

Työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosessit Paltamon työllisyyskokeilussa

Tutkimuksessa tarkasteltiin Paltamon työllisyyskokeiluun työllistettyjen henkilöiden työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosesseja. Tutkimus perustui työterveyshuollossa työterveyslääkäreiden tekemään kuntoutus seurantaan (n=80) ja kuntoutusprosesseja (n=13) koskevaan aineistoon. Artikkelin on osa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoiman Paltamon työllistämismallin 2009–2013 arviointitutkimuksen ja kuntoutusvaikutusten arviointia.

Kuntoutus seuranta-aineistoa tarkasteltiin työterveyshuollon asiakkaiden toimintakykyongelmien, yksilöllisten asiakaspolkujen, työterveyshuollon toimenpiteiden, työkyvyn arvioinnin ja kuntoutusprosessien näkökulmista.

Osalla työllistetyistä esiintyi useita fyysisen psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia sekä kasautuneita työ- ja toimintakyvyn rajoitteita. Osa työllistetyistä ei selviytynyt työssä välityömarkkinoilla, vaikka he olivat olleet työnhakijoita avoimille työmarkkinoille.

Kuntoutusprosesseista osa vaihtui eläkeprosesseiksi. Työkyvyn arviointi ja kuntoutus jäsenyivät asiakkaiden, työterveyshuollon, Työvoimatalon ja ylisektorisen yhteistyön rinnakkaisiksi ja laajeneviksi prosesseiksi.

RIITTA-LIISA KOKKO

JOHDANTO

Paltamon kunta on toteuttanut vuosina 2009–2013 ”Työtä kaikille” -täystyöllisyyskokeilun, jonka tavoitteena on ollut työllistää kunnan kaikki työttömät työnhakijat ja etsiä yhdessä heidän kanssaan yksilöllisiä polkuja avoimille työmarkkinoille. Hankkeen piiriin on otettu kaikki työttömät työnhakijat ikään ja työkykyyn katsomatta. Kokeilun tavoitteena on ollut toteuttaa kokonaisvaltaista työllisyys-, terveys- ja sosiaalipalvelut yhdistävää toimintamallia, jossa eri sosiaaliturvaetuudet – työttömyysturva, toimeentulotuki ja asumistuki – on yhdistetty palkaksi. Työntekijät on työllistetty hankkeessa palkkatyösuhteeseen, josta on kertynyt myös eläkettä. (Laurikainen ja Huotari 2010.)

Euroopan sosiaalirahaston (ESR) ohjelma-kaudella 2007–2013 on käynnissä työ- ja elinkeinoministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen valtakunnallinen *Välityömarkkinat* -kehittämisohjelma (2007–2013), jonka avulla on pyritty luomaan tuettuja työllistymispolkuja avoimille työmarkkinoille. Välityömarkkinat, joita kutsutaan myös siirtymätyömarkkinoiksi (Schmid 2008, Suikkanen 2008) sijoittuvat työttömyyden ja avointen työmarkkinoiden väliin. Ne kohdistuvat työmarkkinoiden marginaaliryhmiin ja tarjoavat työskentelymahdollisuuksia henkilöille, joilla on eri syistä vaikeuksia sijoittua työhön avoimille työmarkkinoille. Välityömarkkinoilta toivotaan löytyvän uudenlaisia työmahdollisuuksia erityisesti pitkäaikaistyöttömille, jotka ovat vaarassa syrjäytyä työmarkkinoilta alhaisen kou-

Kirjoitusajankohtana työllisyyskokeilu on ollut vielä käynnissä. Hanke päättyy vuoden 2013 lopussa ja hankekokonaisuuden tulokset ovat luettavissa THL:n raportista 18/2013 (Kokko ym. 2013).

lutustason, vajaakuntoisuuden ja päihde- tai mielenterveysongelmien takia (Suikkanen 2008). Paltamon kokeilu on esimerkki aktiivisesta työvoima- ja sosiaalipolitiikasta, jossa tavoitteena on parantaa työttömien henkilöiden työllistymistä ja elämänhallintaa, ylläpitää toimintakykyä ja luoda edellytyksiä siirtyä avoimille työmarkkinoille.

Toisin kuin muilla välityömarkkinoilla, Paltamon malliin on kuulunut palkkatyösuhte ja muun muassa työterveyshuollon palvelut. Työnhakijat ovat siirtyneet Työ- ja elinkeino (TE)-toimistosta Työnhakuklubin työnhakuvalmennukseen ja edelleen työhön Työvoimayhdistys ry:n ylläpitämän Työvoimatalon työpajoihin tai talon ulkopuolelle jatkosijoitukseen esimerkiksi kuntaan tai yrityksiin. Työvoimatalon työpajat ovat tarjonneet työllistetyille pitkäkestoista ohjausta ja työhönvalmennusta. Vuoden 2012 lopussa Paltamon työvoimayhdistyksellä oli 269 voimassa olevaa työsopimusta, työllistetyistä 201 työskenteli Työvoimatalon tehtävissä ja 68 jatkosijoitettuna talon ulkopuolella.

Paltamon työllisyyskokeilun suunnittelussa on ollut selkeä kuntoutuksellinen lähtökohta (Huotari 2008; Ilvonen ym. 2008) ja työterveyshuollolla on keskeinen merkitys työllistämismallin toimeenpanossa. Paltamon mallin tavoitteena on ollut ylläpitää ja edistää työntekijöiden työ- ja toimintakykyä sekä ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä riittävän pitkän työsuhteen ja kuntoutuksen avulla. Paltamon kokeiluun työllistetyille työterveyshuollon asiakkuus on merkinnyt mahdollisuutta työkyvyn arviointiin sekä tarvittaessa ohjausta hoito- ja kuntoutusjärjestelmään.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosesseja välityömarkkinoilla Paltamon täystyöllisyyskokeilussa kuntoutusseuranta-aineiston pohjalta. Tavoitteena oli tutkia millaisia ovat työterveyshuollon asiakkaiden toiminta- ja työkykyongelmat ja työterveyshuollon toimenpiteet sekä millaisiksi kuntoutusprosessit muodostuvat Paltamon työllisyyskokeilussa.

TYÖTTÖMIEN KUNTOUTUSTARPEET

Työttömyyden on osoitettu vaikuttavan haitallisesti sekä terveyteen että hyvinvointiin. Terveemmät työllistyvät nopeammin ja työttömäksi joutuvat todennäköisesti ne, joilla on heikompi terveys, työ- ja toimintakyky sekä ammatillisen osaamisen vajeita. Pitkittyessään työttömyys heikentää hyvinvointia ja työkykyä sekä lisää sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia (esim. Korttei-

nen ja Tuomikoski 1998, Böckerman ja Ilmakunnas 2005, Holm ym. 2006, Laiho ym. 2010). Työttömät voivat huonommin ja ovat sairaampia kuin työlliset (Heponiemi ym. 2008). Huonosaisuus näkyy selvästi työttömyyden, sairauden ja köyhyyden kasautumisena samoille ihmisille (Kortteinen ja Tuomikoski 1998). Työttömyydellä ja heikkenevällä terveydellä on tutkimusten mukaan moniulotteinen ja toisiaan vahvistava kierre (Saikku ja Sinervo 2010).

Asiantuntijat määrittelevät pitkäksi sairauslomaksi yli kuuden viikon sairausloman. Yli kuusi viikkoa pitempi sairausloman kesto lisää todennäköisyyttä siihen, että työntekijä jää kokonaan pois työelämästä. Jo puolen vuoden sairausloman jälkeen 50 prosenttia ja vuoden sairausloman jälkeen vain 10 – 20 prosenttia työntekijöistä palaa entiseen työhönsä. (Joensuu ym. 2008.) Pitkäaikaistyöttömien, vaikeasti työllistyvien ja vajaakuntoisten työhön kuntoutuksen esteeksi muodostuu usein runsas sairastavuus. Työttömillä on myös kuntoutustarpeita enemmän kuin työssäkäyvillä. Terveydelliset ongelmat, alhainen tai puuttuva koulutus, elämänhallinnan vaikeudet ja alentunut työkyky ovat työttömillä yleisempiä kuin työssä olevilla ja voivat lisääntyä työttömyyden pitkittyessä (ks. esim. Pensola ym. 2006, Heponiemi ym. 2008). Työttömät tarvitsevat ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen lisäksi usein myös sosiaalista kuntoutusta.

Kuntoutuksessa korostetaan työvoiman työkykyä ylläpitävää, ennaltaehkäisevää ja jälkihoidollista tehtävää. Kuntoutus nähdään myös keinona ylläpitää työttömien työnhakijoiden työkykyä, parantaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan ja vähentää syrjäytymistä. (Järvikoski 1996.) Kuntoutuksen sovittaminen työpaikkojen tarpeisiin on todettu vaikeaksi. Kuntoutuskokeilut ovat osoittaneet, että useita toimijoita ajallisesti ja rakenteellisesti sitova kuntoutusprosessi on hauras ja riskialtis. Kuntoutujat hyötyisivät pitkäjänteisestä työskentelystä, mutta pitkäkestoisesta ja monipolvisesta kuntoutuksen toteutus on vaativaa (Hinkka ym. 2011) ja edellyttää resursseja. Erityisesti työmarkkinoiden reunoilla kuntoutuksen toimenpiteet painottuvat työkykyä ja ammatillisia valmiuksia lisääviin ja elämänhallintaa tukeviin toimenpiteisiin.

