

Johanna Turja, Simo Kaleva
& Clas-Håkan Nygård
Kuntoutusprosessin
eteneminen työpaikalla

Tutkimuksessa tarkasteltiin ASLAK®-kuntoutusprosessin etenemistä työpaikalla pk-yrityksissä. Tulosten mukaan kuntoutusprosessi jatkui työpaikkatasolla harvoin. Jatkosuunnitelman kuntoutuksen jälkeen tehtäviksi suositelluista toimista sai puolet kuntoutujista. Suunnitelman toteutumista seurattiin viidesosan kohdalla. Työterveyshuollon ja esimiesten antamaa tukea kuntoutusprosessin etenemiselle pidettiin vähäisenä. Kuntoutuksessa annetut muutossuositukset kohdistuivat pääasiassa kuntoutujan työtapoihin ja henkilökohtaisen terveyden edistämiseen. Tutkimus osoitti, että ASLAK®-kuntoutuksen tavoite kerrannaisvaikutuksesta työpaikalla jäi toteutumatta tai se toteutui puutteellisesti. Tulosten mukaan ASLAK®-kuntoutukselle asetetut työpaikkatason tavoitteet eivät toteudu. Tavoitteiden toteutumiseksi tulisi ASLAK®-toimintaa ja eri osapuolien yhteistyötä siinä edelleen kehittää.

Johdanto

Kuntoutuksen kehitys noudattelee suomalaisen hyvinvointivaltion kehitystä. Kuntoutus on lähtenyt liikkeelle invalidihuoltuna. Sotainvalidien kuntoutus kehittyi itsenäisesti ja vaikutti myöhemmin merkittävästi lääkinällisen kuntoutuksen laitosjärjestelmän syntyyn ja kehitykseen. (Puumalainen & Viikkumaa 2001.) Suomalainen kuntoutus on laajentunut usealla eri tavalla. Käytettävissä olevat varat ja kuntoutujamäärät ovat kasvaneet ja uusia sairauksia on otettu kuntoutuksen piiriin. Kuntoutusta on alettu toteuttaa entistä varhaisemmassa vaiheessa, ja sen kriteeristö on laajentunut ohi sairauden aiheuttaman vajaakuntoisuuden myös muihin työ- ja toimintakykyä heikentäviin tiloihin. (Järvikoski 1984.)

Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK®) on varhaiskuntoutuk-

sen muoto, jolla pyritään työntekijän työ- ja toimintakyvyn edistämiseen ja elämänhallinnan parantamiseen. ASLAK®-toiminta voidaan kuvata työpaikkojen kanssa järjestettävänä yhteistyöprojektina. (Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta, toteutumisen seuranta 1992–1997, 1998.) Kuntoutuksessa syntyy prosessi silloin, kun seuranta ja tukitoimia voidaan järjestää työpaikalla (Rissanen 1992). Työpaikalla tarvittavia muutoksia pyritään saamaan aikaan työolosuhteissa, asenteissa ja työilmapiirissä. Tavoitteena on saada aikaan kerrannaisvaikutuksia. Tämä edellyttää, että työpaikalla sovelletaan opittuja menetelmiä kuntoutukseen osallistuneiden lisäksi myös muiden työntekijöiden kohdalla. (Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2003.)

Kuntoutus on yksi yhteiskunnallisista terveyden edistämisen strategioista. Perustana terveyttä edistävälle toiminnalle voidaan pitää Ottawan (WHO 1986) ja Jakartan (WHO 1997 a, WHO 1997 b) julistuksia. Terveyden edistämisen perusajatuksena on ihmisen vaikutusmahdollisuuksien lisääminen terveyttä sääteleviin tekijöihin. Tämä sisältää sekä ympäristön kehittämisen, sosiaalisten edellytysten lisäämisen että ihmisen käyttäytymisen muutoksen terveyttä edistävään suuntaan. WHO:n (1997 b) Terve työpaikka -ohjelman periaatteita ovat terveyden edistämisen, työterveyden ja työturvallisuuden parantamisen sekä henkilöstön kehittämisen lisäksi yhteiskunnan ja ympäristön kestävä kehityksen tukeminen. Luxemburgin julistus vuodelta 1997 terveyden edistämisestä työpaikoilla Euroopan unionissa korostaa työnantajien, työntekijöiden ja yhteiskunnan yhteistyötä työssäkäyvien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tämä voidaan saavuttaa kehittämällä työtä, työyhteisöä ja työympäristöä, edistämällä aktiivista osallistumista ja rohkaisemalla henkilöstöä kehittämään itseään. (Työterveyslaitos 1997).

Terveyden edistämisen toimet voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiäripreventioon (Järvisalo & Kallio 1991, Kauhanen ym. 1998, Tones & Tilford 2001). Kuntoutus nähdään tertiäripreventiona, jonka avulla yritetään osittain tai kokonaan palauttaa menetetty työ- tai toimintakyky. Varhaiskuntoutus voidaan luokitella sekundaaripreventioksi. Sen tavoitteena on estää työkykyä heikentävät prosessit riittävän aikaisessa vaiheessa (Järvikoski 1992). Kun ASLAK®-kuntoutukselta saatu hyöty pyritään levittämään työpaikkatasolle myös muiden työntekijöiden kuin kuntoutujan hyödyksi, kyseessä on työkykyä ylläpitävä toiminta. Se on yleistä terveyttä edistävää ja työkyvyn alenemista ehkäisevää toimintaa. Toimenpiteitä voidaan näiden työntekijöiden suhteen pitää terveyden edistämisen primaari-preventioina (vrt. Järvisalo & Kallio 1991).

ASLAK®-kuntoutuksen vaikutuksia on tutkittu lähinnä yksilötason näkökulmasta. Mittausmenetelminä on käytetty muun muassa sairauspoissaoloja, erilaisia kyselyjä terveydentilasta, työ- ja toimintakyvystä, työn kuormittavuudesta ja työterveyshuollon palvelujen käytöstä. Objektiviivina mittausmenetelminä on käytetty esimerkiksi toimintakykymittauksia. Keskeisiä tutkimustu-

loksia ovat kuntoutujien suorituskyvyn parantuminen (Nevala-Puranen 1996, Holopainen ym. 1998, Kurki 1999, Hinkka ym. 2000), liikunnan lisääntyminen (Nevala-Puranen 1996, Holopainen ym. 1998, Kurki 1999) ja tuki- ja liikuntaelinoiden lieventyminen (Nevala-Puranen 1996, Holopainen ym. 1998). Koetun terveydentilan (Kurki 1999), työkyvyn (Nevala-Puranen 1996) ja työasentojen parantuminen (Nevala-Puranen 1996) ovat myös ASLAK®-kuntoutuksen tutkimuksissa havaittuja tuloksia.

Sairauspoissaoloja koskevat tulokset ovat riskitaitaisia. On olemassa tutkimuksia, joiden mukaan poissaolot ovat sekä lisääntyneen (Järvinen ym. 1995), vähentyneen (Järvinen ym. 1995) että pysyneen ennallaan (Holopainen ym. 1998). Terveyshuollon käytön on todettu vähentyneen (Nevala-Puranen 1996).

