin 3 ja 4 kuntoutujanäkökulmasta. Tarkasteltavat ilmiöt – työ, terveys ja työkyky – perustuvat toisaalta kuntoutuksen vaajakuntoisuuden muodostumistapoja kuvaavaan viitekehukseen (Järvikoski 1994, s. 59) ja toisaalta TK2-hankkeessa kehitetyn kuntoutusmallin kahteen keskeiseen sisällölliseen teemaan: työelämään ja terveyteen. Sosiaalisina, työelämää kuvaavina tekijöinä tarkastellaan työn luonnetta ja työn erilaisia kuormitustekijöitä; terveyteen liittyvinä tekijöinä fyysistä ja psykososiaalista toimintakykyä sekä unen laatua; ja vajaakuntoisuuden indikaattorina koettua työkykyä.

Tämän osatutkimuksen tarkennetut tutkimuskysymykset ovat: 1) millaisia muutoksia tutkittavien työkuormituksessa, terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ja työkyvyssä tapahtuu kuntoutuksen aikana, 2) miten työkuormituksessa terveyteen liittyvässä elämänlaadussa tapahtuneet muutokset ovat yhteydessä koettuun työkykymuutokseen ja 3) välittävätkö terveyteen liittyvän elämänlaadun muutokset työkuormitus- ja työkykymuutosten välistä yhteyttä. Kuviossa 1 on esitetty kuntoutuksen aikana tapahtuneiden muutosten välisiä yhteyksiä koskeva käsitteellinen viitekehys, joka pohjautuu tutkimuksen teoreettiseen viitekehukseen vajaakuntoisuuden muodostumistavoista (Järvikoski 1994).

## **Aineisto ja menetelmät**

Tämä osatutkimus perustuu yhden vuoden seurantatutkimukseen ilman vertailuryhmää. Tutkimusaineisto muodostuu TK2-kuntoutuksen osallistuneille kuntoutujille kuntou-



Kuvio 1. Käsitteellinen viitekehys työkuormituksessa, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä tapahtuneiden muutosten suhteista.

tuksen alussa ja lopussa tehdyistä kyselyistä. Kuntoutukseen osallistui 243 kuntoutujaa 25 työpaikasta, jotka edustivat sekä julkisen että yksityissektorin organisaatioita. Osallistujat valittiin kuntoutukseen kussakin työorganisaatiossa TK2-mallissa määritellyn menettelytavan mukaisesti yhteistyössä organisaation henkilöstöhallinnon, työterveyshuollon ja palveluntuottajan kanssa (Työhönkuntoutuksen ... 2014). Osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus kuntoutuksessa kerättyjen tietojen käyttämisestä tutkimustarkoitukseen. Tässä käsiteltävät tulokset perustuvat siihen kuntoutuksen alku- ja loppukyselyyn vastanneiden kuntoutujien joukkoon, joka antoi suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Kuntoutuskurssit toteutettiin 19/2012 - 6/2014 välisenä aikana. Kuntoutuksen alussa tehdyssä tilanneanalyysissä alkukyselyyn vastasi 233 tutkimukseen suostunutta vastaajaa (96 % osallistujista), ja heistä 217 täytti ja palautti myös kuntoutuksen loppukyselyn (93 % alkukyselyyn vastanneista). Kuusi kuntoutujaa keskeytti kuntoutuksen.

#### Mittarit

Tutkimuksessa käytetyt taustatekijät olivat ikä (vuosina), sukupuoli, ammatillinen koulutus sekä työn ruumiillinen rasittavuus, jota kysyttiin Terveys 2000 -tutkimuksessa käytetyllä kysymyksellä: ”Miten rasittavaa työsi on ruumiillisesti?” (vastausvaihtoehdot 1 = työni on

pääasiallisesti istumatyötä enkä kävele paljoakaan, 2 = kävelen työssäni melko paljon mutta en joudu nostelemaan tai kantamaan raskaita esineitä, 3 = joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan esineitä paljon, tai nousemaan portaita tai ylämäkeä, 4 = työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudutaan nostamaan ja kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapiomaan, hakkaamaan tai tekemään muuta raskasta työtä). Analyysejä varten kysymyksestä muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja 1 = istumatyö (vaihtoehto 1) ja 0 = fyysinen työ (vaihtoehdot 2–4).

Työhön liittyvistä stressitekijöistä mitattiin kiirettä (4 kysymystä, esim. jatkuva kiire ja tekemättömien töiden paine,  $\alpha = 0.82$ ), työn fyysisiä kuormitustekijöitä (4 kysymystä, esim. toistuvat yksipuoliset liikkeet ja vaikeat ja epä mukavat asennot,  $\alpha = 0.61$ ), ryhmätyöongelmia (4 kysymystä, esim. luottamuksen ja avoimuuden puute työpaikalla,  $\alpha = 0.79$ ). Kuntoutujilta kysyttiin, kuinka usein eri stressitekijät olivat häirinneet, huolestuttaneet tai rasittaneet työssä viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Stressitekijän yleisyyttä arvioitiin asteikolla 1 = erittäin harvoin tai ei koskaan, 2 = melko harvoin, 3 = silloin tällöin, 4 = melko usein ja 5 = erittäin usein. Kiirettä, fyysistä kuormitusta ja ryhmätyöongelmia kuvaamaan laskettiin kunkin osa-asteikon kysymysten vastausten keskiarvo. Stressitekijäkysymykset oli koottu mittareista, joita on yleisesti käytetty tutkittaessa

työn stressitekijöitä ja niiden yhteyttä hyvinvointiin (Harris 1989; Kivimäki & Lindström 1992; Elovainio ym. 2007).

Hyvinvointia ja terveyttä tarkasteltiin terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavalla RAND-36 mittarilla (Hays ym. 1993; Aalto ym. 1999), joka sisältää kahdeksan osa-asteikkoa: yleinen koettu terveys (5 kysymystä), fyysinen toimintakyky (10 kysymystä), kipu (2 kysymystä), fyysisten terveysongelmien aiheuttamat rajoitukset tavanomaisista rooleista suoriutumiselle (roolitoiminta/fyysinen, 4 kysymystä), psyykinen hyvinvointi (5 kysymystä), tarmokkuus (4 kysymystä), sosiaalinen toimintakyky (2 kysymystä) ja tunne-elämän ongelmien aiheuttamat rajoitukset tavanomaisista rooleista suoriutumiselle (roolitoiminta/psyykinen, 3 kysymystä).

RAND-36 -mittari on todettu validiksi kuntoutuksen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien vaikutusten tarkastelussa (Pekkonen 2010). Osa-asteikot pisteytettiin asteikolle 0–100, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa parempaa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tätä tutkimusta varten neljä ensin mainittua osa-asteikkoa yhdistettiin yleiseksi fyysisen hyvinvoinnin asteikoksi ( $\alpha = 0.77$ ) ja neljä viimeksi mainittua osa-asteikkoa yleiseksi psykososiaalisen hyvinvoinnin asteikoksi ( $\alpha = 0.81$ ) (Pekkonen 2010) laskemalla yhdistetyn muuttujan pistemääräksi osa-asteikkojen keskiarvo. Unihäiriöitä kartoitettiin kysymällä, kuinka usein vastaajilla oli esiintynyt viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana nukahtamisvaikeuksia, heräilyä yön aikana, vaikeuksia pysyä unessa tai väsymystä ja uupumusta yön jälkeen herättyessä. Vastausasteikko kunkin oireen kohdalla oli 1 = ei lainkaan, 2 = 1–3 yönä/kuukausi, 3 = noin yhtenä yönä/viikko, 4 = 2–3 yönä/viikko, 5 = 5–6 yönä/viikko ja 6 = lähes joka yö (Jenkins ym. 1996). Unihäiriöitä kuvaamaan laskettiin vastausten keskiarvo.

Koettua työkykyä mitattiin työkykyindeksin (Tuomi ym. 1997) kolmella itsearviointiin perustuvalla kysymyksellä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan omaa nykyistä työkykyään a) suhteessa työn ruumiillisiin vaatimuksiin (ruumiillinen työkyky, asteikolla 1 = erittäin

hyvä, 2 = melko hyvä, 3 = kohtalainen, 4 = melko huono, 5 = erittäin huono), b) suhteessa työn henkisiin vaatimuksiin (henkinen työkyky, asteikko kuten kohdassa a) sekä c) suhteessa omaan parhaimpaan työkykyynsä (yleinen työkykyarvio, asteikko 0–10, jossa 10 tarkoittaa omaa työkykyä parhaimmillaan). Yleinen työkykyarvio on todettu luotettavaksi työkyvyn arvioinnissa (Ahlstrom ym. 2010).

### Tilastolliset analyysit

Työn stressitekijöissä, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä tapahtuneiden muutosten merkitsevyyttä ja niissä esiintyviä eroja analysoitiin toistettujen mittausten varianssianalyysillä. Ensimmäisessä vaiheessa testattiin muutoksen eroja työn fyysisen rasittavuuden mukaan. Niissä muutoksissa, joissa esiintyi merkitseviä eroja, tulokset analysoitiin erikseen työn fyysisen rasittavuuden luokissa (istumatyö vs. fyysinen työ). Muissa tapauksissa tulokset esitetään koko aineistossa.

Muutosten välisten yhteyksien analysoimiseksi työn stressitekijä-, terveys- ja työkykymuuttujista laskettiin muutospistemäärät siten, että korkeampi pistemäärä kuvasi muutosta positiiviseen suuntaan (työhön liittyvien stressitekijöiden väheneminen, fyysisen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin paraneminen, unihäiriöiden väheneminen ja työkyvyn paraneminen). Muutosten välisiä yhteyksiä analysoitiin käyttämällä monimuuttujaista hierarkkista regressioanalyysiä vakioimalla aluksi tausta- ja lähtötilannetekijät ja lisäämällä malliin sen jälkeen muutospistemäärämuutumat käsitteellisen viitekehysten mukaisessa hierarkkisessa järjestyksessä (kuvio 1). Analysoitaessa työstressissä tapahtuneiden muutosten yhteyksiä hyvinvoinnissa tapahtuneisiin muutoksiin käytettiin hyvinvointimuuttujien muutospistemuuuttujia (muutos fyysisessä ja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa sekä unessa) selitettävänä muuttujina kutakin vuorolla. Regressiomalleihin syötettiin aluksi vaiheittain 1) lähtötilanteen (vastaava) hyvinvointimuuttuja, 2) taustatekijät (ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus, työn ruumiillinen rasittavuus), 3) lähtötilanteen työstressiteki-

jät (kiire, fyysinen kuormitus, ryhmätyöongelmat) ja 4) työn stressitekijöiden muutospistemäärät askeltaen (stepwise procedure).

Analysoitaessa työn stressitekijöissä ja hyvinvoinnissa tapahtuneiden muutosten yhteyksiä työkyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin käytettiin työkykymuuttujien muutospistemuuttujia (muutos ruumiillisessa ja henkisesä työkyvyssä sekä yleisessä työkykyarviossa) selitettävänä muuttujina kutakin vuorolaan. Regressiomalleihin syötettiin aluksi vaihteittain 1) lähtötilanteen (vastaava) työkykymuuttuja, 2) taustatekijät (ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus, työn ruumiillinen rasittavuus), 3) lähtötilanteen työstressitekijät (kiire, fyysinen kuormitus, ryhmätyöongelmat) ja 4) lähtötilanteen terveystuuttajat (fyysinen ja psykososiaalinen hyvinvointi ja uni). Käsitteellisen viitekehityksen mukaisesti (kuvio 1) malliin lisättiin seuraavassa vaiheessa 5) työstressitekijöiden muutospistemäärämuuttajat (askeltaen) ja lopuksi 6) hyvinvointimuuttujien muutospistemäärämuuttajat (askeltaen).

Hierarkkisista malleista esitetään lopullisen mallin tulokset, eri hierarkkisissa vaiheissa tapahtuneita muutoksia selittävien tekijöiden merkitsevyyksiä kommentoidaan tarpeen mukaan tekstissä.

Hierarkkisissa regressiomalleissa laskettiin kunkin vaiheen malliin tuoma selityksasteen muutos. Askeltavissa vaiheissa raportoidaan askelluksessa malliin jääneiden muuttujien yhteinen selityksasteen muutos.

## Tulokset

Taulukosta 1 ilmenee kuntoutujien taustatekijöitä. Kuntoutujat olivat keskimäärin 50-vuotiaita, alle 40-vuotiaita oli 8 % vastaajista ja yli 60-vuotiaita 4 %. Vajaalla 60 %:lla vastaajista oli korkeakoulututkinto (AMK tai yliopisto). Istumatyötä teki noin joka kolmas vastaaja.

Työstressitekijöistä kuntoutujat raportoivat kuntoutuksen lopussa vähemmän kiirettä ja ryhmätyöongelmia kuin lähtötilanteessa (taulukko 2). Fyysinen kuormitus tuli eri tavoin esiin istumatyötä ja fyysistä työtä tekeville: fyysinen kuormitus väheni istumatyötä tekeville merkittävästi, mutta fyysistä työtä

Taulukko 1. Aineiston kuvaus lähtötilanteessa kuntoutuksen alussa.

<b>Ikä ( k.a (s.d.))</b>	50.26 (7.25)
Ikä ryhmät (%)	
18–39	8
40–49	31
50–59	56
60 +	4
<b>Miehet (%)</b>	<b>32</b>
<b>Ammatillinen koulutus (%)</b>	
Ammatillinen kurssi/ ei koulutusta	19
Kouluasteen tutkinto	23
Opistoasteen tutkinto/AMK	41
Korkeakoulututkinto	17
<b>Istumatyö (%)</b>	<b>32</b>

tekeville muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (istumatyötä tekevät raportoivat kuntoutuksen alussa enemmän fyysisiä kuormitustekijöitä kuin fyysistä työtä tekevät,  $F=33.3$ ,  $p<0.001$ ).

Kuntoutujien psykososiaalinen hyvinvointi parani ja unihäiriöt vähenivät kuntoutusjakson aikana. Istumatyötä tekevät raportoivat kuntoutuksen lopussa myös fyysisen hyvinvointinsa paremmaksi kuin kuntoutuksen alussa, mutta fyysistä työtä tekevien joukossa vastaavaa tilanteen kohentumista ei havaittu (fyysistä työtä tekevien joukossa fyysinen hyvinvointi oli kuntoutuksen alussa parempi kuin istumatyötä tekevien joukossa,  $F=5.96$ ,  $p=0.016$ ).

Työn stressitekijöissä tapahtuneiden muutosten yhteydet hyvinvoinnissa tapahtuneisiin muutoksiin

Taulukosta 3 ilmenevät työn stressitekijöissä ja hyvinvoinnissa tapahtuneiden muutosten keskinäiset korrelaatiot. Vähentynyt kiire korreloi myönteisiin muutoksiin fyysisessä ja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa sekä unihäiriöiden vähenemiseen. Ryhmätyöongelmi-



Taulukko 2. Työn kuormitustekijöiden, hyvinvointi- ja työkykymuuttujien keskiarvot kuntoutuksen alussa ja lopussa.

	Alkutilanne		Lopputilanne		F	P=
<b>Kuormitustekijät työssä (lähtötilanne, k.a. (s.d))</b>						
Kiire <sup>1</sup>	3.30	(0.93)	3.16	(.93)	6.07	0.015
Ryhmätyöongelmat <sup>1</sup>	2.37	(0.88)	2.25	(0.84)	4.9	0.028
Fyysinen kuormitus <sup>1, 5</sup>						
<i>Istumatyö</i>	3.18	(0.82)	2.77	(0.86)	20.83	0.000
<i>Fyysinen työ</i>	2.54	(0.75)	2.42	(0.79)	3.92	0.050
<b>Terveys ja hyvinvointi (lähtötilanne k.a. (s.d))</b>						
Fyysinen hyvinvointi <sup>2,6</sup>						
<i>Istumatyö</i>	62.56	(19.52)	69.46	(19.51)	9.99	0.002
<i>Fyysinen työ</i>	69.10	(17.87)	70.07	(20.10)	0.43	0.512
Psykososiaalinen hyvinvointi <sup>2</sup>	68.56	(20.62)	72.83	(20.85)	10.77	0.001
Uni <sup>3</sup>	3.18	(1.32)	2.95	(1.25)	11.12	0.001
<b>Työkyky (lähtötilanne, k.a. (s.d))</b>						
Työn fyysisten vaatimusten kannalta <sup>1</sup>	3.67	(0.90)	3.85	(0.90)	6.52	0.011
Työn henkisten vaatimusten kannalta <sup>1</sup>	3.65	(0.75)	3.87	(0.83)	15.71	0.000
Yleinen työkykyarvio <sup>4</sup>	7.30	(1.44)	7.58	(1.88)	6.61	0.011
<sup>1</sup> asteikko: 1-5						
<sup>2</sup> asteikko 0-100						
<sup>3</sup> asteikko: 1-6						
<sup>4</sup> asteikko: 0-10						
<sup>5</sup> muutoksen interaktio työn luonteen mukaan (F=7.74, p=0.006)						
<sup>6</sup> muutoksen interaktio työn luonteen mukaan (F=5.30, p=0.022)						

en väheneminen työssä oli yhteydessä psykososiaalisen hyvinvoinnin paranemiseen, ja fyysisen kuormituksen väheneminen työssä oli yhteydessä fyysisen hyvinvoinnin paranemiseen sekä unihäiriöiden vähenemiseen.

Taulukosta 4 näkyvät hierarkkisten regressioanalyysien tulokset, kun selitettävänä muuttujina olivat muutokset hyvinvoinnissa ja selittävinä muuttujina olivat lähtötilanteen hyvinvointi kyseessä olevassa muuttujassa, taustatekijät, lähtötilanteen työn stressitekijät ja työn stressitekijöissä tapahtuneet muutokset. Taustatekijöistä ammatillinen koulutus oli yhteydessä muutoksiin fyysisessä hyvinvoinnissa siten, että opistotason tai ammatti-

korkeakoulututkinnon suorittaneilla fyysinen hyvinvointi parani enemmän verrattuna niihin, jotka olivat suorittaneet korkeintaan ammatillisen kurssin. Istumatyötä tekevillä fyysinen ja psykososiaalinen hyvinvointi parani enemmän kuin fyysistä työtä tekevillä.

Työn stressitekijöiden muutoksista kiihtymisen vähentyminen oli yhteydessä fyysisen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin paranemiseen sekä unihäiriöiden vähenemiseen, ryhmätyöongelmien väheneminen oli yhteydessä psyykkisen hyvinvoinnin paranemiseen ja fyysisen kuormituksen väheneminen oli yhteydessä fyysisen hyvinvoinnin paranemiseen sekä unihäiriöiden vähenemiseen. Muutokset

Taulukko 3. Työn stressitekijöiden, hyvinvoinnin ja työkyvyn muutospistemäärien keskinäiset yhteydet. Pearsonin korrelaatiokertoimet.

	Yleinen työkyky arvio	Ruumiillinen työkyky	Henkinen työkyky	Kiire	Fyysinen kuormitus	Ryhmätyö ongelmat	Fyysinen hyvinvointi	Psyko-sosiaalinen hyvinvointi
Ruumiillinen työkyky	0.43 ***	1.00						
Henkinen työkyky	0.46 **	0.16 *	1.00					
Kiire	0.24 ***	0.15 *	0.28 ***	1.00				
Fyysinen kuormitus	0.23 ***	0.27 ***	-0.02	0.28 ***	1.00			
Ryhmätyö-ongelmat	0.24 ***	0.08	0.24 ***	0.42 ***	0.22 ***	1.00		
Fyysinen hyvinvointi	0.33 ***	0.38 ***	0.16 *	0.28 ***	0.17 *	0.10	1.00	
Psykososiaalinen hyvinvointi	0.45 ***	0.14 *	0.46 ***	0.37 ***	0.09	0.23 **	0.27 ***	1.00
Uni	0.28 ***	0.15 *	0.30 ***	0.27 ***	0.20 **	0.11 **	0.17 *	0.42 ***

\*\*\* p<.001, \*\* p<.01, \* p<.05

työn stressitekijöissä selittivät tausta- ja lähtötilannetekijöiden vakioimisen jälkeen 8 % muutoksista fyysisessä hyvinvoinnissa, 9 % muutoksista psykososiaalisessa hyvinvoinnissa ja 6 % muutoksista unihäiriöissä.

Työn stressitekijöiden ja hyvinvoinnin muutosten yhteydet muutoksiin työkyvyssä

Kun tarkastellaan työn stressitekijöiden ja hyvinvoinnin muutosten korrelaatiota työkyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin (taulukko 3), kiireen väheneminen työssä oli yhteydessä myönteisiin muutoksiin kaikissa työkykymuuttujissa, työn fyysisen kuormituksen väheneminen oli yhteydessä myönteisiin muutoksiin yleisessä työkykyarviossa ja ruumiillisessa työkyvyssä sekä ryhmätyöongelmien väheneminen myönteisiin muutoksiin yleisessä työkykyarviossa ja henkisessä työkyvyssä. Lisäksi kaikki myönteiset hyvinvointimuutokset olivat merkitsevästi yhteydessä myönteisiin muutoksiin työkykymuuttujissa.

Hierarkkisissa regressionanalyysissä (taulukko 5), joissa työkykymuutokset olivat selitettävänä muuttujina, taustatekijöistä ammatillinen koulutus oli yhteydessä muutoksiin psykososiaalisessa hyvinvoinnissa siten, että muutos oli suurempi korkeakoulututkinnon suorittaneilla verrattuna niihin, joilla ei ollut ammatillista koulutusta. Istumatyötä tekevillä henkisen työkyvyn muutos oli suurempi kuin fyysistä työtä tekevillä, mutta ruumiillisen työkyvyn muutos oli suurempi fyysistä työtä tekevillä. Työn stressitekijät lähtötilanteessa eivät olleet yhteydessä muutoksiin työkyvyssä, mutta lähtötilanteen korkeampi fyysinen hyvinvointi oli yhteydessä myönteiseen muutokseen ruumiillisessa työkyvyssä ja yleisessä työkykyarviossa ja hyvä lähtötilanteen psykososiaalinen hyvinvointi myönteiseen muutokseen henkisessä työkyvyssä.

Taulukko 4. Taustatekijöiden ja työhön liittyvien stressitekijöiden yhteydet muutoksiin terveydessä. Monimuuttujainen hierarkkinen lineaarinen regressioanalyysi.

	Muutos fyysisessä hyvinvoinnissa <sup>a</sup>		Muutos psykososiaalisessa hyvinvoinnissa <sup>a</sup>		Muutos unessa <sup>a</sup>	
	$\beta$	( $\Delta R^2$ )	$\beta$	( $\Delta R^2$ )	$\beta$	( $\Delta R^2$ )
<b>Lähtötilanne</b>	-0.41 ***	0.15***	-0.43***	0.18***	0.42***	0.19***
<b>Taustatekijät</b>		0.04		0.03		0.04
Ikä (lähtötilanne, k.a (s.d.))	-0.02		0.10		0.08	
Miehet	-0.04		0.00		0.00	
Ammatillinen koulutus <sup>b</sup>						
<i>Kouluasteen tutkinto</i>	0.09		0.00		0.11	
<i>Opistoasteen tutkinto/AMK</i>	0.21 ***		0.05		0.08	
<i>Korkeakoulututkinto</i>	0.14		0.07		0.12	
Istumatyö	0.20 *		0.18*		0.18*	
<b>Stressitekijät työssä (lähtötilanne)</b>		0.04*		0.02		0.01
Kiire	0.00		-0.03		-0.03	
Ryhmätyöongelmat	-0.16 *		-0.09		-0.01	
Fyysinen kuormitus	-0.20 *		-0.06		-0.14	
<b>Muutos stressitekijöissä<sup>c</sup></b>		0.08***		0.09***		0.06***
Kiire	0.18 *		0.33***		0.19*	
Ryhmätyöongelmat						
Fyysinen kuormitus	0.21 **				0.15*	
<i>R<sup>2</sup>/R<sup>2</sup> vakioitu</i>		0.30/0.25		0.31/0.27		0.30/0.25

<sup>a</sup> Korkeampi pistemäärä tarkoittaa positiivista muutosta fyysisessä ja psyykkisessä hyvinvoinnissa ja unessa (=uniongelmiä väheneminen)

<sup>b</sup> Vertailuryhmä: ammatillinen kurssi tai ei ammatillista koulutusta

<sup>c</sup> Askeltava analyysi

$\Delta R^2$  = selitysosuuden lisäys  
 \*\*\* p<.001, \*\* p<.01, \* p<.05

Kun työn stressitekijöiden muutokset lisättiin askeltaen malliin taustatekijöiden ja lähtötilannetekijöiden vakioimisen jälkeen, fyysisen kuormituksen väheneminen oli yhteydessä ruumiillisen työkyvyn kohentumiseen ja ryhmätyöongelmien vähenemiseen henkisen työkyvyn kohenemiseen. Myös muutos kiireessä tuli askeltavassa analyysissä mukaan selitettäessä henkisen työkyvyn muutosta ( $\beta=0.25$ ,  $p<0.001$ ) ja muutosta yleisessä työkykyarviossa ( $\beta=0.24$ ,  $p<0.001$ ), mutta kiireen yhteys näihin työkykymuuttujiin ei ollut

merkittävä lopullisessa mallissa.

Kun seuraavassa vaiheessa malliin lisättiin askeltaen muutokset hyvinvoinnissa, myönteiset muutokset fyysisessä hyvinvoinnissa ja unessa, olivat nämä yhteydessä ruumiillisen työkyvyn kohenemiseen, myönteinen muutos psykososiaalisessa hyvinvoinnissa oli yhteydessä henkisen työkyvyn paranemiseen ja myönteiset muutokset kaikissa hyvinvointimuuttujissa olivat yhteydessä yleisen työkykyarvion paranemiseen. Kun tausta- ja lähtötilannetekijät oli vakioitu, työn stressitekijöi-

Taulukko 5. Taustatekijöiden, työhön liittyvien stressitekijöiden ja terveydentilan yhteydet muutoksiin työkyvyssä. Monimuuttujainen hierarkkinen lineaarinen regressioanalyysi.

	Muutos ruumiillisessa työkyvyssä		Muutos henkisessä työkyvyssä		Muutos yleisessä työkykyarviossa	
	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Työkyky lähtötilanteessa</b>	-0.77 ***	.17***	-0.62 ***	.13***	-0.46 ***	0.06 .06***
<b>Taustatekijät</b>				.06		
Ikä	0.01		0.00		0.08	
Miehet			-0.01		-0.04	
Ammatillinen koulutus <sup>b</sup>	0.05					
<i>Kouluasteen tutkinto</i>	-0.06		0.03		0.01	
<i>Opistoasteen tutkinto/AMK</i>	0.03		0.07		0.04	
<i>Korkeakoulututkinto</i>	-0.01		0.22 ***		0.04	
Istumatyö	-0.15 *		0.15 *		-0.03	
<b>Stressitekijät työssä (lähtötilanne)</b>		.01		.02		.00
Kiire	-0.01		-0.08		-0.10	
Ryhmätyöongelmat	-0.07		-0.14		0.12	
Fyysinen kuormitus	-0.09		-0.04		0.04	
<b>Hyvinvointi (lähtötilanne)</b>		.06**		.07**		.06*
Fyysinen hyvinvointi	0.54 ***		0.08		0.33 ***	
Psykososiaalinen hyvinvointi	-0.16 *		0.45 ***		0.05	
Uni	-0.13		0.02		-0.17	
<b>Muutos työhön liittyvissä stressitekijöissä<sup>c</sup></b>		.11***		.11***		.04*
Kiire			0.12		-0.02	
Ryhmätyöongelmat			0.17 *			
Fyysinen kuormitus	0.21 ***					
<b>Muutos hyvinvoinnissa</b>		.17***		.11***		.26***
Fyysinen hyvinvointi	0.46 ***				0.39 ***	
Psykososiaalinen hyvinvointi			0.41 *		0.30 ***	
Uni	0.13 *				0.17 *	
<i>R<sup>2</sup>/R<sup>2</sup> vakioitu</i>		.55/.50		.49/.44		.46/.40

a Korkeampi pistemäärä tarkoittaa positiivista muutosta työkyvyssä  
b Vertailuryhmä: ammatillinen kurssi tai ei ammatillista koulutusta  
c Askeltava analyysi  
 $\Delta R^2$  = selitysoisuuden lisäys  
\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

den muutokset selittivät 11 % henkisen ja ruumiillisen työkyvyn muutoksista ja 4 % yleisen työkykyarvion muutoksista. Hyvinvointimuutosten lisääminen malliin selitti vielä 17 % ruumiillisen työkyvyn muutoksista, 11 % henkisen työkyvyn muutoksesta ja 26 % muutoksesta yleisessä työkykyarviossa.

### Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme Kansaneläkelaitoksen varhaiskuntoutuksen kehittämishankkeessa tuotetun kuntoutuksen aikana tapahtuneita muutoksia työkyvyssä ja sen osatekijöissä: hyvinvoinnissa ja terveydessä sekä työssä. Tutkimuksen tulokset osoittavat,

että kuntoutujien työkyvyssä, työhön liittyvissä stressitekijöissä, hyvinvoinnissa ja terveydessä tapahtui myönteisiä muutoksia vuoden kestoisen kuntoutusjakson aikana. Kuntoutajat raportoivat kuntoutuksen lopussa vähemmän työssä koettua kiirettä ja ryhmätyöongelmia, parempaa psykososiaalista hyvinvointia ja vähemmän unihäiriöitä verrattuna lähtötilanteeseen. Työn fyysinen kuormitus väheni ja yleinen fyysinen hyvinvointi parani erityisesti istumatyötä tekevillä. Lisäksi kuntoutujien työkyky heidän itsensä arvioimana parani.

Tutkimustulosten tulkinnassa on huomioitava aineiston ja tutkimusasetelman aiheuttamat rajoitukset. Tärkein rajoitus on se, että tutkimuksessa ei ollut mahdollista käyttää satunnaistettua tai kaltaistettua vertailuryhmää, joten tulokset perustuvat yksinkertaiseen kuntoutujaryhmän seurantaan vuoden aikana. Seuranta-asetelmassa havaituista muutoksista ei voi tehdä päätelmiä siitä, johtuivatko ne kuntoutuksesta vai joistakin muista tekijöistä, joita tutkimuksessa ei ole voitu huomioida. Myös seuranta-aika oli lyhyt ja kattoi vain kuntoutuksen keston (yhden vuoden). Joidenkin muutosten pysyvyys voi pidemmässä seurannassa olla heikko, toisaalta joidenkin muutosten tulokset voivat näkyä vasta pidemmässä seurannassa. Tutkimuksessa työkuormitusta mitattiin kuntoutujien kokemuksena, eikä konkreettisina työssä tapahtuneina muutoksina, jotka voisivat selittää työkuormituksen muutoksia. Tutkimuksen vahvuus ovat tutkimuksessa käytetyt mittausten menetelmät, jotka perustuvat standardoituihin, työhyvinvointitutkimuksissa yleisesti käytettyihin työkuormitus-, hyvinvointi- ja työkykymittareihin. Tutkimuksen vahvuus on myös se, että kuntoutujaryhmä oli heterogeeninen ja kuntoutajat edustivat eri toimialoja ja työntekijäryhmiä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Näin ollen tutkimuksen tulokset eivät rajoitu vain yhteen suppeaan ammattiryhmään, mikä on usein vaikeuttanut aikaisempien työelämän varhaiskuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten vertailtavuutta.

Vaikka perinteinen ASLAK-kuntoutus on lääkinnällisesti syvennettyä ammatillista kun-

toutusta, sen on todettu kytkeytyvän huonosti työhön (Ylisassi 2010). Myös tutkimusnäyttö ammatillisen varhaiskuntoutuksen vaikutuksista työhön on vaihtelevaa: toiset tutkimukset osoittavat työkuormituksen vähentyneen kuntoutuksen aikana (Nevala-Puranen 1996; Arokoski ym. 2002), kun taas toisissa tutkimuksissa ei joko ole havaittu muutoksia työkuormituksessa (Holopainen ym. 2004; Tirkkonen & Kinnunen 2010) tai työkuormituksen on havaittu jopa lisääntyneen (Turja 2009) kuntoutujilla enemmän kuin kaltaistetuilla verrokeilla. Tässä tutkimuksessa raportoidut tulokset myönteisistä muutoksista työkuormituksessa antavat viitteitä siitä, että työhön liittyvien teemojen tuominen uuteen TK2-kuntoutusmalliin vahvemmin kuin perinteisessä ASLAK-kuntoutuksessa on ainakin jossain määrin onnistunut, sillä kiire ja ryhmätyöongelmat olivat vähentyneet ja myös fyysinen työkuormitus oli vähäisempi kuntoutuksen lopussa erityisesti istumatyöntekijöillä. Näitä havaintoja tukevat myös TK2-kuntoutukseen osallistuneet työterveyshuollon ja kuntoutuksen moniammatillisten tiimien edustajien havainnot kuntoutujien työssä tapahtuneista muutoksista (Seppänen-Järvelä ym. 2015).

TK2-kuntoutuksessa toinen sisällöllinen teema koski terveyttä ja hyvinvointia. TK2-kuntoutuksessa havaitut muutokset hyvinvoinnissa ovat samansuuntaisia kuin perinteisen ammatillisen varhaiskuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksissa todetut myönteiset muutokset terveydessä ja toimintakyvyssä (Nevala-Puranen 1996; Holopainen ym. 1998; Kurki 1999; Arokoski ym. 2002; Kurki 2004) sekä positiiviset muutokset terveyteen liittyvässä elämänlaadussa (Helo 2000; Pekkonen 2010). Muutokset eivät kuitenkaan aina säilyneet tutkimuksissa, joissa käytettiin pidempää seuranta-aikaa (Kurki 2004).

Fyysinen työkuormitus ja fyysinen hyvinvointi tässä tutkimuksessa näyttivät vähentyneen erityisesti istumatyötä tekevillä ja myös myönteiset muutokset fyysisessä hyvinvoinnissa tulivat esille juuri istumatyötä tekevillä. Tulos on jossain määrin yllättävä, kun fyysinen työ on aikaisemmin yhdistetty huonom-

paan työkykyyn (Tuomi ym. 2000; El Fassi ym. 2013). Toisaalta fyysisen kuormituksen vähentämisen ja fyysisen hyvinvoinnin kohentamisen tarve on voinut alun alkaen olla vähäisempi fyysistä työtä tekevillä TK2-kuntoutujilla, sillä tutkimuksessa erityisesti istumatyötä tekevät raportoivat enemmän fyysistä kuormitusta työssä ja huonompaa fyysistä hyvinvointia jo lähtötilanteessa. Kuntoutukseen voivat istumatyötä tekevistä valikoitua erityisesti henkilöt, joilla on fyysisiä terveysongelmia. Työn vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja istumatyön terveystarpeista on myös tutkimusnäyttöä (Hu ym. 2003; Proper ym. 2011). Raskaan fyysisen työn luonteeseen on mahdollisesti vaikeampi vaikuttaa, ja ehkä siksi kuntoutus ei ole onnistunut yhtä hyvin tässä ryhmässä.

TK2-hankkeen arviointitutkimuksen työterveyshuollon aineistoissa työterveyshuollon edustajat katsoivat, että kuntoutus oli vaikuttanut myös kuntoutujan laajemmassa työyhteisössä siten, että asenteet olivat muuttuneet sallivammiksi ja kuntoutuksen kautta hyviä käytäntöjä sovellettiin myös laajempaan työyhteisöön (Seppänen-Järvelä ym. 2015). Näkemystä tukevat myös tässä raportoidut tulokset kuntoutuja-aineistosta, jossa kuntoutujien kokemat ryhmätyöongelmat vähenivät kuntoutuksen aikana. Yhden työntekijän osallistuminen kuntoutukseen voi aiheuttaa työpaikalla monenlaisia työjärjestelyjä, jotka saattavat toisaalta myös lisätä muiden työntekijöiden kuormitusta. Esimiesten merkitys tällaisten tilanteiden läpiviemisessä työpaikalla on keskeinen, ja esimiehet olivatkin tukeneet kuntoutujien osallistumista erilaisiin työjärjestelyihin (Seppänen-Järvelä ym. 2015). Kun johtaminen koetaan oikeudenmukaisena ja päätöksenteko läpinäkyvänä, työyhteisössä voidaan olla valmiita hyväksymään erilaisia tilapäisesti kuormittaviakin järjestelyjä (Elovainio ym. 2005).

Tutkimusnäyttö ammatillisen varhaiskuntoutuksen vaikutuksista työkykyyn on ollut vaihtelevaa.

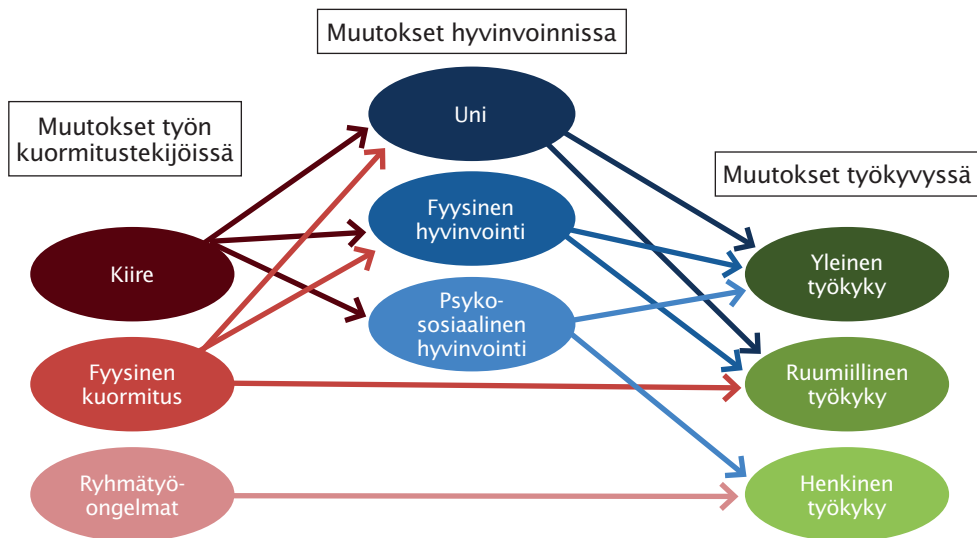
Arokoski ym. (2002), Helo (2000) ja Holopainen ym. (1998) raportoivat ASLAK-kuntoutuksella olleen myönteisiä vaikutuksia työ-

kykyyn, mutta Saltychev ym. (2012) eivät havainneet laajaan julkisen sektorin työntekijöihin perustuvassa tutkimuksessaan myönteisiä työkykymuutoksia ammatilliseen varhaiskuntoutukseen osallistuneilla. Tässä tutkimuksessa TK2-kuntoutujien kokema yleinen työkyky ja arviot työkyvystään suhteessa niin työn ruumiillisiin kuin henkisiin vaatimuksiin kohenevat kuitenkin merkittävästi kuntoutuksen aikana.

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset työkuormituksessa, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä havaittujen muutosten välisistä yhteyksistä (kuvio 2) tukevat myös aiempaa tutkimusnäyttöä työn kuormittavuuden ja terveyden yhteyksistä (Kornitzer ym. 2006; Ahola & Hakanen 2007; Lallukka ym. 2009) sekä työkuormituksen ja terveyden yhteyksistä työkykyyn (Laine ym. 2009; von Bonsdorff ym. 2011; van de Vijfeijke ym. 2013). Tässä tutkimuksessa positiiviset muutokset työn stressitekijöissä olivat yhteydessä myönteisiin muutoksiin fyysisessä ja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa sekä unihäiriöiden vähenemiseen.

Eryteisesti kiireen väheneminen työssä näkyi kohentuneena hyvinvointina. Fyysisen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin paraneminen ja unihäiriöiden väheneminen taas olivat selvästi yhteydessä työkyvyn kohenemiseen. Fyysisen hyvinvoinnin ja unihäiriöiden merkitys korostui työkyvyn muutoksissa työn ruumiillisiin vaatimuksiin nähden sekä yleisessä työkykyarviossa, kun taas psykososiaalisen hyvinvoinnin kohentuminen oli yhteydessä työkykymuutoksiin työn henkisiin vaatimuksiin nähden sekä yleisen työkykyarvion muutoksiin. Myös muutokset työn kuormitustekijöissä olivat yhteydessä työkykymuutoksiin, mutta erityisesti kiireen vähenemisen vaikutukset työkykymuutoksiin näyttivät selittyvän fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin muutosten kautta. Sen sijaan fyysisen työkuormituksen väheneminen oli yhteydessä ruumiillisen työkyvyn kohentumiseen ja ryhmätyöongelmien vähenemiseen henkisen työkyvyn kohentamiseen hyvinvointitekijöiden vakioimisen jälkeenkin.

Kaiken kaikkiaan tulokset antavat viitteitä siitä, että työkytkennän tehostaminen amma-



Kuvio 2. Yhteenveto työkuormituksessa, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä havaittujen muutosten välisistä yhteyksistä.

tillisessä kuntoutuksessa edistää kuntoutumista. Muutokset eivät myöskään rajoitu työhön liittyviin tekijöihin, eikä työssä tapahtuneita positiivisia muutoksia saavutettu terveysvaikutusten kustannuksella, vaan myös terveydessä ja hyvinvoinnissa sekä työkyvyssä havaittiin myönteisiä muutoksia. Lisäksi erityisesti kiireeseen liittyvän työkuormituksen vähenemisen yhteys työkyvyn kohenemiseen välittyi myönteisten hyvinvointivaikutusten kautta. Lyhyen seuranta-ajan vuoksi tulokset antavat kuitenkin aihetta vain suuntaa antaville päätelmille TK2-kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Jos tässä esitetyt tulokset saavat jatkossa vahvistusta myös kontrolloiduissa ja pidempää seuranta-aikaa hyödyntävissä tutkimusasetelmissä, johtopäätöksenä voidaan suositella työelämän varhaiskuntoutuksen toimenpiteiden kohdentamista TK2-kuntoutusmallin mukaisesti perinteistä ASLAK-kuntoutusta kiinteämmin työpaikkaan ja sen olosuhteisiin. Suositusta tukevat myös kansainväliset tutkimukset työpaikkaan kohdistuvien interventioiden vaikuttavuudesta (Franche ym. 2005; Karlson ym. 2010). Erityisesti esimiesten sekä työterveyshuollon mukaan ottaminen kuntoutusprosessiin on tärkeää työhön liittyvi-

en muutosten vakiinnuttamiseksi työpaikalla (Franche ym. 2005; Karlson ym. 2010; Sepänen-Järvelä ym. 2015).

### Tiivistelmä

Perinteistä työelämän varhaiskuntoutusta on kritisoitu huonosta kytkennästä työhön. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa (TK2) on pyritty vahvistamaan kuntoutuksen työkytkentää. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan TK2-hankeessa toteutetun kuntoutuksen aikana tapahtuneita muutoksia kuntoutujien työssä, hyvinvoinnissa ja työkyvyssä sekä näiden muutosten välisiä yhteyksiä. Tulokset perustuvat kuntoutuksen alku- ja loppukyselyyn vastanneiden kuntoutujien joukkoon (217 kuntoutujaa, 89 % osallistujista). Kysely kartoitti työhön liittyviä stressitekijöitä (kiire, ryhmätyö-ongelmat ja fyysinen kuormitus) ja hyvinvointia (RAND-36, unihäiriöt). Työkykyä mitattiin Työkykyindeksin kolmella itsearviointiin perustuvalla kysymyksellä. Tuloksia analysoitiin tois-

tuvien mittausten varianssianalyyssillä ja hierarkkisella regressioanalyyssillä.

Kun tausta- ja lähtötilannetekijöiden vaikutus oli huomioitu, kuntoutuji-en työssä kokemaa kiire ja ryhmätyöongelmat vähenivät kuntoutuksen aikana ja fyysinen ja psyykinen hyvinvointi sekä unen laatu paranivat. Lisäksi itse arvioitu ruumiillinen ja henkinen työkyky ja yleinen työkykyarvio paranivat. Fyysisen työkyvyn ja unen laadun kohentuminen olivat yhteydessä fyysisen työkyvyn ja yleisen työkykyarvion kohentumiseen, psykososiaalisen hyvinvoinnin paraneminen taas henkisen työkyvyn kohentumiseen. Työssä koetun kiireen yhteys työkykyyn välittyi hyvinvointitekijöiden kautta, mutta muutos ryhmätyöongelmissa oli muista tekijöistä riippumatta yhteydessä muutoksiin henkisessä työkyvyssä ja fyysisen kuormituksen vähenemiseen oli yhteydessä muutoksiin fyysisessä työkyvyssä. Tulokset tukevat TK2-kuntoutuksen onnistuneen työkytkennässä, mutta syy-seuraussuhteiden todentaminen edellyttää vertailuryhmäasetelmaa ja pidempää seurantaa.

## Abstract

*Changes in work, well-being and work ability among participants in Return to Work Rehabilitation – Results of the development project of Return to Work Rehabilitation*

Traditional work-related early rehabilitation has been criticized for being poorly connected to work. National Insurance Institution initiated a development project “Rehabilitation into work” (RIW) to enhance the work-connection of early rehabilitation model. This study examined changes in work-related stressors, well-being and work ability among participants on

one year RIW programme. The data is comprised of questionnaire surveys conducted for rehabilitees at the beginning and at the end of the programme. All together rehabilitees 217 filled in both questionnaires (89 % of all participants). The questionnaire included measures for work-related stressors, health and well-being (RAND-36, quality of sleep). Work-ability was measured by three self-assessment items in the Work Ability Index (WAI). The results were analysed by repeated measures ANCOVA and hierarchical regression analyses.

The results showed significant positive changes in workload (time-pressure) and team work at work and in physical and psychosocial well-being and in quality of sleep. Furthermore self-assessed physical and mental work ability as well as general self-assessed work ability improved significantly during RIW programme. Improvement of physical well-being and quality of sleep were strongly related to positive changes in physical and general work ability assessments, while improvements of psychosocial well-being was related to enhanced mental and general work ability assessments. The association between work-related time-pressure changes to workability was mediated by health and well-being but improved teamwork and decreased physical strain at work were independently related to improvement of work ability. The RIW was seen as having good relevance to work but further controlled studies with longer follow-ups are needed to establish causal effects.



**Anna-Mari Aalto, VTT, dosentti, tutkimus-päällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

**Tarja Heponiemi, PsT, dosentti, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

**Marko Elovainio, VTT, dosentti, tutkimus-professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

**Tuulikki Vehko, FT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

**Vesa Syrjä, VTM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

## Lähteet

- Aalto AM, Aro AR, Teperi J (1999) RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja väestöarvot suomalaisessa aikuisväestössä. *Stakes, Tutkimuksia* 101, Helsinki.
- 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, 404–412.
- Ahokas J (2011) Suomen talouden palveluvaltaistuminen jatkuu myös tulevaisuudessa. *Työpoliittinen aikakauskirja* 2, 54. vsk. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Ahola K, Hakonen J (2007) Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord* 104, 103–110.
- Arokoski JP, Juntunen M, Luikka J (2002) Use of health-care services, work absenteeism, leisure-time physical activity, musculoskeletal symptoms and physical performance after vocationally oriented medical rehabilitation—description of the courses and a one-and-a-half-year follow-up study with farmers, loggers, police officers and hairdressers. *Int J Rehabil Res* 25, 119–131.
- Braathen T, Veiersted K, Heggenes J (2007) Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 493–499.
- von Bonsdorff ME, Kokko K, Seitsamo J, von Bonsdorff MB, Nygård CH, Ilmarinen J, Rantanen T (2011) Work strain in midlife and 28-year work ability trajectories. *Scand J Work Environ Health*, 37, 455–463.
- El Fassi M, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Couffignal S, Mairiaux P (2013) Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health* 13, 305.
- Elinkeinoelämän keskusliitto (2005) Työelämän murros heijastuu osaamistarpeisiin. Osaavaa henkilöstöä yrityksiin. Saatavana internetosoitteessa: [http://www.logistiikkayritykset.fi/ek\\_suomeksi/tulevaisuusluotain/dokumentit/linkki\\_pdf/osaavaa\\_henkilostoa\\_yrityksiin.pdf](http://www.logistiikkayritykset.fi/ek_suomeksi/tulevaisuusluotain/dokumentit/linkki_pdf/osaavaa_henkilostoa_yrityksiin.pdf) (katsottu 30.4.2015).
- Elovainio M, Heponiemi T, Vänskä J, Sinervo T, Kujala S, Laakso E, Jalonen P, Hakonen J, Husman K, Työry S, Halila H (2007) Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 62, 2071–2076.
- Elovainio M, van den Bos K, Linna A, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Pentti J, Vahtera J (2005) Combined effects of uncertainty and organizational justice on employee health: testing the uncertainty management model of fairness judgments among Finnish public sector employees. *Soc Sci Med* 61, 2501–2512.
- Franché, R.-L., Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J (2005) Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *J Occup Rehab*, 15, 607–631.
- Harris P (1989) The Nurse Stress Index. *Work & Stress* 3, 335–346.
- Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM (1993) The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Economics* 2: 217–227.
- Helo T (2000) Kelan Aslak-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointi. Kansaneläkelaitos. Helsinki.
- Hinkka K, Aalto L, Toikka T (2015) Uudenlaisen Kelan työhön kuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134, Helsinki.
- Holopainen K, Kurinen P, Nevala-Puranen N, Koistinen S, Arokoski J (1998) Aslak-kurssien vaikutukset lentomekaanikkojen koettuun terveydentilaan ja suorituskykyyn. Puolen vuoden seurantatutkimus Suomen ilmavoimien lentomekaanikoilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 73, 69–74.
- Holopainen K, Nevala N, Kuronen P, Arokoski JP (2004) Effects of vocationally oriented medical rehabilitation for aircraft maintenance personnel – a preliminary study of long-term effects with 5-year follow-up. *J Occup Rehabil* 14, 233–242.
- Hu G, Qiao Q, Silventoinen K, Erikson JG, Lindström J, Valle TT, Nissinen AJ, Tuomilehto J (2003) Occupational, commuting, and leisure-time physical activity in relation to risk for Type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. *Diabetologia* 46, 322–329.
- Ilmarinen J, Gould R, Järviskoski A, Järvisalo J (2006) Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. *Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia.*

- Helsinki: ETK, Kela, KTL, TTL, 17–26.
- Jenkins DC, Jono RT, Stanton BA (1996) Predicting completeness of symptoms relief after major heart surgery. *Behavioral Medicine* 22, 45–57.
- Järvikoski A (1994) Vajaakuntoisuudesta elämänhalintaan? Kuntoutuksen viitekehyksen ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Järvikoski A, Härkäpää K (1995) Mitä kuntoutus on? Teoksessa: Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY, Porvoo, 12–28.
- Kannisto J (2014) Eläkkeelle siirtymisikä Suomen työ-eläkejärjestelmässä. Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 03/2014, Helsinki. Saatavissa internet osoitteesta: [http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilasto/julkaisut/tilastoraportit/elakkeellesiirtymisika\\_suomen\\_tyoelakejarjestelmassa\\_2013\\_7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilasto/julkaisut/tilastoraportit/elakkeellesiirtymisika_suomen_tyoelakejarjestelmassa_2013_7.pdf) (katsottu 19.4.2015).
- Karasek RA (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 258–230.
- Kauppinen T, Hanhela TR, Kandolin A, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M (2010) Työ ja terveys Suomessa 2009. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kauppinen T, Mattila-Holappa TP, Saalo A, Toikkanen J, Tuomivaara S, Uusulainen S, Viluksela M, Virtanen A (2013) Työ ja terveys Suomessa 2012. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Pentti J, Virtanen M (2003) Human costs of organizational downsizing: comparing health trends between leavers and stayers. *Am J Community Psychol* 32, 57–67.
- Kivimäki M, Lindström MK (1992) Työstressi ja hyvinvointi hoitoalalla: kyselylomakkeen kehittäminen. *Hoitotiede* 4, 115–124.
- Kornitzer M, deSmet P, Sans S, Dramaix M, Boulen-guez C, DeBacker G, Ferrario M, Houtman I, Isacson SO, Ostergren PO, Peres I, Pelfrene E, Romon M, Rosengren A, Cesana G, Wilhelmsen L (2006) Job stress and major coronary events: results from the Job Stress, Absenteeism and Coronary Heart Disease in Europe study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 13, 695–704.
- Karlsöon, B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, Österberg K (2010) "Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study." *BMC Public Health*, 10, 30. Saatavana internetosoitteesta: <http://www.biomed-central.com/1471-2458/1410/1301>.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (2012) Terveystoimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystoimintayksikön ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012, Helsinki.
- Kurki M (1999) Kuntoutuskurssit pystyvyyden odotusten vahvistajina. Miina Sillanpään säätiön julkaisuja B:15, Helsinki.
- Kurki M (2004) Missä kunnossa kuntoutukseen, entä sen jälkeen? Tules ja Aslakkurssit pystyvyyden vahvistajina. Miina Sillanpään säätiön julkaisuja A:6, Helsinki.
- Laine S, Gimeno D, Virtanen O, Vahtera J, Elovainio M, Koskinen A, Pentti J, Kivimäki M (2009) Job strain as a predictor of disability pension: the Finnish Public Sector Study. *J Epidemiol Community Health* 63, 24–30.
- Lallukka T, Chandola T, Hemingway H, Marmot M, La-helma E, Rahkonen O (2009) Job strain and symptoms of angina pectoris among British and Finnish middle-aged employees. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63, 980–985.
- Lehikoinen A, Saarniaho R, Suikkanen A (toim.) (2001) Oppimisella osallisuutta – vastauksia työn murrokseen. Sitran raportteja 29, Helsinki.
- Nevala-Puranen N (1996). ASLAK-kurssien vaikutukset maatalousyrittäjien fyysiseen suoriutumiskykyyn ja työtekniikkaan Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Pekkonen M (2010) Terveystoimintayksikön elämäntyyli- ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. RAND-36-mittarin soveltuvuus työikäisten laitoskuntoutuksen ongelmaprofiilin määrittämiseen ja kuntoutuksen vaikutusten arvioimiseen. Helsinki, Yliopistopaino.
- Proper KI, Singh AS, van Mechelen W, Chinapaw MJM (2011) Sedentary Behaviors and Health Outcomes Among Adults. *Am J Prev Med* 40, 174–182.
- Räikkönen T (2007) Työn tulevaisuus yhteiskunnallisessa muutoksessa. Kirjallisuuskatsaus. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Salmelainen U, Rönberg U, Hinkka K (2002). Tietäen, taitaen ja yhdessä toimien. Kokemuksia pientyöpaikkojen ASLAK®-kuntoutuskurssien järjestämisen kokeilusta. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 5, Helsinki.
- Saltychev M, Laimi K, El-Metwally A, Oksanen T, Pentti J, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J (2012) Effectiveness of multidisciplinary primary prevention in decreasing the risk of work disability in a low-risk population. *Scand J Work Environ Health* 38, 27–37.
- Saltychev M, Laimi K, Oksanen T, Pentti J, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J (2011) Predictive factors of future participation in rehabilitation in the work-

- ing population: the Finnish public sector study. *J Rehabil Med* 43: 404–410.
- Seppänen-Järvelä R (toim.) (2014) Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi arkea. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84.
- Seppänen-Järvelä R, Aalto AM, Juvonen-Posti P, Laakonen M, Tuusa M (2015) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty: Kelan työhön kuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, Helsinki (painossa).
- Suominen S, Vahtera J, Korkeila K, Helenius H, Kivimäki M, Koskenvuo M (2007) "Job Strain, Life Events, and Sickness Absence: A Longitudinal Cohort Study in a Random Population Sample. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49, 990–996.
- Suoyrjö H (2010) Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113, Helsinki.
- Sutela H, Lehto A-M (2014) Työolojen muutokset 1977–2013. Tilastokeskus: Suomen virallinen tilasto, Helsinki.
- Tirkkonen M, Kinnunen U (2010) Työhyvinvointi vahvistuu varhaiskuntoutuksessa: ASLAK-kuntoutuksen ja Työhyvinvointi-kuntoremontin vaikuttavuus. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:8. Helsinki.
- Tuomi K, Huhtanen P, Nykyri E, Ilmarinen J (2000) Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational medicine* 51, 318–324.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola M, Katajarinne L, Tulkki A (1997) Työkykyindeksi. 2. korj. p. Työterveysshuolto 19. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Turja J (2009) Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1375. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2-hanke) 2012–2014 (2014) Raportti kuntoutuspalvelujen toteutumisesta. Kansaneläkelaitos, Helsinki. Saatavilla verkosta: [http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti\\_kuntoutuspalvelujen\\_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b](http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti_kuntoutuspalvelujen_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b).
- Vainiemi K (2015) Kehittämisen helmet käytäntöön: AURA-kuntoutuksen synty ja "tuho". *Kuntoutus* 38, 3, 2–6.
- Waal J (1992) Kansaneläkelaitoksen varhaiskuntoutustoiminta ja työkykyä ylläpitävä valmennus. Kirjassa: Varhaiskuntoutus 1992, s. Suomen Teollisuuslääketieteen yhdistys r.y. Pohjois-Suomen alaosasto, Oulu, 42–45.
- van de Vijfeijke, Leijten FR, Ybema JF, van den Heuvel SG, Robroek SJW, van der Beek AJ, Burdor A, Taris TW (2013) Differential Effects of Mental and Physical Health and Coping Style on Work Ability: A 1-Year Follow-Up Study Among Aging Workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 55, 1238–1243.
- Viitanen E, Kokkinen L, Konu A, Simonen O, Virtanen JV, Lehto J (2007) Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisan alan kehittämissäätiö KAKS. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Virtanen M, Vahtera J, Pentti J, Honkonen T, Elovainio M, Kivimäki M (2007) Job strain and psychological distress influence on sickness absence among Finnish employees. *American Journal of Preventive Medicine* 33, 182–187.
- Ylipaavalniemi J, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltikangas-Järvinen L, Vahtera J (2005) "Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Soc Sci Med*, 61, 111–122.
- Ylisassi H (2010) Kuntoutuksen työkytkentä ja asiakkuus muutoksessa. *Kuntoutus* 1, 37–44.