Työttömät ja työssä käyvät ovat kuntoutuksen suhteen erilaisessa asemassa. Työikäisten kuntoutus on vahvasti sidoksissa työsuhteeseen ja toteutetaan työterveyshuollon kautta. Työttömien terveydenhuolto ja kuntoutus on puolestaan jär-

jestetty osana perusterveydenhuollon toimintaa. Työsuhteen puuttuessa työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutukseen ohjaus ja kuntoutuksen jälkeinen työssä selviytymisen seuranta jäävät siten toteutumatta (ks. Työterveys ja kuntoutus 2007). Pitkään työttömänä olleilla henkilöillä on vaarana syrjäytyä jopa sellaisesta keskeisenä pidettävästä palvelusta kuin perusterveydenhuolto (Rajavaara ym. 2000). Kuntoutuspalveluihin pääsyyn vaikuttavat sekä rakenteelliset että yksilökohtaiset tekijät. Kerätär ja Karjalainen (2010) ovat panneet merkille, että pitkäaikaistyöttömät jäävät hoito- ja kuntoutusjärjestelmän ulkopuolelle, koska mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä joskus myös heikkolahjaisuus aiheuttavat vetäytymistä sosiaalisesta toiminnasta ja terveyspalvelujen käytöstä. Kerättären (2011) mukaan työterveyshuollon perinteiset työtavat toimivat silloin, kun työntekijät ovat suhteellisen terveitä, aktiivisia ja työmotivoituneita. Paltamon työllisyyskokeiluun työllistetyt poikkeavat tässä suhteessa tavanomaisista työterveyshuollon piirissä olevista työntekijöistä, eivätkä perinteiset toimintatavat riitä pitkään työttömänä olleille.

Paltamon työllisyyskokeilun terveys- ja hyvinvointivaikutuksia sekä kuntoutusta on arvioitu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen 2009–2013 koordinoimassa tutkimuskokonaisuudessa. Terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointitutkimuksessa on verrattu Paltamon työttömien (n=181), Sonkajärven työttömien (n=154) ja Paltamon työllisten (n=175) vuoden 2009 tilanteita työllisyyskokeilun alkamisen ajankohtana. Paltamon työttömien keskuudessa oli todettu vertailuryhmiä enemmän muun muassa koettua heikkoa terveyttä, psyykkistä kuormittuneisuutta, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, kokemusta koulu- ja oppimisvaikeuksista, alkoholin liikakäyttöä ja itsensä yksinäiseksi tuntemista. Vastaavasti aktiivisesti osallistuvien ja elämänlaatunsa keskimääräistä paremmaksi kokevien osuudet olivat Paltamon työttömien keskuudessa vertailuryhmiä pienemmät. Paltamon työttömistä yli 80 prosenttia oli tutkimusta edeltävänä viitenä vuonna ollut yhteensä yli vuoden työttömänä. (Nenonen ym. 2011.)

TYÖKYVYN ARVIOINTI JA KUNTOUTUS

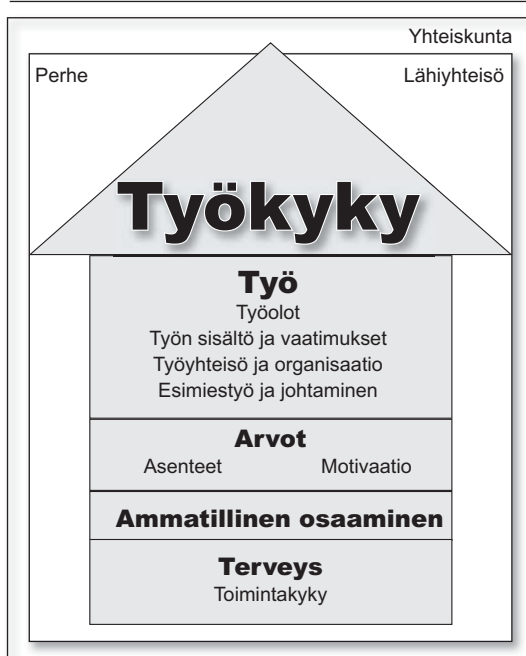
Työkyky ymmärretään Juhani Ilmarisen (2006) mukaan kokonaisvaltaisesti ja se kehittyy monen tekijän vaikutuksesta. Työkyvyn määrittely riippuu siitä, katsotaanko sitä työterveyden, sosiaa-

livakuutuksen tai esimerkiksi kuntoutuksen näkökulmasta. Työkyky rakentuu ihmisen voimavarojen ja työn vaatimusten välisestä tasapainosta, siten että ihmisen voimavarat muodostuvat terveydestä ja toimintakyvystä, koulutuksesta ja osaamisesta sekä arvoista ja asenteista. Ilmarinen kuvaa työkykyä rakennelmana tai talona, jossa on neljä kerrosta: kolme alinta kuvaavat yksilön henkilökohtaisia voimavaroja ja neljäs kerros itse työtä ja työoloja.

Ilmarisen (2006) kuvaamassa työkykytalossa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys ja toimintakyky muodostavat yhdessä työkyvyn perustan. Ammatillinen osaaminen sekä tietojen ja taitojen jatkuva päivittäminen korostuvat samalla kun eri toimialoilla syntyy jatkuvasti uusia työkykyvaatimuksia ja osaamisen alueita. Arvot, asenteet ja motivaatio vaikuttavat merkittävästi työkykyyn, niin että mielekkääksi ja haasteelliseksi koettu työ vahvistaa työkykyä, kun taas omia odotuksia vastaamaton työ heikentää sitä. Työ kuvaa työpaikan konkreettista työtä ja työoloja, työyhteisöä ja organisaatiota, jossa myös esimiestyö ja johtaminen ovat keskeinen osa toimintaa (Kuvio 1). Mallin ulkokehälle kuuluvat myös työterveyshuolto ja työsuojelu. Vastaavanlaisia osatekijöitä liittyy myös käsitteeseen työllistyvyys – employability – jota käytetään arvioi-

Kuvio 1

Työkyky ja siihen vaikuttavat tekijät (Ilmarinen 2006)



taessa työnhakijan työllistymismahdollisuuksiin vaikuttavia tekijöitä. Tällöin työllistyvyyttä tarkastellaan ensi sijassa ihmisen henkilökohtaisten ominaisuuksien, fyysisen ja psyykkisen kunnon, työkyvyn, ammatillisten valmiuksien, työhistorian, työasenteiden, työnhakumenetelmien ja liikkuvuuden pohjalta. (McQuaid ja Lindsay 2005, Järvikoski ym. 2011.)

Työterveyshuollon lakisäätteisiä tehtäviä ovat vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen työntekijän terveydelliset edellytykset huomioon ottaen, kuntoutusta koskeva neuvonta sekä hoitoon, lääkinnälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen ohjaaminen (Finlex 2001). Kuntoutuksen tehtävä ja tavoite on pysynyt samana eri vuosikymmenillä. Veikko Niemi (1961, 1962) on määritellyt kuntoutuksen ”toimenpiteiden sarjaksi” ja ”monipolviseksi prosessiksi”, jonka tarkoituksena on auttaa vajaakuntoinen yksilö hänelle sopivaan työhön ja muutoinkin mahdollisimman normaaliin elämään. Toimenpiteiden sarjan tai palveluketjun rinnalla kulkee kuntoutujan oma ”sisäisen kuntoutumisen, sopeutumisen ja kasvamisen prosessi”.

Kuntoutus on usein monisektorista ja moniammatillista toimintaa, joka käynnistyy ja toteutuu moniportaisena prosessina. Kuntoutuksella pyritään auttamaan kuntoutujaa toteuttamaan omia elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämäntilanteensa silloin, kun hänen selviytymismahdollisuutensa ovat syystä tai toisesta uhattuina. Kuntoutuksen määritelmässä painotetaan toiminnan tavoitteellisuutta ja prosessinomaisuutta: pyrkimystä erilaisten toisiaan seuraavien toimenpiteiden ja palvelujen avulla muutokseen ja nykyistä parempaan tilaan. Asiakkaan ottamista oman kuntoutuksensa suunnitteluun on pidetty kuntoutuksen ydinkysymyksenä. (Järvikoski ym. 2000.)

Kuntoutukselle on ominaista kokonaisvaltaisen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden kattava lähestymistapa sekä käsitys situationaalisuudesta, jossa ihminen nähdään omassa elämäntilanteessaan toimivana subjektina. Tavoitteet on tärkeää määritellä siten, että kuntoutuja voi motivoitua ja sitoutua niihin. (Kokko 2003.) Kuntoutumisessa on kyse myönteisestä muutoksesta, ja siksi kuntoutumisen tukeminen on aina tavoitteellista toimintaa. Lähtökohtana kartoitetaan kuntoutujan toimintakyky eli fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat ja tarpeet. Kuntoutuksen tehtävänä on tukea kuntoutujan toiminta- ja työkykyä, lisätä elämäntilanteen

ta sekä vahvistaa omatoimisuutta ja arkielämässä suoriutumista. (Kettunen ym. 2009.)

Tässä tutkimuksessa kuntoutusprosessilla tarkoitetaan työntekijän toiminta- ja työkyvyn parantamiseen tähtäävää kuntouttavien toimenpiteiden suunnitelmallista kokonaisuutta, jonka työterveyshuolto käynnistää, ohjaa ja jonka toteutumista se seuraa.