Pientyöpaikoille kohdennettujen ASLAK®-kurssien kokemuksia, lähinnä yhteistyötä ja tiedonkulkua, kartoittaneen tutkimuksen (Salmelainen ym. 2002) mukaan informaatio kuntoutuskursseista jäi pääosin työterveyshuoltoon. Tiedon saanti työpaikalle koettiin ongelmalliseksi ja tieto rajoittui kuntoutuksen päivämääriin. Kuntoutuslaitoksissa kaivattiin lisää tietoa työpaikkojen olosuhteista. Riittämätön keskustelu ja asioiden käsittely kuntoutujan, kuntoutuslaitoksen, työterveyshuollon ja yrityksen kesken ovat keskeiset tulokset Lahtisen ym. (1995) tutkimuksesta, jossa selvitettiin kokemuksia ASLAK®-projektista suuressa lihanjalostusalan yrityksessä.

ASLAK®-kuntoutuksen tavoitteiden toteutumisen kannalta keskeistä on kuntoutusprosessin eteneminen työpaikalla. Mikäli tavoitteena oleva kerrannaisvaikutus työpaikkatasolla halutaan saada aikaan, myös työpaikalla on tehtävä tarvittavat muutokset ja sovellettava opittuja menetelmiä myös muiden työntekijöiden kuin kuntoutujan kohdalla. Kuntoutusprosessin etenemisestä työpaikalla ja kuntoutuksen tavoitteiden tämän tason toteutumisesta ei ole tutkimustietoa.

Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli selvittää ASLAK®-kuntoutusprosessin etenemistä työpaikalla. Tarkastelun kohteena olivat:

- kuntoutuksessa annettujen suositusten toteutuminen työpaikkatasolla,
- kuntoutuksen vaikutuksen leviäminen työpaikalla myös muiden työntekijöiden keskuuteen,

- työterveyshuollon ja työpaikan rooli kuntoutusprosessin etenemisessä ja
- kuntoutujien ilmoittamien kehittämistarpeiden muuttuminen kuntoutuksen myötä.

Tutkimuksen kohteena eivät olleet kuntoutuskurssien sisällöt tai kuntoutujien terveys.

Aineisto ja menetelmät

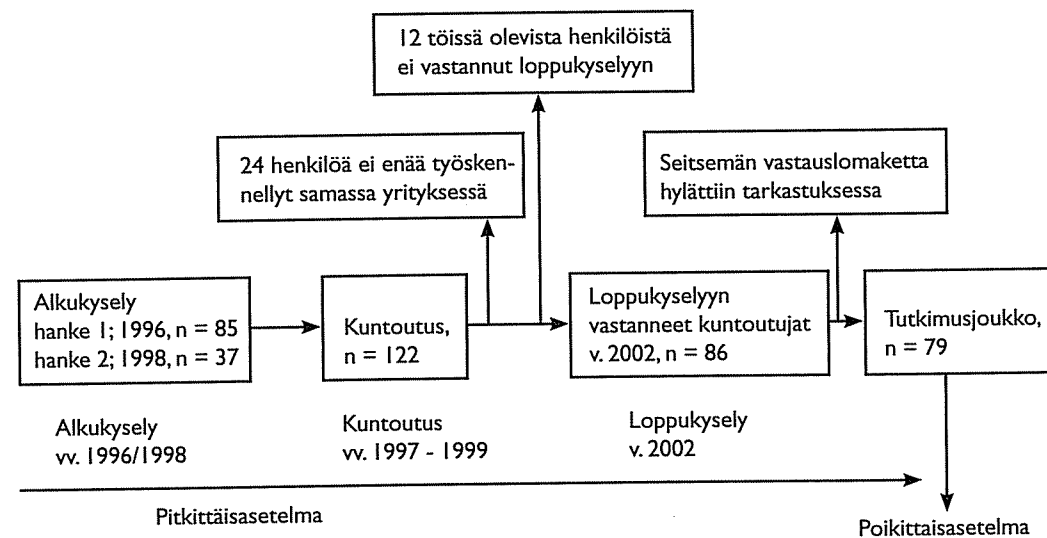
Pientyöpaikoille kohdennetuissa, Euroopan sosiaalirahaston rahoittamissa ja Työterveyslaitoksen organisoimissa kehittämishankkeissa annettiin yritysten työntekijöille mahdollisuus hakeutua ASLAK®-kuntoutukseen. Kuntoutuskurssit kohdennettiin pelkästään kehittämishankkeissa mukana oleville yrityksille. Työkykyä edistävä ja työkyvyttömyyttä ehkäisevä toiminta pientyöpaikoilla -hanke toteutettiin vuosina 1995–1998 (Huuskonen ym. 2000) ja Henkilöstö ja työympäristö voimavarana pk-yrityksissä viidellä toimialalla -hanke vuosina 1998–2000 (Henkilöstö... 2000). Tässä tutkimuksessa näistä kehittämishankkeista käytetään nimitystä hanke 1 ja hanke 2.

ASLAK®-kuntoutus on standardoitua toimintaa, jota toteutettaessa työpaikan työterveyshuolto, Kela ja kuntoutuslaitos ovat läheisessä yhteistyössä. Työterveyshuollon osuus on tärkeä sekä kuntoutuskurssille lähetettävien työntekijöiden valinnassa että jatkoseurannassa. Toiminnalla tulee olla työnantajan tuki. (vrt. Rissanen

1992, Waal 1992, Kallio 1994).

Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi (2003) määrittelee ASLAK®-kurssikonaisuuden pituuden, jaksotuksen ja sisällön. Kuntoutus sisältää lääketieteellisen tutkimuksen, tarvittavat erityistyöntekijöiden konsultaatio- ja yksilötapaamiset sekä lisätutkimukset. Kurssin ohjelma sisältää yleisen ja yksilöllisen harjoitusohjelman, asiantuntijan johtamia opetuskeskusteluja ja ryhmätyöskentelyä, terveyden edistämiseen tähtäävää ohjausta, ravitsemusneuvontaa ja liikunnanohjausta. Ammatilliseen syvennykseen kuuluu muun muassa oman työn tekemisen ja kehittämisen neuvonta, ohjaus ja harjoittelu, asennekasvatus, työympäristössä haitallisesti vaikuttavien tekijöiden merkityksen selvittely ja työyhteisöä koskeva kehittämiskeskustelu.

Oppimisvälineenä ASLAK®-kursseilla käytetään joko työpaikkakäynteihin perustuvaa videointia, omalla työpaikalla tapahtuvaa työharjoittelua tai muuten käytännön työtilanteisiin tai työskentelyolosuhteisiin perustuvaa harjoittelua. Työn haitallisia vaikutuksia, niiden ehkäisyä ja ongelmatilanteiden ratkaisua käsitellään pienryhmään kuuluvien asiantuntijoiden (lääkäri, fysioterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä, terveydenhoitaja) ja tarvittaessa muun työelämän asiantuntijan ohjauksessa. (Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2003).