# TYÖTERVEYSYHTEISTYÖ KUNTOUTUMISEN MAHDOLLISTAJANA

## Johdanto

Viime vuosina tehdyissä rakenteellisissa uudistuksissa keskeisenä työikäisen väestön työurien jatkamisratkaisuna on ollut työpaikan eri toimijoiden ja työterveyshuollon työkyvyn tukeen liittyvän yhteistyön tiivistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Työpaikoilla työkyvyn tuen on perustuttava yhteistyössä laadittuun toimintamalliin (sairausvakuutuslain muutos 1056/2010), ja pitkittyvään tapauskohtaiseen työkyvyttömyyteen on puututtava yhteistyössä (sairausvakuutuslain muutos 19/2012 ja työterveyshuoltolain muutos 20/2012). Työterveysyhteistyöllä tarkoitetaan työnantajan ja työntekijöiden tai heidän edustajiensa sekä työterveyshuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista yhteistyötä työterveyshuoltolain toteuttamiseksi (Valtioneuvoston asetus... 2013). Tässä artikkelissa nojataan eri toimijoiden normiperusteiseen yhteistyömäärittelyyn.

Työterveyshuollon tulee omalla toiminnallaan tukea (Valtioneuvoston asetus... 2013) tätä uudelleen suunnattua työterveysyhteistyö-

tä. Työterveyshuoltolaki (1383/2001) määritteli työterveyshuollon kuntoutukseen liittyviksi tehtäviksi kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutukseen ohjauksen. Vuoden 2014 alussa voimaan astunut asetus lisäsi työterveyshuollon tehtäväksi myös ”case manageroinnin” eli työntekijäkohtaisen terveydenhuollon ja kuntoutuksen palveluiden yhteensovittamisen sekä seuraamisen työssä jatkamisen tai työhön paluun varmistamiseksi (kuva 1). Tiiviin työterveysyhteistyön tulisi siis toteutua yksilö-, työyhteisö- ja organisaatiotasolla. Tykytoimintaan verrattuna tuloksellisuutta pyritään parantamaan sillä, että työkyvyn tukemisen tarpeen pohjalla oleva organisaatio-, työpaikka- ja työyhteisökohtainen tilannekuva ja sen pohjalta luotavat tavoitteet tulisi muodostaa yhteistyössä (Juvonen-Posti ym. 2014cd). Tavoitteiden mukaan toimiessaan työterveysyhteistyön tulisi mahdollistaa hyvä työssä jatkamisen tuki työntekijä- ja työpaikkakohtaisessa kuntoutuksessa työuran eri vaiheissa.



Kuva 1. Työterveyshuollon tehtävät yksilöllisessä työkyvyn tukemisessa.

Tässä artikkelissa tarkastellaan sitä, miten Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen eli TK2-hankkeen (2012–2014) kuntoutus toimi suhteessa mukana olleiden organisaatioiden työkykyjohtamiseen, työterveysyhteistyöhön ja työterveyshuollon toimintaan kompleksisen systeemin komponentteina. Haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1) millaista työterveysyhteistyö oli ja 2) miten monitoimijainen yhteistyö toteutui ja mitä seuraamuksia sillä oli kuntoutuksen toteutukseen?

### **Kuntoutus työuran jatkamisen tukena**

Kuntoutuksen mahdollisuuksia työuran jatkamisen tukena on kritisoitu monin tavoin. Joidenkin tutkimusten mukaan (Suoyrjö 2010; Saltychev 2012) kuntoutuksen valikoituminen ei ole ollut työkyky- ja työkyvyttömyysriskin näkökulmasta riittävän tarpeenmukaista tai sitten valikoitumisessa sosioekonomiset erot ovat suuret (Pensola ym. 2012; Laaksonen ym. 2014). Kuntoutuksesta ovat parhaiten hyötynneet ne henkilöt, joilla on ollut jokin perussairaus ja mielialaoireita, sekä ne, jotka tiedostivat terveysongelmansa itse (Pasternack ym. 2015). Kuntoutusta ei työterveysyhteistyössä ja terveydenhuollossa osata suunnitella tai käyttää osana työkyvyn tuen prosessia (Saari 2012; Juvonen-Posti ym. 2011; Juvonen-Posti ym. 2014ab; Laaksonen ym. 2014), ammatillisen kuntoutuksen toteutus on liian kaukana työstä ja työpaikasta (Ylisassi 2009; Suikkanen ym. 2010; Waddell ym. 2013; Härkäpää ym. 2013; Lindh 2013), monialaisen kuntoutuksen toteutus käytännössä ja työnjako kuntoutumisen osajärjestelmien välillä koetaan haastavaksi (Miettinen 2011; Ashorn ym. 2013; Rajavaara 2013, Liukko & Kuuva 2015) ja kuntoutumisen järjestelmät mahdollistavat väliinputoamisen (Vehkasalo & Ojala 2013).

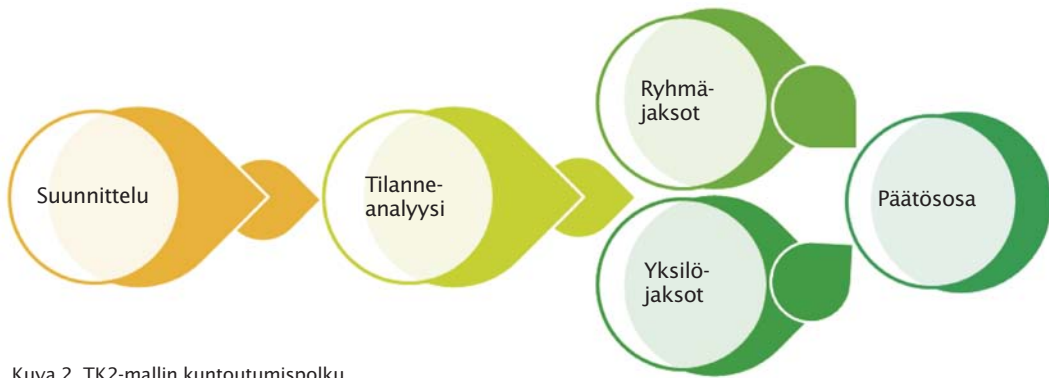
Kuntoutusta ei suomalaisessa terveydenhuollossa ole pidetty strategisena yhteistyökumppanina, eikä sitä ole liitetty systemaattiseksi osaksi hoitoa. Kuntoutuksen mahdollisuudet työuran tukemiseen ovat monin osin jääneet käyttämättä, tai kuntoutuksen mahdollisuudet on otettu käyttöön työssä jatka-

misen näkökulmasta liian myöhään (Suikkanen ym. 2010; Blomgren ym. 2011; Gould ym. 2012; Pensola ym. 2012; Laaksonen ym. 2014).

Vastauksena kritiikkiin Kela kehitti työikäisten varhaiskuntoutusta vuosina 2007–2014 useissa eri hankkeissa ja otti käyttöön työhönkuntoutus-käsitteen. Tavoitteena oli kehittää kuntoutusta työn ja työelämän muutuneisiin tarpeisiin sekä edistää yhteistyötoimien, kuten työpaikan eri toimijoiden ja työterveyshuollon palveluntuottajien, entistä parempaa verkostoitumista kuntoutusprosessin aikana (Hinkka ym. 2011). Työhönkuntoutus alettiin ymmärtää ammatillisena kuntoutuksena, joka toteutuu laaja-alaisesti työpaikkojen, terveydenhuollon ja kuntoutuksen yhteistyönä. Tutkimuksen kohteena ollut työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen (TK2) kuntoutusmalli edellytti monitahoista ja suunnitelmallista yhteistyötä eri toimijoiden välillä kuntoutuksen eri vaiheissa.

TK2-mallissa kuntoutus käynnistyi työterveysyhteistyössä suunnitteluvaiheella, jossa kuntoutuksen palveluntuottaja, työnantaja ja työterveyshuollon edustaja kohdensivat kuntoutuksen työorganisaatio- ja työpaikkakohtaisesti. Kuntoutukseen hakua varten lähiesimies ja työntekijä kävivät keskustelun kuntoutujan työn ja työpaikan muutoksista ja toimittivat selvityksen työterveyshuoltoon esivalintaa varten. Valintavaiheessa työnantaja ja työterveyshuolto tekivät yhteistyötä harkiten, onko TK2-kuntoutus sellainen, jolla haetaan ratkaisua kuntoutujan tilanteeseen. Työterveyshuolto teki kuntoutujista suosituksen Kelaan. Kuntoutujien valinnan jälkeen kuntoutusprosessi jatkui yksilöllisellä tilanneanalyysillä, johon osallistuivat kuntoutuja, hänen esimiehensä ja kuntoutuksen palveluntuottaja. Kuntoutusmalli ei edellyttänyt työterveyshuollon osallistumista tilanneanalyysiin, mutta useat työterveyshuollon toimijat kuitenkin osallistuivat (ks. enemmän Seppänen-Järvelä ym. 2015ab).

Kuntoutus muodostui ryhmän tarpeiden mukaan kootuista ryhmäjaksoista ja kuntoutujan tarpeen mukaan kootusta yksilöllisestä osasta. Ryhmäjaksoon kuului yksi yhteistyöpäivä, johon osallistuivat kuntoutuksen palve-



Kuva 2. TK2-mallin kuntoutuspolku.

luntuottaja, työnantaja ja työterveyshuollon edustaja. Yksilöllisessä osiossa ainakin yksi käyntikerta toteutettiin työpaikalla. Kuntoutuksen päätösosassa arvioitiin kuntoutuksen toteutumista sekä suunniteltiin jatkoa ja seuranta. Tähän osallistuivat kuntoutujan ja kuntoutuksen toteuttajien lisäksi esimies ja työterveyshuolto (kuva 2).

### Aineisto ja menetelmät

Tämä artikkelin aineisto koski kymmentä TK2-kuntoutukseen osallistunutta kuntoutujaryhmää. Aineisto koostui kolmesta pääkokonaisuudesta: kuntoutukseen osallistuneiden työpaikkojen henkilöstöhallinnon (HR) haastatteluaineistosta ja näiden työpaikkojen työterveyshuoltojen kysely- ja haastatteluaineistosta sekä TK2-tutkimukseen kuuluneen tapaus-tutkimuksen moninäkökulmaisesta asiakirja-, kysely- ja haastatteluaineistosta (Seppänen-Järvelä ym. 2015a).

Kelan TK2-kehittämishankkeen arviointitutkimukseen haastateltiin puhelimitse kymmenen kuntoutukseen osallistuneen työpaikan HR-asiantuntijaa, jotka osallistuivat haastatteluun työnantajansa edustajan roolissa. Kultakin kuntoutuksen palveluntuottajalta valittiin kaksi työnantajaa, jotka edustavat monipuolisesti eri toimialoja julkiselta ja yksityiseltä sektorilta sekä suuria ja pienempiä työpaikkoja. Valittujen työpaikkojen mukaan määrittyivät tämän artikkelin tarkastelussa olevat kymmenen kuntoutujaryhmää.

HR-asiantuntijoiden haastattelujen teemat olivat: kuntoutukseen valinta ja hakeminen,

kuntoutuksen tarpeenmukaisuus, toimijoiden roolit ja tehtävät, kuntoutuksen ammatillisuus ja työkytkentä, kuntoutuksen hyöty ja vaikutukset sekä tiedonkulku, viestintä ja yhteistoiminta kuntoutusprosessissa. Haastattelut kestivät keskimäärin 40 minuuttia ja ne litteroitiin sanatarkasti, jolloin aineiston pituus rivivälillä 1 oli yhteensä 80 sivua. Aineisto analysoitiin laadullisen aineiston Atlas.ti-analyysiohjelmalla. Sisällönanalyysillä puheaineistoa jäsennettiin arviointiteemojen mukaisesti vastaamaan kysymyslähtöisesti arviointikysymyksiin.

Työterveyshuoltojen aineisto koostui kyselyistä ja haastatteluista (Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Kyselyt ajoitettiin kuntoutusryhmän aikataulun mukaisesti, ja kyselyiden väli vaihteli seitsemästä kuukaudesta yhteentoista kuukauteen. Työterveyshuolloille suunnatuista alkukyselyistä (n = 27/54, vastausaktiivisuus 50 %) ja loppukyselyistä (n = 34/51, vastausaktiivisuus 67 %) analysoitiin ensin omana kokonaisuutenaan näiden kymmenen kuntoutujaryhmän toimintaan osallistuneiden työterveyshuollon edustajien vastaukset, jotka liittyivät kuntoutuksen suunnitteluun, kuntoutujien valintaan, yhteistoimintaan, vaikutuksiin ja seurantaan. Tämän jälkeen verrattiin tämän aineiston tuloksia muiden TK2-tutkimuksen kuntoutujaryhmien (n = 15) työterveyshuollon edustajien tuloksiin (Seppänen-Järvelä ym. 2015b).

Työterveyshuollon edustajille järjestettyihin viiteen ryhmähaastatteluun osallistui kahdeksan työterveyshuollon edustajaa, jotka olivat olleet mukana seitsemän kuntoutujaryh-

Taulukko 1. Aineistot kuntoutujaryhmittäin.

Kuntoutujaryhmä	1	2	6	3	4	5	7	8	9	10
HR- haastattelu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TTH alkukysely	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TTH loppukysely	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TTH ryhmähaastattelu				X	X	X	X	X	X	X
Tapaustutkimusaineisto			X				X	X	X	X

män toiminnassa (taulukko 1). Haastattelun teemat olivat kuntoutustarpeen arviointi, yhteistyö, kuntoutuksen tulokellisuus ja vaikuttavuus. Ryhmähaastattelut litteroitiin sanatarasti ja analysoitiin teemoittain (Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Atlas.ti-ohjelman avulla luokitellusta ja teemoitetusta aineistoista haettiin näiden seitsemän ryhmän aineisto tutkimuskysymyksittäin. Työterveys- ja kuntoutusyhteistyöhön liittyvää luokiteltua sitaattiaineistoa oli 80 sivua. Haastatteluaineistojen validiteettia ja reliabiliteettia arvioitaessa on huomioitava, että laadullinen aineisto ja siihen perustuvat tulokset kuvastivat haastattelutavien subjektiivisia kokemuksia yhtenä ajankohtana. Näistä eri aineistoista muodostettiin kymmentä kuntoutujaryhmää koskeva aineistokokonaisuus (taulukko 1).

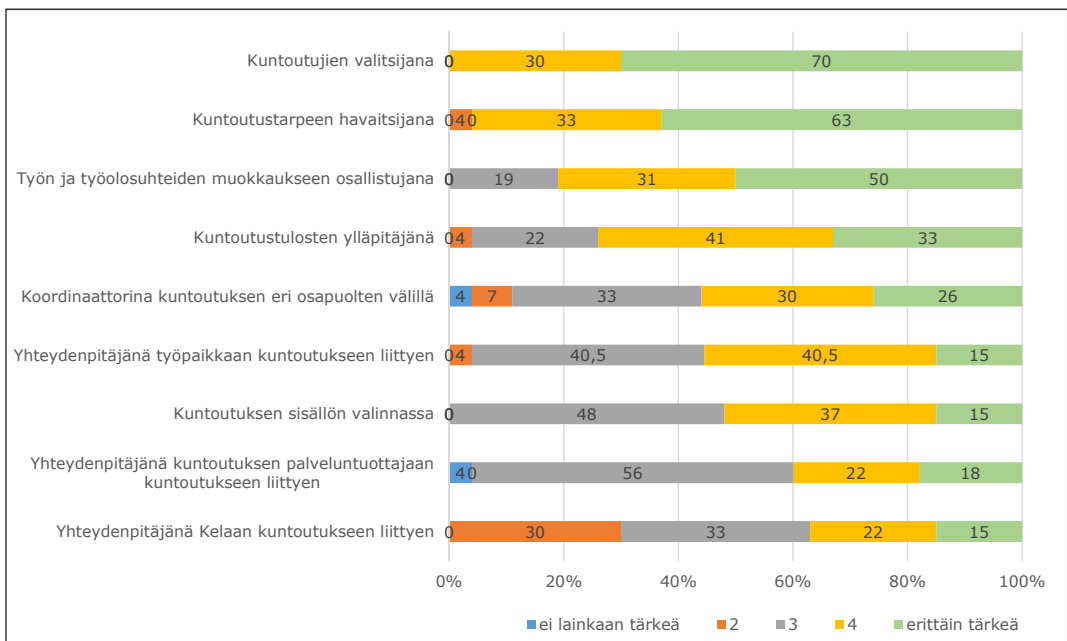
Tutkimuksemme oli monimenetelmällinen, joka tarkoittaa aineistojen asetelmallista yhdistämistä (Laine ym. 2007; Greene 2009; Creswell 2011; Teddlie & Tashakkori 2011). Kuntoutuja- ja kuntoutujaryhmäkohtaiseen työterveysyhteistyön tarkasteluun päästiin monimenetelmällisen ja moninäkökulmaisen, samoihin tutkimuskysymyksiin vastaavan aineiston kautta. Moninäkökulmainen aineisto muodostui siten, että neljän kuntoutujaryhmän osalta analyysissä olivat kaikki eri aineistotyytit. Niiden kuntoutujaryhmien osalta, joiden työterveyshuollon aineisto koostui vain kyselyistä, saimme työterveysyhteistyön toteutumisesta niukasti tietoa.

Työterveysyhteistyön toteutumisen näkö-

kulmasta havaitsimme vain muutamia eroja työterveyshuollon kyselyissä verrattaessa kymmenen kuntoutujaryhmän työterveyshuoltojen vastauksia muiden TK2-kuntoutujaryhmien työterveyshuollon edustajien vastauksiin (ks. kuva 3) Kolme tärkeintä tiedonlähdettä olivat samoja, mutta kyseisten kymmenen työpaikan työterveyshuollon toimijoista reilu kolmannes piti työnantajan edustajalta saamaansa tietoa kolmen tärkeimmän tietolähteen joukossa, kun vastaava osuus muussa aineistossa oli noin 10 %. Samoin tässä aineistossa jonkin verran suurempi osuus työterveyshuollon toimijoista oli yhteydessä työnantajaan arvioitaessa työhön tai ammattiin liittyvää kuntoutustarvetta.

HR-asiantuntijoiden haastatteluista tarkasteltiin sitä, kuinka työterveysyhteistyö toteutui erityisesti kuntoutuksen suunnittelussa ja kuntoutujien valinnan vaiheessa. Tämän tarkastelun tuloksena syntyneeseen jäsenyykseen yhdistettiin työterveyshuollon ryhmähaastatteluaineisto: litteroiduista työterveyshuollon ryhmähaastatteluista koottiin verkostoyhteistyö- tai työterveysyhteistyökoodin mukaiset sitaattit niiden työterveyshuollon edustajien osalta, jotka olivat mukana kuntoutujaryhmien toiminnassa (taulukko 1). Lisäksi tähän aineistoon koottiin tapaustutkimusaineistosta viiden kuntoutujan vertailuvaan analyysiin perustuvat<sup>1</sup> kuntoutumisprosessikuvaukset työterveys- ja kuntoutusyhteistyön näkökulmasta. Tämän jälkeen tarkasteltiin työterveysyhteistyön toteutumista

<sup>1</sup>Tapaustutkimukseen (Seppänen-Järvelä ym. 2015a) kuului yhteensä 11 kuntoutujaa eri kuntoutujaryhmittä.



Kuva 3. Työterveyshuollon oma arvio roolinsa tärkeydestä työkyvyn tukemisessa TK2-kuntoutuksessa.

ja sen seurauksia kuntoutujaryhmittäin sekä työterveyshuoltokyselyiden kymmenen ryhmän osalta kootun yhteenvedon perusteella.

## Tulokset

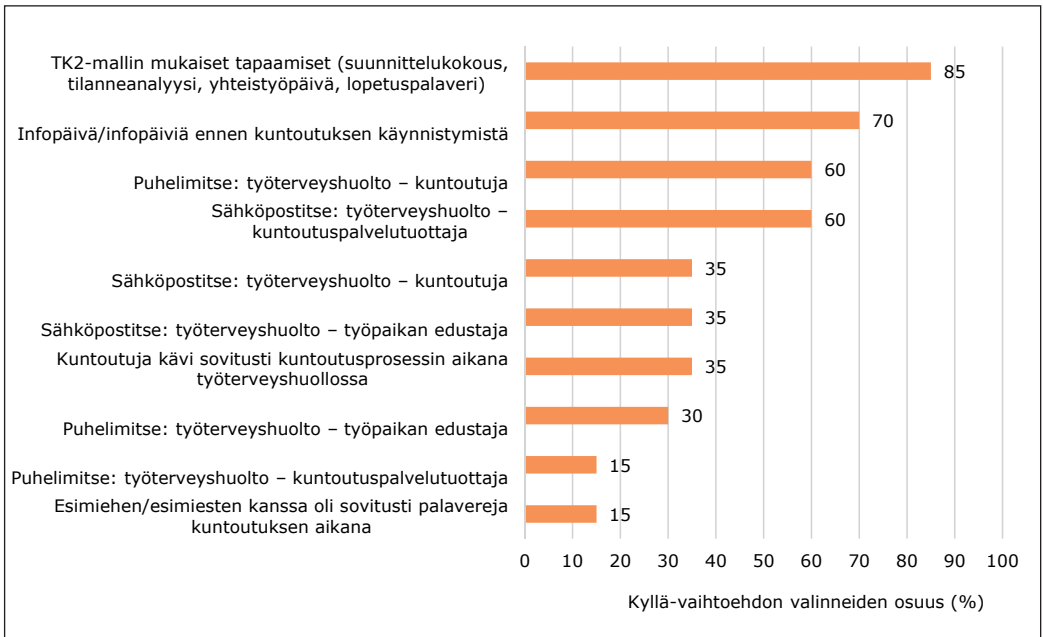
### Työterveyshuollon rooli ja tehtävät TK2-kuntoutusmallissa

Työterveyshuoltojen jäsenitys roolistaan ja tehtävästään TK2-prosessin eri vaiheissa vaihteli (ks. kuva 3). Kuntoutusprosessin alussa useimmat työterveyshuollon edustajat näkivät oman roolinsa kuntoutustarpeen havaintajana ja kuntoutujien valinnassa tärkeänä.

Kuntoutustarvetta arvioitaessa työterveyshuolto oli yleisimmin selvittänyt kuntoutujan työn vaatimuksia terveystarkastuksessa (78 %), työntekijää haastatteleamalla (74 %) ja työpaikkaselvityksistä (67 %). Neljä kymmenestä työterveyshuollon toimijasta oli ollut yhteydessä työnantajaan selvitellessään kuntoutujan työn vaatimuksia, ja noin joka seitsemäs oli tehnyt työntekijän työpisteeseen suunnatun selvityksen (vrt. kuva 1).

Noin puolet kyselyyn vastanneista työterveyshuollon edustajista osallistui TK2-kuntoutuksen eri tilaisuuksiin, ja kuntoutujan yksilölliseen tapaamiseen oli osallistunut 40 % työterveyshuollon edustajista. Hankkeen aikana kymmenessä yrityksessä toteutuneet yhteistyötavat esitetään kuvassa 4. TK2-kuntoutuksen aikana työterveyshuollon edustajista noin joka viides (21 %) oli yhteydessä työnantajaan sähköpostitse ja joka kuudes (18 %) puhelimitse. Kuntoutuksen aikana esimiesten kanssa palavereja oli sopinut 9 %. Suurin osa työterveyshuollon edustajista arvioi yhteistyön työnantajan kanssa onnistuneen hyvin koko kuntoutusprosessin ajan. Useampi kuin kolme neljästä työterveyshuollon edustajasta oli sitä mieltä, että uusi TK2-kuntoutus sulautui hyvin osaksi työterveysyhteistyötä. Työterveyshuollon edustajista kolme neljästä koki pystyneensä vaikuttamaan suunnittelukokouksessa kuntoutuksen kohderyhmän valintaan, noin puolet riittävästi kuntoutuksen teemoihin ja vajaa puolet ryhmäjaksojen aikataulutukseen tai kestoan.





Kuva 4. Työterveyshuollon osallistuminen eri tilaisuuksiin kuntoutusprosessin aikana, kyllä-vaihtoehdon valinneiden osuus (%).

### Työterveysyhteistyö kuntoutujaryhmä- ja kuntoutujakohtaisesti

Kuntoutusprosessin aikaisen työterveysyhteistyön vetovastuun perusteella TK2-kuntoutuksessa toteutunut työterveysyhteistyö voidaan tyypitellä kolmeen luokkaan: yhteistoimijat, työnantajavetoiset ja työterveyshuoltovetoiset. *Yhteistoimijoissa* työterveysyhteistyö toteutui henkilöstöhallinnon (HR) ja työterveyshuollon palvelutuottajan (TTH) yhteistyönä neljän kuntoutujaryhmän kohdalla (1, 2, 6, 7). Ryhmien 1 ja 2 kohdalla käsitys perustui HR-asiantuntijan näkemykseen, työterveyshuollon arviotieto puuttui (arvo = 0). *Työnantajavetoisessa* yhteistyö oli työnantajan, erityisesti henkilöstöhallinnon vetämää sekä henkilöstöhallinnon että työterveyshuollon arvioimana kolmen kuntoutujaryhmän kohdalla (3, 4, 10). Työterveyshuolto toimi kolmen kuntoutujaryhmän kohdalla (5, 8, 9) työterveysyhteistyön vastuullisena vetäjä (*työterveyshuoltovetoiset*).