TYÖTERVEYSHUOLTO PALTAMON TYÖLLISYYSKOKEILUSSA

Paltamon malliin työllistetyt työntekijät ovat palkkatyösuhteessa Työvoimataloon ja heillä on oikeus lakisäätteiseen työterveyshuoltoon. Perussairauenhoidon osalta työntekijät ohjataan terveyskeskukseen. Periaatteena on, että kaikki työllistetyt käyvät terveydenhoitajan työhöntulotarkastuksessa, jonka jälkeen heidät voidaan tarvittaessa ohjata työterveyslääkärille. Työterveyslääkärille voidaan ohjautua myös kuntoutusohjaajan, työhön valmentajan tai pajaohjaajan kautta. Työterveyshuollossa työskentelee työterveyshoitaja, kaksi kuntoutusohjaajaa ja vuorotellen kaksi työterveyslääkärinä ostopalveluna. Lisäksi Työvoimatalossa työskentelee viisi pajaohjaajaa, työhön valmentaja ja työnetsijä sekä hallinto- ja toimistohenkilökuntaa. Kuntoutuksen ja työhönvalmennukseen on nimetty vastuuhenkilöt.

Kaikki työllistetyt osallistuvat hankkeen aikana työ- ja toimintakykyarviointiin ja kuntoutuksen tarvearviointiin. Työterveyshuolto käyttää hoitoonohjausta erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmissa. Paltamon mallissa työterveyshuollon tavoitteena on työ- ja toimintakykyä heikentävien tekijöiden tunnistaminen ja ehkäisy, osatyökykyisten työkyvyn seuranta sekä tarvittaessa ohjaus edelleen hoito- ja kuntoutusjärjestelmään. Lisäksi selvitetään ammatillista kuntoutustarvetta ja tuetaan kuntoutussuunnitelmien toteutumista. Työkyvyttömyyden toteamisen jälkeen henkilöä ohjataan eläkkeenhaussa. (Kokko ja Saikku 2010). Sosiaalisen kuntoutuksen työmuotona asiakas voidaan ohjata kuntouttavaan työtoimintaan.

Työterveyshuollossa on kehitetty erilaisia kuntoutuskäytäntöjä, kuten työssä selviytymisen arviointi, toimintamalli työkyvyn tukemiseksi prosessina, työkokeilun arviointi ja kuntoutumisen portaat Paltamossa (Kerätär 2011). Paltamon mallissa työterveyshuollon asiakkaat ovat välityömarkkinoille työllistettyjä, entisiä TE-toimiston työttömiä työnhakijoita, osa heistä vaikeasti

työllistyviä, vajaakuntoisia ja pitkäaikaistyöttömiä. Toimiminen välityömarkkinoilla tuo erityisen haasteen työkyvyn arviointiin ja kuntoutukseen.

AINEISTON ANALYYSI

Artikkeli on osa laajempaa Paltamon työllisyyskokeilun kuntoutusvaikutusten arviointitutkimusta (Kokko ja Saikku 2010). Kuvaileva tapaus-tutkimus kohdistuu työterveyshuollon kuntoutuksen käytäntöihin, jossa tutkimusaineistona on työterveyslääkäreiden kirjaama kuntoutusseuranta-aineisto.

Paltamon Työvoimayhdistys ry:ssä oli joulukuussa 2012 yhteensä 269 voimassa olevaa työ-sopimusta. Työterveyslääkärit olivat kirjanneet sähköiseen kuntoutusseurantaan ajalta 1.11.2010–11.1.2012 yhteensä 139 kuntoutuskäyntiä, jotka koskivat 80 eri henkilöä. Kuntoutus-seurannan käyntikirjaukset (n=80) ovat artikkelin tausta-aineistona. Lähempään tarkasteluun on valittu ne käyntikirjaukset (n=13), joissa työ-terveyshuollon asiakkaille oli kirjattu kolme tai useampi kuntoutukseen liittyvää työterveyslääkärikäyntiä ajankohtana 1.11.2010–15.9.2012. Asiakkaista nuorin oli 18-vuotias ja vanhin 59-vuotias. Kuntoutusasioiden lisäksi asiakkailla on ollut myös muita lääkärikäyntejä, joita ei ole kirjattu kuntoutusseurantaan. Lääkärikäynneistä noin joka kolmannen asiakkaan käynti on kirjattu kuntoutusseurantaan (Kerätär 2012).

Lähempään tarkasteluun valittu aineisto sisältää asiakkaiden (n=13) vähintään kolmen ja enintään seitsemän käyntikerran kirjaukset työterveyslääkärien vastaanotolla. Tavoitteena oli tunnistaa useista yksittäisistä käynneistä muodostuvia yksilöllisiä kuntoutuspolkuja ja -prosesseja. Tällöin aineistoksi valikoitui työterveyshuollon ja kuntoutuksen vaativin ja eniten palveluja tarvitseva kärki, jolla oli eniten vaikeuksia selviytyä työssä. Osalla työllistetyistä oli vaikeita ja pitkälle edenneitä terveys- ja toimintakykyongelmia. Valittu aineisto (n=13) sisältää yhteensä 159 sivua lomakepohjalle kirjattua tekstiä. Sähköiseen kuntoutusseurantaan on kirjattu muun muassa työterveyslääkäriellä käyntiaika, käyntisyys, toimintakykyongelmat, toimintakykyrajoitteet, toimet Työvoimatalossa, jatko-ohjaukset, kuntoutustarve, kuntoutustoimenpiteet, eläkemahdollisuuksien selvittely, jatkotoimet ja muut asiat.

Luonteeltaan kuntoutusseuranta-aineisto on pirstaleista. Erillisten käyntikirjausten perusteella työkykyongelmissa on tehty hyvin monenlaisia

tutkimuksia, selvityksiä, työkyvyn arviointeja ja lausuntoja. Työterveyshuollon keskeinen rooli on tunnistaa kuntoutustarpeet ja käynnistää kuntoutusprosessi. Usein tämän prosessin käynnistämiseen tarvitaan kuitenkin pitkän aikavälin seurantaa, tutkimuksia ja useita työterveyshuollon käyntejä. (Kokko ja Saikku 2012.) Työkyvyn heikkeneminen on usein ajallisesti pitkäkestoinen prosessi, joka voi sisältää eripituisia ja joko saman tai eri sairauden perusteella myönnettyjä sairauspoissaolo- ja/tai kuntoutusjaksoja (Kuuva 2011).

Aineiston analyysin olen toteuttanut sisällön analyysillä, luokittelemalla, teemoittamalla ja ryhmittelemällä valitun kuntoutusseuranta-aineiston. Aineiston olen analysoinut useista eri näkökulmista, eri kategorioiden mukaan ja kvantifioimalla, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy aineistossa. (ks. Tuomi ja Sarajärvi 2002, 94–95, 117). Aineistosta olen nostanut esiin toimintakyvyn ja työkyvyn arvioinnin sekä kuntoutuksen toimenpiteitä ja niiden pohjalta muodostuvia prosesseja. Kuntoutusseuranta-aineiston olen luokitellut vaiheittain: 1) ryhmittely asiakkaiden pääasiallisiin toimintakykyongelmiin; 2) yksilöllisten asiakaspolkujen kuvaukset eri ryhmässä; 3) toimintakykyrajoitteiden arviointi ICF-luokituksen näkökulmasta. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus- ja kuvausjärjestelmä, jonka luokitusalueita ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Luokitus on kehitetty määrittelemään kattavasti terveydentilaan liittyvän toimintakyvyn aihealueita ja se toimii apuvälineenä toimintakyvyn arvioinnissa ja mittaamisessa (WHO, Stakes 2004); 4) työterveyshuollon toimenpiteiden jäsentäminen yhteensä 18 teeman alle; 5) työkyvyn arviointi Työkykytalon (Ilmarinen 2006) osa-alueiden näkökulmasta; 6) työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosessien jäsentäminen toimijoittain.

Käyntikirjausten perusteella muodostin kuvan asiakaskohtaisista toimintakyvyn ja työkyvyn arvioinnin sekä kuntoutuksen toimenpiteistä työterveyshuollon näkökulmasta. Asiakaskohtaisesti erilaisia yksittäisiä toimenpiteitä oli kirjattu enimmillään jopa useita kymmeniä. Sisällön analyysillä olen pyrkinyt järjestämään aineiston tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tavoite on ollut luoda hajanaisesta aineistosta mielekästä ja yhtenäistä

informaatiota. (Hämäläinen 1987, Strauss ja Corbin 1990, 1998.) Kuntoutusseuranta-aineiston olen analysoinut useista eri näkökulmista, erottamalla sisällöllisesti toimintakykyongelmat ja -rajoitteet sekä toimintakyvyn ja työkyvyn arvioinnin. Aineiston osa-alueet on analysoitu erikseen ja vaihteittain eri konteksteissa. Näin olen pyrkinyt välttämään aineiston päällekkäiset analyysit ja tulkinnat. Kuntoutusseuranta-aineiston kirjausten pohjalta olen muodostunut käsityksen työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosesseista Paltamon työllisyyskokeilun työterveyshuollossa.

ANALYYSIN TULOKSET

TYÖLLISTETTYJEN TOIMINTAKYKYONGELMAT

Kuntoutustutkimus pohjautuu biolääketieteelliseen ihmiskäsitykseen. Paltamon mallin työterveyshuollon lähestymistapa on ollut lähtöä liikkeelle toimintakyvyn arvioinnista, jossa tunnustetaan työntekijän toimintakyky ja siinä olevat haitat ja ne suhteutetaan hänen työssään oleviin suoritusvaatimuksiin. Työssä suoriutumisen vaatimuksia ovat fyysisen suoriutumisen lisäksi osaimiseen ja psykososiaaliseen suoriutumiseen liittyvät vaatimukset. (Kerätär 2009, 2012–2013.) Kuntoutusseuranta-aineistossa työterveyslääkärin vastaanotolla käynnin syyt ja asiakkaiden pääasialliset toimintakykyongelmat on luokiteltu kuuteen ryhmään: erikseen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyongelma, lisäksi fyysinen ja psyykinen yhdessä, psyykinen ja sosiaalinen yhdessä sekä kaikki kolme toimintakykyongelmaa yhdessä. Lisäksi aineistossa esiintyi muita toimintakykyyn liittyviä kirjauksia, jotka koskivat omatoimisuutta, motivaatiota ja muita seikkoja, kuten työstä poissaoloa, lääkitystä tai päihteiden käyttöä. Lääkäreiden kirjaamat toimintakykyongelmat jakautuivat seuraavasti:

Taulukko 1.