Kuva 1. Tutkimusasetelma ja tutkimusjoukon muodostaminen.

Kuntoutujille tehtiin alkukysely kehittämissä hankkeiden alussa joko vuonna 1996 (hanke 1) tai vuonna 1998 (hanke 2). Kuntoutuslaitoksissa järjestettiin 20 ASLAK®-kurssia vuosina 1997–1999, ja niihin osallistui 122 kuntoutujaa 74 yrityksestä. ASLAK®-kurssit toteutettiin laitostuntoutusjaksoina, joita oli kahdesta neljään. Kurssin kokonaispituus oli 17–25 vuorokautta.

Tammikuussa 2002 tehtiin loppukysely alkukyselyyn vastanneille 122 kuntoutujalle. Ajanjakso alkukyselystä loppukyselyyn oli keskimäärin neljä vuotta ja kahdeksan kuukautta, sekä kuntoutuksesta loppukyselyyn kaksi vuotta ja kahdeksan kuukautta.

Tutkimusaineiston muodostivat ne henkilöt, (i) jotka vastasivat sekä alku- että loppukyselyyn, (ii) työskentelivät loppukyselyn ajankohtana edelleen samassa yrityksessä kuin alkukyselyn ajankohtana, (iii) joiden työn sisältö ei ollut vastaajien oman ilmoituksen mukaan olennaisesti muuttunut ja (iv) jotka eivät olleet osallistuneet ammatilliseen, toteutukseltaan lähellä ASLAK®-kuntoutusta olevaan TYK-kuntoutukseen (työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus). Edellä olevat ehdot täyttäneistä 98 henkilöstä 86 vastasi kyselyyn. Kyselyn vastausprosentti oli 89. Aineiston tarkastuksen yhteydessä jouduttiin hylkäämään seitsemän vastauslomaketta (puutteellisesti täytetty lomake, työ muuttunut, osallistunut TYK-kuntoutukseen). Tutkimusaineistossa on 79 kuntoutujan vastaukset. Heidän keski-ikänsä oli 51,3 vuotta (vaihteluväli 38–59 vuotta) loppukyselyn ajankohtana. Naisten osuus kuntoutujista oli 14 %, ja tästä johtuen tutkimuksessa ei tarkastella sukupuolten välisiä eroja.

Kuntoutujia oli 49 eri yrityksestä. Yhdestä yrityksestä kuntoutukseen osallistui viisi ja yhdestä neljä henkilöä. Kuudesta yrityksestä osallistui kolme ja 11 yrityksestä kaksi henkilöä. Muista yrityksistä kuntoutukseen osallistui yksi henkilö.

Katoanalyysin perusteella tutkimusjoukko koiki tutkimuksen alussa tilastollisesti merkitsevästi vähemmän stressiä ja kiirettä työssään kuin loppukyselyyn vastaamattomat kuntoutujat (n = 43). Tutkimusjoukon arvio työkyvystään työn henkisten vaatimusten suhteen oli myönteisempi kuin henkilöillä, jotka eivät vastanneet loppukyselyyn.

Loppukyselyssä kartoitettiin sitä, mihin työelämän alueisiin kuntoutuksessa sovitut muutokset kohdistuivat. Kysymykset liittyivät oman

työn tekemiseen, fyysiseen työympäristöön, yhteistyöhön, henkilökohtaisen terveyden edistämiseen ja ammatilliseen osaamiseen. Kyselyssä tiedusteltiin kuntoutuksen jälkeisestä jatkosuunnitelmasta; onko suunnitelma tehty, ketkä ovat osallistuneet suunnitelman laatimiseen ja oliko työterveyshoitajan ja esimiehen kanssa keskusteltu suunnitelmasta.

Kuntoutujilta kysyttiin ASLAK®-kuntoutuksessa sovittujen muutosten toteuttamista edistäneitä ja hankaloittaneita tekijöitä. Lisäksi kysyttiin eri toimijoiden (työterveyshuolto, esimies, työtyöryhmä, työsuojeluhenkilöstö, ylin johto) aktiivisuutta kuntoutusprosessin tukemisessa kurssin jälkeen. Työterveyshuollon toiminnasta kysyttiin myös tuen tärkeyttä ja näkyvyyttä prosessin jatkumisessa.

Loppukyselyssä käytettiin samoja kysymyksiä, joilla alkukyselyssä kartoitettiin tarvetta työympäristön ja työnteon muutoksiin sekä tuen tarvetta henkilökohtaisen terveyden edistämiseen. Henkisen hyvinvoinnin, työpaikan ilmapiirin ja yhteistyön mittaamisessa loppukyselyssä toistettiin alkukyselyn kysymykset.

Analyysiä tiivistettiin muodostamalla faktorianalyysiä käyttäen alkukyselyn muuttujista yhdistettyjä muuttujia. Summamuuuttujien arvot on saatu laskemalla keskiarvo vastaajakohtaisista, samaa ilmiötä mittaavien eri kysymysten arvoista. Vastaamatta jätettyjen kysymysten arvoja ei ole täydennetty. Summamuuuttujan sisäistä konsistenssia testattiin Cronbachin alfa -kertoimella.

Henkisen hyvinvoinnin arvioinnissa käytettiin neljästä kysymyksestä muodostettua summamuuttujaa. Kysymyksillä haluttiin saada selville viime aikojen kokemuksia stressistä, toimeliaisuudesta/vireydestä, kyvystä nauttia tavallisista päivittäisistä toimista ja toivorikkauten tunteesta tulevaisuuden suhteen. Vastausvaihtoehdot kysymyksissä olivat 1–5, vaihtoehto 1 kuvasi hyvää, positiivista tilannetta ja 5 ongelmallista, huonoa tilannetta. Henkinen hyvinvointi -summamuuttujan keskiarvo alkukyselyssä oli 2.56 (keskihajonta 0.68, vaihteluväli 1.0–4.0, n = 77), ja sen Cronbachin alfa oli 0.75.

Työpaikan ilmapiiri ja yhteistyö -summamuuttuja muodostettiin kolmesta kysymyksestä; millaiset ovat työtovereiden välit työpaikallasi, millainen on työpaikkasi ilmapiiri ja kuinka usein työpaikallasi keskustellaan avoimesti työhön liittyvistä on-

gelmistä ja pohditaan niitä yhdessä. Vastausvaihtoehdot kysymyksissä olivat 1–5, vaihtoehto 1 kuvasi hyvää, positiivista tilannetta ja 5 ongelmallista, huonoa tilannetta. Työpaikan ilmapiiri ja yhteistyö -summamuuttujan keskiarvo alkukyselyssä oli 2.63 (keskihajonta 0.85, vaihteluväli 1.0–4.7, n = 78) ja Cronbachin alfa oli 0.74.