Kuntoutujakohtaisessa työskentelyssä työterveys- ja kuntoutusyhteistyö toimi yhtei-

sen näkemyksen pohjalta, ja kuntoutus räätälöityi kuntoutujan tarpeen mukaisesti kuntoutujaryhmään 7, 10 ja 9 kuuluneiden kuntoutujien kohdalla. Kuntoutujaryhmässä 6 kuntoutuja itse ei halunnut yhteistyössä toteutettua prosessia, ja kuntoutujaryhmässä 8 kuntoutujan yhteistyö työnantajan kanssa ei edennyt, vaikka työterveyshuollon edustaja siihen pyrkikin. Kuntoutujakohtainen aineisto toi esille, että asiakastasolla työterveys- ja kuntoutusyhteistyö voi toimia riippumatta siitä, mikä toimijataho oli yhteistyön organisoinnissa aktiivinen. Toisaalta kuntoutujan oma vahva toimijuus tai esimiehen sitoutumattomuus (ks. tarkemmin Seppänen-Järvelä ym. 2015a) voi estää yhteistyötä tai yhteistyö voi muodostua kullissimaiseksi.

### Työterveysyhteistyön toteutuminen ja sen vaikutukset kuntoutusprosessissa

Seuraavaksi kuvaamme esimerkein, kuinka työterveysyhteistyö käytännössä toteutui ja millaisia seuraamuksia sillä oli kuntoutuksen toteutumiseen.

Taulukko 2. TK2-hankkeessa toteutunut työterveysyhteistyö kuntoutujaryhmittäin.

Kuntoutujaryhmät	1	2	6	7	3	4	10	5	8	9
Työterveysyhteistyö	yhteistoimijat				työnantajavetoiset			työterveys- huoltovetoiset		
HR arvio: yhdessä	+	+	+	+						
TTH arvio: yhdessä	0	0	+	+						
HR arvio: HR					+	+	+			
TTH arvio: HR					+	+	+			
HR arvio: TTH								+	(+)	+
TTH arvio: TTH								+	+	+
Kuntoutujakohtainen yhteistyö			-	+			+		-	+

Ensimmäinen esimerkki yhteistoimijaisesta työterveysyhteistyöstä oli monipaikkaisesti toimivasta organisaatiosta. Työterveyshuollon palvelut tuotettiin saman palvelutuottajakonsernin kautta, mutta työterveyshuollon palvelutuottajan eri toimipisteiden välinen yhteistyö kuntoutuksen valmistelussa ja toteutuksessa oli vähäistä. Työnantajan edustaja johti ja koordinoi aktiivisesti työterveys- ja kuntoutusyhteistyötä. Kuntoutuksen aikana työnantajan ja työterveyshuollon edustajat olisivat halunneet tiiviimpää yhteistyötä kuntoutuspalvelutuottajan kanssa. Kuitenkin yksittäisen kuntoutujan kohdalla syntyi kaikkien toimijoiden jakama yhteinen näkemys kuntoutuksen tavoitteesta; HR oli aktiivinen työn ja työuran muokkaajana, työterveyshuolto tuki kuntoutujaa ja kuntoutuspalvelu räätälöityi kuntoutujan ammatinvaihtoa tukevaksi.

Työnantajavetoisessa työterveysyhteistyössä sekä työnantaja että työterveyshuolto olivat miettineet henkilöstön kuntoutustarvetta ja kuntoutuksen kohdentamista tahoillaan, jolloin ei päässyt syntymään yhteistä näkemystä. Toisessa tapauksessa HR:n edustaja tarttui kuntoutustilaisuuteen aktiivisesti ja vasta valittu työterveyshuollon palvelutuottaja oli valmis aktiiviseen yhteistyöhön. Suunnitteluvaiheesta muodostui ripeä, prosessimainen, ja suunnittelukokous järjestettiin reilun kuukauden välein kaksi kertaa. Henkilöstöhallinnossa oli selkeä näkemys kuntoutuksen kohdentamisesta toimintakokonaisuuksiin, joiden

välille tarvittiin lisää yhteistyötä. Työterveyshuolto puolestaan valitsi kuntoutujia työkykyriskin näkökulmasta. Henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon edustajat jatkoivat tiivistä yhteistyötä sekä kuntoutujaryhmä- että kuntoutujakohtaisesti koko kuntoutusprosessin ajan. Kuntoutujatapauksessa kaikille toimijoille muodostui yhteinen näkemys päätösvalheessa, jonka jälkeen esimies oli valmis työn muutokseen ja työssä selviytymisen seurantaan sekä työterveyshuolto työkyvyn jatkotukeen.

Kolmannessa työnantajavetoisessa tapauksessa työterveyshuollon edustaja tarjosi työnantajalle osallistumismahdollisuutta ja HR sekä johto olivat yhteistyössä aktiivisia. Suunnittelukokouksessa pohdittiin kuntoutuksen kohdentamista yhdessä neuvotellen, ja kohderyhmän valinta pohjautui työnantajan argumentteihin. Uusi työterveyshuollon palveluntuottaja ei ollut selvillä työpaikan tai henkilöstön kuntoutustarpeesta. Työnantaja tiedotti kuntoutusmahdollisuudesta aktiivisesti ja tätä kautta valikoitui valtaosa kuntoutujista. Työterveyshuollon edustaja oman harkintansa pohjalta ei osallistunut kuntoutukseen valintavaiheeseen jälkeen.

Työterveyshuollon koordinoimassa työterveysyhteistyössä työterveyshuollon edustaja haki aktiivisesti sopimusasiakkaistaan TK2-kuntoutuksesta kiinnostuneita. Yhteistyötä koordinoi työterveyshoitaja ja hän itse arvioi, ettei osannut panostaa työnantajan kanssa tehtävään yhteistyöhön riittävästi. Työpaikan

yhdyshenkilö vaihtui, ja nämä tehtävät, esimerkiksi esimiesten informointi, jäivät työterveyshoitajalle. Työterveyshoitaja ei osallistunut tilanneanalyysiin, koska TK2-malli ei sitä edellyttänyt. TK2-mallissa edellytettiin esimiehen ja työntekijän käyvän yhdessä keskustelun ja täyttävän työn ja työpaikan muutoksia sekä tulevaisuutta koskevan selvityslomakkeen. Tässä tapauksessa valintavaiheessa selvityslomakkeet tulivat työterveyshuoltoon vasta, kun hakemukset ja B-lausunnot oli tehty. Työterveyshuollon kyselyvastausten mukaan kuntoutujan työtä, ammattia tai organisaatiota koskevan tiedon saamisen kolme tärkeintä lähdettä olivat terveystarkastukset, kuntoutuja itse sekä yleinen työpaikkaselvitys, eivätkä selvityslomakkeet, kuten prosessin perusteella olisi voinut olettaa.

Toisessa työterveyshuoltovetoisessa tapauksessa HR ja työterveyshuolto määrittivät kohdentamisen yhdessä, mutta työterveyshuolto valitsi kuntoutujat. Työterveyshuolto oli aktiivisesti kartoittanut kuntoutustarpeessa olevia, ja lisäksi työntekijät ilmoittautuivat suoraan. Työterveyshuollon moniammatillinen tiimi jakoi vastuun kuntoutujista. Tiimin jäsen osallistui kyseisen kuntoutujan yksilöllisiin tapaamisiin ja yhteistyöpäiviin. Yksilöllinen seuranta toteutui työterveyshuollossa kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutusryhmään osuneissa tapauksessa toimijoille ei syntynyt yhteistä näkemystä ja esimies vaihtui – ja vaihtoprosessi vei lähes koko kuntoutumisvuoden. Työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyö ei työterveyshuollon edustajan aktiivisesta panostuksesta huolimatta tuottanut toivottua tulosta eivätkä suositellut työympäristön muutokset toteutuneet.

Kolmannessa työterveyshuollon vetämässä tapauksessa työnantajan HR ja työterveyshuollon edustajat olivat aktiivisia koko prosessin ajan. Valtakunnallinen HR ja työterveyshuollon koordinaatiosta vastaavat työterveyshuollon edustajat jakoivat yhteisen näkemyksen, mutta työterveyshuollon eri tiimeissä eri puolilla maata työterveys- ja kuntoutusyhteistyöhön mukaan lähtemisen aktiivisuus vaihteli. Kokemus työntekijäkohtaisesta yhteistyöstä näkyi kuntoutujatapauksessa:

kuntoutumisen tukemista oli jo ennen kuntoutusvuotta tehty toista vuotta, ja työterveys- ja kuntoutusyhteistyössä jakettiin odottaa kuntoutukseen osallistuneen omaa ratkaisua.

Työterveyshuolloissa yhteistyö oli erittäin monesti yksittäisten työterveyshoitajien vastuulla, vaikka työterveyshuollon edustajat arvioivat omat mahdollisuutensa yhteistyöhön toisin: kaikki työterveyshuollon edustajat arvioivat, että heillä on riittävästi moniammatillista osaamista, ja useimmat, että heillä on riittävästi tiimi- ja parityöskentelyä sekä osaamista kuntoutustarpeen arvioinnissa tai selvittämisessä. Sen sijaan kuntoutustarpeen arviointiin tai selvittämiseen käytettävän ajan he kokivat melko riittämättömänä. Kuntoutuksen valintavaiheessa toteutettiin parityötä lääkärin kanssa ja yksittäisissä tapauksissa tätä laajempaa moniammatillista yhteistyötä. Vain yksi työterveyshuollon moniammatillinen tiimi oli jakanut kuntoutumisprosessin aikaisen osallistumis- ja seurantavastuun tiimin jäsenten kesken.

## **Pohdinta**

Tutkimuksen aineisto toi esille tämän tyyppisen verkostomaisen kuntoutuksen luonteen kompleksisena ilmiönä. Kuntoutuksen ja kuntoutumisen tulokset ja vaikutukset syntyvät siitä, kuinka interventio toimii suhteessa muiden kompleksisen systeemin komponenttien ja alasysteemien kanssa (ks. Westhorp 2013; Byrne 2013). Kompleksisissa järjestelmissä itenäisesti ja vuorovaikutteisesti toimivien yksittäisten ammattilaisten, toimijatahojen ja tilannekohtaisten ryhmien toiminnan tavoitteet voivat olla erisuuntaisia (ks. myös Pitkäaho 2011). Tämä tuli esille edellä kuvaamissamme työterveysyhteistyön esimerkeissämme, jotka toivat esille TK2-kuntoutuksen luonteen kompleksisena sosiaalisena interventiona.

TK2-mallin mukaisen kuntoutuksen taustalla oli näkemys, että työpaikan ja sen henkilöstön kuntoutustarve on selvillä työterveysyhteistyössä; kuntoutus kohdistetaan tämän tunnetun tarpeen mukaisesti, ja kuntoutuksen toteutukseen osallistuvat niin työpaikan kuin työterveyshuollon edustajat. Tämän tut-

kimuksen aineisto toi esille, että työterveysyhteistyössä ollaan vaihtelevasti selvillä henkilöstön tilanteesta ja kuntoutustarpeesta. Erityisen kriittisiä vaiheita, joissa tarvittava tieto ei siirry ja meneillään olevat prosessit voivat keskeytyä, näyttävät olevan henkilöhallinnon asiantuntijan tai esimiehen vaihtuminen ja/tai työterveyshuollon palvelutuottajan tai edustajan vaihtuminen. Monissa suurissa työpaikoissa työkykyjohtamisen käytännön prosessiosiohuusvastuu on määritelty henkilöstöhallintoon. Vaikka henkilöstöhallinto oli aktiivinen, se ei kuitenkaan tarkoittanut, että kaikki esimiehet olisivat olleet valmiita kuntoutuksessa toteutuvaan työpaikka- ja työntekijäkohtaiseen yhteistoimintaan (vrt. Juvonen-Posti ym. 2014a). HR saattoi olla aktiivinen työkykyjohtamisessa, mutta jäseni työhönkuntoutuksen perinteisesti yksinomaan terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi ja vetäytyi yhteistyöstä jättäen sen yksinomaan työterveyshuollon palvelutuottajan tehtäväksi.

Työterveyshuollon edustajat pitivät kuntoutustarpeen havaitsemista, kuntoutujien valintaa ja tapauskohtaista työnmuokkausta tärkeimpinä tehtävinään, mutta työkyvyn tukeen liittyviä koordinaatio- ja yhteistoimintarooleja he eivät nähneet yhtä tärkeinä. Lisäksi työterveystoimijat keskenään hahmottivat koordinaatio- ja seurantatehtävät yksilöllisessä työkyvyn tukemisessa hyvin eri tavoin, ja prosessiyhteistyö oli erittäin monesti yksittäisten työterveyshoitajien vastuulla (Hakulinen ym. 2012; Hakulinen ym. 2014). Työterveysyhteistyön intensiteetin vaihtelu oli suurta, mukana oli myös jatkuvaa ja suunnitelmallista yhteistyötä toteuttava työterveyshuolto (Seppänen-Järvelä ym. 2015b).

Pääsääntöisesti HR-toimijat osallistuivat kuntoutuksen suunnitteluvaiheeseen mutta eivät osallistuneet kuntoutuksen yhteistyöhön myöhemmin kuntoutujaryhmien toiminnan käynnistyttyä; työhön liittyvä yhteistyö toteutui lähinnä lähiesimiesten kautta. Kuntoutusmalliin kuului kuitenkin yhteistyöpäivä, jossa HR:llä olisi voinut olla luonteva rooli. Toisaalta osa HR:n edustajista toivoi kuntoutuksen palvelutuottajalta palautetta koko kuntoutujaryhmän osalta, jotta kuntoutuksen

kytkytyminen osaksi työpaikan työkyvyn tuen toimintaa voidaan varmistaa (ks. Seppänen-Järvelä ym. 2015b).

Työterveyshuollon edustajat toivoivat aktiivista yhteistyötä ja työpaikan eri edustajien, kuten työsuojelun ja lähiesimiesten, osallistumista työterveysyhteistyöhön. Erityisesti toivottiin keskustelua työnantajan edustajien kanssa kuntoutusprosessin aikana nousseista työhön ja työpaikkaan liittyneistä kysymyksistä sekä konkreettisia toimia työpaikalla kuntoutuksessa saavutettujen muutosten säilyttämiseksi. Voidaan sanoa, että kaikki kuntoutukseen osallistuneet tahot kantoivat huolta kuntoutus- ja kuntoutumisprosessien jatkuvuudesta ja työhön integroitumisesta – jokainen kuitenkin omasta roolistaan ja näkökulmastaan.

Kuntoutukseen osallistuvien tahojen roolien ja tehtävien selkeys on edistävää tekijä kuntoutujan kuntoutumisessa, mutta ei kuitenkaan välttämättä takaa onnistunutta kuntoutusprosessia (vrt. Chamberlain ym. 2009); olennaisempaa on monitoimijainen yhteistyö. On havaittu, että työhön paluuseen liittyvien eri tahojen (työntekijä, työnantaja, maksaja, terveydenhuollon palvelujen tarjoaja, yhteiskunta) tavoitteissa, motivaatioissa, kiinnostuksen kohteissa ja asioissa on eroja, mutta kaikki ovat kiinnostuneita siitä, että työntekijä pääsee oikea-aikaisesti ja pysyvästi töihin. Moni toimija haluaa tietää, kuinka hyvät mahdollisuudet työntekijällä on työssä jatkamisen suhteen sekä kuinka hyvin hän pääsee tähän tavoitteeseen. Eri tahot ovat kiinnostuneita myös siitä, mitkä tekijät tukevat työntekijän työhön paluuta, ja he haluavat tietää hyödyt, jotka ovat yhteydessä työhön paluuseen. Moni toimija haluaa tietää myös, seurataanko työhön paluun toimintatapoja ja käytäntöjä tyydyttävästi. (Young ym. 2005.)

Vaikka työhön liittyvän tiedon siirtymisessä esimieheltä työterveyshuoltoon oli kehittämishankkeen käynnistämisen vaiheessa haasteita, TK2-mallissa onnistuttiin kuntoutuksen kytkemisessä kuntoutujien työhön, ja esimiehet osallistuivat aktiivisesti kuntoutukseen. Työntekijän työkyvyn tukemisen tulisi työterveysyhteistyössä olla jatkuvaa toimintaa. Esi-

miehen ja työterveyshuollon tuntemus kuntoutujan työstä, työn muutoksista ja työpaikasta tulisi saada siirrettyä kuntoutusprosessiin työntekijän kanssa yhteistyössä. Kuntoutuksen jälkeen seurannan tulisi tapahtua työterveysyhteistyössä. Onnistuminen työpaika- tai työyhteisökohtaisessa työterveysyhteistyössä parantaa kuntoutuksen kohdentamista, ja onnistuminen työntekijäkohtaisessa työterveysyhteistyössä on keskeistä työhön ja työuraan liittyvien vaikutusten kannalta erityisesti osatyökykyisten henkilöiden osalta. Kuntoutumisprosessia koskeneessa kuntoutujatapaustutkimuksessamme esimiesten sitoutuminen oli yksi kuntoutumista edistävä tekijä. Tällöin vaikutukset näkyivät myös työyhteisötasolla ja nämä vaikutukset arvioitiin pysyvimmiksi (Seppänen-Järvelä ym. 2015a).

Myös muissa tutkimuksissa on tunnistettu työpaikan kuntoutukseen integroimisen tärkeys. Kuoppala ja Lamminpää (2006 ja 2008) havaitsivat, että millä tahansa kuntoutustyyppillä on vaikutusta alentuneen työkyvyn varhaisessa vaiheessa, mutta myöhemmin yksi kuntoutusmalli ei riitä. Moniammatillinen lääkinällinen kuntoutus näyttää vähentävän sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeelle jääntiä, kun taas ammatillinen kuntoutus lisää työhönpaluuta. Jos työntekijä on jo sairastunut, niin saman hyvinvoinnin lisääntymisen ja sairauspoissaolojen vähenemisen aikaansaamiseksi tarvitaan sekä moniammatillista, lääkinnällistä että ammatillista kuntoutusta. Pelkällä lääkinnällisellä kuntoutuksella ei saavuteta hyviä tuloksia, vaan työpaikan tulee olla kuntoutusprosessissa mukana ja itse työssä ja työpaikalla täytyy tapahtua muutoksia. (Kuoppala & Lamminpää 2006 ja 2008.)

Kaikkia TK2-kuntoutujia käsittävä arviointitutkimus osoitti, että TK2-kuntoutus kohdentui tarpeenmukaisesti, sillä siihen valikoitui työntekijöitä, joilla oli muuta henkilöstöä enemmän sekä työhön liittyviä muutoksia ja kuormitustekijöitä että terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia. Kuntoutuksen myönteiset vaikutukset tulivat esille kuntoutujien arvioissa omasta työkyvystään. Työhön liittyviä myönteisiä muutoksia ilmeni erityisesti niissä tekijöissä, joissa kuntoutujien ti-

lanne oli huonompi verrattuna muuhun henkilöstöön, ja niillä kuntoutujilla, jotka kokivat työolosuhteisiin ja omaan työuraan liittyviä tuen tarpeita. TK2-kuntoutukseen osallistui mukana olleilta keskitasurilta ja suurilta työpaikoilta vakituksessa kokopäivätyössä olevia työntekijöitä. (Seppänen-Järvelä 2014; Seppänen-Järvelä ym. 2015b.) Jatkossa tulisi työterveysyhteistyössä mahdollistaa kuntoutukseen osallistuminen myös eri tavoin määrä- ja osa-aikaisessa palkkatyössä oleville ja itsensä työllistäjille (vrt. Pärnänen & Sutela 2014), pienten yritysten henkilöstölle sekä yrittäjille. Näiden ryhmien osalta kuntoutuksen verkostoyhteistoimintaan osallistuisi uusia toimijoita, kuten yrittäjäjärjestö, henkilöstöpalveluyritys ja työterveyshuollon palvelutuottajien useita eri tiimejä.

### Tiivistelmä

Kela kehitti uutta kuntoutusmallia työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen (TK2-kuntoutusmalli) aikana vuosina 2012–2014. Tutkimuksessa, joka on osa kehittämishankkeen yhteydessä toteutettua arviointitutkimusta, selvitettiin millaista työterveysyhteistyö oli ja miten monitoimijainen yhteistyö toteutui ja mitä seuraamuksia sillä oli kuntoutuksen toteutukseen. Tutkimusaineisto muodostettiin niistä kymmenestä työpaikasta, joissa arviointitutkimuksessa toteutettiin henkilöstöhallinnon edustajien haastattelu. Näiden työpaikkojen työterveyshuollon edustajien näkemyksiä koottiin työterveyshuollon edustajille lähetetyistä alku- ja loppukyselyistä sekä ryhmähaastatteluista. Työntekijäkohtaisesta yhteistyöstä saatiin tietoa viiden kuntoutujan osalta. Tapauskohtaiseen työterveysyhteistyön tarkasteluun päästiin monimenetelmällisen ja moninäkökulmaisen, samoihin tutkimuskysymyksiin vastaavan aineiston avulla. Monimenetelmällisyys tarkoitti tässä tutkimuksessa aineistojen asetelmallista yhdistämistä. Tämän tutkimuk-

sen aineisto toi esille, että työterveysyhteistyössä ollaan vaihtelevasti selvillä henkilöstön tilanteesta ja kuntoutustarpeesta. Erityisen kriittisiä vaiheita, joissa tarvittava tieto ei siirry ja meneillään olevat prosessit voivat keskeytyä, näyttävät olevan henkilöhallinnon asiantuntijan vaihtuminen ja/tai työterveyshuollon palvelutuottajan vaihtuminen. Vaikka henkilöstöhallinto oli aktiivinen, se ei kuitenkaan tarkoittanut, että kaikki esimiehet olisivat olleet valmiita kuntoutuksessa toteutuvaan työpaikka- ja työntekijäkohtaiseen yhteistoimintaan. Myös työterveyshuoltoyksiköiden ja siellä toimivien jäsenystä aktiivisesta roolista ja toiminnasta työssä jatkamisen ja työkyvyn tukemisen koordinaatio- ja seurantatehtävässä tulee edelleen kehittää. Kuntoutukseen osallistuvien tahojen roolien ja tehtävien selkeys on edistävää tekijä kuntoutuksen kuntoutumisessa, mutta olennaisempaa näyttäisi olevan monitoimijainen yhteistyö.

### **Abstract**

*Collaboration between workplace and occupational health as the enabler of rehabilitees' work-related rehabilitation process*

Finnish Social Insurance Institution launched a developmental project (2012–2014) in which a new way of conducting vocational rehabilitation was developed. This work-related rehabilitation aimed at close collaboration with employers, employees, Occupational Health (OHS) and rehabilitation services. In this study, which is part of the evaluation research project related to the developmental project, the aim was to clarify, what kind of cooperation between workplaces and OHS did occur, how the multi-agency cooperation succeeded and what consequences this did have to the rehabilitation? Data was gathered from

the ten workplaces attending to the project, from where the representative of the Human Resources (HR) had been interviewed during the evaluation research project. Data from their OHS's professionals were collected by two questionnaires and from five focus group interviews. Also, we could include to this study outcomes of five rehabilitees' processes. The project has been evaluated by using multiple-constituency approach. Multiple data was jointly used in researchers' collaboration during the steps of analysis. In cooperation with the workplace and the OHS the level of the recognition for the different needs of support and rehabilitation, and ways of cooperation varied a lot. Critical phases in respect of the distribution of the flow of the information seemed to be the changes of personnel at the HR or the reversal of the OHS provider. Though the HR was active in multiagency cooperation the supervisors didn't necessarily were ready for the cooperation needed at the workplace and with the employees. The case management role was not fully recognized in OHS during the developmental project though many new impacts of complex collaboration was received both to employees and to processes of OH. In the multiagency collaboration the clarity of roles and tasks promotes rehabilitees in their rehabilitation processes, but the quality of collaboration seem to be fundamentally important.