Työllistettyjen pääasialliset toimintakykyongelmat

Pääasiallinen toimintakykyongelma	n = 13
fyysinen toimintakyky	3
psyykinen toimintakyky	1
sosiaalinen toimintakyky	1
fyysinen ja psyykinen	1
psyykinen ja sosiaalinen	6
fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen	1

Työterveyshuoltoon oli hakeutunut tai ohjattu asiakkaita, joilla oli useita yhtäaikaista ja kasautuneita toimintakykyongelmia. Työterveyshuollossa useimmin asioineista (n=13) fyysinen toimintakykyongelma oli yhteensä viidellä asiakkaalla, psyykinen toimintakykyongelma yhteensä yhdeksällä ja sosiaalinen toimintakykyongelma yhteensä kahdeksalla asiakkaalla. Valitussa aineistossa korostuivat psykososiaaliset toimintakykyongelmat. Niiden luonne ja laaja-alaisuus oli yllättävää ottaen huomioon, että henkilöt olivat ennen työllisyyskokeiluun tuloaan olleet työnhakijoina avoimille työmarkkinoille.

Psykososiaalisen toimintakyvyn ongelmat liittyivät päihde- ja mielenterveysongelmiin, vuorovaikutukseen, omatoimisuuden ja motivaation puutteeseen, työssä jaksamattomuuteen, masennukseen, arkuuteen, estyneisyyteen tai itsestä huolehtimisen vaikeuteen. Päihde- ja mielenterveysongelmien on todettu tuottavan usein huonommuuden ja arvottomuuden kokemuksia. Näistä kuntoutuminen merkitsee, että ihmisen suhde itseensä, läheisiin ja ympäristöön muuttuu. (Romakkaniemi ja Väyrynen 2011.) Psykososiaalisen kuntoutuksen tehtävä on tarjota mahdollisuuksia korjaaviin kokemuksiin, joiden kautta ihminen voi hahmottaa uudelleen suhdetaan työhön, koulutukseen ja muihin toimintaympäristöihin. Käsitys omasta toimijuudesta syntyy vuorovaikutuksessa sekä ihmisten että ympäristön kanssa. (Granfelt 1993.) Työllisyyskokeilu ja työterveyshuolto tarjosivat työllistetyille osallistumisen työyhteisöön, uusia toimintamahdollisuuksia, sosiaalista tukea ja vuorovaikutussuhteita.

YKSILÖLLISET ASIAKASPOLUT

Kuntoutuminen toteutuu Järvikosken (1996) mukaan prosessina, joka etenee kohti parempaa elämänhallintaa ja sosiaalista selviytymistä. Useimmiten ei ole järkevää tai mahdollista määritellä tavoitteita tarkasti ja silloin riittää, kun suunta on selvillä. Kuntoutusseurannassa oli havaittavissa, että lääkärikäyntikertojen lisääntyessä asiakkailla todettiin uusia toimintakyvyn ongelmia. Osalla seurantaan kirjatusta työllistetyistä esiintyi useita yhtäaikaista fyysisen, psyykkisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia. Seuraavaksi kuvaan kuntoutusseuranta-aineiston pohjalta työterveyshuollon näkökulmasta erilaisten toimintakykyongelmien tilanteissa toteutettuja kuntoutusinterventioita ja niiden perusteella käynnistyneitä asiakaspolkuja. Asiakkaiden toimintakykyongel-

mat on luokiteltu kuuteen ryhmään; sulkeissa mainitut tapaukset edustavat näitä ryhmiä ja kuvaavat niissä toteutettuja kuntoutustoimenpiteitä ja yksilöllisesti käynnistyneitä asiakaspolkuja.

Fyysinen toimintakyky (tapaus 6) Asiakkaan toimintakykyongelma liittyi fyysisen vamman kipuoireisiin. Varsinaisia kuntoutuskäyntejä työterveyslääkärillä kirjattiin yhteensä kuusi puolen-toista vuoden aikana. Asiakas todettiin vajaakuntoiseksi, hänellä todettiin kuntoutustarve ja annettiin lähete erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon. Asiakas odotti erikoissairaanhoidon toimenpiteitä, minkä vuoksi ensimmäisellä käynnillä määrättyä sairauslomaa jatkettiin, kunnes sairausloma muuttui kuntoutustueksi. Asiakkaalle tehtiin työkykyarvio. Työvoimatalon kuntoutusohjaaja selvitti kuntoutustarvetta ja työpajan esimies arvioi työssä suoriutumista. Kuntoutusasia vietiin Työvoimatalon kuntoutustyöryhmään. Sairauslomapäivät täyttyivät, lääkäri suosittelee eläkettä ja kirjoitti lääkärin B-lausunnon eläkettä varten. Asiakkaan kuntoutusprosessi muuttui eläkeprosessiksi.

Psyykinen toimintakyky (tapaus 11) Asiakkaan käyntikirjaukset alkoivat vastaanottokäynnistä työkykykontrollissa työssä jaksamattomuuden vuoksi ja sairausloman päätyttyä. Tilanteesta sovittiin pidettäväksi verkostoneuvottelu mielen-terveystoimiston kanssa ja aikaisemmin sovitut käynnit mielen-terveysyksikössä jatkuivat. Eläkemahdollisuuksien ja psykiatrin selvitely olivat meneillään yhteistyössä mielen-terveysyksikön kanssa. Seuraavalla käynnillä todettiin henkistä jaksamista tukevan kuntoutuksen tarve ja valmisteltiin psykiatrista työkykyarviota. Joitakin kuukausia myöhemmin työterveyslääkärillä käynnin syyksi kirjattiin työkyvyttömyyseläke. Asiakkaalla todettiin useita toimintakykyongelmia ja vaikeita toimintakykyrajoitteita. Asiakas ohjattiin moniammatilliseen yhteispalaveriin ja hoito jatkui mielen-terveystoimistossa. Työterveyslääkäri kirjoitti lääkärin B-lausunnon eläkettä varten. Asiakkaan kuntoutusprosessi vaihtui eläkeprosessiksi.

Sosiaalinen toimintakyky (tapaus 13) Asiakkaan toimintakykyongelma liittyi päihdeiden käyttöön ja päihtyneenä olemiseen työssä. Asiakas ohjattiin päihdekuntoutuslaitokseen ja terveydenhoitajan oli määrä seurata tilannetta. Päihdekaton ja sosiaalisen kuntoutuksen järjestämiseksi tehtiin yhteistyötä päihdehuollon kanssa. Asiakas ohjattiin päihdeohjelman mukaiseen prosessiin ja moniammatilliseen yhteispalaveriin.

Asiakas ei halunnut kuitenkaan lähteä kuntoutukseen. Seurannassa todettiin psyykkisen toimintakyvyn ongelmia ja asiakas ohjattiin kuntoutustiimiin. Työvoimatalossa toteutettiin työjärjestelyjä ja työtehtäviä muutettiin. Asiakas ei suostunut lähtemään päihdekuntoutukseen ja hänen työsuhteensa keskeytettiin. Myös kuntoutusprosessi keskeytyi.

Fyysinen ja psyykinen toimintakyky (tapaus 8) Asiakkaan toimintakykyongelma liittyi vajaakuntoisuuteen, psyykkisen toimintakyvyn ongelmiin ja ammatillisten suunnitelmien jumiutumiseen. Asiakkaalla todettiin kuntoutustarve ja tavoitteena oli tukea hänen työssä selviytymistään. Työterveyshuolto ja Työvoimatalo laativat ammatillisen kehittymisen ja hoidon suunnitelman. Työterveyshuollon seurannassa asiakkaalla todettiin myös fyysisen toimintakyvyn ongelmia. Asiakas ohjattiin mielen-terveysyksikköön, selvitettiin kuntoutustarvetta ja ohjattiin kuntoutustyöryhmään. Työkykyarvion jälkeen työpaikalla toteutettiin työjärjestelyjä, tehtävämuutoksia ja työssä uudelleensijoitus. Asiakkaan kuntoutusprosessi ja työssä selviytymisen tukeminen jäivät jatkumaan työterveyshuollon seurannassa.

Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky (tapaus 7) Asiakkaan käyntisyyksi oli kirjattu työkykyarvio tai eläkeselvittely tilanteessa, jossa toimintakykyongelmat liittyivät omatoimisuuteen sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Hänellä todettiin arkipäivän toiminnassa selviytymistä tukevan kuntoutuksen tarve. Asiakas ohjattiin Työvoimatalon moniammatilliseen palaveriin sekä työssä selviytymisen arviointiin ja hän sai lähetteen erikoissairaanhoidon. Eläkemahdollisuuksien selvittely ja tutkimukset käynnistyivät erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Joitakin kuukausia myöhemmin asiakas tuli fyysisen oireen vuoksi vastaanotolle ja lääkäri totesi hänellä useita ehdottomia toimintakykyrajoitteita. Työjärjestelyjä muutettiin ja asiakas ohjattiin moniammatilliseen yhteispalaveriin ja kuntoutuspalaveriin. Lääkäri ehdotti harkittavaksi työkyvyttömyyseläkkeen hakua. Seuraavalla käynnillä asiakas tuli työkyvyn arviointiin, yhteistyössä oli mukana moniammatillinen tiimi ja tilannetta seurattiin. Lääkäri totesi työkyvyttömyyden lääketieteellisten syiden ja työssä selviytymättömyyden perusteella. Asiakas ei halunnut hakea eläkettä, vaan jatkoi Työvoimatalolla entiseen tapaan. Seuraavalla käynnillä häntä motivoitiin hakemaan eläkettä ja tilannetta seurattiin edelleen. Kuntoutusohjaaja selvitti eläke-etuuksia ja työter-

veyslääkäri kirjasi henkilön työkyvyttömäksi. Vuoden kuluttua ensimmäisestä käyntikirjauksesta sairausloma loppui ja asiakkaalla todettiin laaja-alaiset toimintakykyongelmat. Moniammatillista yhteistyötä jatkettiin. Lääkäri kirjoitti eläkelausunnon ja lausunnon edunvalvojan hankkimiseksi ja kuntoutusohjaaja auttoi asiakasta hakemuksen tekemisessä. Asiakkaan tilannetta voi luonnehtia pitkittyneeksi eläkeprosessiksi.

Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky (tapaus 2) Asiakas oli tullut vastaanotolle fyysisen vaivan vuoksi ja työterveyslääkäri totesi hänellä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä ongelmia. Työkyvyn arvioinnin ja kuntoutustutkimuksen jälkeen tilannetta seurattiin. Asiakas ohjattiin ammatillista osaamista lisäävään kuntoutukseen. Myös eläkemahdollisuuksien selvittely käynnistettiin ja seurannan aikana todettiin osatyökyvyttömyys. Asiakas harkitsi eläkevaihtoehtoa. Hänet ohjattiin ammatinvalinnan ohjaukseen. Hänelle kirjoitettiin lääkärinlausunto osatyökyvyttömyyseläkettä varten, mutta hän ei halunnut pienten tulojen vuoksi hakea eläkettä. Hän päätyi harkitsemaan koulutusta tai ammatillista kuntoutusta. Tilanteessa ammatilliset suunnitelmat olivat avoimet, asiakas oli todettu työkyvyttömäksi ja häneltä puuttui ammatillinen koulutus. Ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia selvitettiin työterveyshuollon, ammatinvalinnan ohjauksen ja Kelan yhteistyössä. Kuntoutusohjaaja ja ammatinvalinnan ohjaaja jatkoivat asiakkaan tukena ja kuntoutusprosessin seuranta jatkui työterveyshuollossa.

Työterveyshuollon ja kuntoutusseurannan vielä jatkuessa asiakasprosessit (n=13) jakautuivat tarkasteluajankohtana seuraavasti: kuntoutusprosesseja oli kuusi, eläkeprosesseja viisi, hoitoprosesseja yksi ja koulutusprosesseja oli yksi. Kuntoutus- ja hoitoprosessin tavoitteena oli työhön paluu, koulutusprosessi johti opiskelemaan ja eläkeprosessi käynnisti työkyvyttömyyseläkkeen haun.

TOIMINTAKYKYRAJOITTEIDEN ARVIOINTI

Laajemmassa kuntoutusseuranta-aineistossa (n=80) toimintakykyrajoitteet jakautuivat työterveyslääkäreiden kirjausten perusteella seuraavasti: fyysinen toimintakyky (n=78), psyykinen toimintakyky (n=53), sosiaalinen toimintakyky (n=38), omatoimisuus (n=14), motivaatio (n=8) ja muu asia (n=17). Käynneistä 65 prosentissa henkilöille oli kirjattu yksi toimintakyvyn ongel-

ma ja 35 prosentissa henkilöillä oli arvioitu olevan kahdesta viiteen eri toimintakyvyn ongelmaa. Työterveyslääkäreiden kirjauksissa 31 henkilöllä (39 %) oli todettu kuntoutustarve. (Kokko ja Saikku 2012.) Paltamon mallin työterveyshuollossa lähtökohtana oli toimintakyvyn arviointi, josta edettiin työkyvyn arviointiin ja kuntoutuksen suunnitteluun. Käsitteenä toimintakyky on työkykyä kokonaisvaltaisempi ja se muodostaa työkyvyn perustan. Keskeistä siinä on asiakkaan kokonaistilanteen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi.

Kuntoutusseuranta-aineistossa tarkastelen seuraavaksi työterveyslääkäreiden kirjaamia asiakkaiden toimintakykyrajoitteita ICF-osaluokituksen näkökulmasta (ks. sivu 289). Luokitus on kehitetty määrittelemään kattavasti terveydentilaan liittyvän toimintakyvyn aihealueita ja se toimii apuvälineenä toimintakyvyn arvioinnissa ja mittaamisessa (WHO, Stakes 2004). Paltamon työterveyshuollon kuntoutusseurannassa ICF-luokitusalueeksi on valittu suoritukset ja osallistuminen osio, joka sisältää yhdeksän osa-alueita: oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluontoiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämää koskeva alue (Wikipedia/ICF-luokitus.) Toimintakykyrajoitteet on pisteytetty neljään kategoriaan: lievä, kohtalainen, vaikea tai ehdoton ongelma.

Laajemmassa kuntoutusseuranta-aineistossa (N=80) ICF-luokituksen rajoitteet koskivat kansalaiselämää 41 %, liikkumista 40 %, vuorovaikutusta 34 %, yleisluontoisia tehtäviä 27 %, oppimista 25 %, elämänalueita 21 %, itsestä huolehtimista 19 %, kommunikointia 18 % ja kotielämää 17 %. Suppeasta aineistosta eli useimmin työterveyshuollossa asioineista (N=13) lähes kaikilla henkilöillä kirjattiin lieviä tai kohtalaisia toimintakykyrajoitteita useilla suoriutumisen ja osallistumisen osa-alueilla, noin puolella useita vaikeita ja kahdella henkilöllä ehdoton tai ehdottomia toimintakykyrajoitteita. Yhdellä henkilöllä kirjattiin enimmillään kahdeksan toimintakykyrajoitetta yhdeksästä. Vaikea-asteisimmat ja kasautuneet toimintarajoitteet koskivat psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä omatoimisuutta. Seurantakirjauksista oli pääteltävissä, että lääkärikäyntien tiheyden ja asiakkaan tilanteeseen tutustumisen myötä pisteytysten määrä ja vakavuusaste tarkentuivat siten, että ensimmäi-

sellä käynnillä määritelty lievä tai kohtalainen ongelma määriteltiin useamman käynnin jälkeen vaikeaksi. Vaikea-asteiset ja kasautuneet toimintakykyrajoitteet kertoivat myös niiden pitkäaikaisuudesta, jolloin kuntouttavat ja toimintakykyä korjaavat toimenpiteet olivat käyneet hyvin rajallisiksi. Nämä asiakkaat ohjautuivat pian eläkeselvittelyyn.

TYÖTERVEYSHUOLLON TOIMENPITEET

Toimintakykyrajoitteiden lisäksi kuntoutusseurannan kirjauksiin kuuluivat työterveyshuollon omat toimenpiteet sekä ohjaukset Työvoimatalon ulkopuolelle. Kuntoutusseuranta-aineisto oli luokiteltavissa työterveyshuollon toimenpiteiden perusteella yhteensä 18 teeman alle. Työterveyslääkärin vastaanotolla useimmin käyneillä (n=13) asiakkaila oli kirjattu toimenpiteiksi kuntoutustarveselvitykset, ohjaus jatkotutkimuksiin tai -selvityksiin tai tilanteen seuranta. Lähes kaikilla heistä oli kirjattu lisäksi sairausloma, työkykyarvio tai työjärjestelyt Paltamon Työvoimatalossa. Noin puolella henkilöistä oli kirjattu lähetä erikoissairaanhoidon tai ammatilliseen kuntoutukseen, ohjaus kuntoutustyöryhmään, moniammatilliseen työryhmään tai eläkemahdollisuuksien selvittely. Sitä vastoin vain muutaman henkilön kohdalla oli kirjattu toimenpiteinä mielenterveystoimistoon tai päihdehuoltoon ohjaus tai haettu ja toteutunut kuntoutus.

Työterveyslääkärit olivat kirjanneet erilaisia yksittäisiä toimenpiteitä, läheteitä, selvityspyynnöitä ja jatkotutkimuksia asiakaskohtaisesti keskimäärin 15–30 eri taholle, niin työterveyshuollon ja Työvoimatalon henkilöstölle kuin myös erikoissairaanhoidon. Kirjausten perusteella muodostui kuva monipuolisesta ja laaja-alaisesta toiminta- ja työkyvyn arviointikäytännöstä, jossa lähtökohtana oli asiakkaiden yksilökohtainen kokonaistilanteen selvittäminen ja prosessinomainen työskentely. Pitkäkestoisten ja kasautuneiden terveys- ja toimintakykyongelmien avaaminen, asiakassuhteen rakentaminen, kuntoutuksen ja ammatillisten suunnitelmien laatiminen ja moniammatillinen yhteistyö vaativat pitkäjänteistä työskentelyä. Työterveyshuollossa yksittäisten toimenpiteiden, jatko-ohjauksien, erikoissairaanhoidon tutkimusten ja moniammatillisen yhteistyön ympärille muodostui useita eripituisia prosesseja. Lähtökohtaisesti prosessit olivat kuntoutusprosesseja, mutta ne saattoivat muuttua yksilöllisiksi työllistymis-, hoito-, eläke- tai koulutusprosesseiksi.