Työympäristö-summamuuttuja muodostettiin neljästä työympäristön kehittämistarvetta kuvaavasta kysymyksestä. Näissä vastaajaa pyydettiin arvioimaan onko hänen työpaikallaan tarvetta kehittää työtilan toimivuutta ja järjestystä, työasentoja, -liikkeitä ja -tapoja tai työmenetelmiä niin, että ne paremmin tukevat hänen työskentelyään ja jaksamistaan työssä. Vastausvaihtoehdot kysymyksissä olivat; vaihtoehto 1 = kaikki kunnossa, 2 = jonkin verran kehitettävää ja 3 = paljon kehitettävää. Työympäristö-summamuuttujan keskiarvo alkukyselyssä oli 1.99 (keskihajonta 0.42, vaihteluväli 1.0–3.0, n = 77), ja sen Cronbachin alfa oli 0.74.

Summamuuttujille laskettiin tämän aineiston perusteella raja-arvot suhteessa koettuun kehittämistarpeeseen. Henkiseen hyvinvointiin sekä työpaikan ilmapiiriin ja yhteistyön sujumiseen liittyvissä tekijöissä on tulkittu olevan paljon kehittämisen tarvetta mikäli näiden summamuuttujien arvo asteikolla 1–5 on ollut suurempi tai yhtä suuri kuin 3.38. Työympäristöön liittyvissä asioissa on tulkittu olevan paljon kehittämisen tarvetta, mikäli summamuuttujan arvo asteikolla 1–3 on ollut suurempi tai yhtä suuri kuin 2.25. Summamuuttujan raja-arvoja muodostettaessa

Taulukko 1. ASLAK®-kuntoutuksessa suositeltujen muutosten kohteet loppukyselyssä vuonna 2002, % kuntoutujista (n = 79).

| Muutossuosituksen kohde | % kuntoutujista |
|--------------------------------------|-----------------|
| Työasennot, työtavat | 67 |
| Fyysinen kunto | 65 |
| Henkinen jaksaminen | 53 |
| Ravintotottumukset/työpaikkaruokailu | 44 |
| Työmenetelmät | 41 |
| Työn järjestelyt | 35 |
| Yhteistyö | 22 |
| Työtilan toimivuus | 20 |
| Ammattitaidon kehittäminen | 9 |

on huomioitu koettujen kehittämistarpeiden ja koettujen ongelmatilanteiden esiintyvyys. Summamuuttuja on luokiteltu kahteen luokkaan. Mikäli summamuuttujan sisällä yksittäisessä kysymyksessä esiintyi vastausvaihtoehto paljon ongelmia/kehittettävää tai mikäli useassa kysymyksessä oli merkitty vastausvaihtoehto melko paljon ongelmia/kehittettävää, tällöin summamuuttuja on luokiteltu luokkaan paljon kehittämisen tarvetta.

Summamuuttujien keskiarvojen erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin jatkuvien muuttujien osalta parittaisten otosten t-testillä ja yksilötason muutosta dikotomisilla muuttujapareilla McNemarin testillä, joka mittaa muutoksen systemaattisuutta.

Kuntoutujia pyydettiin kuvaamaan kuntoutussuunnitelman pohjalta tehtyjä toimenpiteitä ja työterveyshuollon toiminnan näkymistä kuntoutumisen etenemisessä työpaikalla. Avokysymysten vastaukset luokiteltiin vastausten sisällön mukaan ja mainintojen lukumäärät esitetään tuloksissa.

Tulokset

1. Kuntoutuksessa tehdyt suositukset

Kuntoutajat ilmoittivat loppukyselyssä ASLAK®-kuntoutuksessa suositeltujen muutosten kohdistuneen pääasiassa työtapoihin, työasentoihin ja fyysiseen kuntoon (taulukko 1). Vähiten muutossuosituksia oli annettu liittyen ammattitaidon kehittämiseen, työtilan toimivuuteen ja yhteistyöhön.

Kuntoutuksen jälkeen tehtävistä jatkotoimenpiteistä sai joko kirjallisen tai suullisen suunnitelman noin puolet (49 %) kuntoutujista. Suunnitelman laatimiseen osallistui pääasiassa kuntoutuslaitoksen edustajat (72 %) ja kuntoutuja itse (61 %). Työterveyshuolto osallistui joka viidennen (22 %) ja esimies vain muutaman (6 %) suunnitelman laatimiseen.

Mikäli suunnitelma tehtiin ilman työterveyshuollon mukanaoloa, joka kolmas kuntoutuja keskusteli suunnitelmasta myöhemmin työterveyshuollon kanssa. Esimiehen kanssa suunnitelmasta keskusteli myöhemmin joka viides suunnitelman saanut kuntoutuja.

Suunnitelman pohjalta tehtyjä toimenpiteitä tiedusteltiin avokysymyksellä. Liikuntaan liittyviä toimia ilmoitettiin tehdyn kuudessa tapauksessa, työtilan toimivuuteen liittyviä toimia kahdessa ja työasentoihin, ruokavalioon, rentoutumiseen tai henkiseen

hyvinvointiin liittyen yhdessä tapauksessa kutakin.

Kolme kuntoutujaa ilmoitti tehtyjen muutosten koskeneen myös muita oman työryhmän jäseniä ja yksi kuntoutuja ilmoitti muutosten koskeneen myös muiden työryhmien jäseniä. Joka viides kuntoutuja mainitsi, että suunnitelmassa sovittujen toimenpiteiden toteutumista seurattiin. Seurantaan osallistui pääasiassa kuntoutuja itse sekä työterveyshuolto.

2. Kuntoutujien ilmoittamat kehittämistarpeet

Kuntoutajat arvioivat työympäristöön, työpaikan ilmapiiriin ja yhteistyöhön sekä henkiseen hyvinvointiin liittyvien kehittämistarpeiden joko lisääntyneen tai pysyneen ennallaan alkua ja loppukyselyjen välisenä aikana (taulukko 2). Työpaikan ilmapiiri ja yhteistyö -summamuuttujassa muutos oli tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 2. Kuntoutujien ilmoittama keskimääräinen kehittämistarve (ka), (1 = vähän, 3 ja 5 = paljon) ennen ja jälkeen kuntoutuksen sekä parittaisten otosten t-testin p-arvo (n = 79).

| Kehittämisen kohde (teoreettinen vaihteluväli) | Ennen kuntoutusta v. 1996/1998, ka | Kuntoutuksen jälkeen v. 2002, ka | P |
|--|------------------------------------|----------------------------------|--------|
| Työympäristö (1 - 3) | 1.99 | 2.03 | 0.39 |
| Työpaikan ilmapiiri ja yhteistyö (1 - 5) | 2.63 | 2.87 | 0.01** |
| Henkinen hyvinvointi (1 - 5) | 2.56 | 2.71 | 0.08 |

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001.

Niiden osallistujien osuus, joiden mielestä työpaikan ilmapiirissä ja yhteistyön kehittämisessä oli paljon kehittämisen tarvetta, lisääntyi 11 prosenttiyksikköä alkua ja loppukyselyn välisenä aikana. 54 kuntoutujaa ilmoitti molempina kyselyajankohtina vähän tai jonkin verran kehittämisen tarvetta ja kuusi kuntoutujaa ilmoitti paljon kehittämisen tarvetta. Muutos yksilötasolla ta-

pahtui siten, että alkukyselyssä vähän tai jonkin verran kehittämisen tarvetta ilmoittaneiden kuntoutujien joukosta siirtyi 14 kuntoutujaa paljon kehittämisen tarvetta kokeneiden ryhmään. Viisi kuntoutujaa raportoi päinvastaiseen suuntaan kulkevasta muutoksesta. McNemarin testin mukaan muutos ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä (taulukko 3).