*Kiitämme tutkijakollegoitamme Vesa Syrjää (THL) ja Matti Tuusaa (Kuntoutussäätiö) tiiviistä yhteistyöstä.*

**Pirjo Juvonen-Posti, LL, Kun-PD, kuntoutuksen erityispätevyys, vanhempi asiantuntija, Työterveyslaitos**

**Riitta Seppänen-Järvelä, VTT, dosentti, johtava tutkija, Kela, tutkimusosasto**

**Sanna Pesonen, ThM, työterveyshoitaja, tutkija, Työterveyslaitos**

**Minna Savinainen, TtT, fysioterapeutti, erikoistutkija, Työterveyslaitos**

**Maire Laaksonen, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri, ylilääkäri, Työterveyslaitos**

**Simo Kaleva VTM, tutkija, Työterveyslaitos**

## Lähteet

- Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) (2013) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kela, Helsinki, 46–76. Atlas.ti. Saatavissa: <http://atlasti.com/>. Viitattu 21.1.2015.
- Blomgren J, Hytti H, Gould R (2011) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys ja sairaustautta eri eläkejärjestelmissä. Kansaneläkelaitos, Helsinki. Saatavissa: [www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus). Viitattu 21.1.2015.
- Byrne D (2013) Evaluating complex social interventions in a complex world. *Evaluation* 19, 217–228.
- Chamberlain MA, Moser VF, Schüldt Ekholm K, O'Connor RJ, Herceg M & Ekholm J (2009) Vocational rehabilitation: an educational review. *J Rehabil Med* 41, 856–869.
- Creswell J (2011) Controversies in mixed methods research. In: N Denzin, Y Lincoln, eds. *Qualitative research handbook*. Sage Publications, Thousand Oaks, 269–283.
- Gould R, Härköpää K, Järvikoski A (2012) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia, Helsinki. Saatavissa: [http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/tutkimukset/toimiiko\\_tyolakekuntoutus\\_7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/tutkimukset/toimiiko_tyolakekuntoutus_7.pdf). Viitattu 26.1.2015.
- Greene J (2009) *Mixed methods in social inquiry*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Hakulinen H, Pesonen S, Laaksonen M, Jalonen P, Pulkkinen-Närhi P, Rautio M, Räsänen K, Manninen P (2012) Verkostosta vaikuttavuutta työterveyshuollon kehittämiseen. SEITTI -Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Verkostosta\\_vaikuttavuutta.aspx](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Verkostosta_vaikuttavuutta.aspx). Viitattu 18.5.2015.
- Hakulinen H, Laaksonen M, Pesonen S (2014) BotniaSEITTI -kunnallinen työterveyshuolto kehittyvä alueellisissa verkostoissa. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/BotniaSEITTI.aspx>. Viitattu 18.5.2015.
- Hinkka K, Aalto L, Grönlund R, Rajavaara M (2011) Työ muuttuu - kehittykö kuntoutus? Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 19–32.
- Härköpää K, Harkko J, Lehtikainen T (2013) Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvantutkimuksia 128. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42487/Tutkimuksia128.pdf?sequence=4>. Viitattu 18.5.2015.
- Juvonen-Posti P, Liira J, Järvisalo J (2011) Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevissa tavoitteissa. Teoksessa: A Järvikoski, J Lindh, A Suikkanen (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. LUP Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi, 229–248.
- Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P, Ahonen G (2014 a) Työkykyjohtaminen - johdettua yhdessä tekemistä. Tapauksitutkimus käytännön johtamisen menetelmistä ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyokykyjohtaminen.aspx>. Viitattu 27.1.2015.
- Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P, Sallmén M, Himanen A-K, Hannu T, Takala E-P, Niiranen K, Autti-Rämö I, Hinkkanen K, Uitti J (2014b) Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Liite 1. Työterveyslaitos. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyossa\\_jatkamisen\\_tuki.aspx](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyossa_jatkamisen_tuki.aspx). Viitattu 26.1.2015.
- Juvonen-Posti P, Viljamaa M, Uitti J, Kurppa K, Martimo K-P (2014 c) Työkyvyn tuki - tavoitteena työssä jatkaminen. Teoksessa J Uitti (toim.) *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö*. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki, 212–233.
- Juvonen-Posti P, Uitti J, Kurppa K, Viljamaa M, Martimo K-P (2014 d) Työterveysyhteistyö. Teoksessa J Uitti (toim.) *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö*. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki, 22–30.
- Kuoppala J ja Lamminpää A (2006) Kuntoutuksen vaihtokäytännöt työhönpaluuseen ja varhaiseen eläköity-

- miseen – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Kuntoutus* 4, 3–17.
- Kuoppala J ja Lamminpää A (2008) Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehab Med* 40, 796–804.
- Laine M, Bamberg J, Jokinen P (2007) Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa M Laine, J Bamberg, P Jokinen, (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus, University Press. Helsinki, 9–38.
- Laaksonen M, Blomgren J, Gould R (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014. Saatavissa: [http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/tyokyvyttomyyselakkeelle\\_siirtyneiden\\_sairauspavaraaha\\_kuntoutus\\_ja\\_tyottomyyshistoria\\_7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/tyokyvyttomyyselakkeelle_siirtyneiden_sairauspavaraaha_kuntoutus_ja_tyottomyyshistoria_7.pdf). Viitattu 15.5.2015.
- Lindh J (2013) Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkoston rakenteistumiseen. *Acta Universitatis Lapponiensis* 259. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.
- Liukko J, Kuuva N (2015) Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa – Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03/2015. Saatavissa: [http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/toimijoiden\\_yhteistyotyokykyongelmien\\_hallinnassa\\_ammattilaisten\\_haastatteluihin\\_perustuva\\_tutkimus\\_7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/toimijoiden_yhteistyotyokykyongelmien_hallinnassa_ammattilaisten_haastatteluihin_perustuva_tutkimus_7.pdf) Viitattu 15.5.2015.
- Miettinen S (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö Sosiaali- ja terveystieteiden, hallinnon ja talouden valtakunnallinen tutkijakoulu (SOTKA), Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66763/978-951-44-8478-0.pdf?sequence=1>. Viitattu.15.5.2015.
- Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J (2015) Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkeneemisen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 91.
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset erot Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnöissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86/2012. Kuntoutussäätiö, Helsinki. Saatavissa: [http://punkprojekti.fi/files/1075/Tutkimuksia\\_86\\_verkko\\_.pdf](http://punkprojekti.fi/files/1075/Tutkimuksia_86_verkko_.pdf). Viitattu 27.1.2015.
- Pitkäaho T (2011) Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: [http://publications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0395-2/](http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0395-2/). Viitattu 29.6.2015.
- Pärnänen A, Sutela H (2014) Itsensätyöllistäjät Suomessa 2013. Tilastokeskus, Helsinki. Saatavissa: [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisu-luettelo/yits\\_201400\\_2014\\_12305\\_net.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisu-luettelo/yits_201400_2014_12305_net.pdf). Viitattu 25.1.2015.
- Rajavaara M (2013) Kuntoutus ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta. Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu - entä kuntoutusjärjestelmä? Kela, Helsinki, 46–76.
- Saari P (2012) Onnistuneesti työhön ammatillisella kuntoutuksella. Kevan tutkimuksia 2/2012. Saatavissa: [http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tutkimusjulkaisut.aspx/Keva\\_9158/12](http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tutkimusjulkaisut.aspx/Keva_9158/12). Viitattu 15.5.2015.
- Sairausvakuutuslaki. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/>. Viitattu 15.5.2015.
- Saltychev M (2012) The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary rehabilitation (ASLAK®) amongst public sector employees. Turku: Turun yliopisto. <http://www.doria.fi/handle/10024/76643>. Viitattu 15.5.2015.
- Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksen M (2015a) Kuntoutumisen polku - yhteistoi- mintaa ja yksilöllisiä valintoja. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia (painossa).
- Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (2015b) toim. Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty: Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2011) Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Selvityksiä 2011:6, Helsinki. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2872962&name=DLFE-14934.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14934.pdf). Viitattu 26.1.2015.
- Suikkanen A, Lindh J, Linnakangas R (2010) Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998–2006. *Kuntoutus* 4, 21–37. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/files/at->



- tachments/kuntoutuslehden\_artikkelit/2010/suikanen-ym.pdf. Viitattu 15.5.2015.
- Suoyrjö H (2010) Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113.
- Teddle C, Tashakkori A (2011) Mixed methods research. Contemporary issues in an emerging field. In: N Denzin, Y Lincoln, eds. Qualitative research handbook. Sage, Thousand Oaks, 285–299.
- Työterveyshuoltolaki. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>. Viitattu 18.5.2015.
- Waddell G, Burton A K, Kendall NAS (2013) Vocational Rehabilitation. What works, for Who and When? Department for Work & Pensions. Series: Health, work and wellbeing – evidence and research. Saatavissa: <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf>. Viitattu 26.1.2015.
- Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuolto-käytännön periaatteista, työterveyshuollon sisälöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>. Viitattu 26.1.2015.
- Vehkasalo V, Ojala M (2013) Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 2. Valtiontalouden tarkastusvirasto, Helsinki.
- Westhorp Gill (2013) Developing complexity-consistent theory in a realist investigation. Evaluation 19 (4): 364–382.
- Ylisassi H (2009) Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet: tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsingin yliopisto, Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia, Helsinki.
- Young AE, Wasiaik R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MNM (2005) Return-to work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. J Occup Rehabil; 4: 543–556.

# TYÖHÖNKUNTOUTUS TUTKIMUKSEN VALOSSA

---

Työkyvyllä on monta ulottuvuutta, mikä on huomioitava myös suunniteltaessa ja toteutettaessa työkykyä parantavia toimenpiteitä. Työkyvyn kuntoutuksessa on kyse monitahoisessa toimintaympäristössä toteutuvasta moniammatillisesta toiminnasta. Kela on sosiaaliturvan toimeenpanija, jonka toiminnan vaikuttavuuden kysymyksenasettelut lähtevät sen yhteiskunnallisista tehtävistä. Kelassa toteutetun tutkimuksen tehtävänä on lain määrittelyn mukaan ”harjoittaa etuusjärjestelmien ja oman toimintansa kehittämistä palvelevaa tutkimusta” (Laki Kansaneläkelaitoksesta 2001/731, 2 §). Tässä katsauksessa esitetään tutkimuksen näkökulma Kelan työhönkuntoutuksen kehittämisessä.

## Taustaa

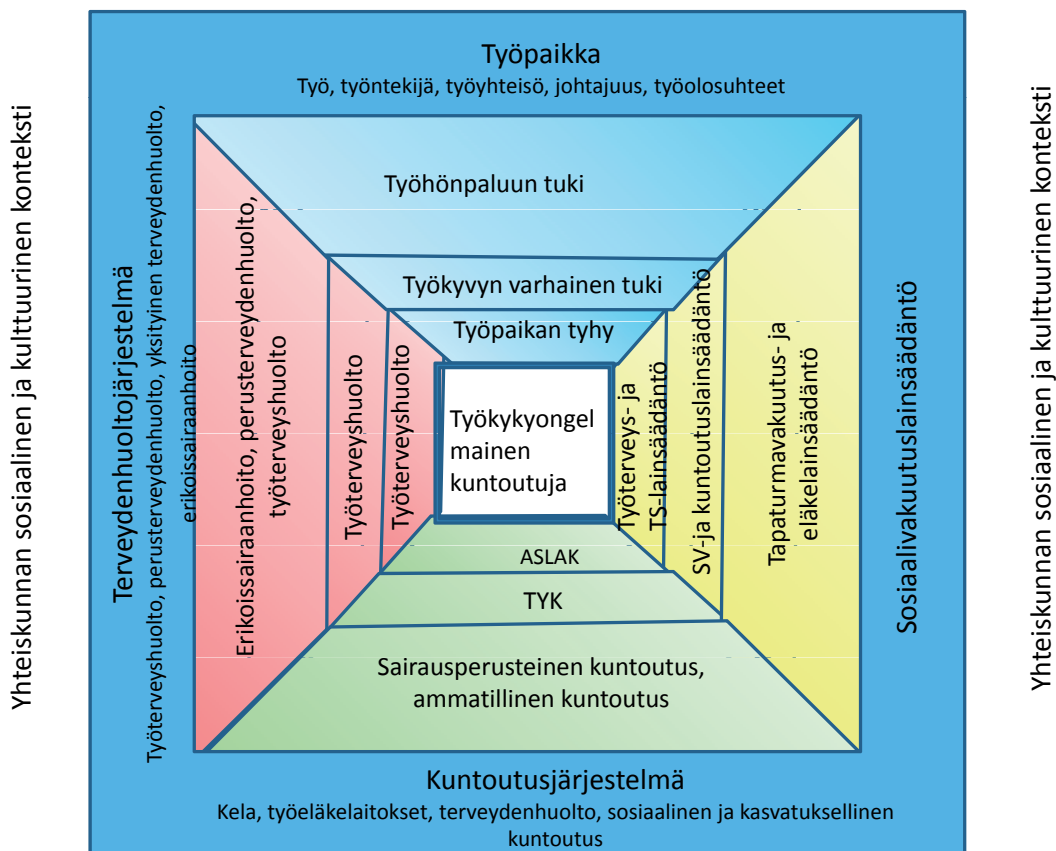
Vuonna 2014 Kelan järjestämää kuntoutusta sai 107 000 henkilöä, joista 71 % tuli työelämästä. Näistä ASLAK-kuntoutujia oli 13 000 ja Tyk-kuntoutukseen osallistujia 3 200 henkilöä. Kun näitä työelämään kiinteästi sidonnaisia kuntoutusmuotoja alettiin suunnitelmallisesti kehittää, otettiin käyttöön termi työhönkuntoutus (Hinkka ym. 2011). TK2-tutkimuksessa työhönkuntoutus määriteltiin tarkemmin ammatilliseksi kuntoutukseksi, joka toteutuu laaja-alaisesti työpaikkojen, työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyönä (Seppänen-Järvelä 2014).

ASLAK on harkinnanvaraista lääkinnällistä (varhais)kuntoutusta (KKRL 12 §), jonka alku

juontaa 1970-luvulle. Tyk on järjestämisvelvollisuuden alaisen ammatillisen kuntoutuksen muoto (KKRL 6§), jota nykyään voidaan toteuttaa myös harkinnanvaraisena kuntoutuksena. Se luotiin vuoden 1992 kuntoutuslainsäädäntöuudistuksessa tavoitteena pidentää työuran loppupäätä silloin, kun työkyvyttömyys jo selkeästi uhkaa. Kelan järjestämää kuntoutustoimintaa ovat vuodesta 1997 ohjanneet laatustandardit. (Kansaneläkelaitos 2011). Hankintalainsäädäntö ohjaa palvelujen hankintaa ja palveluntuottajat kilpailutetaan, aiemmin kolmen, nykyään neljän vuoden välein. Sekä ASLAK- että Tyk-kuntoutusmuodot ovat muuttuneet ajan myötä. Perusteellisempi sisällön ja toteutuksen muutos oli tarpeen, ja käynnistettiin työhönkuntoutuksen kehittämishanke vuonna 2007 (Ahlgren ym. 2009).

Työhönkuntoutuksen kehittämistä tukeva tutkimus koordinoitiin kokonaisuudeksi, jota aikataulutettiin standardikehittelyn tarpeisiin. Kehittämishankkeisiin kohdistuneiden arviointitutkimusten tavoitteena oli saada soveltamiskelpoista tietoa Kelan kehittämis- ja ohjaustyöhön sekä parantaa kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta. Tavoitteena oli Kelan uusien kuntoutusmallien tai -palveluiden perustaminen koeteltuun tietoon ja laajemmin kuntoutuksen tietoperustan vahvistaminen. Taustalla oli tunnistettuja tarpeita uudistaa työhönkuntoutusta niin sisällöllis-laadullisesta kuin rakenteellisestakin näkökulmasta.

Työhönkuntoutuksesta on aiempaa tutkimustietoa usean vuosikymmenten ajalta. Esi-



Kuva 1. Työkykyä tukevat toimintaympäristöt Loiselin mukailen (Loisel ym. 2005, Loisel 2009, Kuuva 2011).

tämme seuraavassa yhteenvetona ASLAK- ja Tyk-kuntoutuksesta tutkimustiedon valossa aloittaen käsitteistä, jotka ovat muodostaneet arvioinnin viitekehyksen.

### Käsitteitä

Kuntoutuksen monitahoinen toimintaympäristö on hahmotettavissa Loiselin mallia mukailen (kuva 1). Siinä työhönpaluun ja työkyvyyttömyyden ehkäisyä määrittäjinä ovat työpaikka, terveydenhuoltojärjestelmä, sosiaalivakuutuslainsäädäntö sekä kuntoutus monin tavoin ja erilaisin kytköksin (Loisel ym. 2005, Loisel 2009, Kuuva 2011). Työkykyongelmainen kuntoutuja voi olla mallin eri tasoilla eri toimijatahon näkökulmista katsottuna, mutta hänen positionsa voi myös vaihdella sa-

man tahon näkökulmasta. Jokainen taho toimii omien käytäntöjensä mukaisesti eikä välttämättä integroidusti ja yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Tällainen tilanne edellyttää, että tutkija ymmärtää sekä kontekstin, josta tutkimus on peräisin, että tutkimuksen kohteen, joka on riippuvainen kontekstista.

Kontekstin käsitteen on sanottu kyseenalaistavan puhtaan empirismin tai eksplisiittisen tiedon väittämällä, ettei mikään asia tai tapahtuma elä lokeroitussa tilassa vaan vähintäänkin asioiden ja tapahtumien verkossa, joka muodostuu muista asioista ja muista tapahtumista (Eräsaari 2007). Jari Lindh perustelee väitöskirjassaan sitä, miten kompleksisuus voidaan nähdä luonnollisena osana kuntoutusjärjestelmän toimintaa (Lindh 2013). Kuntoutusjärjestelmän sekavuus

monimutkaisuus on kuitenkin kuntoutuksen käsitteen laajentumiskehityksen ohella johtanut kuntoutuksen määrittelyongelmiin (Järvikoski 2013). On jopa esitetty realistiseksi hyväksyä, että kuntoutus on kussakin tilanteessa sitä, mitä eri tahot siinä spesifisessä yhteydessä haluavat kutsua kuntoutukseksi (Rajavaara & Lehto 2013). Kelan kuntoutuksen ASLAK-standardissa kuntoutus nähdään myös oppimisprosessina: kuntoutus perustuu oppimisprosessiin ja kokonaistilanteen arviointiin, jossa kuntoutuja osallistuu itse kuntoutuksensa tavoitteen määrittelyyn sekä on aktiivinen oman kuntoutumisensa toteuttaja.

Työhönkuntoutuksessa vaikuttamisen kohteena on työntekijän työkyky. Kuntoutuksessa työkyky nähdään yksilön toimintakyvyn ja työn vaatimusten suhdetta laajemmin kokonaisuutena, jossa ovat mukana myös ihmisen työkyvyn realisoitumista mahdollistavat ja edistävät tekijät. Erityisesti työkyvyn ylläpitämisen ja varhaiskuntoutuksen toimenpiteiden katsotaan kohdistuvan koko työyhteisöön, työolosuhteisiin, työprosessin organisointiin ja työn tekemisen tapoihin (Järvikoski & Härkäpää 2011). Myöhemmän vaiheen kuntoutustilanteissa sairauksien ja yksilön toimintakyvyn merkitys yleensä suurenee. Vaikka työkykyä on moniulotteisena tarkasteltu myös sosiaalivakuutuksen kontekstissa (Nordenfelt 2008), moniulotteisen työkykykäsitteen operationalisointi sosiaalivakuutuksen etuiksi sopivaksi on vaikeaa.

Työkyvyn tavallisin mallinnos palveluntuottajien tarjousissa on ollut Työterveyslaitoksella kehitetty Työkykytalo (Ilmarinen 2005). Se on toimiva malli työhönkuntoutuksessa, jonka toimintamuodot kattavat terveyden, työn, toimintakyvyn, elintavat, asenteet ja ympäristön erilaisiin painotuksiin. Työkykykäsitteen sisältö voi olla erilainen kuntoutusprosessin eri vaiheissa (kuntoutujien valinta, kuntoutuksen sisältö, tulosten arviointi). Työkyky näyttäytyy eri tavoin kuntoutusprosessiin osallistuvien eri toimijoiden näkökulmasta ja myös sen mukaan, tarkastellaanko kuntoutusta vai kuntoutumista. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen aikana on

konkretisoitunut tarve selkiinnyttää työkyvyn käsitettä työhönkuntoutuksessa.

Työhönkuntoutusta luonnehtii moniulotteinen työkyky vaikuttamisen kohteena sekä monitahoinen ja kontekstuaalinen toimintaympäristö. Kelan rooli kuntoutuksen toimeenpanossa määrittyy sosiaalivakuutuksen – ei terveydenhuollon – toimijana lain asettamissa puitteissa. Kuntoutus on luonteeltaan moniammatillista, ja eri professioiden tiedetaustat ovat myös erilaiset. Kelan työhönkuntoutuksen arviointi edellyttää täten erilaisten ymmärtämisen ja tietämisen tapojen yhdistämistä monitieteisesti ja moniulotteisesti. Kuntoutustoiminta kokonaisuutena on Kelan vastuulla olevien toimintojen vaikuttavuuden arvioinnissa haasteellisin tutkimuskohde.

## Tutkimuksista

### Vaikuttavuudesta

Rajavaaran (2007) mukaan vaikuttavuuskäsitteet ovat eri tieteenaloihin ja hallinnollisiin ympäristöihin sitoutuvia ja historiallisesti muuttuvia. Vaikuttavuuden arvioinnille ei ole yhtä oikeaa toteutustapaa, vaan se on sopimuksellinen asia. Näyttöön perustuva järkeilytyyli on vallalla kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. (Rajavaara 2007.) Näyttöön perustuva tieto vaikuttavuudesta perustuu positivistiseen tieteenfilosofiaan, keskeisesti interventiotutkimuksiin ja epidemiologiaan. Tämä vastaa luonnontieteellistä tutkimustraditiota ja on vallitsevana lääketieteessä. Näyttöön perustuva lääketieteen käytäntö tarkoittaa kliinisen asiantuntemuksen ja parhaan käytettävissä olevan, systemaattisen tutkimuksen näytön yhdistämistä. Erityisesti Kelan järjestämään ASLAK-kuntoutukseen on viime vuosina kohdistettu paljon kritiikkiä lääketieteen piiristä (esim. Pohjolainen 2012, Saltychev ym. 2012).

Vaikuttavuus on tuloksellisuuden alakäsite, jolla on monia ulottuvuuksia. Kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida yhteiskunnallisen (makro-), kuntoutusmallien tai interventioiden (meso-) ja yksilön (mikro-) tasolla. Sivuumme seuraavassa työhönkun-

toutuksen vaikuttavuuden tarkastelussa makrotason vain viitaten tuoreisiin julkaisuihin (Ashorn ym. 2013, Lindh 2013, Pulkki 2012, Miettinen 2011). Jätämme siten käsittelemättä sen tyyppisen syy-seuraussuhteitten arvioinnin, johon yhteiskuntatieteissä taloustieteilijät ovat erikoistuneet ja jota yleisellä tasolla ovat hahmotelleet mm. Morgan & Winship (2007), Angrist & Pischke (2008) ja Dunning (2012).

Työkyvyn alenemista ehkäisevän varhaiskuntoutuksen mallit ja kohderyhmät ovat eri maissa varsin erilaisia, mikä johtuu terveydenhuollon (kustannus)rakenteiden eroista sekä yleisesti työ- ja toimintakykyyn kohdistetuista asenteista. Yhteistä monille malleille on se, että terveydentilaa käytetään toimintakyvyn kuvaamisen ja sitä kautta kuntoutustarpeen arvioinnin perusteena. Tutkimustulosten yhteenvedoista ovat vaikeuttaneet tutkimuksissa käytetyt erilaiset menetelmät ja korkeatasoisten tutkimusten vähäisyys (Rongen ym. 2013).

Suomalaiset tutkijat ovat koonneet tutkimustietoa ASLAK- ja Tyk-tyyppisten kuntoutusinterventioiden hyödyllisyydestä. Härkäpää (2002) keskittyi katsauksessaan varhaiskuntoutusta koskeviin vaikuttavuustutkimuksiin ja Kuoppala ja Lamminpää (2008) vaikuttavuustutkimuksiin, joiden päätemuuttujana olivat sairausloma, eläköityminen ja työhönpaluu. Tirkkonen ym. (2009) paneutuivat vuoden 2001 jälkeen julkaistuihin ASLAK-tutkimuksiin ja Pasternack (2008) teki katsauksen ASLAK- ja Tyk-kuntoutuksen vaikuttavuudesta oireisiin ja työkykyyn depressiopotilaille. Saltychevin ym.:iden (2012) ASLAK-kuntoutuksesta tekemä systemaattinen katsaus perustui 11 kontrolloituun ja 15 kontrolloimattomaan tutkimukseen.

Yhteenvetona tähän mennessä julkaistujen tutkimusten perusteella voidaan todeta, että ASLAK-kuntoutuksesta ei ole yhtään metodologisesti korkeatasoista tutkimusta lääketieteellisen vaikuttavuustutkimuksen kriteerein arvioituna, eikä näin ollen ole osoitettu tieteellisesti pätevää näyttöä sen vaikuttavuudesta. ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuuteen kohdistunut viimeaikainen kritiikki perustuu pääosin eteneviin kunta-aineiston kohorttitutkimuksiin, joissa vaikuttavuutta ei

ole ollut osoitettavissa. Näissä tutkimuksissa verrokkit on kaltaistettu jälkikäteen (Suoyrjö ym. 2009, Saltychev ym. 2011, Saltychev ym. 2013a). Saltychevin tutkimuksissa kaltaistaminen perustui toiseen tarkoitukseen tehtyjen kyselyiden tuloksiin, Suoyrjö puolestaan käytti sukupuolen, iän, ammattiaseman ja työnantajan suhteen kaltaistettuja verrokkeja, jotka eivät osallistuneet kuntoutukseen.

### Kohdentumisesta

Kuntoutuksen kohdentumisesta selvitelleet viimeaikaiset tutkimukset ovat päätyneet osin erilaisiin tuloksiin. Kaltaistettuihin rekisteriverrokkeihin nähden ASLAK-kuntoutujat eivät ole poikenneet kunta-alan muista työntekijöistä (Suoyrjö ym. 2007, aineisto vuosilta 1992–2002) tai ovat olleet heitä terveempiä (Saltychev ym. 2011, aineisto vuosilta 1997–2005). Valtion työntekijöillä (Lamminpää ym. 2012, aineisto vuosilta 2000–2007) sen sijaan psykososiaaliset häirtatekijät työssä ja heikentynyt hyvinvointi ennustivat kuntoutukseen pääsemistä.

Saltychevin ym.:iden (2013b) kunta-aineistolla tekemässä kolmen eri kohortin kolmen vuoden seurannassa kuntoutujat olivat 2000-luvun lopussa iäkkäämpiä ja sairaampia kuin vuosikymmenen alussa, mutta tutkimuksessa käytettyjen muuttujien mukaan terveyskäyttäytymisen ja työn riskitekijöiden osalta ei nähty muutosta riskien määrän lisääntymiseen päin. Päätelmänä oli, että kuntoutujat eivät edelleenkään edustaneet sitä kunta-työntekijöiden joukkoa, jolle olisi selvästi kertynyt sellaisia työkyvyn riskitekijöitä, joihin voi vaikuttaa.

Kuntoutuksen kohdentumisen ongelmat on nostettu yhä selkeämmin esille selittämään ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten heikkoja tuloksia (Saltychev ym. 2013a ja b). Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeissa kohdentamisen parantamisen tunnusmerkkejä selvitettiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella (Pasternack ym. 2015). Siinä etsittiin niitä riski- ja ennustetekijöitä, jotka huomioimalla kohdennusta voisi parantaa. Lähtökohtana oli kaksi hypoteesia: interventi-

ot ovat tehokkaampia niille, joiden työkyvyn menettämisen riski on suurempi, ja yksilöillä on erilainen potentiaali hyötyä interventioista.

### Prosessista

Ennen työhönkuntoutuksen kehittämishanketta ASLAK- ja Tyk-kuntoutuksen sisällön tutkimus on kohdentunut kuntoutusryhmien tasolle ja perustunut lähinnä laadulliseen tutkimukseen. Työterveyshuollon ja työpaikkojen kanssa tehtävässä kuntoutusyhteistyössä keskeiset ongelmat ovat liittyneet kuntoutusprosessien siirtymävaiheisiin ja toimijoiden väliseen kommunikaatioon (Salmelainen ym. 2002, Liukko & Kuuva 2015). Työhönkuntoutuksessa yhteistyön puitteet ovat kunnossa (Puumalainen 2008), mutta toisaalta on todettu kuntoutuksen ja työterveyshuollon ammattilaisten yhteinen työkyvyn hallinnan viitekehysten puuttuminen ja joustavampien kuntoutuspalvelujen tarve (Juvonen-Posti ym. 2011).

Työpaikan ja esimiesten merkitys kuntoutusyhteistyössä on noussut yhä selvemmin esille (Jalava & Salomäki 2008, Kuoppala & Lamminpää 2008, Gould ym. 2012a, Lind ym. 2013, Seppänen-Järvelä 2014). Juvonen-Posti on tiivistänyt työssä pysymisen ja työhön paluun vaikutuksia selvittäneet tutkimukset todeten, että työvuosivaikutusten esiin saaminen edellyttää aktiivista yhteistyötä työntekijän (kuntoutujan), työnantajien ja terveydenhuollon kesken (mukaan lukien työterveyshuolto) sekä kuntoutuksen toimijoiden kesken (Juvonen-Posti ym. 2011).

Työhönkuntoutuksen sisällöllisen kehittämisen tarve todentui erityisesti Ylisassin (2009) väitöstyössä. Tutkimus oli perusteellinen analyysi ASLAK-kurssista kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen viitekehityksessä. Kuntoutuksen työkytkentä nousi keskiöön. (Ylisassi 2009.) Ylilahti (2013) tutki kuntoutumista, kuntoutusarkea, ammattilaisuutta ja asiakkuutta ASLAK- ja Tyk-kuntoutujien ryhmissä. Hän näkee yhden kuntoutustyön haastavimmista pisteistä olevan kuntoutuksen asiakkaan oman ajattelun saattamisen sellaiseksi, että hän toi-

misi itseohjautuvasti itselleen suotuisien asioiden suhteen. Pahimpana tapauksena kuntoutusprosessi laitoksessa taipuu performanssiksi, jossa sekä kuntoutuja että ammattilainen tietävät, että kuntoutus tuskin tulee vaikuttamaan suuresti kuntoutujan elämäntilanteeseen (Ylilahti 2013). Koukkari puolestaan toteaa kuntoutujahaastatteluiden aineistoon perustuvassa väitöstyössään kuntoutuksen olevan erityisen tehokasta silloin, kun kuntoutujan ja ammattilaisen ymmärtämisen logikat kohtaavat (Koukkari 2010).

ASLAK- ja Tyk-kuntoutusta ei ole Kelassa systemaattisesti kehitetty ennen työhönkuntoutuksen kehittämishanketta. Aiemmin käytännön kokemukset, tutkimustieto ja yksittäiset pienimuotoiset, lähinnä palveluntuottajien aloitteesta käynnistyneet kehittämishankkeet toivat esille muutostarpeita, jotka johtivat muutoksiin kuntoutuspalvelujen hankinnassa käytettäviin standardeihin. Standardien muuttumisessa ajan myötä voi nähdä myös yleisen kuntoutuksen paradigmanmuutoksen (Järvikoski 2013). Yksittäisissä toimenpiteissä yhteys löytyy kotimaisiin tutkimuksiin esimerkiksi rankan fyysisen harjoittelun painoutuksen väistymisessä (esim. Järvikoski ym. 1993), työpaikkakäyntien rutiinista luopumisesta (Karjalainen ym. 2004) ja fyysisten ergonomiainventioiden merkityksen vähentymisessä (Haukka ym. 2008).

### Työhönkuntoutuksen tutkimuskokonaisuus

Kelassa kehittämisestä vastaa etuusosasto ja kehittämiseen liittyvistä arviointitutkimuksista tutkimusosasto. Myös Kelan terveysosaston toteuttamiin työhönkuntoutuksen kehittämishankkeisiin (TK1 ja TK2) liitettiin arviointitutkimukset, joiden suunnittelu ja toteutus olivat Kelan tutkimusosaston vastuulla.

Kelan työhönkuntoutusta uudistettaessa painopisteeksi otettiin kuntoutuksen sisällöllinen kehittäminen. Alkuvaiheessa myös tutkimusarviointi suunniteltiin selkeästi kehittämistä tukemaan. Kehittämisprosessin edetessä tutkijoiden rooli etääntyi vuorovaikutteisesta, osallistuvasta arvioinnista ulkopuolisen arvi-

oitsijan suuntaan. Vaikka vaikuttavuudesta haluttiin alustavasti tietoa koko kehittämisprosessin ajan, summatiivisen vaikuttavuusarvioinnin ainoana sopivana ajankohtana pidettiin sitä, jolloin uusi malli olisi loppuun asti kehitetty ja osoitettu toteuttamiskelpoiseksi lähtökohdiltaan ja osaamiseltaan erilaisen palveluntuottajien toimintaympäristöissä. Tuoreena oli kokemus Kelan geriatrisen kuntoutuksen kehittämisestä, jossa iso RCT-tutkimus ajoitettiin jälkikäteen arvioituna liian varhaiseksi niin, että tulokset enemmänkin toivat esille kehittämistarpeita kuin antoivat vastausta siihen, kannattaako malli ottaa vakiintuneeseen palvelutuotantoon (Hinkka ym. 2004, Hinkka & Karppi 2010).

Työhönkuntoutuksen kehittämistä tukeva tutkimus muodosti kokonaisuuden, jossa keskeistä oli uuden kuntoutusmallin kehittämisen ja implementaation tutkimuksellinen arviointi (TK1, TK2 ja verkkokuntoutusympäristön kehittämishanke). Lisäksi tehtiin kolmen vuoden rekisteriseurantatutkimus kaikista vuonna 2007 ASLAK- tai TYK-kuntoutuksen päättäneistä sekä kuntoutuksen kohdentumisen parantamiseen liittyvä kirjallisuuskatsaus.

Kehittämishankkeen ensimmäisessä vaiheessa (TK1) kehitettiin ja kokeiltiin yhteensä seitsemää uutta, keskenään hyvin erilaista mallia. Kuntoutuslaitosten kehitettäviksi tarjotut uudet mallit perustuivat jo laitosten aiempaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan (Pakkala & Saarni 2000, Ylisassi ym. 2004, Mäkitalo & Paso 2008, Juvonen-Posti & Jalava 2008, Saarni 2009, Turunen 2010, Pekkonen 2010, Mäkinen 2010, Sirviö & Kauhanen 2011). Malleista neljä oli tarkoitettu vakiintuneisiin ja kolme epätyypillisiin työsuhteisiin. Vakiintuneiden työsuhteiden ja yrittäjien mallin kehittämisen arviointi muodosti yhden osatutkimuksen (Rajavaara ym. 2009, Hinkka ym. 2010, Aalto & Hinkka 2011, Hinkka ym. 2015). Kaksi epätyypillisten työsuhteiden mallia arvioitiin omista osatutkimuksissaan (Ala-Kauhahuoma & Henriksson 2011, Ora & Konttila 2012). Osana ensimmäistä hankevaihetta kehitettiin myös verkko-oppimisympäristöä (Niittynen 2012).

Kehittämishankkeen toisessa vaihees-

sa (TK2, Kuntoutus-lehden tässä numerossa) kokeiltiin ensimmäisen vaiheen kokemusten perusteella kehitettyä mallia viidessä eri laitoksessa (Seppänen-Järvelä 2014, Seppänen-Järvelä ym. 2015a ja b). Sen tulokset näkyvät konkreettisesti vuonna 2016 käynnistyväksi tarkoitettussa AURA-kuntoutusmallissa.

Kehittämishankkeeseen liittyneessä rekisteritutkimuksessa Lind seurasi vuonna 2007 ASLAK-kuntoutuksen päättäneitä kuntoutujia. Kuntoutujista 3 % siirtyi eläkkeelle ja heistä vain 1 % työkyvyttömyyseläkkeelle kolmen vuoden seurannassa. (Lind ym. 2013.) Tulokset vahvistivat sitä, että työhönkuntoutuksen tuloksellisuutta ei ole syytä arvioida työkyvyttömyyseläköitymisen mittarilla. Vuoden 2007 ASLAK- ja Tyk-kuntoutusta hakeneiden ja hylkäävän päätöksen saaneiden seuranta-tutkimus puolestaan osoitti, että hylkäävän päätöksen saaneista henkilöistä vain noin joka viides oli osallistunut johonkin Kelan järjestämään kuntoutukseen seuraavan kolmen vuoden aikana (Toikka ym. 2015). Vuoden 2014 lakimuutokset ammatillisessa kuntoutuksessa (L 973/2013) antavat mahdollisuuden työkyvyn heikentymistä arvioitaessa ottaa huomioon aiempaa enemmän hakijan kokonaistilanne, ja laista poistui myöntöedellytysten osalta työkyvyttömyyden uhka. Osaltaan tämä myös edistää aktiivisempaa etsimistä tarkoituksenmukaiseen kuntoutustoimenpiteeseen hylkäävän kuntoutuspäätöksen sijaan.

Kehittämishankkeeseen liittyneen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella jäi pohdittavaksi, tulisiko kuntoutuksessa priorisoida tiettyjä maantieteellisiä riskialueita tai riskitoimialoja tai sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevia vähemmän koulutettuja ja pienituloisia, työttömiä tai epätyypillisen työn tekijöitä, jotka eivät käytä työterveyshuollon palveluja (Pasternack ym. 2015). TK2-hankkeen perusteella kuntoutuksen paremman vaikuttavuuden kannalta kuntoutuksen kohdentamisen on aikaisempaa systemaattisemmin ja suunnitellummin perustettava työterveysyhteistyössä koottuun tietoon työpaikan ja työntekijän yksilöllisistä tarpeista. Lisäksi on varmistettava, että kuntoutuksen valikoituminen on mahdollista työuran

eri vaiheissa ja myös niille työntekijöille, jotka eivät ole itse aloitteellisia. (Seppänen-Järvelä ym. 2015b.)

Vaikka työhönkuntoutuksessa työkyky ymmärretään kulloisessakin työssä realisoituvana, dynaamisena ja kontekstuaalisena ominaisuutena, on hyväksyttävä, että ihminen itse on viime vaiheessa oman työkykynsä subjekti. Oma arvio työkyvystä ennustaa parhaiten tulevaa työkykyä (Tuomi 1995, Gould ym. 2012b). Kelan yhteiskunnallisten tehtävien on katsottu edellyttävän sitä, että asiakkaan näkökulma asetetaan etusijalle. Kuntoutuksessa lähtökohtana pidetään kuntoutujan prosessia, ja kuntoutujat on nähtävä aktiivisina toimijoina, ei passiivisina toiminnan kohteina (Kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015). Kuntoutujan oma arviointi tilanteestaan ennen ja jälkeen kuntoutuksen tulee huomioiduksi maaliskuussa 2015 käynnistyneessä käytännössä, jossa palveluntuottajat toimittavat kuntoutuksen aikana kerättyä tietoa Kelaan. Kuntoutujilta pyydetään arviota muun muassa työkyvystä, elämänlaadusta ja mielialasta sekä siitä, miten kuntoutuksen aikana asetetut tavoitteet toteutuvat. Palveluntuottajat arvioivat omalta osaltaan kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja hyötyä asiakkaalle. Palveluntuottajilta ja rekistereistä saamiensa tietojen perusteella Kela raportoi vuosittain kuntoutuksen tuottamista hyödyistä. Raportointiin osallistuminen on kuntoutujille vapaaehtoista.

## Lopuksi

Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa kehitettiin, kokeiltiin ja arvioitiin uusia kuntoutusmenetelmiä ja -malleja. Kuntoutuksen eri tehtävät, toiminnot ja prosessit voivat tarvita toimiakseen määrätyn kontekstin tai joukon muita toimintoja ja mekanismeja, joten tietyn uuden idean toimivuus jossain kontekstissa ei kerro suoraan sen toimivuudesta toisessa kontekstissa (Vartiainen 2001, Oulasvirta 2007, Eräsaari 2007). Arviointitutkimuksessa käytettiin monimenetelmäistä tutkimusmenetelmää, mixed methods, joka on vakiintunut TK-hankkeen myötä tutkimusmenetelmäksi kuntoutuksen kehittämishankkeiden arvi-

oinnissa. TK2-vaiheessa aineisto-, analyysi-, tutkija- ja teoriatriangulaatio laajeni käsittämään myös tutkimuslaitokset (Kela, THL, TTL). Molemmissa (TK1 ja TK2) tutkimusvaiheissa tuloksia pohdittiin ja johtopäätökset tehtiin koko aineiston perusteella ja laajalla tutkijaryhmällä.

Mixed methods -tutkimustyyppin tieteenfilosofinen tausta on pragmatismissa (Johnson & Onwuegbuzie 2004, Morgan 2007, Doyle ym. 2009). Pragmatismien filosofia tarjoaa sillan erilaisten paradigmojen, metodologioiden ja tutkimusmenetelmien jatkumoille (Johnson & Onwuegbuzie 2004). Kelassa tietotarpeet lähtevät etuustoiminnan konkreettisista kysymyksistä ja niihin vastataan tutkimusmenetelmillä, jotka arvioidaan kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopiviksi.

TK-hankkeessa kehittämistä ei toteutettu medikaalisen mallin mukaisesti faaseittain etenevänä kuntoutuksen kehittämisenä (Whyte & Barrett 2012) vaan enemmänkin sosiaalisia innovaatioteorioita mukailien (Kuitunen & Haila 2007). Medikaalisen mallin mukaisesti kehittämisen tulisi päättyä satunnaistetun koeasetelman mukaiseen vaikuttavuuden arviointiin. Näin tehtiin esimerkiksi Kelan geriatrisen kuntoutuksen kehittämishankkeessa (Hinkka & Karppi 2010). Näistä kokemuksista ja syistä, jotka Riitta Seppänen-Järvelä (2014) on kirjannut TK2-hankkeen väliraporttiin, työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa ei satunnaistettuun kokeeseen päädytty. Dynaaminen työelämäkonteksti on varmasti haasteellisin konteksti taipumaan satunnaisen interventiotutkimuksen vaatimukseen. Kehittämishankkeen tuloksena syntynyttä AURA-kuntoutusmallin implementoitumista ja arkivaikuttavuutta oli tarkoitus tästä huolimatta arvioida parhaiten toteutettavissa olevin menetelmin.

Tämän katsauksen jo valmistuttua tuli tieto hallitusohjelman kirjauksesta, jonka mukaan harkinnanvaraista AURA-kuntoutusta ei aloiteta. Työkyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen tähtäävää kuntoutusta tarvitaan kuitenkin jatkossakin. Tuore tutkimus- ja kokemustieto tiivistäen voidaan sanoa, että työterveyshuollosta käynnistyvän moniammatillisen kuntoutuksen tulisi alkaa yksilöllisellä



tilanneanalyysillä. Työhön liittyvien asioiden käsittelyssä ja tavoitteiden asettamisessa tulisi esimiehen olla mukana. Kuntoutusprosessin tulee olla yksilöllinen, työpaikkakytkentäinen ja hyödyntää vertaistukea. Kuntoutustarpeeseen tulisi voida vastata oikea-aikaisesti ja joustavasti ja kuntoutuksessa tulisi huomioida niin ammatillisen kuin lääkinnällisen kuntoutumisen tarpeet.

**Katariina Hinkka, LT, dosentti, johtava tutkijalääkäri, Kelan tutkimusosasto**

**Ilona Autti-Rämö, LT, tutkimusprofessori, johtava ylilääkäri, Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosasto**

## Lähteet

- Aalto L, Hinkka K, toim. Uudenlaista työikäisten kuntoutusta. Ideoista tuloksiin Kelan työhölkuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 32, 2011.
- Ahlgren T, Kallio M, Penttinen L, Vainiemi K. Työhölkuntoutuksen kehittämishankkeen käynnistäminen Kelassa. Julkaisussa: Rajavaara M, Aalto L, Hinkka K, toim. Kehittämissideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 7, 2009: 14–20.
- Ala-Kauhahuoma M, Henriksson M. Akateemisten päätöksentekijöiden hyvinvointi ja kuntoutus. TUULI-kehittämissankkeen arvioinnin loppuraportti. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 77, 2011.
- Angrist J, Pischke J-S. Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion. Princeton University Press 2008.
- Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Teemakirja 11, Kela 2013.
- Doyle L, Brady A, Byrne G. An overview of mixed methods research. Journal of Research in Nursing 2009; 14 (2): 175–185.
- Dunning T. Natural experiments in the social sciences. A design-based approach. Cambridge University Press 2012.
- Eräsaari R. Konteksti. Julkaisussa: Laine M, Bamberg J, Jokinen P, toim. Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus, 2007: 149–170.
- Gould R, Härköpää K, Järvisalo J, toim. Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2012a.
- Gould R, Saarnio L, Härköpää K. Myöntö vai hylkäys? Julkaisussa: Gould R, Härköpää K, Järvisalo J, toim. Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2012b: 57–84.
- Haukka E, Leino-Arjas P, Viikari-Juntura E, ym. A randomized controlled trial on whether a participatory ergonomics intervention could prevent musculoskeletal disorders. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2008; 65 (12): 849–856.
- Hinkka K, Aalto L, Grönlund R, Rajavaara M. Uudenlaista työhölkuntoutusta kehittävän arvioinnin tuella. Kuntoutus 2010; 4: 47–54.
- Hinkka K, Aalto L, Grönlund R, Rajavaara M. Työ muuttuu - kehittykö kuntoutus? Julkaisussa: Järvisalo J, Lindh J, Suikkanen A, toim. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 2011: 19–32.
- Hinkka K, Aalto L, Toikka T. Uudenlaiseen Kelan työhölkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134, 2015.
- Hinkka K, Karppi S-L, toim. IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112, 2010.
- Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K ym. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60, 2004.
- Härköpää K. Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. Julkaisussa: Aalto A, Hurri H, Järvisalo J, ym., toim. Kannattaako kuntoutus? Helsinki: Stakes, Raportteja 267, 2002: 29–44.
- Ilmarinen J. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2005.
- Jalava J, Salomäki J. Määräaikainen työnkevennys työssä selviytymisen tukena. Arviointitutkimus Itellan Kunnan Polku -tuen vaikutuksista työntekijöiden sairauspoissaoloihin ja työssä jaksamiseen. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Työselosteita 37, 2008.
- Johnson B, Onwuegbuzie A. Mixed methods research. A research paradigm whose time has come. Educational researcher 2004; 33 (7): 14–26.
- Juvonen-Posti P, Jalava J. Onnistunut työkykyasioiden puheeksiotto. Lupaavia käytäntöjä pk-työpaikoille työhyvinvoinnin ja sairauspoissaolojen hallintaan ja seurantaan. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.
- Juvonen-Posti P, Liira J, Järvisalo J. Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevissa tavoitteissa. Julkaisussa: Järvisalo J, Lindh J, Suikkanen A, toim. Kuntoutus muutoksessa. Ro-

- vaniemi: Lapin yliopistokustannus, 2011: 229–249.
- Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013.
- Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY, 2011.
- Järvikoski A, Mellin G, Estlander AM, ym. Outcome of two multimodal back treatment programs with and without intensive physical training. *Journal of Spinal Disorders & Techniques* 1993; 6 (2): 93–98.
- Karjalainen K, Malmivaara A, Mutanen P, Roine R, Hurri H, Pohjolainen T. Mini-intervention for subacute low back pain. Two-year follow-up and modifiers of effectiveness. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004; 15; 29 (10): 1069–1076.
- Kansaneläkelaitos. Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK) palvelulinja. Helsinki: Kela, 2011. Saatavissa: [http://www.kela.fi/documents/10180/12149/aslak\\_standardi\\_lop\\_muut\\_03032011pdf.pdf](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/aslak_standardi_lop_muut_03032011pdf.pdf). Viitattu 25.5.2015.
- Koukkari M. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujiensa käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 56, 2010.
- Kuitunen S, Haila K. Terveys-, elinkeino- ja innovaatiopolitiikan rajapinnoilla. FinnWellin ja Tekesin asemoitumisen arviointi. Helsinki: Tekes, Teknologiahjelmaraaportti 8, 2007.
- Kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015. Kuntoutus – Tie parempaan elämään. Kela.
- Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability. A systematic literature review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008; 40 (10): 796–804.
- Kuova N. Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle? Työkykyä palauttavat prosessit. Helsinki: Eläketurvakeskus, Keskustelualoitteita 5, 2011.
- KKRL. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. L 973/2013. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta.
- Laki Kansaneläkelaitoksesta 17.8.2001/731.
- Lamminpää A, Kuoppala J, Väänänen-Tomppo I, Hinkka K. Employee and work-related predictors for entering rehabilitation. A cohort study of civil servants. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2012; 44 (8): 669–676.
- Lind J, Toikka T, Heino P, Autti-Rämö I. Aslak- ja Tyk-kuntoutujien työuran jatkuminen rekisteritietojen perusteella. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvian selosteita 83, 2013.
- Lindh J. Kuntoutuksen työn muutoksessa. Yksilön vajuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakentamiseen. Lapin yliopisto 2013.
- Liukka J, Kuuva N. Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa – Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03, 2015.
- Loisel P. Developing a new paradigm: work disability prevention. *Occupational Health Journal of South Africa* 2009; 15 (ICOH Special issue): 56–60.
- Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, ym. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders. The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15 (4): 507–524.
- Miettinen S. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampereen yliopisto 2011.
- Morgan D. Paradigms lost and pragmatism regained. Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research* 2007; 1 (1): 48–76.
- Morgan S, Winship C. Counterfactuals and causal inference: Methods and principles of social research. Cambridge: Cambridge University Press 2007.
- Mäkinen A. Kuntoutus saapuu työpaikalle. *Kuntoutus* 2010; 33 (1): 21–36.
- Mäkitalo J, Paso E. Työ, työ ja työ. Työlähtöinen työterveyshuolto ja kuntoutus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Verve, Euroopan sosiaalirahasto, Työterveyslaitos ja Helsingin yliopisto, 2008.
- Niittynen O. Kuntouta verkossa. Verkkokuntouttajan opas. Turun aikuiskoulutuskeskus 2012. Saatavissa: <http://www.verkkokuntouttajanopas.autta.fi>. Turun aikuiskoulutuskeskus, Kela, 2012.
- Nordenfelt L. The concept of work ability. New York, NY: Lang, 2008.
- Ora P, Konttila. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishanke epätyypillisessä työsuhteessa oleville. Arvioinnin (2008–2011) loppuraportti tilaajalle. ”Kuntoutusta pätkätyöläisille – uuden kuntoutuspalvelun rakentamisesta”. Julkaisussa: Teostakuntoutuksen loppuraportit. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishanke epätyypillisessä työsuhteessa oleville. Turenki: Kiipulasäätiö, 2012. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/11849/0/Teosta-kuntoutushanke+loppuraportti+Kiipula.pdf/4c42b466-258f-42eb-9ef9-90f7683a57e5>.
- Oulasvirta L. Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 2007.
- Pakkala L, Saarni H. PK-yrittäjät ja terveys. Yrittäji-

- en työterveyshuoltoprojekti Varsinais-Suomessa. Turku: Turun aluetöterveyslaitos, 2000.
- Pasternack I. Ammatillisesti syvennetyn lääkinällisen varhaiskuntoutuksen (mm. ASLAK ja TYK) vaikutus depressiopotilaan oireisiin ja työkykyyn. Helsinki: Duodecim, 2008. Saatavissa: <<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>>.
- Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J. Mitä tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn alenemisen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 2015.
- Pekkonen M. Terveysteen liittyvä elämänlaatu laitostuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. RAND-36-mittarin soveltuvuus työikäisten laitostuntoutuksen ongelmaprofilin määrittämiseen ja kuntoutuksen vaikutusten arvioimiseen. Helsinki: Invalidisäätiö Orton, Julkaisusarja A 30, 2010.
- Pohjola T. Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuudesta tarvitaan näyttöä. Pääkirjoitus. SLL 2012; 67 (45):3268.
- Pulkki J. Aluetason kuntoutusjärjestelmä - Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Tampere, Tampereen yliopistopaino, 2012.
- Puumalainen J. Työterveys ja kuntoutus. Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 60, 2008.
- Rajavaara M. Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan julkaisuja 84, 2007.
- Rajavaara M, Aalto L, Hinkka K, toim. Kehittämisteemoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhölkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 7, 2009.
- Rajavaara M, Lehto J. Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena, Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Julkaisussa: Ashorn U ym., toim. Kuntoutus muuttuu - entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kela, Teemakirja 11, 2013: 6–17.
- Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion. A meta-analysis of effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine* 2013; 44 (4): 406–415.
- Saarni H. Yrittäjien terveys ja hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos, 2009.
- Salmelainen U, Röberg M, Hinkka K. Tietäen, taitaen ja yhdessä toimien. Kokemuksia pientyöpaikkojen ASLAK-kuntoutuskurssien järjestämisen kokeilusta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 53, 2002.
- Saltychev M, Laimi K, Oksanen T, ym. Predictive factors of future participation in rehabilitation in the working population. The Finnish public sector study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2011; 43 (5): 404–410.
- Saltychev M, Laimi K, Oksanen T, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. Does perceived work ability improve after a multidisciplinary preventive program in a population with no severe medical problems? The Finnish public sector study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2013a; 39 (1): 57–65.
- Saltychev M, Laimi K, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. Ammatillisesti syvennettyyn lääketieteelliseen kuntoutukseen (ASLAK) pääsy 2000-luvulla. *Duodecim* 2013b; 129 (12): 1279–1287.
- Saltychev M, Laimi K, Vahtera J. ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Suomen Lääkärilehti* 2012; 67 (45): 3303–3308.
- Seppänen-Järvelä R, toim. Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi työn arkea. Arviointitutkimus työhölkuntoutuksen kehittämishankkeen toisesta vaiheesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84, 2014.
- Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksson M. Kuntoutumisen polku - yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja. Kelan työhölkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, 2015a (käsikirjoitus).
- Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M, toim. Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty: Kelan työhölkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, 2015b (käsikirjoitus).
- Sirviö J, Kauhanen M. Esimiesvalmennus osana kuntoutusinterventiota. Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A, toim. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2011: 33–49.
- Suoyrjö H, Hinkka K, Kivimäki M, Klaukka T, Pentti J, Vahtera J. Allocation of rehabilitation measures provided by the Social Insurance Institution in Finland. A register linkage study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2007; 39 (3): 198–204.
- Suoyrjö H, Oksanen T, Hinkka K, ym. The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary intervention on sickness absence and early retirement among employees at risk. An observational study.

- Journal of Occupational and Environmental Medicine 2009; 66 (4): 235–242.
- Tirkkonen M, Kinnunen U, Kurki M. Aslak-kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus 2009; 32 (1): 43–57.
- Toikka T, Heino P, Autti-Rämö I. Rekisteritutkimus Kelan ASLAK- tai TYK-kuntoutusta vuonna 2007 hakeneiden myönteisistä ja hylkäävistä kuntoutuspäätöksistä . Myöntökriteerit ja tilanne hylkäävän päätöksen jälkeen. Helsinki: Kela, 2015 (käsikirjoitus).
- Tuomi K, toim. Ikääntyvä työntekijä v. 1981–92. Työn, elämäntyylin, terveyden ja työkyvyn muutokset. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 2. Helsinki: Työterveyslaitos, 1995..
- Turunen J. Tapausjäsenitys tilkitsee vuotavan kuntoutustarpeen seulan. Työterveyslääkäri 2010 (4): 71–73.
- Vartiainen P. Intressiryhmät evaluointiprosessissa. Metodologista pohdintaa monitahoarvioinnin avulla. Hallinnon tutkimus 2001; 20 (1): 30–40.
- Whyte J, Barrett AM. Advancing the evidence base of rehabilitation treatments. A developmental approach. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2012; 93 (8 Suppl): S101–10.
- Ylilahti M. Itsestä kiinni. Etnografinen tutkimus työikäisten laitostuntoutuksesta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 469, 2013.
- Ylisassi H. Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 226, 2009.
- Ylisassi H, Keränen L, Mäkitalo J. Työhön integroidun varhaiskuntoutuksen kehittämishanke Aslak-kurssitoiminnan kehittämiseksi. Oulu: Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus, 2004.

# YKSILÖLLISYYTTÄ, RÄÄTÄLÖINTIÄ, YHTEISTOIMINTAA

## Kuntoutuksen palveluntuottajien kokemuksia TK2-kuntoutuksen toteutuksesta ja toimivuudesta

Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen (TK2 vuosina 2012–2014) toteutuksessa oli mukana viisi eri puolella Suomea toimivaa kuntoutuksen palveluntuottajaa. Kuntoutussäätiön tehtävänä oli tuoda hankkeen arviointitutkimukseen kuntoutuksen palveluntuottajien näkökulma. Prosessin aikana kerättiin monimuotoinen arviointiaineisto. Jokaisen palveluntuottajan moniammatillisille tiimeille tehtiin kolme kyselyä (ennakko-, alku- ja loppukysely), joihin saatujen vastausten edustavuus on varsin kattava. Jokaiselle tiimille järjestettiin kaksi kehittämistyöpajaa ja yhtätoista kuntoutujaa koskevaan tapaustutkimukseen liittyvät tiimihaastattelut. Lisäksi aineistoa koottiin hankkeen työkokouksissa.

### **TK2-kuntoutuksen tavoitteet ja toteutus**

Hankkeen kokonaistavoitteena oli kehittää kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista ja työpaikan tarpeista lähtevä oikea-aikainen ja joustava kuntoutusmalli sekä kokeilla ja arvioida sen toimivuutta käytännössä (Työhönkuntoutuksen...2012). Kaikkien loppukyselyyn vastanneiden kuntoutuksen toteuttajien mielestä tässä onnistuttiin hyvin. Myös kuntoutusmallin rakenteen joustavuudessa, yksilöllisyydessä,

palvelun kohdentumisessa sekä uudenlaisen tiiviin työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuksen toteuttajan välisen yhteistyön rakentamisessa koettiin onnistuneen hyvin.

Kuntoutuspalvelun suunnittelu käynnistettiin työnantajien ja työterveyshuoltojen kanssa järjestetyissä suunnittelukokouksissa. Kokousten tavoitteena oli luoda yhteinen näkemys kuntoutuksen tavoitteista ja kohdentumisesta ja kuntoutuksen kiinnittymisestä työhön. Kuntoutuksen hakuvaiheessa täytetyn selvityslomakkeen avulla saatiin sekä koko työpaikkaa että yksittäisen työntekijän työtä koskevaa pohjatietoa. Näiden mallin rakenteeseen kuuluvien ennakkovaiheiden lisäksi enemmistö kuntoutuksen palveluntuottajista järjesti infotilaisuuksia. Tilaisuuksissa voitiin tarkentaa kuntoutukseen liittyviä toiveita ja varmistua siitä, että kaikki asianosaiset – kuntoutujat, esimiehet ja työterveyshuollon edustajat – saivat samoin sanoin tietoa uudentyyppisen kuntoutuksen tavoitteista, sisällöstä ja eri toimijoiden tehtävistä. Infotilaisuudet myös edistivät eri toimijoiden välistä vuoropuhelua ja yhteistä tahtotilaa.

Kuntoutustarpeiden arviointiin keskittyvä tilanneanalyysi oli mallin uusi työväline. Tilanneanalyysin toteutustavat vaihtelivat jonkin verran sekä palveluntuottajittain että työpaikkakohtaisesti. Useimmiten se aloi-

tettiin työpaikoilla, minkä koettiin vahvistavan kuntoutuksen kytkeytymistä työhön. Tilanneanalyysi osoittautui sekä kuntoutuksen toteuttajien, työterveyshuollon edustajien, esimiesten että kuntoutujien mielestä mallin avainkohdaksi, joka mahdollisti sekä yksilöllisten tavoitteiden ja kuntoutuspolkujen että ryhmäjaksojen suunnittelun. Se tarjosi monipuolisia aineksia kuntoutujien lähtötilanteiden arvioinnille, tavoitteiden asettamiselle ja kuntoutussuunnitelmien laatimiselle.

Kuntoutuksen toteuttajat pitivät tilanneanalyysiä välttämättömänä, hyödyllisenä ja ehdottoman tarpeellisena osana kuntoutusprosessia. Tilanneanalyysi tiivisti kuntoutuksen työkytkentää ja antoi kuntoutuksen toteuttajille kokonaisvaltaisen arvion sekä työyhteisön tilanteesta että kuntoutujan ammatillisesta tilanteesta. Kehittämishankkeen kokemusten perusteella tilanneanalyysi osoittautui jo itsessään vahvaksi kuntoutukselliseksi interventioksi (ks. Seppänen-Järvelä 2014, myös Ala-Kauhaluoma & Henriksson 2011). Yhteisessä keskustelussa esimies saatiin kiinnostumaan kuntoutujan työhön liittyvistä ongelmista tai tämän työssä selviytymisestä ja myös huomioimaan tämän ideoita työn kehittämiseksi. Joissakin tapauksissa työpaikalla oli lähdetty suoraan ratkomaan ja kehittämään tilanneanalyysin aikana esiin nousseita asioita.

*”Sen että tilanneanalyysin jälkeen tiesimme kuntoutujista enemmän kuin keskimääräisen ASLAK-kurssiin osallistuneesta kurssin viimeisenä päivänä! Nykyinen kuntoutustarveselvitys toimii jo samalla tavalla. Tilanneanalyysi on selkeästi interventiovaikutus. Esim. alkoholinkäyttöön puuttuminen kyselystä nousseen tiedon perusteella oli johtanut kuntoutujan vähentämään juomista ennen ensimmäistä ryhmäjaksoa.”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, lääkäri.)

Kuntoutukseen oli mahdollista sisällyttää 2–3 pituudeltaan 3–5 päivän mittaista ryhmäjaksoa, johon sisältyi yksi yhteistyöpäivä. Mallissa haluttiin korostaa ryhmäjaksojen ja

yksilöllisen osan joustavaa ja yksilöllistä toteutusta. Yli puolet kuntoutuksen toteuttajista totesi loppukyselyssä, että kuntoutus oli toteutettu rakenteeltaan pitkälti samankaltaisena kaikkien työnantajien kanssa. Työnantaja-kohtaista jaksojen ja sisältöjen räätälöintiä ei näyttänyt tapahtuneen, vaikka sitä korostettiin suunnitteluvaiheessa. Tämä johtui muun muassa siitä, että hankkeen käynnistyksestä neuvoteltiin ja sovittiin nopealla aikataululla samanaikaisesti useiden työnantajien kanssa. Rakenteen variointi oli myös pitkälti resurssikysymys.

Kuntoutuksen yksilölliseen osaan oli mahdollista sisällyttää 1–5 yksilöllistä käyntiker-tä, joista vähintään yksi toteutettiin työpaikakäyntinä. Lisäksi malli mahdollisti enintään viiden yksilöllisen avo- tai laitosvuorokauden toteuttamisen (Työhönkuntoutuksen... 2012). Niitä toteutettiin sekä yksilötapaamisina että koko ryhmän tai pienryhmän teemapäivinä.

Yksilöllisiä käyntikertoja toteutettiin ennakoitua vähemmän. Loppukyselyssä yli puolet arvioi, että niitä olisi kannattanut hyödyntää enemmän ja monipuolisemmin. Tämä näkemys nousi myös vahvasti esiin kehittämishankkeen palveluntuottajakohtaisissa työkokouksissa käydyissä keskusteluissa. Sekä kuntoutujien, työnantajien että työterveyshuoltojen edustajien mielestä tästä mahdollisuudesta ei tiedetty riittävästi. Kuntoutuksen toteuttajien mielestä yksilötapaamisia pystyttiin kuitenkin toteuttamaan varsin hyvin ryhmäjaksojen aikana. Monilla kuntoutujilla yksilöllisten käyntikertojen toteuttamista vaikeuttivat pitkät matkat ja vaikeudet irrottautua työpaikalta osaksi päivää tai koko päiväksi. Tämän osion laajempi hyödyntäminen osoittautui myös resurssikysymykseksi.

*”TK2-mallissa pakolliset ryhmäjakso-ohjaavat toimintaa siihen suuntaan, että asiat ennätetään hoitaa jaksojen yhteydessä. Tämä on omiaan vähentämään yksilöllisten käyntikertojen käyttöä. Myös tiivis, vuoden aikajänne on osaltaan vaikuttanut asiaan. Välijaksoille ei aina ole tuntunut tarpeelliselta järjestää yksilöllisiä käyntikertoja. - -.”* (Kuntoutuksen

palveluntuottajan loppukysely, työelämäasiantuntija.)

*”Avopäivien määrät ja sisällöt ovat vaihdelleet työnantajien välillä. Olemme vahvistaneet vertaistuen toteutumista rakentamalla sitä aktivoivaa välityöskentelyä pienissä ryhmissä ja ns. sparrauspareissa.”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, psykologi.)

Kuntoutuksen päätösosat olivat merkittävä osa kuntoutusprosessia, ja ne vastasivat hyvin eri toimijoiden odotuksia. Niiden avulla pystyttiin kokoamaan kuntoutuksen tuloksia, viemään eteenpäin kuntoutujien työn muokkaukseen sekä työoloihin ja työyhteisöön liittyviä kehittämistavoitteita, samoin kuin turvaamaan kuntoutujien seurannan jatkuvuus sekä esimiestyössä että työterveyshuollossa.

Kuntoutuksen toteuttajille tehdyssä loppukyselyssä yli puolet vastanneista näki TK2-kuntoutuksen käytännön toteutuksen haasteelliseksi, koska se edellytti yksilöllistä joustavuutta ja sen vaatimaa työpanosta oli vaikea ennakoita. Myös kehittämishankkeeseen liittyvä suunnittelutyö sekä erilaisten lomakkeiden ja kuntoutusselosteiden työstäminen osoittautui ennakoitua työläemmäksi. Nämä kokemukset vahvistuivat selvästi hankkeen etenemisen myötä. Myös avainhenkilöiden vaihtumiset ja erilaiset organisaatiomuutokset olivat isoja haasteita kuntoutusmallin toimivuuden, keskinäisen tiedonkulun ja sitoutumisen kannalta.

Kuntoutuksen toteuttajille tehdyn loppukyselyn perusteella TK2-hankkeen mukaisen kuntoutusmallin käyttöönottoon tulevaisuudessa suhtauduttiin varsin myönteisesti. Hankkeen alkuvaiheessa mallin toimivuuteen käyttöönoton kannalta suhtauduttiin skeptisemmin. Puolet loppukyselyyn vastanneista kuntoutuksen toteuttajista ei kuitenkaan nähnyt realistisena mallin toteuttamista sellaisenaan kustannustehokkaasti laajalle kohderyhmälle.

## **Kuntoutuksen menetelmät ja työkäytännöt**

TK2-kuntoutuksen keskeisenä päämääränä oli tukea osallistujien työssä jatkamista. Palvelu oli luonteeltaan ensisijaisesti ammatillista kuntoutusta, josta hyötyvät sekä työpaikka että kuntoutuja. Kuntoutuksen sisältö muodostui kahdesta samanaikaisesti etenevästä ja toisiinsa limittyvästä pääteemasta. Puolet siitä kytketyti työhön ja ammatilliseen teemaan, ja toinen puoli oli terveyteen, toiminta- ja työkykyyn sekä elämänhallintaan liittyviä teemoja. TK2-malli oli kuntoutuspalveluna ja kuntoutumisprosessina monialainen toimintakyky- ja ammatillisen kuntoutuksen yhdistelmä. Sitä toteutettiin vuoropuheluna siten, että terveystarkastelun näkökulmasta syntyviin kysymyksiin ja ratkaisumahdollisuuksiin haettiin vastausta työtilanteen muutoksen analyysistä ja päinvastoin. Kuntoutuksen sisältö auttoi kuntoutujaa hahmottamaan oman työkykynsä heikkenemiseen johtaneita ja työkykyä ylläpitäviä syitä (Työhönkuntoutuksen... 2014, Seppänen-Järvelä 2014).

Kuntoutuksessa sovellettiin monipuolisesti sekä yksilöllisiä, ryhmämuotoisia että yhteisöllisiä kuntoutuksen menetelmiä. Kuntoutuksen toteuttajat pitivät tärkeänä ryhmäkohtaista variointia sisältöjen suhteen. Kuntoutuspalvelun menetelmällisessä toteutuksessa oli suurta vaihtelua. Erityisesti ammatillisen teeman osalta kuntoutuksen toteuttajat hyödynsivät työskentelynsä jäsentämisessä toisistaan eroavia teoreettisia viitekehyksiä ja lähestymistapoja. Kaikki kuntoutuksen palveluntuottajat tarkastelivat kuntoutujien tilannetta moniolotteisilla työkykymalleilla.

Kolme kuntoutuksen palveluntuottajaa sovelsi kuntoutustyönsä teoreettisena viitekehystenä sekä analyysi- ja työvälineenä kehittävään työntutkimukseen ja toiminnan teoriaan pohjautuvaa toimintajärjestelmämallia (vrt. Ylisassi 2009). Työskentelyssä hyödynnettiin työlähtöisiä menetelmiä, joiden avulla analysoitiin ryhmissä ja yksilöllisesti muuttuvaa työtä ja sen vaikutuksia sekä yhteyksiä kuntoutujan työssä jaksamiseen. Nykyisen työn sujumista, ammatillista kehitystä ja työn mielekkyyttä sekä niiden yhteyttä työn muu-

tokseen ja työhyvinvointiin analysoitiin hyödyntäen muun muassa työpäiväkirjaa, jonka avulla kuntoutuja seurasi omaa työtään, sen sujuvuutta ja siinä esiintyviä häiriöitä.

Kaksi kuntoutuksen palveluntuottajista sovelsi ammatilliseen teeman liittyvänä teoreettisena viitekehystenä sekä moniulotteista työkykymallia (Järvikoski ym. 2001) että työkykytalo-mallia (Ilmarinen 2014), joita hyödynnettiin sekä ryhmätoiminnan että yksilöllisen asiakastyön jäsentäjinä. Malleissa ja niiden pohjalta rakennetuissa työotteessa ja työväliseissä korostuvat vahvasti systeemi-teoreettinen ajattelu, tutkiva oppiminen sekä ratkaisukeskeinen ja voimavarasuuntautunut työote. Työmenetelminä hyödynnettiin myös aktivoivaa kyselyä, motivoivaa, selviytyslomakkeeseen ja esikyselyyn pohjautuvaa haastattelua, varhainen tuki -toimintamallin työväliseitä sekä työkyvyn tuen tarpeeseen liittyvää kartoituslistaa (Juvonen-Posti & Jalava 2008).

Myös kuntoutuksen terveysteeman yhteydessä hyödynnettiin monipuolisia menetelmiä. Kuntoutuksen toteuttajilla oli tässä työskentelyssä erilaisia orientaatioita ja niihin pohjautuvia menetelmiä. Prosessit etenivät kuitenkin varsin samalla tavalla. Erilaisten mittausten, testien ja analyysien avulla tuotettiin tietoa kuntoutujan terveydentilasta, hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Tämän pohjalta tehtiin muutokseen tähtäviä suunnitelmia ja toimenpideohjelmia, jotka liittyivät esimerkiksi elämänhallintaan, elintapoihin, painonhallintaan, ravitsemukseen, arkiliikuntaan, stressin ja psyykkisen kuormittumisen vähentämiseen, lepoon, rentoutumiseen ja unirytmiiin. Työskentelyssä hyödynnettiin sekä yksilöllistä harjoittelua, sitä sparraavia ohjauskeskusteluja ja asiantuntijatapaamisia että ryhmämuotoisia tietoiskuja ja toimintaa, harjoittelua ja keskinäistä sparrausta ryhmissä.

Eriyisen suuri merkitys ryhmäprosesseissa oli kuntoutujien toinen toisilleen antamalla vertaistuellalla. Hankkeen käynnistymisvaiheessa jotkut kuntoutuksen toteuttajista olivat huolissaan TK2-mallin ryhmäjaksojen lyhydestä, minkä arveltiin heikentävän ryhmien tarjoaman vertaistuen mahdollisuuksia. Lop-

pukyselyssä enemmistö kuntoutuksen toteuttajista ei kuitenkaan pitänyt ryhmäjaksojen lyhyttä ongelmana vertaistuen toteutumisen kannalta.

*”- - Vertaistuki on tämänkaltaisessa kuntoutuksessa määriteltävä muutosprosessina, jonka avulla kuntoutujat voivat tunnista-  
taa ja löytää omat voimavaransa ja aktivoitua ottamaan vastuuta omasta ammatillisesta kehityksestään ja työhyvinvoinnistaan. Pelkkä kokemusten, tunteiden ja tiedon jakaminen ei ole alkuunkaan riittävä. Oleellinen elementti on myös yhteistyö työpaikalla, joka tukee ryhmäjaksojen aikana syntyvien kehitysideoiden viemistä käytäntöön. - -” (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, työelämäasian-  
tuntija.)*

Yksilölliset käyntikerrat tarkoittivat useimmiten lääkärin, fysioterapeutin tai psykologin vastaanottoa. Kuntoutuksen palveluntuottajat olivat toteuttaneet tätä osiota hieman eri tavoin; esimerkiksi erilaisten ammatillisten teemojen osalta oli pidetty myös työyhteisöpala-vereja sekä työyhteisön kehittämiskokouksia. Osa kuntoutuksen palveluntuottajista järjesti ryhmäkohtaisia teemapäiviä kuntoutujille, joilla oli yhteisiä, esimerkiksi stressinhallintaan, kivunhallintaan, univaikeuksiin tai painonhallintaan liittyviä ongelmia. Näihin teemapäiviin sisältyi myös yksilöllisiä tapaamisia. Tästä yksilöllisistä tarpeista räätälöidystä menetelmästä tuli kuntoutujilta paljon myönteistä palautetta.

### **Kuntoutumisen ja muutoksen mekanismien arviointia**

Loppukyselyssä kuntoutuksen toteuttajia pyydettiin arvioimaan, mitkä menetelmät tai käytännöt edistivät parhaiten kuntoutujien jaksamista ja heidän työ- ja toimintakykyään. Työpaikan ja työterveyshuollon kanssa prosessin alusta loppuun asti tehty tiivis yhteistyö ja kuntoutuksen yksilöllinen räätälöinti korostuivat näissä vastauksissa. Kuntoutumisen, työssä jaksamisen tukemisen ja työn ke-



hittämisen kannalta merkittävimpiä sisältöjä ja menetelmiä olivat esimiestapaamiset kuntoutusprosessin eri vaiheissa, työpaikkäkäynnit sekä ryhmäjaksojen työskentely, joka liittyi työn muutokseen, omaan ammatilliseen kehitykseen, työolosuhteisiin ja työyhteisöllisten ongelmien ratkaisemiseen.

*”Yhteistyö työpaikalla on ehdottomasti sisällytettävä standardiin. Työpaikalla yhteistyössä esimiehen ja työterveyshuollon kanssa tehtävä tilanneanalyysi, yksilölliset työpaikkäkäynnit ja työpaikan yhteiset kehittämiskokoukset ovat myös välttämättömiä, samoin yhteinen loppuarviointi samalla kokoonpanolla kuin tilanneanalyysi. Ryhmäjaksojen sisällön tulisi tukea yhteisöllistä oppimista - pelkkä vertaistuki kokemusten jakamisena ei riitä...”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, työelämän asiantuntija.)

Työkytkennän rinnalla kuntoutuksen toteuttajat korostivat myös kuntoutujien henkisiä voimavaroja ja fyysisistä hyvinvointia tukevien menetelmien merkitystä. TK2-mallissa työ- ja terveysteemat kuvattiin toisistaan erillisinä, mutta kuntoutuksen toteuttajien mielestä näitä ei ole tarkoituksenmukaista erottaa toisistaan kovin jyrkästi.

*”Sisällössä korostuvat eri asiat ryhmästä riippuen. Jaksaminen, stressi, voimavarojen ylläpito ja uudistaminen tulevat kuitenkin kaikissa ryhmissä esiin. Haastaminen omakohtaiseen pohdintaan, ratkaisujen etsiminen ja omien keinojen vahvistaminen on tärkeää. Mitään tiettyä menetelmä- tai keinovalikoimaa ei ole syytä eikä mahdollista määritellä.”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, psykologi.)

*”Kaikki ovat päässeet etenemään tavoitteidensa suuntaisesti ja saaneet kokemuksen siitä, että omalla toiminnalla voi usein vaikuttaa asioiden tilaan. Kaikkien työtä on pystytty jollain tavoin prosessin aikana sujuvoittamaan. Moni on saanut myös kokemuksen siitä, miten tärkeä on hyvän*

*yhteistyön rakentaminen, oli se sitten suhteessa omaan esimieheen tai tavoitteissa kannustavaan ryhmään. Kaikki ovat oppineet joitain mielenhallintaan liittyviä käytännön tekniikoita. Moni kertoo, että oman asennoitumisen muutoksella on myös saanut helpotuksen tukalaksi koettuun tilanteeseen. Kaikenlainen vaihtoehtojen määrä on useilla lisääntynyt. Useat kertovat, että kyky sietää hankalia tilanteita on parantunut. On myös raportoitu sitä, että ryhmässä itseen kohdistuneet vaatimukset ovat kohtuullistuneet. Kaikille on rakennettu myös verkostoa jatkosuunnitelmien varmistamiseksi.”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, psykologi.)

Yhdentoista kuntoutujan tapaustutkimuksen perusteella näyttää siltä, että sekä ryhmäkeskusteluilla ja -työskentelyllä että yksilöllisillä eri ammattilaisten tarjoamilla tapaamisilla ja neuvonnalla, ohjauksella ja seurannalla oli kuntoutumisen kannalta yhtä suuri merkitys. Muutamalle kuntoutujalle yksilöllinen neuvonta ja ohjaus oli heidän kuntoutumisensa kannalta merkittävintä. Toisaalta kellekään eivät ryhmäosuudet osoittautuneet turhiksi. Osalle näistä kuntoutujista ryhmäkeskustelut ja -työskentely ja saatu vertaistuki olivat erityisen merkittäviä kuntoutumisen kannalta.

Käytännössä kuntoutuksen ja siinä sovellettujen menetelmien kytketyminen teoreettisiin viitekehyksiin oli monin tavoin väljä, sillä myös tiimeissä työskentelevien eri ammattilaisten orientaatiot ja työotteet erosivat toisistaan. Tämä tuli myös esiin loppukyselyn vastauksissa, joissa nostettiin ammattiryhmittäin erilaisia painotuksia yksittäisten menetelmien ja sisältöjen merkityksellisyydestä. (Sepänen-Järvelä ym. 2015a.) Tapaustutkimuksen perusteella on vaikea nostaa esiin joitakin yksittäisiä kuntoutuksen menetelmiä, joilla olisi ollut ratkaiseva merkitys kuntoutumisen kannalta. Kuntoutusprosessien onnistumisessa ei ole myöskään havaittavissa palveluntuottajien välisiä eroja, vaikka esimerkiksi ammatillisen osuuden orientaatioissa ja työmenetelmissä oli selviä eroavaisuuksia. Kaikilla palveluntuotta-

jilla oli työkeskeisyys yhtä vahvana painotuksena. (Seppänen-Järvelä ym. 2015b.)

Moniammatillisen tiimin tarjoamien erilaisten orientaatioiden, sisältöjen ja menetelmien suunnitelmallinen, joustava ja räätälöity hyödyntäminen oli tämän kuntoutusmallin vahvuus. Hankkeen kokemukset vahvistavat kuntoutusta koskevaa yleistä havaintoa siitä, että onnistuneeseen tulokseen voidaan päästä monenlaisin keinoin. Olennaista onnistumisessa on asiakaslähtöisyys ja palvelun yksilöllinen räätälöinti (vrt. Koukkari 2010, Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013). Kuntoutuminen ja muutosprosessi eivät useinkaan etene lineaarisesti, ja ne voivat käynnistyä miltei tahansa elämän alueelta. TK2-kuntoutuksen vahvuutena oli se, että siinä hyödynnettiin samanaikaisesti sekä yksilöllisiä ja ryhmämuotoisia menetelmiä että eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja toimintaympäristön muutokseen vaikuttamista. Tämän avulla malli tarjosi osallistujille monipuolisia muutosta käynnistäviä ja edistäviä kosketuspintoja. Kuntoutuksen sisältöjä suunniteltiin sekä ammatillisen että terveysteeman pohjalta joustavasti ja tarpeiden mukaisesti. Mallin eri osioiden sisällöt pystyttiin muokkaamaan siten, että kuntoutusprosessilla pyrittiin kokonaisuudessaan vastaamaan sekä eri kuntoutusryhmien että kuntoutujien omiin kuntoutustarpeisiin, eikä tarjottu ”kaikille kaikkea”.

TK2-mallissa hyödynnettiin GAS-menetelmää (Kiresuk ym. 1994) kuntoutuksen tavoitteiden laatimisessa ja niiden toteutumisen arvioinnissa. GAS-menetelmä on tullut asteittain Kelan laituskuntoutuksen standardeihin, ja sen käyttöä edellytetään Kelan kustantamassa ammatillisessa kuntoutuksessa ja myös ASLAK-kuntoutuksessa (Kansaneläkelaitos 2011).

Kuntoutuksen toteuttajille tehdyssä loppukyselyssä koettiin GAS-menetelmä kuntoutuksen tavoitteiden asettelussa ja niiden mittaamisessa pääosin toimivaksi välineeksi. Useimmat loppukyselyyn vastanneista kuntoutuksen toteuttajista kuitenkin arvioivat, että terveyteen liittyvien tavoitteiden asettaminen oli ammatillisia tavoitteita helpompaa. Sinänsä jaottelu työ- ja terveystavoitteisiin

koettiin problemaattiseksi, koska useimmiten myös terveystavoitteita, liikuntaa ja painonhallintaa koskevat tavoitteet kytkeytyvät suoraan työkykyyn ja työssä jaksamiseen.

*”Kuntoutuksen tulokset saattavat tulla näkyviin vasta pidemmän seuranta-ajan kuluessa. GAS antaa suuntaa pääällimmäisissä ja konkreettisimmista tavoitteista. GAS kuitenkin ohjaa hyvin ajattelua, tavoitteiden suunnassa etenemistä, niihin paneutumista ja odotuksia.”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, lääkäri.)

Tapaustutkimuksen analyysissä havaittiin, että GAS-menetelmän mukaisten tavoitteiden asettaminen oli käytännössä hyvin epäyhtenäistä. Osalle kuntoutujista kuntoutukseen kirjattiin varsin yleisellä tasolla olevia tavoitteita, osalla ne olivat puolestaan hyvin konkreettisia yksittäiseen asiaan tai ongelmanratkaisuun liittyviä. Tavoitteiden toteutumisen seurannan ja tulosten vertailtavuuden kannalta tämä osoittautui problemaattiseksi.

Kuntoutuksen toteuttajille tehdyn kyselyn perusteella enemmistö heistä oli sitä mieltä, ettei TK2-kuntoutuksen tuloksellisuutta voida yksiselitteisesti määrittellä GAS-lomakkeen tavoitteiden täytymisen perusteella. Useimmiten GAS:n avulla tavoitetaan kuntoutumisen kannalta keskeisiä tavoitteita, mutta joskus merkittäviäkin tavoitteita jää kirjaamatta. Viime kädessä jokainen kuntoutuja itse rajaa sen, millaisia omaan elämäntilanteeseensa liittyviä asioita nostetaan esiin ja työtetään kuntoutuksen aikana. Tällaisia poisrajautuvia tavoitteita olivat esimerkiksi kuntoutujan henkilökohtaiseen elämään tai sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät asiat, kuten esimerkiksi oma tai läheisen päihdeongelma ja parisuhde- tai muut ihmissuhdeongelmat, joita ei useinkaan haluttu tuoda näkyväksi kuntoutusyhteistyöhön. Myös kuntoutujan omat ammatilliset suunnitelmat olivat joissain tilanteissa ”piiloagenda”, joita ei tuotu näkyväksi kuntoutusyhteistyöhön mutta joita vietiin eteenpäin aktiivisesti kuntoutusprosessin aikana. Useimmiten nämä tavoitteet liittyivät nykyisestä työpaikasta pois lähtemiseen.

## Kuntoutuksen kytkeytyminen työhön

TK2-mallissa kuntoutus ja työelämä oli kytetty aiempaa tiiviimmin toisiinsa. Selvityslomake, tilanneanalyysi, työpaikkakäynnit, ryhmäjaksojen ammatillisten teemojen sisällöt sekä yksilöllinen päätösosa olivat kuntoutuksen toteuttajien mielestä merkittävimmät ammatillisuutta ja työkytkentää vahvistavat elementit TK2-kuntoutuksessa.

Tiiviimmän työpaikkayhteistyön avulla kuntoutuksen toteuttajat saivat moninäkökulmaisempaa ja ajantasaisempaa tietoa kuntoutujan työstä ja työorganisaatiosta, ja he hyödynsivät tätä tietoa kuntoutuksen eri osien toteutuksen sisällöissä. Työpaikkayhteistyö tuotti kuntoutuksen toteuttajille paljon arvokasta tietoa työn muutoksista ja sen vaikutuksista työhyvinvointiin ja kuntoutujien yksilöllisiin tilanteisiin, joita voitiin käsitellä ja työstää kuntoutuksen aikana sekä ryhmissä että yksilöllisesti. Työelämän asiantuntijat olivat tässä prosessissa avaintoimijoita, joille kehittyi työpaikkayhteistyön kautta aivan uudenlaista asiantuntijuutta. Kuntoutuksen tiiviimmällä kytkeytymisellä työhön oli kuitenkin vaikutuksia kaikkien moniammatillisessa tiimissä työskentelevien ammattilaisten työn sisältöihin ja heidän väliseensä yhteistyöhön.

*”Työelämäkytkentä lähtee heti liikkeelle esimiehen haastattelussa; päästään heti asian ytimeen. Myös työpaikkakäynti ja yksilöllinen päätösosa yhteistyöpäivän lisäksi mahdollistavat työelämä kytkemisen paremmin kuin aikaisemmin.”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, työelämäasiantuntija.)

Työkytkentä saattoi myös haastaa kuntoutuksen toteuttajien roolia. Omasta roolistaan käsin kuntoutuksen toteuttaja ei pysty vaikuttamaan kaikkien työlähtöisten ongelmien syihin. Tällöin haasteena voi olla hahmottaa sitä, mihin kaikkiin työlähtöisiin ongelmiin kuntoutuksen keinoin voidaan ja on tarkoituksenmukaista vaikuttaa. Tämä aihe jakoi kuntoutuksen toteuttajien mielipiteitä: Reilu kolmannes alkuvaiheen kyselyyn vastanneista koki

vaikeaksi määritellä rajaa sen suhteen, millaisiin työyhteisöä koskeviin ongelmiin voi ja kannatti yrittää vaikuttaa kuntoutuksen keinoin. Toisaalta yli puolet vastaajista ei kokenut asiaa haasteelliseksi ja osa kuntoutuksen toteuttajista ilmaisi omaavansa laajan valikoiman välineitä ja menetelmiä käsitellä erilaisia työperäisiä ongelmia.

Kuntoutuksen toteuttajilla oli tietynlainen katalysaattorin rooli yksittäisten kuntoutujien tai ryhmien kautta havaittujen työyhteisöllisten ja työoloihin liittyvien asioiden esiin nostamisessa, eteenpäin viemisessä ja muutostyön käynnistämisessä. Yksilöllisiä tai ryhmäkohtaisia ratkaisuja voitiin jalostaa koko työyhteisön hyödyksi.

TK2-prosessin aikana kuntoutuksen palveluntuottajalle kertyi paljon moninäkökulmaista tietoa kuntoutujista, heidän työkyvystään, työpaikastaan ja työkykyyn vaikuttavista työolotekijöistä. Jotkut kuntoutuksen toteuttajat kokivat tämän ongelmalliseksi siitä näkökulmasta, että vain pieni osa tästä tiedosta pystyttiin päätösjakson yhteistyön ja kirjallisten selosteiden avulla välittämään eteenpäin työpaikan työterveysyhteistyön käyttöön.

*”Tilanneanalyysi, yksilölliset käyntikerrat ja päätösosan tapaamiset auttavat kuntoutujia ja esimiehiä - usein myös koko lähintä työyhteisöä - jäsentämään työtilannetta uudelleen niin, että usein pitkäänkin paikalleen jämähtäneet jumitilanteet laukeavat...”* (Kuntoutuksen palveluntuottajan loppukysely, työelämän asiantuntija.)

Kuntoutuksen toteuttajille tehdyn loppukyselyn perusteella kuntoutuksen kytkeminen työhön onnistui varsin hyvin. Onnistumista edesauttoi se, että työkytkentä oli mallin kirjoitettuna lähtökohtana. Sekä kuntoutujat, esimiehet että työterveyshuollot olivat alusta lähtien tietoisia kuntoutuksen työlähtöisyydestä. Kuntoutuksen toteuttajat arvioivat, että sitoutuminen tähän orientaatioon oli olennaisesti vahvempaa kuin esimerkiksi ASLAK-kuntoutuksessa.

## Pohdintaa TK2-kuntoutuksen toteutuksesta ja toimivuudesta

Eri toimijoiden arviot TK2-kuntoutuksen rakenteesta, jaksotuksesta ja kestosta olivat pääosin positiivisia. Kuntoutusmallin toteutuksessa korostettiin yksilöllistä ja työpaikkakohtaista räätälöintiä. Kuntoutus toteutettiin kuitenkin rakenteeltaan pitkälti samankaltaisena kaikkien työnantajien kanssa eivätkä kuntoutuksen toteuttajat tämän hankkeen puitteissa innovoineet merkittäviä uusia sisältöjä esimerkiksi ASLAK-kuntoutukseen nähden. Yksilöllisiä käyntikertoja hyödynnettiin kuntoutuksessa ennakoitua vähemmän. Yksilöllisiä tapaamisia eri ammattilaisten kanssa pystyttiin kuitenkin järjestämään ryhmäjaksojen aikana, ja yksilöllisiä käyntikertoja toteutettiin myös koko ryhmän tai pienryhmän teemapäivinä. Mahdollisuudesta yksilöllisiin käyntikertoihin ei kuitenkaan tiedotettu riittävästi.

TK2-kuntoutusmallin joustavuus, yksilöllinen räätälöinti ja tiivis työpaikka- ja työterveysyhteistyö koettiin käytännön toteutuksen kannalta sekä vahvuutena että haasteena. Uuden toimintatavan vaatimaa työpanosta oli vaikea ennakoida. Malliin sisältyi useita eri toimijoiden välisiä sekä työpaikoilla että kuntoutuksen palveluntuottajan tiloissa toteutettuja tapaamisia, joiden organisointi ja aika-aulutus oli työlästä kaikkien toimijoiden näkökulmasta. Useimmiten kuntoutukseen osallistuminen edellytti työpaikoilla työtehtävien uudelleen järjestelyjä, ja kuntoutusyhteistyöhön osallistuminen aiheutti sekä esimiehille että työterveyshuolloille lisätyötä.

Tilanneanalyysi osoittautui sekä kuntoutujien, esimiesten, työterveyshuollon edustajien että kuntoutuksen palveluntuottajien näkökulmasta TK2-mallin avainkohdaksi. Se mahdollisti sekä yksilöllisten kuntoutuspolkujen että ryhmäjaksojen yhteisen suunnittelun. Se tarjosi monipuolisia aineksia kuntoutujien lähtötilanteiden arvioinnille, tavoitteiden asettamiselle ja kuntoutussuunnitelmien laatimiselle. TK2-kuntoutuksen kokemuksen perusteella tilanneanalyysi oli välttämätön, hyödyllinen ja ehdottoman tarpeellinen osa kuntoutusprosessia.

TK2-kuntoutus osoittautui onnistuneek-

si sisältönsä monipuolisuuden ansiosta. Sekä ryhmäjakso- että yksilölliset jaksot ja henkilökohtaiset tapaamiset olivat hyödyllisiä. Kuntoutuksen sisältyi sekä työhön ja ammattiin että terveyteen liittyviä osioita. Kuntoutusta toteutettiin erilaisten teoreettisten viitekehysten ja käytännön työvälineiden avulla, mutta kaikilla palveluntuottajilla oli työkeskeisyys yhtä vahvana painotuksena. Kuntoutuksen toteuttajat korostivat mallin onnistuneimpina menetelminä ja käytäntöinä eri toimijoiden välistä, koko prosessin aikaista tiivistä yhteistyötä sekä kuntoutuksen yksilöllisyyttä ja räätälöintiä. Myös henkisiä voimavaroja ja fyysistä hyvinvointia tukevia sisältöjä ja menetelmiä pidettiin tärkeinä. Tämä onkin nähtävissä siten, että moniammatillisen tiimin tarjoamien erilaisten orientaatioiden, sisältöjen ja menetelmien suunnitelmallinen, joustava ja räätälöity hyödyntäminen oli tämän kuntoutusmallin vahvuus. Hankkeessa mukana olleet kuntoutuksen palveluntuottajat hyödynsivät itselleen ominaisia työmenetelmiä ja -käytäntöjä, jotka perustuivat erityyppisiin toiminnan taustalla oleviin teorioihin ja viitekehyksiin.

TK2-mallissa onnistuttiin varsin hyvin kuntoutuksen kytkemisessä kuntoutujien työhön. Tilanneanalyysi, työpaikkakäynnit, ryhmäjaksojen ammatillisten teemojen sisällöt sekä yksilöllinen päätösosa muodostivat ammatillisuutta ja työkytkentää vahvistavan prosessin, jonka avulla saatiin kokonaisvaltaista arviota sekä työyhteisön tilanteesta että kuntoutujien ammatillisesta tilanteesta ja vietiin muutosta eteenpäin kuntoutusprosessin aikana. Tämä tulos poikkeaa merkittävästi esimerkiksi ASLAK-kuntoutusta koskevasta tutkimustuloksista, joiden mukaan kuntoutus kytkeytyy varsin huonosti kuntoutujien työhön ja sen työssä jaksamista parantavat vaikutukset jäävät lyhytkestoisiksi (esim. Mäkitalo & Paso 2008, Saltychev 2012, Tirkkonen 2012, Turja 2009, Ylisassi 2009).

TK2-kuntoutuksessa työhön ja sen kehittämiseen liittyviä asioita lähestyttiin ensisijaisesti yksittäisten kuntoutujien tilanteiden ja prosessien kautta. Kuntoutuksen avulla pystyttiin myös tuottamaan yksilöiden ja ryhmien kautta säteilyvaikutuksia työyhteisölli-

siin asioihin, esimiehiin osatyökykyisten työn muokkausasioissa ja laajempiin työn ja työolojen kehittämiseen liittyviin asioihin. Kuntoutuksen haasteena oli kuitenkin hahmottaa sitä, millaisiin työyhteisöä ja työoloja koskeviin ongelmiin voi ja kannatti yrittää vaikuttaa kuntoutuksen keinoin.

Kuntoutuksen päätösosa vastasi sekä kuntoutujien, kuntoutuksen toteuttajien, työterveyshuollon edustajien että esimiesten odotuksia. Se koettiin tärkeäksi kuntoutujien työn muokkaukseen sekä työoloihin ja työyhteisöön liittyvien kehittämistavoitteiden eteenpäin viemisessä ja kuntoutujan seurannan jatkuvuuden turvaamisessa sekä esimiestyössä että työterveyshuollossa.

Kuntoutuksen toteuttajat suhtautuivat kuntoutusmallin tulevaan käyttöönnottoon pääosin myönteisesti. He eivät kuitenkaan nähneet realistisena sen toteuttamista sellaisenaan kustannustehokkaasti laajalle kohderyhmälle. Kehittämishankkeessa oli mukana isoja tai keskisuuria työpaikkoja. Kuntoutusmallin sujuvaan toteutukseen pientyöpaikkojen kanssa tarvitaan kehitystyötä, jolla parannetaan tiedon levitystä ja luodaan joustavia kuntoutukseen ohjaamisen malleja.

**Matti Tuusa, YTL, vanhempi asiantuntija, Kuntoutussäätiö**

**Mikko Henriksson, VTM, projektipäällikkö, Kuntoutussäätiö**

## Lähteet

- Ala-Kauhaluoma M, Henriksson M (2011) Akateemisten pätkätöyläisten hyvinvointi ja kuntoutus. TUULI-kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kela.
- Ilmarinen J (2014) Mitä Työkyky on? Työkykytalo-malli. Työterveyslaitos. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyoohyvinvointi/tykytoiminta/mita\\_on\\_tyokyky/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx). Viitattu 26.5.2015.
- Juvonen-Posti P, Jalava J (2008) Onnistunut työkykyasioiden puheeksiotto. Lupaavia käytäntöjä pk-työpaikoille työhyvinvoinnin ja sairauspoissaolojen hallintaan ja seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntoutussäätiö. Saatavissa: [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1064993](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1064993). Viitattu 26.5.2015.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Mannila S (2001) Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Kuntoutus 3, 3–11.
- Kansaneläkelaitos (2011) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK) palvelulinja. Helsinki: Kela. Saatavissa: [http://www.kela.fi/documents/10180/12149/aslak\\_standardi\\_lop\\_muut\\_03032011.pdf.pdf](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/aslak_standardi_lop_muut_03032011.pdf.pdf). Viitattu 26.5.2015.
- Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (1994) Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Koukkari M (2010) Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 56. Akateeminen väitöskirja. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/Koukkari%20DORIA.pdf>. Viitattu 26.5.2015.
- Mäkitalo J, Paso E (2008) Työ, Työ ja työ. Työlähtöinen työterveyshuolto ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Euroopan sosiaalirahasto, Verve, Työterveyslaitos, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö, Helsingin yliopisto.
- Romakkaniemi M, Kilpeläinen A (2013) Masennuksesta kuntoutuva ihminen pirstaleisessa palvelujärjestelmässä. Kuntoutus 2, 29–40.
- Saltychev M (2012) The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary rehabilitation (ASLAK®) amongst public sector employees. Turku: Turun yliopisto. Saatavissa: <http://www.doria.fi/handle/10024/76643>. Viitattu 26.5.2015.
- Seppänen-Järvelä R (toim.) (2014) Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi arkea. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84.
- Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksson M (2015a) Kuntoutumisen polku - yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja
- Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) tapaustutkimus (käsi kirjoitus).
- Seppänen-Järvelä R, Aalto AM, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (toim.) (2015b) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty tuki: Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus (käsi kirjoitus)
- Tirkkonen M (2012) ASLAK-kuntoutus vahvistaa työhyvinvointia valikoivasti. Kuntoutus 3, 36–40.
- Turja J (2009) Ammatillisesti syvennetyn lääketie-

teellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitas Tampereensis 1375.

Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2-hanke) 2012–2014 (2012) Hankesuunnitelma. Kansaneläkelaitos, Helsinki. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/TK2hankesuunnitelma.pdf/2c80f5f6-67c2-43a1-a1bc-00eb7fe230ad>

Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2-hanke) 2012–2014 (2014) Raportti kuntoutuspalvelujen toteutumisesta. Kansaneläkelaitos, Helsinki. Saatavissa:

[http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti\\_kuntoutuspalvelujen\\_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b](http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti_kuntoutuspalvelujen_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b). Viitattu 26.5.2015.

Ylisassi H (2009) Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkenän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsinki: Helsingin yliopisto, Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia.

## AURASTA TAKOMAAN UUTTA

---

Olen työskennellyt ASLAK-kuntoutuksen parissa vuodesta 2007 saakka, ja muutama vuosi sitten arvelin, etten tulisi aloittamaan enää neljättä ASLAK-tarjouskautta. Uskoin, että vuonna 2015 päättyvän kauden jälkeen työtäni kohtaan tuntemani palo pysyisi yllä muunlaisissa tehtävissä ja osaamiseni kehittyisi parhaiten toisenlaisissa haasteissa. Näin katsoin myös pystyväni antamaan asiakkaileni eniten. Sitten selvisi, että niin minun kuin monien muidenkin tehtävät ammatillisen ja ammatillisesti syvennetyn kuntoutuksen saralla muuttuisivat riippumatta siitä, mihin itse pyrimme.

Keväällä kävi selväksi, että päättyvä ASLAK-kausi jäisi joka tapauksessa viimeiseksi lajissaan. AURA-kuntoutuksen standardiluonnos ja sittemmin tarjouskilpailu tekivät selväksi sen, että muutokset kausien välillä olisivat suuret. ASLAK- ja TYK-palvelulinjojen yhdistäminen alleviivasi sitä, ettei voinut puhua vain uudesta ASLAK-tarjouskaudesta: oltiin siirtymässä AURA-aikakauteen, ja pitkä kehitystyö (esim. Rajavaara ym. 2009; Vainiemi tässä numerossa) oli kantamassa hedelmää.

Vielä kevään aikana ehdittiin kuitenkin siirtyä rajusti seuraavaan aikakauteen, kun pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelma (Valtioneuvosto 2015) linjasi AURA-kuntoutuksen lakkautettavaksi. Koskaan aikaisemmin ei omaa työtäni tai monien työtovereidenikaan työtä ole samalla tavalla nostettu esille hallitusohjelmassa. Oli pysäyttävä ja hämmentävä ajatus, että hallitusohjelmassa, jonka keskeisenä tavoitteena oli pitkällisen taantumman ja kestävyysvajeen selättäminen, yhdeksi

toimenpiteeksi oli valittu nimenomaan työuria jatkamaan kehitetyn kuntoutusmuodon lakkautaminen ennen sen käynnistymistä.

Ennen kuin tiesimme lakkautuksesta, olimme ehtineet tehdä paljon AURA-aikakauteen valmistautuaksemme: Olimme järjestäneet Työstä terveyttä ja elinvoimaa! -seminaarin, jonka aiheina olivat paitsi tuleva AURA-kuntoutusmuoto, myös Pirjo Juvonen-Postin ja työryhmän tässä lehdessä esittelemä työterveysyhteistyö. Olimme tiimin kanssa istuneet pitkiä iltoja sommittelemassa kilpailutusta varten sellaista kuntoutusohjelmaa, joka samanaikaisesti täyttäisi AURA-standardin kirjaimen ja hengen ja olisi myös taloudellisesti kannattavaa.

Nyt kuukausien kuluttua lakkautuspäätöstä on myös helppo ymmärtää. Varhaisvaiheen kuntoutuksena ASLAK kohdistui ja suurin osa AURA-kuntoutuksesta olisi kohdistunut jo lähtötilanteessa verrattain hyvin voiviin ja työelämässä aktiivisesti mukana oleviin kuntoutujiin. Kuntoutujien ja yhteistyökumppaneiden kanssa keskustelua herättivät myös tiedotusvälineiden esiin nostamat Turjan (2009) ja Saltychevin (2012) tutkimukset, joissa ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus kyseenalaistettiin. Vaikka satunnaistetun ja kontrolloidun koeasetelman toteuttaminen ja kuntoutuksen vaikutusten mittaaminen on vaikeaa, ei ammattietiikasta ja kansantaloudesta välittävä ammattilainen voi sulkea silmiään siltä tosi-seikalta, että ASLAK ei koskaan onnistunut tutkimusnäytöllä vakuuttamaan vaikuttavuudestaan.

Samalla on kuitenkin harmi, että AURA ei

saanut todellista mahdollisuutta. Monet kehittämistyön tulokset, kuten ASLAK-kuntoutusta selkeämpi yksilöpainotus ja lyhyempi kesto olivat myös työhyvinvointi-interventoiden vaikuttavuutta tarkastelevien katsaus-ten (esim. Richardson & Rothstein 2008) mukaisia. AURA ei ollut ASLAK uudella nimellä, mutta sen mahdollinen vaikuttavuus saattaa jäädä arvoitukseksi.

Poliitikot tai virkamiehet ovat arvioineet AURA-kuntoutuksen riittämättömäksi vastaukseksi työurien jatkamisen haasteisiin. Ammatillisina emme saa nyt erehtyä luulemaan, että työelämässä olevien ihmisten tarpeet olisivat olennaisesti muuttuneet tai että osaamisemme olisi käynyt vähemmän tarpeelliseksi. Vaikka AURA-ratkaisu tulee muuttamaan kuntoutusyhteisöjen toimintaa ja saattaa jopa uhata joidenkin jatkuvuutta tai johtaa henkilöstön osaamispakoon muille sovellusaloille, työelämässä ilmenee edelleen niitä asioita, joihin ASLAK-, TYK- ja AURA-kuntoutuksilla on haluttu vaikuttaa.

Samalla tavalla kuin olemme yrittäneet auttaa asiakkaitamme löytämään keinot ottaa vastaan työn muutokset, meidän on nyt itse otettava tämä muutos vastaan. Meidän on tunnistettava AURA-kuntoutuksen kehitystyöstä vaalimisen arvoinen aines ja tuoteistettava osaamisemme niin, että pitkälinen kehitystyö ei mene hukkaan ja kykenemme edelleen antamaan oman panoksemme suomalaisen työelämän kehittämiseen.

**Petri Karkkola, PsM, kuntoutuspsykologi,  
tutkimus- ja kehittämiskoordinaattori,  
Kruunupuisto Oy**

## Lähteet

- Rajavaara M, Aalto L, Hinkka K (toim.) (2009) Kehittämisisideoita työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Nettityöpapereita 7/2009. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/14785>
- Richardson KM, Rothstein HR (2008) Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychology*, 13, 1, 69-93.
- Saltychev M (2012) The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary rehabilitation (ASLAK) amongst public sector employees. *Annales Universitatis Turkuensis* 1007. Painosalama Oy, Turku.
- Turja J (2009) Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1375. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Valtioneuvosto (2015) Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 29.5.2015 nimitetyn pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmasta. Saatavissa: [http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto\\_Sipil%C3%A4\\_29052015\\_LIITE\\_yhdistetty.pdf/ff5e74fe-5736-45e9-861e-edf8b39d05d3](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto_Sipil%C3%A4_29052015_LIITE_yhdistetty.pdf/ff5e74fe-5736-45e9-861e-edf8b39d05d3)



## Työikäisten AURA-kuntoutuksen lakkauttamisesitys kirvoitti kannanottoja

Kuntoutuksen toimialayhdistys KTAY kirjoitti 9.6.2015 julkaistussa lausunnossaan, että ”hallituksen esitys lakkauttaa AURA-kuntoutus on raju ja täysin odottamaton”.

KTAY listasi esityksen muuttamista puoltavina perusteluina sen, että

- tämän kuntoutusmuodon vaikuttavuus on ennakkoon varmistettu erityisen laajamittaisella ja perusteellisella kehittämistyöllä;
- kyseessä on Suomessa ainoa kuntoutujan, työnantajan, työterveyshuollon ja kuntoutuspalvelujen tuottajan yhdessä toteuttama kuntoutusmuoto;
- kuntoutuspalvelut ovat kustannustehokas tapa hoitaa terveyden ja toimintakyvyn ongelmia varhaisessa vaiheessa;
- esityksen toteuttaminen johtaisi mittaviin irtisanomisiin kuntoutuksen osaamiskeskussissa.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen kattojärjestön SOSTEn verkkosivuilla erityisasiantuntija Päivi Opari (22.6.2015) pelkäsi, että AURA-kuntoutuksen lakkauttaminen tuottaa varhaisen vaiheen kuntoutukseen ison aukon, mikäli tilalle ei saada mitään korvaavaa. Hän muistutti tarpeesta tarjota tukea työstä selviytymiseen, jos halutaan pidentää ihmisten työuria. ”Ei saa olla niin, että kuntoutukseen pääsee vasta työkyvyttömyyden kynnyksellä.”

Mielenterveyden keskusliitto (MTKL) oli huolissaan kuntoutuksen leikkaamisen suunnitelmista ja vaati tiedotteessaan (16.6.2015) Kelaa pohtimaan kuntoutuksen säästösuunnitelmia uudelleen. Tiedotteessa muistutettiin, että moni mielenterveyspotilas on saanut varhain apua harkinnanvaraisten TYK- tai ASLAK-kuntoutusten kautta. Mielenterveyskuntoutujien kuntoutusmäärärahoista säästäminen tuomittiin lyhytnä-

köisenä säästönä. Sen sijaan mielenterveysongelmien varhainen ehkäisy ehkäisee samalla enenaikaisen eläköitymisen kasvua ja on MTKL:n mukaan yhteiskunnalle välttämätöntä jo kustannussyistä.

Verve totesi 22.6.2015 julkaistussa tiedotteessaan, että hallituksen linjaukset vaikuttavat merkittävästi Verven toimintaan ja ohjaavat entistä voimakkaammin avomuotoisiin palveluihin. Tiedotteessa todettiin myös kuntoutustoimialalla käynnissä oleva voimakas rakenneuudistus. Se pakottaa etsimään uusia ratkaisuja ja kannustaa jatkamaan sellaisten yksilöllisten ja joustavien palvelujen kehittämistä, jotka auttavat ihmisiä pysymään työssään pidempään.

Myös ammattijärjestöt ottivat asiaan kantaa. Sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö Tehyn valtuusto kritisoi voimakkaasti hallitusohjelmassa esitettyä Aura-kuntoutuksen lopettamista. 1.7.2015 julkaistussa tiedotteessa katsottiin, että Aura-kuntoutuksella olisi merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työssä jaksamiseen ja työuran pituuteen. Lopettamisen sijaan pidettiin tärkeänä kehittää uusia malleja kuntoutukseen. ”Jotta työurat oikeasti pitenevät, vahvasti työpaikkaan integroitunutta varhaiskuntoutusta tarvitaan edelleen ehdottomasti keinona pidentää työuria.” Kuntoutuksen yhteiskunnallinen vaikuttavuus ja taloudellinen hyöty on Tehyn mukaan arvioitava kokonaisuutena.

Matkailu- ja Ravintolapalvelut MaRa ry – matkailu-, majoitus-, ravintola- ja vapaa-ajanpalvelualan sekä niihin liittyvän hyvinvointipalvelualan yrittäjien ja työnantajien edunvalvoja ja työmarkkinajärjestö – ilmaisi 3.6.2015 huolensa siitä, että Aura-kuntoutuksen lopettaminen heikentää työllisyyttä ja työssäkäyvi-

en jaksamista. MaRan mukaan lopettamispäätös on jyrkässä ristiriidassa työurien pidentämisen, eläkeiän nostamisen ja viikkotyöajan lisäämisen tavoitteiden kanssa. Päätöksen katsottiin lisäävän sairauspoissaoloista ja työttömyyden hoidosta johtuvia kustannuksia. ”Kuntoutuksella on erittäin merkittävä rooli työssä jaksamisessa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Ennalta ehkäisevä ja kuntouttava toiminta ovat perusedellytyksiä sille, että työikäinen väestö pysyy työ-kuntoisena eläkeiän noustessa.”

Kuntoutussäätiön kannanotossa (26.6.2015) pidettiin tärkeänä, että AURA-kuntoutuksen lakauttamispäätös ei romuta työlähtöistä kuntoutumista vaan että AURAA edeltäneen kehittämistyön antia hyödynnetään. Kuntoutussäätiö on valmis ottamaan AURAn toimintamallin käytäntöön viemisessä aktiivista roolia. Kananotossa vedottiin tutkimustuloksiin, joiden mukaan AURA-malliin liittyneet tekijät, kuten joustavuus ja monitoimijaisuus, ovat kuntoutumista edistäviä tekijöitä. Olennaisena vaikuttavuutta lisäävänä asiana pidettiin sitä, että mallissa työterveyshuollon edustajalla on edellytykset sitoutua pitkäaikaiseen työkyvyn tukemiseen. Samoin AURAssa luotu mahdollisuus esimiehen aktiiviselle osallistumiselle ja sitoutumiselle edistää kuntoutumista.

Säästöaikeet ovat saaneet myös tukea. Aila Pikkarainen piti Keski-suomalainen-lehden mielipidekirjoituksessaan (5.7.2015) Aura-kuntoutuksen keskeyttämistä yhtenä välttämättömänä säästökohteena ja samalla mahdollisuutena uudistaa kuntoutusta 2020-luvulle. Pikkaraisen mukaan työhön kuntoutuksen tulee tapahtua työssä, ei erillisissä laitoksissa, eikä yhteiskunnan varoja ole tarkoituksenmukaista käyttää kuntoutuskurssipakettien erilaisiin tukipalveluihin. ”Työkyvyn ylläpitäminen on koko työyhteisön asia, ei yksittäisen työntekijän ongelma tai riski, jota ihmetellään ja arvioidaan erillisissä laitoksissa.” Pikkarainen tähdensi, että tulevaisuudessa kuntoutuslaitosten henkilökunnan tulee liikkua laitoksista ulos ja tarjota uudenlaisia palveluja esimerkiksi alueensa kunnille.

## Kuntoutustiedon kokoava portaali

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

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

Kuntoutusportin uutiskirje kokoaa yhteen ajankohtaiset asiat ja tapahtumat.

Kuntoutussäätiö



## kuntoutusalankirjasto.fi

### Kuntoutusalan kirjasto on kaikille avoin erikoiskirjasto

Kokoelmassa painottuvat kuntoutus ja sen lähialat, työ- ja toimintakyky, oppimisvaikeudet, elämäntilanne ja hyvinvointi.

Kuntoutusalan kirjasto ja Kuntoutusportti muodostavat kokonaisuuden, joka sisältää suomalaiset kuntoutuksen julkaisut.

Kuntoutussäätiö



## 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

## Tilaa Kuntoutus-lehti

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

**Tilauksen voit tehdä osoitteessa**  
**[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti)**

Voit tilata lehden myös sähköpostitse:  
[pirjo.kuoppala@kuntoutussaatio.fi](mailto: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.