TYÖKYVYN ARVIOINTI

Työttömien kohdalla työkyvyn arviointi on osoittautunut vaikeaksi juuri puuttuvan työn vuoksi. Paltamon malli on mahdollistanut työkyvyn arvioinnin myös pitkään työttömänä olleille. Työterveyshuolto toteuttaa laaja-alaista toiminta- ja työkyvyn arviointia, jonka lisäksi sosiaalivakuutus, kuntoutus- ja työkyvyttömyyseläke-etuuksia koskevat ratkaisut edellyttävät lääketieteellistä diagnosointia sekä vika-, vamma- tai sairauskriteerien käyttöä. Työterveyslääkärit, kuntoutuksen henkilökunta sekä Työvoimatalon lähiesimiehet ja pajaohjaajat arvioivat työllistettyjen toiminta- ja työkykyä eri tavoin ja useissa yhteyksissä. Seuraavaksi tarkastelen kuntoutusseuranta-aineistoa Ilmarisen (2006) Työkykytalon osa-alueiden näkökulmasta.

Terveys ja toimintakyky muodostavat Työkykytalon perustan (Kuvio 1). Kuntoutusseuranta-aineiston (n=80) perustella sekä lähemmässä tarkastelussa (n=13) työterveyshuollon asiakkaila oli runsaasti terveys- ja toimintakykyongelmia. Toimintakykyä arviointiin laaja-alaisesti ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen -osion kautta. Fyysiset, psykososiaaliset, päihde- ja mielenterveysongelmat edellyttivät usein sairausloma, hoitoa ja kuntoutusta. Aineiston perusteella asiakkaiden kokonaistilanne tarkentui vähitellen eri käyntikerroilla. Asiakkaan itse kertoma vastaanotolle tulon syy vaihteli eri kerroilla, vaikka lääkärin käyntikirjauksissa toistuivat samat toimintakykyongelmat. Asiakkaiden kokonaistilanne, hoito- ja kuntoutustarve selvitettiin ja laadittiin yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, joka käynnistettiin työterveyshuollon, Työvoimatalon ja moniammatillisen yhteistyön toimenpitein.

Ammatillinen osaaminen on Työkykytalon toinen kerros. Ammattitaitoa, osaamista ja työssä suoriutumisen arviointeja toteutettiin yhteistyössä koulutus- ja kuntoutusvastaavan, kuntoutusohjaajien, Työvoimatalon lähiesimiesten ja pajaohjaajien kanssa. Asiakkaita ohjattiin myös ammatinvalintapsykologin vastaanotolle, ammatillista osaamista lisäävään ja oppimisvaikeuksia helpottavaan kuntoutukseen. Yhdessä esimiesten kanssa suunniteltiin kurssimuotoisia täydennyskoulutuksia, ammattitaidon päivittämistä ja uudelleen koulutuksen vaihtoehtoja.

Arvot, asenteet ja motivaatio muodostavat Työkykytalon kolmannen kerroksen. Työterveyslääkärin vastaanotolla tulivat esiin myös arvot, asenteet ja työmotivaatio, joista esiintyi kirjauk-

sia. Työmotivaation puute ja työssä jaksamattomuus saattoivat ilmetä työstä poissaoloina tai eläkehalukkuutena. Toisaalta jotkut asiakkaat olivat myös erilaisten syiden, usein riittämättömän toimeentulon vuoksi, haluttomia jäämään sairauspäivärahalle tai osatyökyvyttömyyseläkkeelle. Aineistossa esiintyi myös kirjauksia, joissa asiakasta motivoitiin hakemaan eläkettä tai häntä kiellettiin työsuojelutoimenpiteiden perusteella oleilemasta työpaikalla.

Työ, työolot, työn sisältö ja vaatimukset ovat Työkykytalon neljäs kerros. Työtä ja työoloja koskevat kirjat liittyivät työjärjestelyissä tehtäviin muutoksiin, työtehtävien tai työpisteen vaihtoon. Työn sisältöä koskevia kirjauksia esiintyi lähinnä fyysisen työn osalta liikkumiseen, seisomiseen tai istumatyöhön liittyvinä rajoitteina. Työn vaatimuksia koskevia kirjauksia olivat henkinen jaksaminen, sosiaalinen vuorovaikutus sekä työssä ja työyhteisössä selviytyminen. Kirjauksissa esiintyi myös maininta mahdollisesta syrjäytymisuhasta. Päihde- ja mielenterveysongelmat sekä arkipäivässä selviytymisen ongelmat ilmenivät usein käytännön työtehtävissä. Työssä selviytymiseen, kuntoutustarpeen ja vajaatyökykyisyyden arviointiin osallistui myös kuntoutusohjaajat ja lähiesimiehet. Työtä koskevissa maininnoissa todettiin joskus työtehtävien vähäisyys, joka osaltaan vaikeutti työkyvyn arviointia. Asiakkaan työtä koskeva oma arvio kirjattiin muun muassa siten, että Työvoimatalossa on vähän töitä ja asiakas arvelee pärjäävänsä. Ilmarisen (2006) mukaan työyhteisö, esimiestyö, johtaminen ja työterveyshuolto sekä työntekijän lähiyhteisö ja perhe voivat vaikuttaa työntekijän työkykyyn eri tavoin elämänsä aikana.

Työkyky on Työkykytalon ylin kerros ja se rakentuu ihmisen voimavarojen ja työn vaatimusten välisestä tasapainosta. Vajaatyökykyisyys ja työkykyä edistävä kuntoutus esiintyivät usein kirjauksissa. Kuntoutus koski muun muassa henkistä jaksamista tai arkipäivän toimintaa tukevaa kuntoutusta, ammatillista kuntoutusta tai koulutusta, koulutuspaikkaselvittelyjä, Kelan depressiopotilaan kurssia, psykiatrista työkykyarviota, päihdekuntoutusta, kuntoutusrahan hakua tai mielenterveyskuntoutusta. Joskus todettiin, että tilanteessa ei ole kuntoutusmahdollisuuksia ja käynnistettiin eläkeselvittely. Vajaatyökykyisyydestä tai työkyvyttömyydestä kertoivat vaikeudet itsestä huolehtimisessa ja vuorovaikutuksessa tai maininnat syrjäytymisuhkasta, heikkolahjaisuudesta,

eläkemahdollisuuksien selvittelystä tai edunvalvojan hakemisesta.

Työkykyisyys on määritelty ihmisen voimavarojen ja työn vaatimusten väliseksi tasapainoksi (Kuvio 1). Työkyvyn arviointi ja kuntoutus muodostuivat Paltamon mallissa vaativiksi muun muassa siksi, että työelämästä pitkään poissaolleilla oli useita hoitamattomia terveys-, toiminta- ja työkykyongelmia, yli puolella kuntoutusseurannan asiakkaista oli vähintään yksi toimintakyvyn ongelma ja suurella osalla useita yhtäaikaista ongelmia (Kokko ja Saikku 2012). Paltamon palkkamalli sisältää työskentelyn lyhennetyllä työajalla ja osalle työllistetyistä myös tämä osaaikainen työ osoittautui liian vaativaksi. Heidät ohjattiin toiminta- ja työkyvyn arvioinnin kautta kuntoutukseen tai hakemaan eläkettä. Kuntoutusseuranta-aineiston perusteella voi päätellä, että osalla työllistetyistä työkyky ei vastannut avoimien työmarkkinoiden vaatimuksia.

TYÖKYVYN ARVIOINNIN JA KUNTOUTUKSEN PROSESSIT

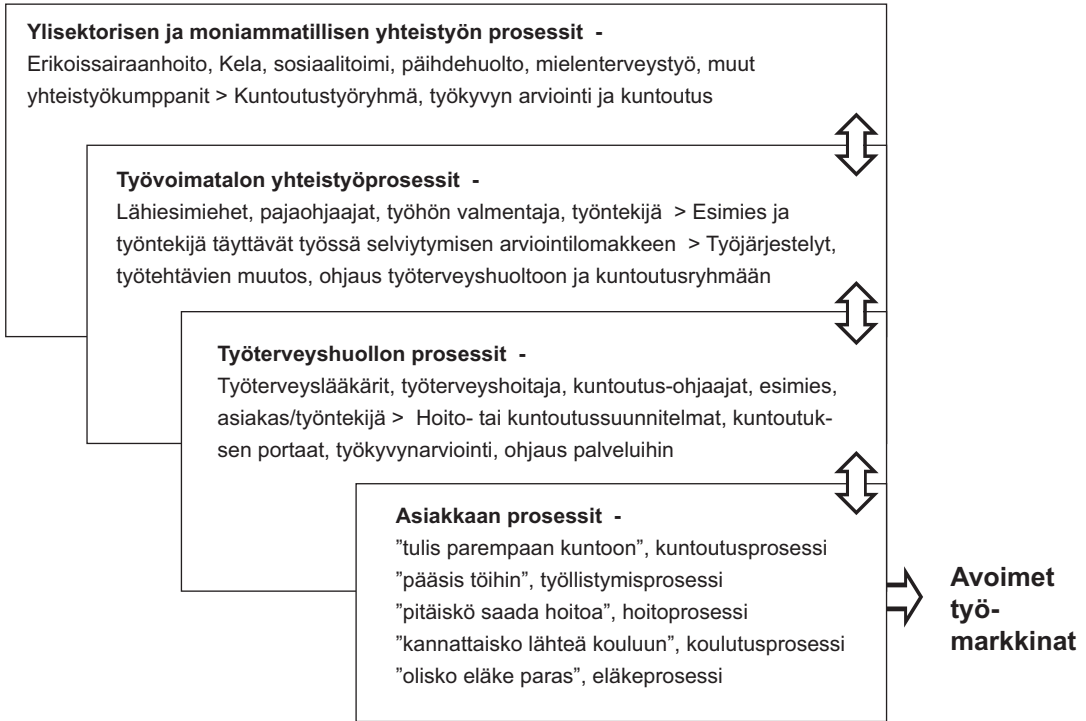
Työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosessilla ymmärretään yksittäisten toimenpiteiden sijaan erilaisten toimenpiteiden yhdistymistä katkeamattomaksi palveluketjuksi. Kuntoutus nähdään yleisesti eri tahojen jaettuna toimijuutena. Kuntoutusprosesseja on jäsennetty eri tavoin suhteessa yksilön elämäntilanteeseen, toimintaympäristöön ja yhteiskuntaan. (esim. Marks 2002, Kokko 2003, Lahti ja Pienimäki 2004, Romakkaniemi ja Väyrynen 2011). Paltamon mallin työterveyshuollossa työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi jäsentyivät asiakkaiden, työterveyshuollon, Työvoimatalon ja ylisektorisen moniammatillisen yhteistyön rinnakkaisina ja toisiaan täydentävinä prosesseina (Kuvio 2.).

Työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosessit etenivät työterveyshuollon ja asiakkaiden yhteistyöstä laajentuen Työvoimatalon ja yhteistyöverkostojen prosesseiksi. Asiakkaiden prosessit liittyivät kiinteästi oman elämäntilanteen selvittelyyn ja tavoitteisiin, joita he kuvasivat hyvin käytännönläheisesti, kuten ”tulis parempaan kuntoon, pääsis töihin, pitäiskö saada hoitoa, kannattaisko lähteä kouluun tai olisko eläke paras” (Kerätär 2012–2013).

1) Asiakkaan yksilöllinen prosessi saattoi muodostua kuntoutus-, työllistymis-, hoito-, koulutus- tai eläkeprosessiksi. Kuntoutusprosessien rinnalla ja sijaan aineistosta erottui useita eläkeprosesseja.

Kuvio 2.

Työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen prosessit Paltamon mallissa



- 2) Työterveyshuollon prosesseja olivat muun muassa työkyvyn arvioinnit, kokonaistilan-teen kartoitukset, työkykyä heikentävien sairauksien selvittäminen, hoitoon ja kuntoutukseen ohjaus sekä työkyvyn tukemisen ja kuntoutumisen portaat -toimintaprosessit.
- 3) Työvoimatalon yhteistyöprosessit liittyivät lähiesimiesten ja pajaohjaajien työhön. Prosessit sisälsivät työssä selviytymisen arvioinnin yhdessä työntekijöiden kanssa, työjärjestelyjä, työtehtävien muutoksia sekä päihdeohjelmaan, työterveyshuoltoon tai Työvoimatalon kuntoutusryhmään ohjauksen.
- 4) Ylisektoriset ja moniammatilliset yhteistyöprosessit koskivat keskeisesti erikoissairaanhoidoa, Kelaa, sosiaalitoimintaa, päihdehuoltoa ja mielenterveystoimintaa. Moniammatillisiin kuntoutustyöryhmiin kutsuttiin sosiaalityöntekijä, Kelan, velkaneuvonnan tai kehitysvammahuollon työntekijä tai maistraatin edunvalvoja. Vastaanottokäyntien, seuranta-tietojen ja moniammatillisen yhteistyön perusteella työterveyslääkärit muodostivat näkemyksensä asiakkaan toiminta- ja työkykyvys-

tä, hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta ja mahdollisuuksista tai ohjasivat asiakkaan hake-maan eläkettä.

Kuntoutusseuranta-aineiston perusteella asiakasprosessit olivat pitkäkestoisia, jatkuen vähintään vuodesta puoleentoista vuotta tai pidempään. Työterveyshuollolla oli keskeinen rooli tunnistaa kuntoutustarpeet ja käynnistää kuntoutusprosessi. Usein tämän prosessin käynnistämiseen tarvittiin luottamuksellisen asiakassuhteen rakentamista, pitkän aikavälin seuranta- ja tutkimuksia ja useita työterveyshuollon käyntejä (Kerätär 2012–2013). Mitä useampia ja vakavampia toimintakykyongelmia asiakkailla oli, sitä monivaiheisempia olivat yksilölliset prosessit. Myös mitä laaja-alaisempaa yhteistyötä asiakkaan tilanne edellytti, sitä pitkäkestoisempia prosessit olivat. Kuntoutusseuranta-aineiston perusteella suurella osalla työllistetyistä oli useita vakavia ja kasautuneita terveys- ja toimintakykyongelmia, jotka edellyttivät työterveyshuollon, Työvoimatalon ja moniammatillisen yhteistyön pitkäkestoisia toimia.

POHDINTA

Paltamon työllisyyskokeilu on mahdollistanut työkyvyn arvioinnin ja kuntoutukseen ohjauksen myös pitkään työttömänä olleille. Työterveyshuolto on tehnyt työllistettyjen työkykyongelmat ja kuntoutuksen tarpeet näkyviksi. Muista välityömarkkinoista poiketen Paltamon Työvoimatalo on tarjonnut työn, jota vasten työkykyä tai työkyvyttömyyttä on ollut mahdollista arvioida ja ohjata asiakas tarvittaessa kuntoutukseen. Työttömien terveystarkastusten, terveydenhoidon kehittämisen ja moniammatillisen yhteistyön tarve on todettu myös aiemmin (Saikku 2009, Saikku ja Sinervo 2010).

Paltamon mallin työterveyshuollosta saadun kokemuksen mukaan työterveyshuollon perinteiset työtävät eivät ole riittäviä pitkään työttömänä olleille. Työkyvyn tai työkyvyttömyyden arviointi on välityömarkkinoilla myös vaikeaa, koska työssä suoriutumisen vaatimukset eivät vastaa yleensä työmarkkinoilla vallitsevia olosuhteita. (Ks. Kerätär 2011.) Paltamon mallin työterveyshuollossa työkyvyn arviointiin ja kuntoutukseen edettiin laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin ja eri tavoin laajenevan moniammatillisen yhteistyön kautta.

Työterveyshuollon toteuttamaan kuntoutusseurantaan (n=80) valikoitui tarkastelujaksona noin joka kolmas kokeiluun työllistetty. Heistä kaikki eivät selviytyneet työssä välityömarkkinoilla fyysisten, psyykkisten tai sosiaalisten toimintakykyongelmien vuoksi, vaikka olivat ennen työllistämistä olleet työmarkkinoiden käytettävissä työttöminä työnhakijoina. Osalla työllistetyistä kuntoutusprosessi vaihtui eläkeprosessiksi. Työhallinnolle tehdyn kyselyn mukaan pitkäaikaistyöttömistä vain kolmasosalla arvioidaan olevan mahdollisuus työllistyä avoimille työmarkkinoille, yli puolet asiakkaista ei kykene palkkatyöhön avoimille työmarkkinoille ja lähes viidennes asiakkaista ei kykene tuettuun palkkatyöhön välityömarkkinoilla (TEM 2013).

Paltamon mallin ja sen työterveyshuollon tavoitteeksi on ilmaistu sosiaalisen syrjäytymisen ehkäiseminen (Laurikainen ja Huotari 2010, Kerätär 2011). Mitä useampia toimintakyvyn ongelmia työllistetyin tilanteeseen kytkeytyi, sitä suuremmaksi kävi sosiaalisen syrjäytymisen mahdollisuus. Tämä riski ei täysin poistunut työllisyyskokeilussa. Henkilöt, joilla oli useita kasautuneita

ta terveys- ja työkykyongelmia, määrättiin sairauslomalle ja he hakivat sairauspäiväraha-ajan päätyttyä työkyvyttömyyseläkettä. Kirjauksista kävi ilmi, että kaikki eivät joko halunneet tai toimeentulovaikeuksien vuoksi voineet jäädä sairauslomalle tai eläkkeelle ja kävivät siksi edelleen työssä Työvoimatalolla. Päihde- ja mielenterveysongelmien hoito ja kuntoutus osoittautuivat vaativiksi tehtäviksi ja niihin sisältyi riski syrjäytyä myös välityömarkkinoilta. Kaikki eivät olleet myöskään motivoituneita lähtemään kuntoutukseen tai hakemaan eläkettä. Välityömarkkinoille työllistäminen oli merkinnyt työllistetyille uusia toimintamahdollisuuksia ja osallisuutta työyhteisöön, kun taas sairausloma tai eläke merkitsi paluuta kotiin työllistämistä edeltäneeseen tilanteeseen. Sairausloma, sairauspäiväraha-aika ja kuntoutustoimenpiteet voivat muodostua työttömyyden ja kotona odottelun kanssa passiivijaksoksi ja asettua työllistymisen esteeksi (ks. Ollikainen 2008). Välityömarkkinoilta syystä tai toisesta pois joutuneille sosiaalisen syrjäytymisen mahdollisuus oli edelleen suuri.

Yhteiskunnallisena yltä tavoitteena on pitää työikäinen väestö työkykyisenä ja saada entistä useammat työttömät osallistumaan työelämään (esim. STM 2011). Riittävän varhainen työkyvyn arviointi, kuntoutukseen ohjaus ja matalan kynnyksen työpaikat ovat keskeisiä keinoja pitää myös työttömät työnhakijat työkykyisinä ja tukea vajaatyökykyisten työnhakijoiden paluuta avoimille työmarkkinoille. Kuntoutusseuranta-aineiston perusteella vain harvan kohdalla oli kyse varhaisesta tukemisesta. Vajaakuntoiset työnhakijat hyötyisivät kuntoutuksesta ja työkyvyttömät työnhakijat kuuluisivat eläkkeelle.