Taulukko 3. Paljon kehittämisen tarvetta ilmoittaneiden kuntoutujien osuus ennen ja jälkeen kuntoutuksen sekä McNemarin testin p-arvo (n = 79).

| Kehittämisen kohde | Ennen kuntoutusta v. 1996/1998, % kuntoutujista | Kuntoutuksen jälkeen v. 2002, % kuntoutujista | P |
|----------------------------------|---|---|------|
| Työympäristö | 32 | 35 | 0.84 |
| Työpaikan ilmapiiri ja yhteistyö | 14 | 25 | 0.06 |
| Henkinen hyvinvointi | 13 | 15 | 0.75 |

*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001.

Kehittämistarpeen pysyvyys oli kuntoutujilla melko yleistä. Yli puolet niistä kuntoutujista, jotka kokivat alkukyselyn ajankohtana paljon kehittämisen tarvetta sekä työympäristön kehittämisen (55 %), työpaikan ilmapiirin ja yhteistyön (55 %) että henkisen hyvinvoinnin (60 %) suhteen, olivat tätä mieltä myös loppukyselyn ajankohtana.

Yksittäisistä kysymyksistä kuntoutujien alkukyselyssä ilmoittama kehittämistarve liittyi yleisimmän liikunnan harrastamiseen (36 %), ravintotottumuksiin (23 %) ja työtilan toimivuuteen (23 %). Noin kaksi kolmasosaa niistä kuntoutujista, jotka ilmoittivat tarvitsevansa neuvontaa tai tukea aloittaakseen tai lisätäkseen liikuntaa tai muuttaakseen ruokailutottumuksiaan, saivat kuntoutuksessa näitä asioita koskevia muutossuosituksia. Työtilan toimivuutta koskevia muutossuosituksia sai noin joka neljäs kehittämistarvetta ilmoittaneista kuntoutujista. Myös kehittämistarpeen pysyvyys kuntoutujilla oli yleistä. Puolet niistä kuntoutujista, jotka olivat ilmoittaneet alkukyselyssä tarvitsevansa neuvontaa tai tukea aloittaakseen tai lisätäkseen liikuntaa, olivat samalla kannalla myös loppukyselyssä. Ravintotottumuksista näin ajatteli noin kaksi kolmasosaa ja työtilan toimivuudesta noin kolmasosa kuntoutujista.

3. Työterveyshuollon rooli kuntoutusprosessin etenemisessä

Työterveyshuollon tuki koettiin kuntoutusprosessin jatkumisessa työpaikalla joko erittäin tärkeänä (19 %) tai melko tärkeänä (50 %). Kolmasosa kuntoutujista (31 %) ei pitänyt työterveyshuollon tukea ollenkaan tärkeänä. Vajaa puolet kuntoutujista (40 %) arveli työterveyshuollon olleen riittävästi tukemassa kuntoutumisen jatkumista työpaikalla. Kolmannes (32 %) kuntoutujista piti työterveyshuollon tukea liian vähäisenä ja runsas nel-

jännes (28 %) ilmoitti, ettei työterveyshuolto ollut mukana tukemassa kuntoutusprosessin jatkumista lainkaan.

Avokysymykseen ”Miten työterveyshuollon toiminta näkyy kuntoutumisesi etenemisessä ASLAK®-kurssin jälkeen?” vastasi 22 kuntoutujaa. Heistä 17 totesi, että toiminta ei näy mitenkään tai toimintaa ei ole ollut. Kahdessa vastauksessa mainittiin työterveyshuollon toiminnan liittyneen työasentoihin, kahdessa liikuntaan, kahdessa henkilökohtaiseen työkyvyn/terveyden kartoittamiseen sekä yhdessä työympäristöön.

4. Työpaikan tuki kuntoutusprosessin etenemisessä

Työsuojeluhenkilöstö ja tyky-työryhmä olivat riittävästi mukana tukemassa kuntoutusprosessin etenemistä työpaikalla noin joka kymmenennen kuntoutujan mielestä. Muutama kuntoutuja ilmoitti esimiehen ja vain pari kuntoutujaa ylimmän johdon olleen riittävästi mukana kuntoutusprosessin tukena.

Miltei kaksi kolmasosaa kuntoutujista ilmoitti, ettei esimies, tyky-työryhmä, työsuojeluhenkilöstö eikä ylin johto ollut mukana tukemassa kuntoutusprosessin etenemistä työpaikalla. Noin neljäsosa kuntoutujista ilmoitti näiden tahojen olleen mukana liian vähän.

5. Kuntoutusprosessia edistäneet ja hankaloittaneet tekijät

Kuntoutuksessa suunniteltujen muutosten toteuttamista työpaikalla koettiin edistäneen eniten kuntoutujan oma innostus, työterveyshuollon tuki ja hyvä yhteistyö yrityksen ja kuntoutuslaitoksen välillä sekä halu hyödyntää kuntoutuksessa saatua tietoa (taulukko 4). Kukaan kuntoutujista ei ilmoittanut, että hyvin tehty suunnitelma olisi edistänyt kuntoutusprosessin etenemistä työpaikalla. Runsas kolmannes kuntoutujista arveli, ettei mikään kysytyistä tekijöistä ollut edistänyt prosessin etenemistä.

Taulukko 4. Kuntoutusprosessia edistäneet tekijät loppukyselyssä vuonna 2002, % kuntoutujista (n = 79).

| Kuntoutusprosessia edistäneet tekijät | % ¹⁾ kuntoutujista |
|---|-------------------------------|
| Oma innostus | 34 |
| Työterveyshuollon antama tuki | 18 |
| Hyvä yhteistyö kuntoutujan ja työterveyshuollon välillä | 17 |
| Kuntoutuksessa saatua tietoa halutaan hyödyntää | 17 |
| Henkilöstön työkyky on yritykselle taloudellinen tekijä | 15 |
| Hyvät aiemmat kokemukset ASLAK®-kuntoutuksesta | 14 |
| Henkilöstön työkyky koetaan yrityksessä arvokkaaksi | 11 |
| Hyvä yhteistyö yrityksen ja työterveyshuollon välillä | 10 |
| Hyvä työyhteisön ilmapiiri | 9 |
| Hyvä yhteistyö kuntoutujan ja esimiehen välillä | 4 |
| Johdon sitoutuneisuus | 3 |
| Riittävät taloudelliset resurssit | 1 |
| Riittävästi aikaa | 1 |
| Eivät mitkään | 34 |

¹⁾ kuntoutujilla oli mahdollisuus valita useita vaihtoehtoja

Kiireen arvioitiin haittaavan eniten kuntoutuksessa suunniteltujen muutosten toteuttamista työpaikalla. Myös vastuuhenkilön puuttumista työpaikalla, motivaation ja

tiedon puutetta ja kustannustekijöitä pidettiin kuntoutujien keskuudessa usein prosessin etenemistä hankaloittavina tekijöinä (taulukko 5).

Taulukko 5. Kuntoutusprosessia hankaloittaneet tekijät loppukyselyssä vuonna 2002, % kuntoutujista (n = 79).

| Kuntoutusprosessia hankaloittaneet tekijät | % ¹⁾ kuntoutujista |
|--|-------------------------------|
| Kiire | 54 |
| Vastuuhenkilön puuttuminen työpaikalla | 39 |
| Motivaation, innostuksen puute | 34 |
| Tiedon puute | 30 |
| Kustannustekijät | 28 |
| Vuorotyö, työajat | 23 |
| Organisaatio hajallaan, henkilöstö työskentelee eri paikoissa | 23 |
| Puutteellinen yhteistyö yrityksen ja kuntoutuslaitoksen välillä | 22 |
| Puutteellinen yhteistyö yrityksen ja työterveyshuollon välillä | 17 |
| Puutteellinen yhteistyö kuntoutujan ja esimiehen välillä | 17 |
| Ei uskota työpaikalla tapahtuvasta kehittämistoiminnasta olevan hyötyä | 14 |
| Huono työyhteisön ilmapiiri | 13 |
| Epäluottamus henkilöstön ja työnantajan välillä | 10 |
| Puutteellinen yhteistyö kuntoutujan ja työterveyshuollon välillä | 9 |
| Riittämätön työterveyshuollon tuki | 9 |
| Eivät mitkään | 5 |

¹⁾ kuntoutujilla oli mahdollisuus valita useita vaihtoehtoja

Kuntoutujat ilmoittivat kuntoutusprosessia hankaloittaneita tekijöitä huomattavasti useammin kuin prosessia edistäneitä tekijöitä. Neljän kuntoutujan mielestä mitkään asiat eivät olleet hankaloittaneet heidän kuntoutusprosessiaan.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kuntoutusprosessin etenemistä työpaikalla pk-yrityksissä. Tulosten mukaan kuntoutusprosessi jatkui työpaikkatasolla vain harvoin. ASLAK®-kuntoutuksen tavoite kerrannaisvaikutuksesta työpaikalla jäi näin ollen toteutumatta tai se toteutui puutteellisesti.

Kuntoutuksen jatkosuunnitelman, joko kirjallisen tai suullisen, ilmoitti saaneensa puolet kuntoutujista. Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardin (2003) mukaan kuitenkin jokaisen kuntoutujan tulee saada kuntoutuslause, joka sisältää jatkosuunnitelman. Suunnitelman tekoon osallistuivat pääasiassa kuntoutuslaitoksen edustajat ja kuntoutuja itse. Työterveyshuolto osallistui noin joka viidennen suunnitelman tekoon, esimiehet olivat tässä prosessissa mukana erittäin harvoin. Myös keskustelut suunnitelmasta olivat melko harvinaisia niin työterveyshuollon kuin esimiehen kanssa. Suunnitelman toteutumista seurattiin harvoin. Vain viidesosa suunnitelman saaneista kuntoutujasta ilmoitti, että suunnitelman toteutumista oli seurattu. Aktiivisinta oli omatoiminen tai työterveyshuollon taholta tapahtunut seuranta.

ASLAK®-toiminta tulisi olla Kelan, kuntoutuslaitoksen, työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyötä. Kuntoutusprosessi voi toteutua vain silloin, kun seuranta ja tukitoimia voidaan järjestää työpaikalla. Tässä on tärkeitä sekä työnantajan että työterveyshuollon tuki. (vrt. Rissanen 1992, Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta, toteutumisen seuranta 1992–1997, 1998, Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardi 2003.) Mikäli esimies ja työterveyshuolto ovat tietämättömiä suunnitelman sisällöstä ja työpaikkatasolla ulottuvista toimenpidesuosituksista, tai jos suunnitelma puuttuu kokonaan, on kuntoutusprosessin jatkuminen työpaikkatasolla vaikeaa tai mahdotonta. Prosessi jatkuvuuden takaamiseksi tiedon kulkua ja keskustelua eri osapuolten välillä olisi kuitenkin kehitettävä. Myös aiemmissa tutkimuksissa (Lahtinen ym.

1995 ja Salmelainen ym. 2002) on raportoitu tiedon kulun ja asioiden käsittelyn riittämättömyydestä yrityksen, työterveyshuollon, kuntoutujan ja kuntoutuslaitoksen kesken.

Kuntoutujista vain muutama ilmoitti esimiehen, joka kymmenes työsuojeluhenkilöstön ja työ-työryhmän ja joka neljäs kuntoutuja työterveyshuollon olleen riittävästi mukana tukemassa kuntoutusprosessia. Prosessin etenemistä hankaloittaneet tekijät liittyivät pääasiassa työpaikan toimintaan. Vastuuhenkilön puuttuminen työpaikalla oli kiireen jälkeen suurin yksittäinen prosessia hankaloittava tekijä. Oma innostus mainittiin useimmiten kuntoutusprosessia edistävänä tekijänä. Tulokset viittaavat yksilön oman vastuun korostumiseen. Prosessin eteneminen on oman innostuksen varassa eikä työpaikkatasolla usein ole tukihenkilöä. Kuntoutusprosessin jatkumisen mahdollisuus työpaikalla on kyseenalaista, mikäli esimies on tietämätön jatkosuunnitelmien sisällöstä.

Kuntoutuksen tavoitteena olevan kerrannaisvaikutuksen toteutumiseksi tiedon ja toimien olisi levittävä kuntoutuksesta työpaikkatasolle. Tässä tutkimuksessa vain muutama kuntoutuja ilmoitti tehtyjen muutosten koskeneen myös muita työpaikan työntekijöitä kuin osallistujaa itseään. Jos kuntoutuksesta saatu hyöty ei leviä työpaikalla eikä toiminta integroidu työpaikan työkykyä ylläpitävään toimintaan, primaaripreventio terveyden edistämisen näkökulmasta jää työpaikalla toteutumatta.

Tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutuksessa kiinnitettiin melko vähän huomiota kuntoutusprosessin etenemiseen työpaikalla, etenemistä edistäviin tekijöihin, tukeen ja työpaikkatasolla tehtäviin muutoksiin. Niistä kuntoutujista, jotka ilmoittivat alkukyselyssä paljon kehittämisen tarvetta työtilan toimivuuteen liittyen, vain neljäsosa sai siihen kuntoutuksessa suosituksia. Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardin (2003) mukaan ammatilliseen syvennykseen kuuluu mm. oman työn tekemisen ja kehittämisen neuvonta, ohjaus, harjoittelu ja työympäristössä haitallisesti vaikuttavien tekijöiden merkityksen selvittely. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutujien ilmoittama kehittämistarve ja kuntoutuksessa annetut ohjeet, suositukset ja muutosehdotukset eivät kohtaa kaikilta osin toivotulla tavalla.

Kuntoutujien henkilökohtaiseen terveyden edistämiseen kiinnitettiin tutkimuksen mukaan paljon huomiota. Kuntoutuksessa annetut muutossuosituksukset kohdistuivat eniten fyysisen kunnon hoitamiseen, henkisen jaksamisen parantamiseen sekä työasentoihin ja työtapoihin. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että ASLAK®-kuntoutuksella on saatu hyviä tuloksia näihin osa-alueisiin. (Nevala-Puranen 1996, Holopainen ym. 1998, Kurki 1999, Hinkka ym. 2000).

Alkukyselyssä kuntoutujat ilmoittivat kehittämistarvetta ilmenevän eniten fyysisen kunnon, työtilan toimivuuden ja ravintotottumusten suhteen. Kaksi kolmasosaa kuntoutujista ilmoitti saaneensa suosituksia fyysisen kunnon hoitoon ja ravintotottumusten muutukseen. Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardin (2003) mukaan ASLAK®-kurssin ohjelma sisältää mm. ravitsemusneuvontaa ja liikunnan ohjausta. Tämän tutkimuksen mukaan kuntoutuksessa on kiinnitetty erityisesti huomiota näiden henkilökohtaisen terveyden osa-alueiden edistämistarpeeseen.

Tässä tutkimuksessa harvempi kuin joka kymmenes kuntoutuja ilmoitti kuntoutuksessa saatujen muutossuosituksien kohdistuneen ammattitaidon kehittämiseen. Kun kyseessä on ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus, voidaan miettiä, mitä ammatillisella syvennyksellä tarkoitetaan ja miten se ymmärretään ja miten se ilmenee kuntoutuksessa. Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardin (2003) mukaan ammatilliseen syvennykseen kuuluu mm. oman työn tekemisen ja kehittämisen neuvonta, ohjaus ja harjoittelu. Nopeasti muuttuvassa työelämässä oman ammattitaidon kehittämisellä on tärkeä rooli, ei vaan työelämän vaatimusten, vaan myös oman jaksamisen ja työkyvyn kannalta. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida päätellä miten oman työn kehittämisen neuvonta toteutuu kuntoutusjaksojen aikana. Oman työn tekeminen ja ammattitaidon kehittäminen on kuitenkin prosessi, jolla tulisi olla mahdollisuudet jatkua työn arjessa. Prosessiksi saakka ammattitaidon ja oman työn tekemisen kehittäminen kantaa tutkimuksen tulosten perusteella vain osalla kuntoutujista.

Kuntoutujat arvioivat kehittämistarpeiden kasvaneen merkittävästi työpaikan ilmapiiriin ja yhteistyöhön liittyvissä asioissa. Kehittämistarpei-

den määrä lisääntyi myös henkiseen hyvinvointiin liittyen. Kuntoutuksen tavoitteena on ehkäistä terveyttä heikentäviä prosesseja varhaisessa vaiheessa (Järvikoski 1992) ja saada aikaan työpaikalla tarvittavat muutokset sekä työolosuhteissa, asenteissa että työilmapiirissä (Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardi 2003). Kun kehittämistarve näyttää pikemminkin kasvavan kuin vähenevän, voidaan pohtia onko kuntoutuksessa saatu tieto ja lisääntynyt tietoisuus kuormitustekijöistä tuonut lisää kehittämistarpeita, joita ei aikaisemmin ole huomioitu, vai olisiko kehittämistarpeiden lisäys ollut vielä suurempaa ilman tapahtunutta kuntoutusta.

Tutkimuksen aineisto (n = 79) on pieni, mutta aineiston tarkastelu sekä pitkäaikais- että poikittaisasetelmana antaa tutkimukselle syvyyttä. Pitkäaikaisasetelma antaa mahdollisuuden seurata samojen henkilöiden tilannetta käyttämällä samoja kysymyksiä sekä ennen että jälkeen kuntoutuksen. Alkukyselyn eriaikaisuus ja kuntoutukselta loppukyselyyn kulunut vaihtelevan pituinen aika ovat tutkimuksen heikkouksia.

Tilastollisessa tarkastelussa käytettyjen summamuuttujien reliabiliteetti oli korkea (Cronbachin alfa 0.74–0.75). Alkuperäisten kysymysten välillä oli siten voimakas yhteys. Reliabiliteetin tason määrittämiseen vaikuttavat mm. mittauksen tekotapa, mittauksen käyttötarkoitus sekä muuttujien määrä (Nunnally & Bernstein 1994).

Katoanalyysi osoitti, että alkukyselyyn vastanneet mutta loppukyselyyn vastaamatta jättäneet kuntoutujat (n = 43) erosivat tilastollisesti merkittävästi stressin ja kiireen kokemisen sekä oman työkyvyn henkisten vaatimusten arvioinnin suhteen tutkimusjoukosta korkeamman kuormittuneisuuden suuntaan. Katojoukossa tilanteen kehitystä ei tiedetä, ja siksi tutkimusjoukossa saadut tulokset voivat antaa henkisen hyvinvoinnin osalta liian positiivisen kuvan.

Tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien työpaikka oli mukana mittavassa työkykyä ylläpitävän toiminnan kehittämishankkeessa, jonka puitteissa tehtiin laaja kysely koko työpaikan henkilöstölle. Tehty kysely oli myös tämän tutkimuksen alkukysely. Jokaisen vastaajan tiedot tärkeimmistä koetuista kuormitustekijöistä ja koetuista kehittämistarpeista olivat käytettävissä työterveyshuolloilla. Kuitenkin kehittämistoimien osuus ja seuranta- toimet kuntoutusprosessissa olivat vähäi-

set. Myös esimiehet täyttivät kyselylomakkeen ja olivat tietoisia yrityksessä olleista työ-hankkeista. ASLAK®-kuntoutus järjestettiin tämän työkykyä ylläpitävän kehittämishankkeen kautta. Informaatio kuntoutusmahdollisuudesta annettiin koko henkilöstölle osana kehittämishankkeen informaatiota. Työterveyshuolto oli läheisessä yhteistyössä yrityksen kanssa koko työkykyä ylläpitävän hankkeen ajan. Edellytykset kuntoutusprosessin etenemisille olivat siten hyvät.

Tämän tutkimuksen tulosten yleistyksessä pientyöpaikoille tulee olla varovainen, sillä tutkimuksessa mukana olleiden kuntoutujien työpaikoilla oli ollut työkykyä ylläpitävän hankkeen myötä poikkeuksellisen paljon informaatiota ja työ-toimintaa sekä yhteistyö työterveyshuollon kanssa on ollut tiiviimpää kuin yleensä. Näiden tekijöiden voidaan olettaa helpottavan kuntoutusprosessin jatkumista työpaikalla ja integroitumista työpaikan arkeen.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutusprosessin jatkumiseen työpaikalla tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tulosten perusteella seuranta ja tukitoimet työpaikalla jäivät vä-

häisiksi. Tällöin prosessin jatkuminen on vaikeaa (vrt. Rissanen 1992). Myös Kelan laitostenmuotoisen kuntoutuksen standardin (2003) mukainen tavoite kerrannaisvaikutuksesta jää toteutumatta, mikäli kuntoutusprosessilla ei ole edellytyksiä jatkaa työpaikalla.

Tutkimusten tulokset osoittavat, etteivät ASLAK®-kuntoutukselle asetut tavoitteet kuntoutusprosessin etenemisestä työpaikatasolla toteudu kovinkaan hyvin. Samaten työterveyshuollon tuki näyttää jäävän prosessissa melko vähäiseksi. Suunnitelmallinen jatkotoimien toteutuminen, jatkosuunnitelmien teko, työpaikataso toiminta ja kuntoutusprosessin seuranta tarvitsevat edelleen kehittämistä, jotta ASLAK®-kuntoutukselle asetetut tavoitteet toteutuisivat pientyöpaikoilla.

Kiitokset

Kiitokset tutkimuksen rahoittaneelle Kansaneläkelaitokselle sekä työhön sen eri vaiheissa osallistuneille Ulla Kilpeläiselle, Helena Palmgrenille, Eija-Maria Gerlanderille, Monica Bergströmille, Timo Leinolle ja Armi Kylläiselle.

Lähteet

- HENKILÖSTÖ JA TYÖYMPÄRISTÖ VOIMAVARANA PK-YRITYKSISSÄ VIIDELLÄ TOIMIALALLA. ESR-PROJEKTIN LOPPURAPORTTI (2000). *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämissyhmä.*
- HINKKA, K., TAKALA, I. & SAARNI H. (2000). *Merenkulkualan Aslak-kurssien vaikuttavuus laboratorio- ja suorituskykykymittareilla arvioituna. Suomen Lääkärilehti, 55, 173–177.*
- HOLOPAINEN, K., KURONEN, P., NEVALA-PURANEN, N., KOISTINEN, S. & AROKOSKI, J. (1998). *Aslak-kurssien vaikutukset lentomekaniikkien koettuun terveydentilaan ja suorituskykyyn. Puolen vuoden seuranta tutkimus Suomen Ilmavoimien lentokonekonekaanikoilla. Sotilaslääketieteellinen aikakauslehti 73, 69–74.*
- HUUSKONEN, M., LAITINEN, H. & BERGSTRÖM, M. (TOIM.) (2000). *Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä 2. Työ ja ihminen, 16.*
- JÄRVIKOSKI, A. (1984). *Kuntoutuksen kehityssuunnaukset Kuntoutustoiminnan ja sen tekijöihin vaikuttavien tekijöiden analyysi. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 16. Helsinki: Kuntoutussäätiö.*
- JÄRVIKOSKI, A. (1992). *Varhaiskuntoutuksen käsitteellisiä-teoreettisia lähtökohtia. Teoksessa M. Anttonen (toim.), Varhaiskuntoutus (s. 17–22). Oulu: Suomen teollisuuslääketieteen yhdistys, Pohjois-Suomen alaosasto.*
- JÄRVISALO, J. & KALLIO, V. (1991). *Varhaiskuntoutus - työkyvyn edistämistä, työn kehittämistä ja työterveyttä. Sosiaalivakuutus, 1, 2–5.*
- JÄRVINEN, P., JÄRVISALO, J., PARVINEN, A., PIETIKÄINEN, I., PUUKKA, P. & VARJO J. (1995). *Aslak-kuntoutuksen teho sairauslomapäivillä mitattuna. Suomen Lääkärilehti, 50, 585–90.*
- KALLIO, V. (1994). *Varhaiskuntoutus ja kuntoutus. Teoksessa J. Kuusinen (toim.), Ikääntyminen ja työ (s. 338–349). Työterveyslaitos. Juva: WSOY.*
- KANSANELÄKELAITOKSEN KUNTOUTUSTOIMINTA, TOTEUTUMISEN SEURANTA 1992–1997. (1998). *Helsinki: Kansaneläkelaitos, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, Kuntoutuslinja.*
- KAUHANEN, J., NISSINEN, A. & MYLLYKANGAS, M. (1998). *Kansanterveystiede. Juva: WSOY.*
- KELAN LAITOSMUOTOISEN KUNTOUTUKSEN STANDARDI. VERSIO 9/31.3.2003. *Helsinki: Kansaneläkelaitos, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, Kuntoutuslinja.*

- KURKI, M. (1999). *Kuntoutuskurssit pystyvyyssodotusten vahvistajana. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiön julkaisu B:15.*
- LAHTINEN, M., HUUSKONEN, M. S., JÄRVISALO, J., MANTERE, M., KETOLA, R., KOSKINEN, K., MERINIEMI, M., PIRTTINEN, P., POUTANEN, P. & RISSANEN, P. (1995) *Kokemuksia ASLAK-projektista suuressa lihanjalostusalan yrityksessä v. 1991–1993. Työterveyslääkäri, 2, 204–208.*
- LUXEMBURGIN JULISTUS TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ TYÖPAIKOILLA EUROOPAN UNIONISSA. (1997). *Helsinki: Työterveyslaitos, Työkykykeskus.*
- MANNILA, S., NOTKOLA, V., KAIPAINEN, H., JUNTUNEN, J. & RYTKÖNEN H. (2003). *Vajaakuntoisuus, työhön osallistuminen ja kuntoutuksen tarve Suomessa vuonna 2002. Kuntoutus, 1, 3–23.*
- NEVALA-PURANEN, N. (1996). *ASLAK-kurssien vaikutukset maatalousyrittäjien fyysiseen suorituskykyyn ja työtekniikkaan. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 10.*
- NUNNALLY, J. C. & BERNSTEIN, I. H. (1994). *Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill, Inc.*
- PUUMALAINEN, J. & VILKKUMAA, I. (2001). *Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa T. Kallaranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.), Kuntoutus (s. 16–29). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.*
- RISSANEN, P. (1992). *Suomalaisen varhaiskuntoutustoiminnan historia ja kehitysnäkymät. Teoksessa M. Anttonen (toim.), Varhaiskuntoutus (s. 9–12). Oulu: Suomen teollisuuslääketieteen yhdistys, Pohjois-Suomen alaosasto.*
- SALMELAINEN, U., RÖBERG, M. & HINKKA, K. (2002). *Tietäen, taitaen ja yhdessä toimien - kokemuksia pientyöpaikkojen ASLAK®-kuntoutuskurssien järjestämisen kokeilusta. Helsinki: KELA. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 53.*
- TONES, K. & TILFORD, S. (2001). *Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.*
- WAAL, J. (1992). *Kansaneläkelaitoksen varhaiskuntoutustoiminta ja työkykyä ylläpitävä valmennus. Teoksessa M. Anttonen (toim.), Varhaiskuntoutus (s. 42–45). Oulu: Suomen teollisuuslääketieteen yhdistys, Pohjois-Suomen alaosasto.*
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Haettu 20.9.2003.*
- WHO. (1997 a). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century. Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta 21–25 July 1997. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_english.pdf. Haettu 20.9.2003.*
- WHO. (1997 b). *Jakarta Statement on Healthy Workplaces. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta/statements/workplace.pdf>. Haettu 20.9.2003.*