Toisaalta Paltamon malliin työllistetyt ovat toiminta- ja työkyvystään riippumatta käyneet työssä Työvoimatalossa. Paltamon mallin kokemukset ovat osoittaneet, että myös vajaatyökykyisten työssä käynti on mahdollista ja useille mieluisampaa kuin jäädä sairauslomalle tai eläkkeelle. Vastaava vaikeasti työllistyvien ja vajaatyökykyisten työnhakijoiden väestönosa löytynee myös muista kunnista. Ratkaistavaksi jää kysymys, onko yhteiskunnassa ja työmarkkinoilla tarvetta pysyville välityömarkkinoille. Työkyvyn arviointi selvittäisi työttömien työnhakijoiden tilanteen ja kuntoutuksesta olisi sekä yksilöllistä että yhteiskunnallista hyötyä.

The article examined the Paltamo Full-Employment Experiment, work abilities and rehabilitation processes of workers in the intermediate labour market. The research was based on a rehabilitation monitoring (n=80) and rehabilitation processes (n=13) associated data collected by the occupational health care in the Full-Employment Experiment. The article concerned rehabilitation research as a part of Paltamo Employment Model Evaluation Study 2009–2013 coordinated by The National Institute for Health and Welfare (THL).

Rehabilitation monitoring data was considered from different viewpoints. The focus was in the occupational health care, especially in the

clients function abilities and limitations, individual client paths, occupational health care interventions and processes of work ability assessment and rehabilitation.

Employed persons (n=13) had several dysfunctions in full physical, mental and social capabilities. In addition, many of them had severe and cumulative capability limitations. A part of the employed persons could not cope at the intermediate labor market, even if they were registered jobseekers at the open labor market. Work ability assessment and rehabilitation were structured as parallel and expansive processes of the clients, occupational health care, the House of the Active Employment and cross-sectional collaboration.

KIRJALLISUUS

Böckerman P, Ilmakunnas P. Työttömien itsensä kokema hyvinvointi. Teoksessa Hämäläinen K, Tarmio H, Uusitalo R (toim.) Työttömyys – taloustieteellisiä puheenvuoroja. Palkansaajien tutkimuslaitos. Edita, Helsinki 2005.

Finlex 21.12.2001/1383. Työterveyshuoltolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383#L3P11> [Luettu 10.1.2013]

Granfelt R. Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt R, Jokiranta H, Karvinen S, Matthies AL, Pohjola A. (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1993, 175–227.

Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto A, Keskimäki I. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14/2008. Helsinki 2008.

Hinkka K, Aalto L, Grönlund R, Rajavaara M. Työ muuttuu – kehittykö kuntoutus? Teoksessa Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus. Juvenes Print, Tampere 2011, 19–32.

Holm P, Jalava J, Ylöstalo P. Työttömien työkyky 2005. Vertailu palkansaajiin. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 208. Helsinki 2006.

Huotari A. Paltamon Työtä Kaikille -hanke 31.12.2008 Toiminimi Anne Huotarin selvitystyön loppuraportti. 2008 http://www.paltamo.fi/projektit/tyollisyys/Loppuraportti_Anne_Huotari.pdf [Luettu 13.12.2012]

Hämäläinen J. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen ”käsiyötaitoon”. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2/1987. Kuopio 1987.

Ilmarinen J. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2006.

Ilvonen S, Matinmikko J, Palmu M, Romppainen R. Paltamon Työtä Kaikille -jatkoselvitys. Raportti toiminnasta 1.9. –31.12.2008.

Joensuu M, Kivistö S, Lindström K, Malmelin J. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 34. Työterveyslaitos. Tampereen Yliopistokirjapaino Oy – Juvenes Print. 2008.

Järvikoski A. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 46/1994. Yliopistopaino, Helsinki 1996.

Järvikoski A, Vaara M-L, Härkäpää K, Juopperi T, Matinmikko P. Työ kuntoutuksen tavoitteena. Kompassi-projekti Lapin palveluverkostossa. Teoksessa Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Juvenes Print, Tampere 2011, 102–117.

Järvikoski A, Kokko RL, Ala-Kauhaluoma M. Kuntoutuvan asiakkaan palveluketju. Teoksessa Nouko-Juononen S, Ruotsalainen P, Kiikkala I. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammer-Paino, Tampere 2000, 87–103.

Kerätär R. Pitkäaikaistyöttömät hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä. Power point –esitys 27.5.2009.

- Kerätär R. Havaintoja Työtä kaikille -hankkeesta työterveyslääkärin silmin. Teoksessa Kotiranta PL, Kokko RL. (toim.) Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus. Väiliraportti 20.11.2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2011, 7–14.
- Kerätär R. Julkaisematon haastatteluaiaineisto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012–2013.
- Kerätär R, Karjalainen V. Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. Suomen Lääkärilehti 2010;65(45):3683–3690.
- Kettunen R, Kähäri-Wiik K, Vuori-Kemilä A, Ihalainen J. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOYpro Oy, Helsinki 2009.
- Kokko RL. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 72/2003. Yliopistopaino, Helsinki 2003.
- Kokko RL, Saikku P. Paltamon työllistämismallin kuntoutusvaikutusten arviointi. Teoksessa Kokko RL, Kotiranta PL. (toim.) Työllisyys, terveys ja hyvinvointi. Paltamon työllistämismallin arviointitutkimus 2009–2013. Avauksia 17/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010, 69–72.
- Kokko RL, Saikku P. Osatutkimus B. Paltamon työllistämismallin kuntoutusvaikutusten arviointi. Teoksessa Kotiranta PL (toim.) Työllisyys, terveys ja hyvinvointi. Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus. Väiliraportti 4. 31.5.2012, 10–11.
- Kokko RL, Nenonen T, Martelin T, Koskinen S. Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2013. Hankkeen loppuraportti 18/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2013.
- Kortteinen M, Tuomikoski H. Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Hanki ja jää, Hämeenlinna 1998.
- Kuiva N. Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle? Työkykyä palauttavat prosessit. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 05/2011. Edita Prima Oy, Helsinki 2011.
- Lahti J, Pienimäki A. Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Karjalainen V, Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes, Helsinki 2004, 137–152.
- Laiho V, Hopponen A, Latvala T, Rämö AK. Erityisryhmien työkyky – työttömät ja vammaiset. Pellervon taloustutkimus PTT raportteja 225. Helsinki 2010.
- Laurikainen A, Huotari A. Paltamon työllistämismalli. Työllistämismallin historia. Teoksessa Kokko RL, Kotiranta PL. (toim.) Työllisyys, terveys ja hyvinvointi. Paltamon työllistämismallin arviointitutkimus 2009–2013. I osaraportti 2.6. 2010. Avauksia 17/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010, 30–34.
- Marks DF. (toim.) The health psychology reader. Sage, London 2002.
- McQuaid RW, Lindsay C. The concept of employability. *Urban Studies* 2005;42:197–219.
- Nenonen T, Leemann L, Härkänen T, Tyyni U, Kaikkonen R, Koskinen, Kokko RL, Kotiranta, PL, Linnanmäki E. Terveys- ja hyvinvointivaikutukset – lähtötason tilanne 2009–2010. Työllisyys, terveys ja hyvinvointi. Paltamon työllistämismallin arviointitutkimus 2009–2013. Raportti 22/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2011.
- Niemi V. Kuntouttamista vai kuntoutumista. Eripainos. Reuma 1961:6.
- Niemi V. Kuntouttamisen yleisuunnitelman kehittäminen. Eripainos. Sosiaalinen Aikakauskirja 1962:9–19.
- Ollikainen AM. Marginaalin marginaalissa? Vammaiset ja osatyökykyiset työllistymispalveluiden reunoilla. Vates-säätiö & Move-projekti. Helsinki 2008.
- Pensola T, Järvikoski A, Järvisalo J. Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 – tutkimuksen tuloksia. ETK, KELA, KTL ja TTL. Hakapaino, Helsinki 2006, 223–239.
- Rajavaara M, Järvikoski A, Lind J. Mitä palvelutarveselvityksellä saavutettiin? Yhteenveto ja keskustelua tuloksista. Teoksessa Rajavaara M. (toim.) Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seuranta tutkimuksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Kela, Helsinki 2000, 309–332.
- Romakkaniemi M, Väyrynen S. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Juvenes Print, Tampere 2011, 135–151.
- Saikku P. Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 22/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki 2009.
- Saikku P, Sinervo L. Työttömien terveyspalvelujen juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Raportti 42/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aksidenssi Oy, Helsinki 2010.
- Schmid G. Sharing risks: On social risks management and the governance of labour market transitions. Teoksessa Ralf Rogowski (toim.) The European social model and transitional labour markets. Law and Policy. Farnham: Ashgate, 2008, 29–60.
- STM. Työelämäosallisuuden lisääminen on yhteinen asia. Asiantuntijaryhmän ehdotukset heikossa työmarkkina-asemassa olevien henkilöiden työelämäosallisuuden lisäämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2011:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2011.

- Strauss A L, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory. Procedures and techniques. London. Sage. 1990.
- Strauss AL, Corbin J. Basics on qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. (2nd ed.) Sage, London 1998.
- Suikkanen A. Selvitys välityömarkkinoista. SATA-komitean selvityksiä. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLE-4806.pdf. 13.10.2008. Päivitetty 4.5.2009. [Luettu 21.11.2012]
- TEM. Selvitystyö välityömarkkinoiden mahdollisuuksista tukea vaikeasti työllistyvien työelämään osallistumista ja työmarkkinoille pääsyä. TEM raportteja 7/2013. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki 2013.
- Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3.painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki 2002.
- Työterveys ja kuntoutus. Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:60.
- WHO, Stakes. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4, Helsinki 2004.
- Wikipedia. ICF-luokitus. <http://fi.wikipedia.org/wiki/ICF-luokitus> [Luettu 10.12.2012]

RIITTA-LIISA KOKKO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos