

**TAPAUSESIMERKKI
AMMATILLISESTI SYVENNETYN
LÄÄKETIETEELLISEN KUNTOUTUKSEN (ASLAK)
VAIKUTTAVUUDESTA**

Jarmo-Pekka Laitinen

**Yhteiskuntapolitiikan
pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja
filosofian laitos
Kesä 2001**

TIIVISTELMÄ

Laitinen Jarmo-Pekka. TAPAUSESIMERKKI AMMATILISESTI SYVENNETYN LÄÄKETIETEELLISEN KUNTOUTUKSEN (ASLAK) VAIKUTTAVUUDESTA.

Yhteiskuntapolitiikan pro gradu-tutkielma.

Jyväskylän yliopisto yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, 2001. 154 sivua.

Tutkimuksessa selvitettiin työikäisen kuntoutujan lainsäädännöllistä asemaa vuoden 1991 kuntoutusuudistuksen jälkeen. Tutkimuksen päätavoitteena oli kuitenkin selvittää ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK) vaikuttavuutta. Tutkimusosa perustui kahteen aineistoon: takautuvalla lomakekyselyllä kerättyyn viidelle kolmijaksoiselle ASLAK-kurssille osallistuneiden henkilöiden (n=30) ja kaltaistettujen verrokkien terveyden, työkyvyn ja elämänhallinnan kokemuksiin sekä sairauspoissaolotietoihin seitsemän vuoden seuratajalta.

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksen tavoitteita ei ole vielä saavutettu muun muassa yksittäisen kuntoutujan voi olla vaikea päästä selville, minkä organisaation puoleen hänen olisi kuntoutusasiassaan käännyttävä.

ASLAK-kuntoutuskurssipalvelut ovat kohdistuneet niitä tarvitseville henkilöille, sillä vertailuryhmän arvot olivat paremmat melkein kaikilla mittareilla. Lähes kaikki kuntoutetut olivat pyrkineet muutamaaan elämäntapojaan, vajaa puolet kuntoutetuista arvioi terveytensä ja työkykynsä paremmaksi, kuin ennen interventiota. Sairauspoissaolokehityksen perusteella näyttää siltä, että jokin uusi interventio tulisi suorittaa kaksi tai viimeistään neljä vuotta ASLAK-kurssin jälkeen. Ammattiryhmittäinen tarkastelu tarkensi uuden intervention kohdejoukoksi työntekijät, joiden kohdalla vaikuttavuus keski noin vuoden. ASLAK-kuntoutus oli selvästi vaikuttavampaa ja pitkäaikaista toimihenkilöille, erityisesti naisille.

Avainsanat: ASLAK, varhaiskuntoutus, vaikuttavuus, elämänhallinta, työn hallinta, työkyky, sairauspoissaolot.

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	5
2. SUOMALAISEN KUNTOUTUKSEN STRUKTUROINTI	7
2.1. Kuntoutus osa yhteiskuntapolitiikkaa	7
2.2. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen pääpiirteet	9
2.3. Kuntoutujan asema ja asiakaspalveluyhteistyö	11
2.4. Ammatillinen kuntoutus	13
2.5. Lääkinnällinen kuntoutus	18
2.6. Kuntoutusraha ja kuntoutusmenot	21
2.7. Kuntoutussäännösten muutoksia ja kuntoutuksen rahoitus	25
3. KÄSITTEITÄ JA TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA VARHAISKUNTOUTUKSEN TARKASTELUUN	31
3.1. Terveys-, sairaus- ja toimintakykykäsite	31
3.1.1. Terveyskäsite	31
3.1.2. Sairauskäsite	32
3.1.3. Toimintakykykäsite	34
3.2. Laaja käsitys työkyvystä	35
3.2.1 Työkyvyn alenemista ennakoivia tekijöitä	43
3.3. Työhallinta ja sosiaalinen tuki	46
3.3.1. Työhallinta	46
3.3.2. Sosiaalinen tuki	49
3.4. Elämänhallinnan määrittelyä	51
4. VARHAISKUNTOUTUS	55
4.1. Varhaiskuntoutuksen käsitteestä	55
4.2. Varhaiskuntoutus osana terveyden edistämistä ja työkykyä ylläpitävää toimintaa - TYKY-toimintaa	56
4.3. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö varhaiskuntoutuksen käynnistäjänä	60
4.3.1. Työnantajien järjestämän työterveyshuollon kustannusten korvaaminen ja - menot	63
4.4. ASLAK-kuntoutus	65
4.5. Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus	69

5. TUTKIMUSTAVOITEET JA -TEHTÄVÄT	75
6. TUTKIMUSAINIESTO, KATO JA -MENETELMÄT	76
6.1. Tutkimusaineisto	76
6.2. Kato	80
6.3. Tutkimusmenetelmät	83
7. TULOKSET	85
7.1. Kyselyaineiston tulokset	85
7.1.1. Koettu terveys	85
7.1.2. Työkyky	89
7.1.3. Työn vaatimukset	90
7.1.4. Työn hallinta	92
7.1.5. Elämänhallinta	94
7.1.6. Terveyskäyttäytyminen ja aktiivisuus	96
7.1.7. Osohenkilöiden arvioit ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuudesta työkykyyn	98
7.2. Sairauspoissaolot	104
7.3. Hallinta-vaatimuskäsitysten, terveystyöskäyttäytymisen ja sairauspoissaolojen keskinäisiä yhteyksiä	112
8. POHDINTA	116
8.1. Tutkimuksen lähtökohdat	116
8.2. Tutkimuksen tavoitteet, aineisto ja tulokset	118
LÄHTEET	126
LIITTEET	137
1. Lomakekysely.	
2. ASLAK®-prosessi Kelan toimistossa.	
3. ASLAK®-kurssien suunnittelu, toteutus ja yhteistyö.	

1. JOHDANTO

Työelämässä tapahtuu jatkuvia elinkeino- ja ammattirakenteen muutoksia, jotka aiheuttavat kehittämisvaatimuksia työlle ja työntekijöille. Suhdannevaihtelut ja rakennemuutokset kohdistuvat herkemmin vajaakuntoisiin. Kuntoutus on aina ollut kiinteästi sidoksissa yhteiskunnan kulloiseenkin tilaan ja liittynyt tiiviisti sosiaalipoliittiseen kehitykseen. Kuntoutus on yksi aktiivisen ja kannustavan sosiaalipoliittikan keinoista, jolla edistetään työ- ja toimintakykyä ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä elämän eri tilanteissa. (Vns 1994, 2; Eskelinen 1995, 24.)

Kuntoutusjärjestelmä on ollut samojen haasteiden edessä, kuin suomalainen yhteiskunta koko 1990-luvun ajan, jolloin yhteiskuntapoliittisena päämääränä oli työikäisen väestön terveyttä edistävän ja työkykyä ylläpitävän toiminnan kehittäminen. Merkittävänä haasteena oli nopean ja huonon elatussuhdekehityksen pysäyttäminen. Työvoimapulan ja eläkepaon peloissa valmisteltu kuntoutuslainsäädännön uudistus tuli kuitenkin voimaan yhteiskunnallisen laman ja joukkotyöttömyyden yllättämänä. (Vns 1998,4; Korpela 1992, 27.)

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön kokonaisuudistus oli vireillä pitkään, koska taustalla olivat suuret yhteiskunnalliset odotukset kuntoutusjärjestelmän työnjaon selkeyttämisestä ja hyvän yhteistyön luomisesta. Kuntoutuspoliittisena tavoitteena oli väestön toiminta- ja työkykyisyyden ylläpitäminen ja elämönhallinnan parantaminen sekä syrjäytymisprosessien estäminen. Näihin tavoitteisiin pyrittiin parantamalla asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia ja toimeentuloturvaa sekä aikaistamalla kuntoutuksen aloittamista. Lisäksi uusilla kuntoutus- ja työterveyshuoltolainsäädöksillä määriteltiin viranomaistahojen työjakoa ja keskinäistä yhteistyötä. (Vns 1998, 4.)

Kuntoutuslainsäädännön muutokset sekä laajensivat kuntoutuksen sisältöä että tekivät kuntoutuksesta kattavan järjestelmän, jota harjoitettu aktiivinen yhteiskuntapolitiikka vielä täydensi lainsäädännön korjauksin. Kuntoutustoiminta siirtyi

lopullisesti korjaavasta kuntoutuksesta ehkäisevään ja terveyttä edistävään kaikille kansalaisille suunnattuun moderniin toimintaan. Kuntoutustoiminta osoittaa myös huomattavaa laadullista ja määrällistä kehitystä, joka korostaa asiakkaan omaa vastuuta sekä osallistumista. (Järvisalo 1995, 22.)

Yhteiskuntapoliittinen kuntoutustarve näkyy erityisesti varhaiskuntoutuksen periaatteessa, jolla kuntoutuksen käynnistämisen edellytykset pyritään käynnistämään siinä vajaakuntoutumisprosessin vaiheessa, jossa yksilön koettu tarve ja motiivi kuntoutukseen on suurimmillaan työkyvyn ollessa vielä tallella (Järvikoski 1992, 17). Työterveyshuolto on avainasemassa varhaiskuntoutuksen käynnistäjänä, jonka yhteistyön tavoite näkyy sekä työpaikkaan ja työympäristöön että työntekijään kohdistuvien toimenpiteiden arvioinnissa, neuvonnassa ja seurannassa sekä yhteistyönä eri kuntoutusprosessiin osallistuvien kanssa. (Stmp 1348/94.)

Suomessa varhaiskuntoutuksen historia ulottuu 1960-luvulle, varsinainen kehitystyö alkoi kuitenkin kaksi vuosikymmentä myöhemmin. Kelassa varhaiskuntoutuksesta otettiin käyttöön nimitys (ASLAK) ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen varhaiskuntoutus. ASLAK-kuntoutus on monipuolinen kokonaisuus, jolla pyritään työntekijän työ- ja toimintakyvyn edistämiseen ja elämönhallinnan parantamiseen pitkäaikaisesti silloin, kun työkyvyn heikkenemisen riskit ovat selvästi todettavissa. (Rissanen 1992,9; Kela 2000a.)

Tutkimuksessa selvitettiin työikäisen kuntoutujan lainsäädännöllistä asemaa kuntoutuksuuudistuksen jälkeen sekä ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta. Vaikka tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen, halusin tutkia kuntoutuksen inhimillistä sisältöä tapaus-verroki-asetelmalla, jossa yksilöllisiä terveyden, työkyvyn ja elämönhallinnan omakohtaisia tavoitteita ja merkityksiä selvitettiin takautuvan lomakekyselyn avulla. Sairauspoissaolotietoja koottiin seitsemän vuoden seuranta-ajalta. Poissaolokehityksen avulla pyrin selvittämään ASLAK-kuntoutuksen positiivisen vaikutuksen pituutta.

2. SUOMALAISEN KUNTOUTUKSEN STRUKTUROINTI

2. 1. KUNTOUTUS OSA YHTEISKUNTAPOLITIIKKA

Kuntoutus on aina ollut kiinteästi sidoksissa yhteiskunnan kulloiseenkin tilaan, sen henkisiin ja aineellisiin voimavaroihin ja sen erityistarpeisiin; toisaalta yhteiskunnan arvot ja asenteet määrittävät kuntoutustoiminnan kohteet, laadun ja laajuuden. Kuntoutuskäsitteelle ei ole kuitenkaan kyetty luomaan yhtenäistä sisältöä. Kuntoutus on mielletty monien osatoimintojen kokonaisuudeksi ja toisaalta periaatteeksi ja toimintatavaksi, jolla voi määrittää erilaisia palveluja. Toiminnalle on ollut yhteistä se, että sen myötä on pyritty auttamaan vammaisia ja vajaakuntoisia henkilöitä mahdollisimman vähän ulkopuolista apua tarvitseviksi. (Eskelinen 1995, 24.)

Vajaakuntoisiin suhtautumista ovat leimanneet ennakkoluulot, sääli ja halu tuomita, rangaista ja eristää. Vajaakuntoisen asemaa on erityisesti vaikeuttanut Järvikosken (1984, 5) mukaan käsitys siitä, että yksilö itse on vastuussa sairaudestaan. Kaikissa yhteisöissä suhtautuminen ei kuitenkaan ollut negatiivista. Tällöin kyseessä saattoi olla yksityisten henkilöiden tai organisaatioiden tekemä vapaaehtoinen auttamistyö, joka perustui lähimmäisen rakkauteen ja humanismiin. Kuntoutukseen ja vammaisten huoltoon rinnastettava toiminta alkoi kuitenkin vasta 1800-luvulla. Tässä kuntoutuksen "eräänlaisessa esivaiheessa" hankkeet liittyivät erilaisiin köyhäin-aputoimiin (emt, 6 vrt. Karisto ym. 1990, 130).

Ensimmäisen maailmansodan jälkeen lääkintäteknologia saavutti sellaisen tason, että vaikeasti vammautuneetkin jäivät eloon. Toisaalta maailmansotien seurauksena oli syntynyt vakava työvoimapula ja sotavammaisten kuntouttaminen työelämään nähtiin ratkaisuna työhön sijoituksen tukemiseksi. Tällä "yhteiskunnallisen vastuun heräämisen kaudella" useissa maissa esimerkiksi Englannissa, Ranskassa ja Saksassa luotiin lainsäädäntöön perustuvia tai vapaaehtoisia järjestelmiä sotaveteraanien kuntoutusta varten, joiden myötä toiminta laajeni myös muihin vammaisiin. (Järvikoski 1984, 8.)

Toisen maailmansodan jälkeistä aikaa aina 1950-luvun lopulle asti Järvikoski (1984) nimittää "kuntoutuksen kiteyttämisen vaiheeksi". Kuntoutuksen kohderyhmänä oli edelleen ensisijaisesti sotavammaiset; toissijaisesti äkillisesti vammautuneet. Toiminta oli tyypiltään korjaavaa tai parantavaa, jolloin tavoite oli palauttaa kuntoutettava takaisin "sairasvuoteelta työpaikalle". Yksilön koko elämäntilanteen huomioon ottavia tavoitteita myös esiintyi, esimerkiksi palauttaa vajaakuntoisen fyysinen, henkinen, sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky (emt, 10 -16).

Kuntoutuksen kiteyttämisvaiheessa sairauden aiheuttama haitta määriteltiin lääketieteellisten tekijöiden pohjalta. Järvikosken (1984, 34 - 54) mukaan vasta 1970-luvun vaihteesta yleistyi käsitys siitä, että vajaakuntoisuus on yksilön rajoituksia tai kyvyttömyyttä suoriutumisessa sellaisissa tehtävissä, joita yhteisö hänelle asettaa ja jotka liittyvät esimerkiksi yksilön työhön, taloudelliseen asemaan, vapaa-aikaan ja harrastuksiin, perhesuhteisiin ja itsensä huolehtimiseen.

Niemi (1987, 9) tiivistää kuntoutuksen vaiheet: ensimmäinen ulottui 1880-luvulta 1930-luvulle ja jälkimmäinen siitä nykypäiviin. Aikaisempi toiminta oli ollut sen aikaisen sosiaalihuollon piirissä apua "vaivaisille". 1930-luvun puolivälistä alkanut kehitys edellytti arvojen ja tavoitteiden määrittelyä, asiantuntija- ja käytännön kokemuksen kautta kehittyneitä ammattitaitoa ja saatuja menetelmiä sekä yhteiskuntapoliittista tahtoa resurssien asettamiseen. Näillä edellytyksillä kuntoutustoiminta liittyi entistä tiiviimmin laajempaan sosiaalipoliittiseen kehitykseen.

Kuntoutuksen perustekijöissä tapahtui merkittävää kehitystä osana yleistä ideologista murrosta 1960-luvulla. Sosiaalivakuutus, sisältäen erityisturvan tapaturma-, liikenne- ja työeläkevakuutuksen puolella sekä Kansaneläkelaitoksen yleisen perusturvan sairaus- ja kansaneläkevakuutuspuolella, otti kuntoutuksen lakisääteiseksi tehtäväkseen. 1970-luku lisääntyi kuntoutuksen palvelumuodot ja uusia kuntoutusnäkömymiä edustivat muun muassa Kansaneläkelaitoksen selvittämä ehkäisevä periaate, jota alettiin nimittää varhaiskuntoutukseksi sekä terveyskylpylä- ja kuntoutuslaitostoiminta. Työterveyshuolto ja -suojelu avasivat puolestaan näköaloja työpaikkakuntoutukselle. (Niemi 1987, 7 - 8.)

Suikkanen ja Jokinen (1993) nimeävät 1960- ja 1970-luvulla rakennettuja sosiaalipalveluja kolmannen sukupolven sosiaaliturvajärjestelmiksi, joilla mahdollistettiin naisten "siirtyminen" palkkatyösuhteisiin. Kuntoutuspalveluja tai kuntoutusta he nimittävät neljännen sukupolven sosiaaliturvajärjestelmäksi, tällöin palvelut eivät kompensoi mitään menetystä, vaan niiden saamisen ehtona on tietty tilannesidonnaisuus. Valtiollisesti tuettuina kuntoutuspalvelut pyrkivät palauttamaan palkansaajan takaisin palkkatyöhön työkyvyttömyystapahtuman jälkeen; toisaalta kuntoutus voi olla myös yksilöllistä investointia siihen sisältyvine mahdollisuuksineen ja riskeineen. (Emt, 26.)

1980-luvulla kumuloitui molempien edeltävien vuosikymmenten kuntoutustoiminnan kehitysjaksot. Integraatioperiaate avasi koko yhteiskunnan voimavarat kuntoutustavoitteiselle toiminnalle ja kuntoutuksen kaikille kansalaisille, vahvistaen kuntoutuksen luonnetta modernin yhteiskunnan ihmiskeskeisenä palvelutoimintana (Niemi 1987, 9). Kehityssuuntaus on Eskelisen (1995, 39) mukaan oikea, mutta hän näkee ongelmana sen, että kaiken ehkäisevän toiminnan muuttuessa kuntoutukseksi, ja sen myötä jokaisen työntekijän kuntoutettavaksi tai kuntoutujaksi, raja terveydenhuollon ja työterveyshuollon sekä työsuojelun välillä sumenee. Kuntoutuskäsite on laajentunut kaikkea hyvää tarkoittavaksi yleiskäsitteeksi korvaamaan toimintoja, joita voisi kutsua myös hoidoksi, terapiaksi, opetuksiksi tai koulutukseksi. Tällä asenteellisella kehityksellä ei voi kuntoutuksen keinoin, eikä millään muullakaan tavalla, muuttaa sitä, että huomattava osa työikäisistä on väestötutkimusten mukaan vajaakuntoisia, eri tavoin sairaita ja vammaisia. Tämä merkitsee Eskelisen (1995, 40) mukaan sitä, että mainittu ongelma ei ole kuntoutuksen keinoin ratkaistavissa, vaan se on yhteiskuntapoliittinen.

2. 2. KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄN KOKONAISUUDISTUKSEN PÄÄPIIRTEET

Kuntoutusjärjestelmä on koko 1990-luvun ajan ollut samojen haasteiden edessä, jotka ovat kohdanneet koko suomalaista yhteiskuntaa. Vuoden 1991 lokakuussa voimaan tullut kuntoutuslainsäädännön uudistus valmisteltiin työvoimapulan ja eläkepaon pelon oloissa 1980-luvun lopulla (Korpela 1992, 27).

Valtioneuvoston selonteon (Vns 1998, 4) mukaan uudistuksen voimaantulon aikana 1.10.1991 tapahtui kuitenkin rajuja muutoksia talous- ja työllisyystilanteessa, jotka kasvattivat laman ja joukkotyöttömyyden myötä sosiaaliturvan käyttäjien lukumäärää, minkä seurauksena sosiaalimenoihin tehtiin huomattavia leikkauksia valtiontalouden tasapainottamiseksi. Tehdyt säästöt olivat noin 10 prosenttia kaikista sosiaalimenoista - kuntoutuksen voimavaroja kuitenkin lisättiin vuosin 1992 - 1997. Vuoden 1991 kuntoutuksuuudistuksen taustalla olleet tavoitteet ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymisen vähentämiseksi ja eläkekustannusten hillitsemiseksi ovat edelleen ajankohtaisia, sillä merkittäväksi yhteiskuntapoliittiseksi haasteeksi on muodostunut nopeasti heikentynyt elatus-suhde. Sosiaalipolitiikan tavoitteena on väestön työllisyyden ja työ- ja toimintakyvyn parantaminen, omatoimisuuden ja aktiivisuuden lisääminen sekä vaikuttaa eläke- ja vammaispolitiikalla elatussuhteen kehitykseen. Kuntoutusjärjestelmälle tämä merkitsee suuria yhteiskunnallista odotuksia, koska sen tulee omalta osaltaan ylläpitää väestön toiminta- ja työkykyisyyttä sekä elämänhallintaa ja estää syrjäytymisprosessien syntymistä ja etenemistä.

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksen yhteydessä muutettiin yhteensä 20 sosiaali- ja terveydenhuollon, työhallinnon ja vakuutusjärjestelmien lakia ja säädettiin viisi uutta lakia. Niiden perusteella on annettu lukuisia asetuksia ja viranomaisohjeista. Kuntoutuslainsäädännön kokonaisuudistus on ollut vireillä 1960-luvulta lähtien. Keskeiseksi ongelmiksi on todettu kuntoutusjärjestelmän työnjaon epäselvyydet ja yhteistyön puutteet monissa komiteamietinnöissä, lukuisissa hallituksen esityksissä ja eduskunnan lausumissa, jotka Suomen kansainvälisten sitoumusten kanssa edellyttivät kokonaisuudistusta. (Korpela 1992, 29.)

Kuntoutuksen lakiuudistus säilytti kuntoutuspalvelujärjestelmän toimintamallit vähäisiä yksityiskohtia lukuun ottamatta entisellään. Kuntoutusta toteutetaan edelleenkin kuntien sosiaali- ja terveystalveluina, koulujen ja oppilaitosten erityisopetuksena, työhallinnon erilaisina vajaakuntoisten työnhakijoiden palveluina, Kansaneläkelaitoksen ja muiden vakuutusyhtiöiden ja eläkelaitosten kuntoutuksena sekä työterveyshuoltona ja toisaalta entisen lainsäädännön mukaisesti toteutetaan erikseen sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutusta.

2. 3. KUNTOUTUJAN ASEMA JA ASIAKASPALVELUYHTEISTYÖ

Kuntoutuslainsäädännön tavoitteena on tehostaa kuntoutusta siten, että kansalaiset voisivat osallistua työelämään ja selviytyä elämänsä muista vaatimuksista kykyjensä ja ikänsä edellyttämällä tavalla entistä paremmin ja entistä pidempään. Kuntoutuslainsäädännön perusteluissa on korostettu asiakkaan myönteisen ja aktiivisen osallistumisen tärkeyttä kuntoutuksen edistävänä tekijänä. Kuntoutusasiakkaan aktiivisen roolin korostamiseksi ryhdyttiin lainsäädännössä käyttämään termiä kuntoutuja. Samalla korostettiin kuntoutujalle annettavaa neuvontaa ja ohjausta sekä kuntoutujan osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun, erityisesti korostettiin kuntoutuksen oikea-aikaista käynnistämistä. Tähän pyrittiin kuntoutusjärjestelmän toimivuutta, toteutumista ja työnjakoa täsmentämällä keskeisissä terveydenhuoltoa, työhallintoa ja vakuutusjärjestelmiä koskevissa laeissa sekä uudistamalla ja laajentamalla tapaturma- ja liikennevakuutuksen korvaussäädöksiä. (Vns 1994, 2.)

Asiakkaan oikeuksiin saada kuntoutuspalveluja vahvistettiin myös oikeudella hakea muutosta annettuun päätökseen. Ennen lainsäädännön uudistusta kuntoutusasioissa oli mahdollisuus hakea muutosta liikenne- ja tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta. Samoin vammaispalvelulain perusteella vaikeavammaiselle järjestettävästä palveluista. Muutoksenhakuoikeus laajeni myös Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspäätökseen, johon tyytymätön voi hakea siihen muutosta valittamalla tarkastuslautakunnalle, jonka jälkeen voi vielä valittaa vakuutus-oikeuteen. Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraista kuntoutusta koskevasta päätöksestä ei voi edelleenkään valittaa, koska toimintaa harjoitetaan vuosittaisen määrärahan puitteissa. Muutosta ei voi hakea myöskään työntekijän eläkelain ammatilliseen tai lääkinnälliseen kuntoutuspäätökseen, eikä kuntoutusrahan odotus- tai väliajan, eikä kuntoutuksen jälkeisen ajan päätöksiin (Laki 1482/95). Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tehdystä kuntoutuspäätöksestä ei voi myöskään valittamalla hakea muutosta, koska kuntoutuspäätös on osa hoitoratkaisua. (Vns 1994, 7.)

Asiakkaan osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi säädettiin asiakkaalle ja tarvittaessa hänen omaiselleen oikeus tulla kuulluksi kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä sisältää muun muassa viranomaisten ja palvelujärjestelmien keskinäisen yhteistyön periaatteista ja menettelytavoista sopimisen, asiakkaan palvelutarpeiden arvioinnin, tarpeita vastaavien ratkaisujen etsimisen ja tarvittaessa asiakasta koskevien palvelusuunnitelmien tai lausuntojen antamisen yhdessä asiakkaan kanssa ja hänen suostumuksellaan. Kunnan on huolehdittava siitä, että sen alueella toimii kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöryhmä, johon kuuluu sosiaalihuolto-, terveydenhuolto- ja työvoimaviranomaisen sekä Kansaneläkelaitoksen nimeämä edustaja sekä tarvittaessa kutsuttava tai kuultava muita viranomaisia, vakuutusjärjestelmien, työnantajien, työntekijöiden sekä muiden yhteisöjen, järjestöjen jne. edustajia. Asiakkaan oikeusturvaa korostaa myös täytäntöönpanoon osallistuvien henkilöiden salassapitosäädökset. (Laki 604/91.)

Lääninhallitus asettaa alueellisen kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyötoimikunnan, johon kuuluu keskeisten alalla toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, yhteisöjen ja laitosten sekä opetus- ja työhallinnon ja Kansaneläkelaitoksen nimeämä asiantuntija. Yhteistyötoimikunnan tehtävänä on muun muassa suunnitella, edistää ja seurata lain mukaista yhteistyötä. Yhteistyötoimikunta voi erityisessä tapauksessa ottaa käsiteltäväkseen myös yksittäisen kuntoutuksen asiakaspalvelua koskevan asian. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston kolmeksi vuodeksi kerrallaan asettama kuntoutusasiain neuvottelukunta, jonka tehtävänä puolestaan on ohjata, kehittää ja yhteen sovittaa kuntoutuksen asiakaspalvelutoimintaa. (Laki 604/91 ja Asetus 878/91.)

Kansaneläkelaitokselle säädettiin velvollisuus tarvittaessa selvittää asiakkaan kuntoutustarve, viimeistään kuitenkin, kun asiakas on saanut sairausvakuutuslain mukaista päivärahaa 60 päivältä. Toisaalta eläkelaitokset veloitettiin selvittämään asiakkaansa kuntoutusmahdollisuudet ennen kuin työkyvyttömyyseläkkeestä tehdään päätös sekä hylkypäätösten jälkeinen asiakkaan ohjaus kuntoutuksen tai muiden palvelutahojen piiriin. Työterveyshuollon osuutta kuntoutuksen varhaisessa

aloittamisessa korostettiin säännöksillä työterveyshuollon osallistumisesta työkykyä ylläpitävään toimintaan työpaikalla sekä työntekijälle annettavasta neuvonnasta. Erillinen kuntoutusrahalaki säädettiin ja liitettiin myös työeläkelakeihin, tällä pyrittiin parantamaan kuntoutuksen ajan toimeentuloturvaa, niin että kuntoutuja voisi osallistua kuntoutukseen toimeentuloturvasa heikkenemättä. (Vns 1994, 3.)

2. 4. AMMATILLINEN KUNTOUTUS

Ammatillista kuntoutusta järjestävät tai kustantavat Kansaneläkelaitos, työhallinto, työeläkevakuutus sekä tapaturma- ja liikennevakuutus. Opetushallinto järjestää myös ammatillista erityisopetusta ammatillisena kuntoutuksena. Jokainen toimija huolehtii kuntoutustehtävästään oman toimialansa periaatteiden ja sitä säätelevän lainsäädännön mukaisesti. Tästä johtuen palvelujen tuottamistehtävät sekä järjestämis- ja kustannusvastuu vaihtelee eri kuntoutusjärjestelmissä. Lainsäädännön uudistus täsmensi eri hallintoalojen tehtäviä ammatillisessa kuntoutuksessa.

Uusi lainsäädäntö ei muuttanut merkittävästi aikaisemmin muotoutunutta eri tahojen järjestämis- tai kustannusvastuuta eikä toimintamuotojen sisältöjä. Esimerkiksi opetushallinnon ammatillisen erityisopetuksen säädöksiä pidettiin riittävinä erityisopetuksen kuntoutustavoitteiden ja -tehtävien määrittelemiseksi, koska lainsäädännössä on myös oppilaitoksia ja opettajia velvoittavat säädökset toimia yhteistyössä muiden viranomaisten ja palvelun tuottajien kanssa. (Vns 1994, 15.)

Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain 2 §:n mukainen ammatillisen kuntoutuksen järjestämisvelvoite koskee henkilöä, jonka työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet. Ammatillinen kuntoutus ulottuu myös elinkeinon tai ammatinharjoittamisen tukemiseksi annettaviin avustuksiin työvälineiden ja työkoneiden hankkimiseksi tai oman yrityksen perustamista tai muutamista varten. Vaikeavammaisen työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien parantamiseksi tai säilyttämiseksi kalliit ja vaativat apuväli-

neet kuuluvat lain piiriin. Henkilölle on järjestettävä tarvittava ammatillinen koulutus ja valmennus hänen työkykynsä säilyttämiseksi tai parantamiseksi, jollei sitä ole järjestetty työllisyyslain, työvoimapolitiisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain, työeläkelakien tai erityisopetusta koskevien säännösten perusteella. (Laki 610/91.)

Kelan vajaakuntoisen ammatillista kuntoutusta on tarkennettu asetuksella, joka sisältää muun muassa seuraavia kuntoutustoimenpiteitä: kuntoutustarvetta ja kuntoutusmahdollisuuksia selvittävät tutkimukset, työ- ja koulutuskokeilut, työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus, jonka tavoitteena on mahdollistaa kuntoutujalle jatkaa työtään, jos työpaikalla suoritettavat toimenpiteet eivät ole riittäviä; perus-, jatko- ja uudelleenopetus sekä muut opiskelun ja työn kannalta välttämättömät toimenpiteet. (Asetus 1161/91.)

Vuoden 1991 työllisyyslain ja asetuksen työllisyyden hoitoa ja ammatillista kuntoutusta koskevat säädökset kumottiin ja korvattiin työvoimapolitiisella asetuksella vuonna 1993. Työvoimapolitiisella tarkoituksena on järjestää ja kehittää työvoimapolitiisuuksia tukemaan henkilöasiakkaiden ammatillista kehitystä ja työhön sijoittumista sekä turvata työvoiman saantia. Lain ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on edistää vajaakuntoisten ammatillista suunnittelua, työllistymistä ja työssä pysymistä. Asetuksessa määritellään vajaakuntoinen henkilöasiakas. Vajaakuntoisella tarkoitetaan henkilöä, jonka mahdollisuudet saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä ovat huomattavasti vähentyneet vamman, sairauden tai vajuuden takia. Ammatillisena kuntoutuksena vajaakuntoisille henkilöille järjestetään muun muassa neuvontaa, ammatinvalinnanohjausta ja siihen liittyviä terveydentilaa ja soveltuvuutta selvittäviä tutkimuksia, työhön sijoitus-, koulutus- ja työkokeiluja. Vajaakuntoiselle maksetaan tutkimusten ja työkokeilujen ajalta työttömyysturvalain mukaista päivärahaa. (Laki 1005/93 ja Asetus 1251/93.)

Työvoimapolitiisesta aikuiskoulutuksesta annetussa laissa tarkoitettua koulutusta järjestetään vajaakuntoiselle aikuisväestölle. Koulutuksen valintakriteereitä ovat muun muassa koulutustarve, soveltuvuus alalle ja ikä, pääsääntöisesti vähintään 20 vuotta. Koulutus voi olla ammatillista perus-, uudelleen-, jatko- tai täydennyskoulutusta, ei kuitenkaan lukio- eikä korkeakouluopintoja. Koulutuksen pääasial-

lisena tarkoituksena on edistää ja ylläpitää työvoiman kysynnän ja tarjonnan tasapainoa työmarkkinoilla sekä torjua työttömyyttä ja toisaalta poistaa työvoimapulaa. Koulutus on maksutonta ja sen ajalta maksetaan työttömyyspäivärahan suuruista koulutustukea, tarvittaessa opiskelijalle maksetaan myös ylläpito- ja majoituskorvausta. (Laki 763/90 ja Asetus 912/90.)

Työeläkevakuutuksen kuntoutuksesta säädetään useissa työ- ja virkaeläkelainsäädöksissä. Työntekijän eläkelain 4 h §:n mukaan työntekijälle voidaan työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi antaa ammatillisena kuntoutuksena muun muassa neuvontaa, työhön ja ammattiin johtavaa koulutusta, työhön valmennusta sekä tehdä kuntoutustutkimuksia. Työeläkelait mahdollistavat kuntoutuksen, mutta eivät velvoita siihen. Tämän vuoksi kuntoutuksen myöntämisen edellytyksenä on, että työsuhteen tai yrittäjyyden päättymisestä ei ole kulunut niin pitkää aikaa, että oikeus ns. tulevaan aikaan eläkkeessä olisi menetetty. Pääsääntöisesti oikeus säilyy, kun aikaa viimeisestä työsuhteesta on kulunut vajaa vuosi. Kuntoutusrahan perusteeksi otetaan peruseläkkeet, joihin työntekijällä olisi ollut oikeus työkyvyttömyys ajankohtana, jona kuntoutuspäätös tehtiin. Tällöin kuntoutusraha on edellä mainittujen eläkkeiden yhteismäärä korotettuna 33 prosentilla. Työntekijälle voidaan maksaa korvaus myös kuntoutuksesta aiheutuvat välittömistä ja tarpeellisista kustannuksista. (Laki 612/91.)

Tapaturma- ja liikennevakuutuksen ammatillisen kuntoutuksen kustannukset maksetaan henkilölle, jolla on oikeus korvaukseen liikennevakuutuslain tai tapaturmavakuutuslain mukaan ja jonka työ- ja toimintakyky ovat liikennevahingon, työtapaturman tai ammattitaudin vuoksi heikentyneet taikka voisivat näiden syiden vuoksi olennaisesti heikentyä myöhemmin. Nämä vakuutukset kustantavat työ- ja ansiokyvyn parantamiseen ja säilyttämiseen liittyviä kuntoutustoimenpiteinä muun muassa kuntoutustarvetta ja kuntoutusmahdollisuuksia selvittäviä tutkimuksia, työ- ja koulutuskokeiluja, tarvittavan koulutuksen sopivaan työhön tai ammattiin, apuvälineitä ja laitteita, elinkeinon harjoittamisen tukemiseksi avustuksia ja korotonta lainaa työvälineiden ja -koneiden hankkimista ja oman yrityksen perustamista varten sekä vaikeavammaisille avustuksia ja lainoja. Myös kuntoutustoimenpiteiden

kustannuksia sekä matka- ja opiskelukustannuksia korvataan. Kuntoutusajalta suoritetaan ansionmenetykskorvauksena liikennevakuutuksen korvaus täysimääräisenä tulojen tai elatuksen vähentymisestä tai tapaturmavakuutuksen päiväraha, tapaturmaeläke ja elinkorko. Jos kuntoutujalla on oikeus kuntoutukseen näiden lakien nojalla, muiden lakien nojalla ei ole velvoitetta antaa kuntoutusta. (Laki 625/91 ja Laki 626/91.)

Kuntoutuslainsäädännön uusimisen yhteydessä Kelan uutena ammatillisen kuntoutuksen muotona on työkykyä ylläpitävän ja parantavan valmennus ns. TYK-kuntoutus, jonka tavoitteena on kuntoutujan jatkaminen omassa työssään. Toiminta kohdistuu erityisesti ikääntyviin työntekijöihin, joiden työkyky on olennaisesti alentunut ja jotka työkykynsä säilyttämiseksi ja parantamiseksi tarvitsevat kuntoutusta. Sitä järjestetään yhteistyössä työntekijän, hänen työpaikkansa, kuntoutusta toteuttavan laitoksen ja Kelan kanssa. Päävastuu ongelmien kartoituksesta ja niiden ratkaisusta on työpaikalla, jos työpaikalla suoritettavat tai työterveyshuollon toimenpiteet eivät ole riittäviä voidaan kuntoutus käynnistää. Kuntoutuksen lähtökohtana on yksilön terveydentilan, koulutus-, ammatti- ja sosiaalisten mahdollisuuksien yksityiskohtainen tunteminen ja sen perusteella laadittu kuntoutussuunnitelma. (Kansaneläkelaitos 1998, 110.)

Työterveyshuoltolain uudistus painotti myöskin TYK-toimintaa. Säästösten mukaan yksi työterveyshuollon tehtävä on vian, vamman tai sairauden vuoksi vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seuranta ja tarvittaessa hoitoon tai kuntoutukseen ohjaaminen. Kuntoutuslainsäädännön uusimisen yhteydessä työterveydenhuollon tehtäviin lisättiin kuntoutusta koskeva neuvonta sekä velvoite osallistumaan omalta osaltaan työkykyä ylläpitävään toimintaan työpaikalla sekä kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöhön. (Laki 608/91.)

Ammatillisen kuntoutuksen menot olivat Valtioneuvoston selonteon tausta-aineiston (Vns 1998, 13) mukaan arviolta yhteensä 975 miljoonaa markkaa vuonna 1997.

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden lukuja (Taulukko 1) tulkittaessa on otettava huomioon, että sama henkilö voi olla vuoden aikana useamman, kuin yhden kuntoutusjärjestelmän asiakas esimerkiksi ammatillisessa erityisopetuksessa oleva henkilö voi saada koulutuksen tukea Kansaneläkelaitokselta tai työeläke-, liikenne- tai tapaturmavakuutuslaitokselta. Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden suhteellisesti eniten työeläkelakien kuntoutuksessa, joiden osuus on kuitenkin vain noin viisi prosenttia kaikista osallistujista. Sen sijaan ammatillisen erityisopetuksen opiskelijoiden ja vajaakuntoisten työnvälityksen asiakkaiden määrä kasvoi merkittävästi seurantajakson aikana. (Emt, 14.)

Taulukko 1. Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneet kuntoutujat 1992 ja 1997, muutos lukumäärä, %. Vns tausta-aineisto 1998, 14.

Vuosi	1992	1997	Muutos	
			Lukumäärä	%
Kansaneläkelaitos	16247	15464	-783	-5
Työeläkelaitokset	541	2665	2124	393
Tapaturmavakuutuslaitokset	434	505	71	16
Liikennevakuutuslaitokset	144	128	16	11
Ammatillinen erityisopetus	2709	8127	5418	200
Työhallinto				
ammatinvalinnanohjaus	16425	13553	-2872	-17
työnvälitys	30644	49178	18534	60

2. 5. LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan toimenpiteiden kokonaisuutta, joiden avulla pyritään parantamaan kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan kuntoutujan elämäntilanteen hallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toimissaan. Tavoitteena on myös kuntoutujan työkyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. (Asetus 1015/91.)

Lääkinnällistä kuntoutusta järjestävät ja kustantavat kunnallinen terveydenhuolto ja Kansaneläkelaitos. Työeläkelaitokset voivat antaa lääkinällistä kuntoutusta, mikäli lääkinällinen kuntoutus tukee työntekijän työeläkelain ammatillista kuntoutusta (Laki 612/91). Tapaturma- ja liikennevakuutuksen lääkinällisenä kuntoutuksena korvataan työ- ja toimintakyvyn tai sosiaalisen toimintakyvyn ja suoriutumisen edistämiseksi tai ylläpitämiseksi tarvittavista toimenpiteistä aiheutuvat tarpeelliset kustannukset, mikäli palvelut eivät ole maksuttomia tai niitä ei ole säädetty terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin tehtäväksi. Lisäksi kuntoutustarpeen on oltava tapaturman tai ammattitaudin seurausta tai perustua korvattavaan liikennevahinkoon (Laki 625/91 ja Laki 626/91).

Lainsäädännön uudistuksessa muutettiin kunnallisen terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen välistä työnjakoa ja kustannusvastuita: kunnan on huolehdittava lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvista terveydenhuollon erityis-sairaanhoidon palveluista siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi (Laki 606/91). Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin sälytettiin vaikeavammaisten kuntoutusjaksot avo- tai laitoshoidossa - muu kokonaisvastuu lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta kuuluu edelleen kunnalliselle terveydenhuollolle (Asetus 1015/91).

Kunnan tai kuntayhtymän on pidettävä huolta kansanterveystyöstä. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.

Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee järjestää kunnan asukkaille muun muassa lääkinällistä kuntoutusta (Laki 66/72). Lääkinälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi muun muassa neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot. Kunnan tulee huolehtia alueellaan myös mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana lääkinällistä kuntoutusta. (Laki 605/91, Laki 606/91 ja Laki 1116/90.)

Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta tarkoittaa lääkinällisen kuntoutuksen kunnallisia palveluja, niihin kuuluvat muun muassa: kuntoutumista ja kuntoutuspalveluja koskeva ohjaus ja neuvonta ja kuntoutustarvetta ja kuntoutusmahdollisuuksia selvittävät tutkimukset työkokeiluineen, erilaiset terapiat ja neuropsykologinen kuntoutus, apuvälinepalvelut, johon kuuluu apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto, sopeutumisvalmennus, tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot avo- tai laitoshoidossa, kuntoutusohjaus ja muut edellä mainittuihin rinnastettavat palvelut. (Asetus 1015/91.)

Kunnallinen terveydenhuolto on keskeisessä asemassa asiakkaidensa kuntoutustarpeen havaitsemisessa. Sen tulee tehdä asiakkaan lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelma, jossa arvioidaan tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon muiden kuntoutustahojen palvelut ja jossa yhteensovitetaan terveydenhuollon lääkinälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelma laaditaan, sitä arvioidaan ja seurataan määräajoin yhdessä kuntoutujan ja tarvittaessa hänen omaisensa kanssa. Lisäksi kuntoutujan kanssa sovitaan tarpeellisesta yhteydenpidosta ja tarvittaessa on myös nimettävä yhdyshenkilö, joka huolehtii eri osapuolten välisestä tiedonkulusta ja kuntoutuksen etenemisestä. (Asetus 1015/91.)

Kunnan on huolehdittava myöskin sosiaalihuoltolain perusteella muun muassa kehitysvammaisten erityishuollon, vammaisuuden perusteella järjestettävien palvelujen ja tukitoimien sekä päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden ja lastenvalvojalle säädettyjen tehtävien ja toimenpiteiden

järjestämisestä (Laki 710/82). Kela velvoitteena on puolestaan maksaa asiakkaalle ja hänen perheen jäsenille kuntoutusrahaa edellä mainittujen palvelujen ajalta sopeutumisvalmennuksen tai perhekuntoutuksen osalta (Laki 611/91).

Kuntoutuslainsäädännön uudistus velvoittaa myös kunnallista sosiaalihuoltoa ohjaamaan asiakkaansa tarpeen mukaan kuntoutukseen, jos kuntoutusta ei ole säädetty sosiaalihuollon tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää sosiaalipalveluna, joko terveydenhuolto-, työvoima-, tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun kuntoutuksen palveluorganisaation palveluiden piiriin. Lisäksi on noudatettava, mitä kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä annetussa laissa (Laki 604/91) säädetään. (Laki 607/91.)

Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta velvoittaa 3 §:n mukaan Kela järjestämään muussa kuin julkisessa laitoshoidossa olevalle vaikeavammaiselle henkilölle, joka lisäksi saa lapsen hoitotuesta annetun lain mukaista hoitotukea, vammaistukilain mukaista vammaistukea, työkyvyttömyyseläkettä ja kansaneläkelain hoitotukea laissa tarkemmin määritellyin edellytyksin, sellaiset pitkäaikaiset tai vaativat muut kuin sairaanhoitoon välittömästi liittyvät kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa, jotka ovat tarpeen kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn säilyttämiseksi tai parantamiseksi. Edellytyksenä vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiselle on myös, että kuntoutujalle on tehty hänen hoidostaan vastaavassa yksikössä kirjallinen pitkäaikainen kuntoutussuunnitelma, johon toteutettavat kuntoutusjaksot perustuvat. (Laki 610/91.)

Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain 4 §:n mukaan Kela voi harkintansa mukaan korvata ja järjestää myös muuta kuin lain 2 tai 3 §:n mukaista ammatillista tai lääkinnällistä kuntoutusta. Tähän muuhun ammatilliseen ja lääkinnälliseen ns. harkinnanvaraiseen kuntoutukseen on käytettävä vuosittain määräraha, joka vastaa neljää prosenttia vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina kertyneestä määrästä, suuremmasta enimmäismäärästä eduskunta päättää erikseen valtion tulo- ja menoarvion käsittelyn yhteydessä (Laki 610/91).

Kela voi korvata ja järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta vuosittaisen määrärahan ja varainkäyttösuunnitelmansa puitteissa. Harkinnanvaraisena kuntoutuksena toteutetaan esimerkiksi kuntoutuskursseja pääasiassa tuki- ja liikuntaelinsairaille tai muille laitospäätyneistä hyötyville asiakasryhmille, yksilökohtaisia laitospäätyneistä kuntoutusjaksoja, jos kuntoutuja on tehostetun ja monipuolisen kuntoutuksen tarpeessa tai ammatillisesti syvennettyjä lääketieteellisiä kuntoutusjaksoja (ASLAK), työkykyä ylläpitävää ja parantavaa valmennusta (TYK - toteutettu vuodesta 1995 alkaen myös harkinnanvaraisena); toisaalta sopeutumisvalmennuskursseja, psykoterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta. Rahamäärästä voidaan toteutetaan myös erilaisia kuntoutuskäytäntöjen kehittämis- ja tutkimustyötä sekä tarvittaessa Kelan avustamien laitosten ja yhteistyösäätöiden piiriin kuuluvien kuntoutuslaitosten peruserä- ja käyttöavustuksia. (Laki 610/91 ja Kansaneläkelaitos 1998, 109 - 135 .)

Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetussa asetuksessa määritellään, millä tavoin kuntoutuspalvelut järjestetään ja mitä periaatteita aiheutuvista kustannusten korvaamisessa noudatetaan: Kela voi järjestää kuntoutuspalvelut tuottamalla itse tai hankkimalla niitä muilta palveluntuottajilta. Kuntoutuspalvelun tuottajalle korvataan kuntoutuksesta aiheutuvat tarpeelliset ja kohtuulliset kustannukset, jollei sille ole maksettu valtionapua tai valtionosuutta kyseiseen toimintaan (Asetus 1161/91).

2. 6. KUNTOUTUSRAHA JA KUNTOUTUSMENOT

Kuntoutusrahan tavoitteena on turvata kuntoutujan toimeentulo kuntoutuksen osallistumisen ajalta sekä tarvittaessa kuntoutuspäätöksen antamisen ja kuntoutuksen alkamisen sekä kuntoutusjaksojen väliseltä ajalta.

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksen yhteydessä Kelan tehtäväksi säädettiin myös maksaa kuntoutusrahaa. Lain mukaan Suomessa asuvalla 16 - 64-vuotiaalla kuntoutujalla on oikeus kuntoutusrahaan tai harkinnanvaraiseen

kuntoutusavustukseen siltä ajalta jona hän on estynyt kuntoutuksen takia tekemästä työtään jokaiselta arkipäivältä. Kuntoutusrahaa ei makseta omavastuuajalta, sen pituus riippuu kuntoutuksen sisällöstä ja kestosta esimerkiksi ammatillisesti syvennetyssä lääketieteellisessä kuntoutuksessa (ASLAK) kuntoutusrahaa maksetaan kuntoutuksen alkamispäivää seuraavasta kuntoutuspäivästä. Myös kuntoutujan omaiselle, joka osallistuu sopeutumisvalmennukseen tai perhekuntoutukseen, voidaan maksaa kuntoutusrahaa. Lisäksi kuntoutujalle ja omaiselle voidaan korvata kuntoutuksesta aiheutuneet tarpeelliset ja kohtuulliset matkakustannukset. (Laki 611/91 ja Asetus 893/91.)

Kuntoutusrahaan oikeuttavan kuntoutuksen tarkoituksena tulee olla kuntoutujan työelämässä pysyminen, työelämään palaaminen tai sinne tuleminen. Lisäksi kuntoutusrahan maksamisen edellytyksenä on, että kuntoutusta annetaan jonkin seuraavan säännöksen nojalla: kansanterveyslain, erikoissairaanhoidonlain, Kansaneläkelaitoksen kuntoutuslain, työterveyshuoltolain tai vammaispalveluista ja tukitoimista annetun lain (viimeiseksi mainittu vain sopeutumisvalmennuksen osalta); lastensuojelulain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain ja päihdehuoltolain perhekuntoutuksen. (Laki 611/91.)

Kuntoutusrahaa ei kuitenkaan makseta, jos kuntoutujalla on oikeus täyteen korvaukseen ansionmenetyksestä muun muassa tapaturma- tai liikennevakuutuslain nojalla. Kuntoutusraha on yhtä suuri kuin kuntoutujalle myönnettävä sairausvakuutuslain mukainen päiväraha ja on ensisijainen tähän nähden. Se voidaan maksaa myös työnantajalle, jos tämä on maksanut kuntoutujalle palkkaa tai vastaavaa korvausta samalta ajalta, jolta kuntoutusrahaoikeus on muodostunut. Jos kuntoutujalla on oikeus ansionmenetyskorvaukseen muun lain nojalla, kuntoutusraha maksetaan vain siltä osin kuin se on tätä etuutta suurempi. Kuntoutusrahan myöntää ja maksaa Kansaneläkelaitos. (Laki 611/91.)

Vuonna 1997 kuntoutuksen toimeentuloturvan menot olivat 551 miljoonaa markkaa. Menot kasvoivat 16 miljoonaa markkaa (3 %) vuodesta 1992. Toimeentulomenojen osuus kuntoutuksen kokonaismenoista on laskenut hieman. Vuonna 1992 osuus oli 11 prosenttia ja vuonna 1997 se oli 9 prosenttia. (Vns tausta-aineisto 1998, 12.)

Kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen toimeentuloturvamenojen osuuden vähentyminen johtuu pääasiassa Kelan ammatillisen kuntoutuksena järjestämään koulutukseen osallistujien määrän vähentymisestä (Taulukko 2) sekä kuntoutusrahan tasoon ja ehtoihin tehdyistä muutoksista. Kela maksaa kuntoutusrahalain mukaista kuntoutusrahaa myös muille kuin Kelan järjestämässä kuntoutuksessa oleville kuntoutujille. Kuntoutusrahan saajista kuitenkin 80 prosenttia osallistui Kelan järjestämään kuntoutukseen vuonna 1997. (Vns tausta-aineisto 1998, 12.)

Taulukko 2. Kuntoutuksen toimeentuloturvan menot 1992 ja 1997, muutos markkoina ja %. Vns tausta-aineisto 1998, 13.

Maksaja	1992	1997	Muutos	
	Milj. mk		Milj. mk	%
Kansaneläkelaitos	277	230	-64	-22
Työeläkelaitokset	9	51	41	433
Tapaturmavakuutus	74	72	-7	-8
Liikennevakuutus	41	43	1	-1
Työhallinto	134	155	13	9
Yhteensä	635	551	-17	-3

Valtioneuvoston selonteon tausta-aineiston mukaan kuntoutusmenoilta ei ole käytössä yleisesti hyväksyttävää ja kaikkiin tarkoituksiin soveltuvaa määritelmää, koska kuntoutusmenoihin voidaan sisällyttää erityyppisen kuntoutuksellisen toiminnan menoja laajemmin tai suppeammin, myöskin eri kustantajien tavassa tilastoida kuntoutusmenoja on huomattavia eroja esimerkiksi integroiduissa palveluissa on kuntoutuksen erottaminen muista palveluista ongelmallista. Tausta-aineiston kuntoutusmenolaskelman laskentaperusteet on kuitenkin pyritty pitämään samoina vuosittain, mikä tekee mahdolliseksi kohtuullisen luotettavat arviot kuntoutuksen menojen kehityksestä. (Emt, 1-3.)

Kuntoutuksen kokonaismenot olivat 6,3 miljardia markkaa vuonna 1997. Vuodesta 1992 menot kasvoivat 1,052 miljardia markkaa (20 %). Useimpien kuntoutuksen järjestäjien kuntoutusmenot ovat kasvaneet vuosittain (Taulukko 3). Myös monien kuntoutusjärjestelmien kuntoutujamäärät ovat kasvaneet. Sen sijaan kuntoutuksen järjestäjien osuuksissa kuntoutuksen kokonaismenoista on tapahtunut vain pieniä muutoksia.

Taulukko 3. Kuntoutusmenojen kehitys ja kuntoutustoiminnan menot kuntoutuksen järjestäjän mukaan 1992 ja 1997, muutokset markkoina ja % sekä osuudet kokonaismenoista %. Vns tausta-aineisto 1998, 11.

Kuntoutuksen järjestäjä/ rahoittaja	1992	1997	Muutos		1992	1997
	milj. mk	milj. mk	mk	%	osuus %	osuus %
Kunnallinen terveydenhuolto	1141	1280	149	13	22	20
Kunnallinen sosiaalihoito	1208	1550	342	28	23	24
Kansaneläkelaitos	895	1103	208	23	17	18
Työeläkelaitokset	15	66	51	344	0,3	1
Tapaturmavakuutuslaitokset	100	93	-7	-7	2	1
Liikennevakuutuslaitokset	55	56	1	1	1	1
Sotainv. ja veteraanien kuntoutus	443	491	48	11	8	8
Raha-automaattiyhdistys	135	141	6	5	3	2
Työhallinto + ESR v. 1997	624	629	5	1	11,7	12
Opetushallinto	641	779	138	21	12	13
Yhteensä	5258	6310	1052	20	100	100

2. 7. KUNTOUTUSSÄÄNNÖSTEN MUUTOKSIA JA KUNTOUTUKSEN RAHOITUS

Valtioneuvosto antoi vuonna 1994 selonteon eduskunnalle, jossa arvioitiin 1.10.1991 voimaan tulleen kuntoutuslainsäädännön vaikutuksia ja kuntoutuksen kehittämistarpeita. Eduskunta otti vastauksessaan kantaa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten ja pitkäaikaistyöttömien kuntoutusmahdollisuuksien parantamiseen. Eduskunnan lausunto sisälsi myös kannanottoja muun muassa kuntoutuksen muotojen kehittämistä saumattomaksi kokonaisuudeksi, joka joustavasti seuraa kuntoutujan elämäntilanteita sekä kuntoutusorganisaatioiden yhteistyöstä. Kuntoutusjärjestelmälle ja kuntoutustoimintamuodoille eduskunta asetti kehittämistarpeita seuraavasti:

- voimavarojen riittävyyden ja tehokkaan käytön varmistaminen kaikilla osa-alueilla
- ehkäisevän ja toimintakykyä ylläpitävän toiminnan painottaminen sekä kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta huolehtiminen
- kuntoutujan oman vastuun korostaminen ja sen osana mahdollisuus osallistua omaa kuntoutustoimintaa koskevaan päätöksentekoon
- kuntoutujan toimeentulon turvan kehittäminen kannattavaksi
- kuntoutuksen kattavuuden ja menetelmien parantaminen
- kuntoutuksen opetuksen ja tutkimuksen voimavarojen lisääminen
- kuntoutuksen hallinnollisten päällekkäisyyksien purkaminen erityisesti Kansaneläkelaitoksen ja terveydenhuollon väliltä sekä menettelytapojen kehittäminen ja yksinkertaistaminen sekä
- kansallisen ja kansainvälisen vertailtavuuden aikaansaaminen toiminnan tuloksellisuudesta ja kustannuksista.

Lisäksi eduskunta edellytti, että sille annetaan uusi valtioneuvoston selonteko kuntoutusjärjestelmän vaikutuksista ja kehittämistarpeista vuonna 1998. (Vns 1998, 1 - 6.)

Kuntoutusjärjestelmän kehitystä on luonnehtinut tasapainottelu sosiaaliturvan rahoitukseen kohdistuvien paineiden ja työttömyyden ja taloudellisen tilanteen asettamien haasteiden välillä, siksi kustannuksia lisääviä kuntoutuslainsäädännön muutoksia ei ole toteutettu vuoden 1991 uudistamisen jälkeen. Uudistukset ovatkin olleet osa laajempia sosiaaliturvaa koskevia. (Vns 1998, 6.)

Lakiin Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta ja kuntoutusrahalakiin tehtiin useita muutoksia vuosina 1995 - 1996. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutuksen järjestämisvelvoitetta tarkennettiin uudella 3 a §:llä, jonka mukaan kuntoutusta ei järjestetä Kelan toimesta, jos vaikeavammaisen on hoidettavana tai kuntoutettavana julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa. Kuntoutuksen matkakustannusten omavastuuosuudet säädettiin sairausvakuutuslakia vastaaviksi. Tarpeellisista ja kohtuullisista matkakustannuksista korvataan 45 markkaa ylittävältä osalta yhdensuuntaisista matkoista, vuosittaisen omavastuun ollessa 900 markkaa, jonka ylittävältä osalta korvaus maksettiin kokonaan. (Laki 121/95 ja Laki 1504/95.)

Kelan asiakkaan kuntoutusmahdollisuuksien selvitysvelvollisuutta muutettiin 1.1.1996 lukien siten, että Kelan kuntoutustarpeen selvittämisen velvollisuus koskee tapauksia, joissa vakuutetun sairausvakuutuslain mukaisen päivärahan suorituspäivien lukumäärä ylittää 60 (Laki 1504/95).

Kuntoutusrahan omavastuun täsmennys 1.1.1996 lukien mahdollisti kuntoutusrahan maksamisen myös erillisiltä avokuntoutuspäiviltä, koska jaksoissa annettu kuntoutus katsottiin samaksi kuntoutuskokonaisuudeksi, josta omavastuu lasketaan vain kerran. Kuntoutusrahan määräytymisperusteita muutettiin siten, että niillä korvataan vain menetettyä ansiota, eikä sitä makseta, jos sen määräytymisen perusteena olevat työtulot ovat alle 5000 markkaa vuodessa. Tällöin voidaan kuitenkin maksaa tarveharkintaista kuntoutusrahaa tulottomille tai vähätuloisille kuntoutujille enintään 60 markkaa päivässä. Samassa yhteydessä odotus- ja väliajalta maksettavan kuntoutusrahan määrää alennettiin 20 prosenttia aktiivikuntoutuksen ajalta maksettavan kuntoutusrahan määrästä, kuitenkin enintään kolmelta kuukaudelta kalenterivuotta kohden kummankin syyn perusteella erikseen laskettuna. Samalla

lyhennettiin kuntoutusrahan hakuaika neljään kuukauteen siitä päivästä, josta alkaen sitä halutaan saada. Sen sijaan korvausta kuntoutuksesta aiheutuneista kustannuksista on haettava kuuden kuukauden kuluessa siitä lukien, kun palvelu on annettu tai maksu on suoritettu. (Laki 1503/95 ja Asetus 1512/95.)

Työttömyysturvaa, työmarkkinatukea tai opintorahaa saaneen kuntoutusrahan määräytymisperusteita muutettiin myös saman lain muutoksen yhteydessä: kuntoutuspäiväraha on jokaiselta arkipäivältä 86 prosenttia kuntoutujan kuntoutusta edeltävän kuukauden aikana saadusta työttömyyspäivärahan, työmarkkinatuen, opintorahan tai aikuisopintorahan markkamäärästä lisättynä 10 prosentilla (Laki 1503/95).

Työntekijän eläkelain ja kansaneläkelain mukainen määräaikainen työkyvyttömyyseläke muutettiin kuntoutustueksi 1.1.1996 lukien. Kuntoutustuki myönnetään hakijan tai työntekijän kuntoutumisen edistämiseksi niin pitkäksi ajaksi kuin hänen arvioidaan olevan estynyt tekemästä ansiotyötä työkyvyttömyyden vuoksi. Kuntoutustukea myönnettäessä eläkelaitoksen on varmistettava, että hakijalle tai työntekijälle on laadittu hoito- tai kuntoutussuunnitelma, jonka valmistelun ajalle tuki voidaan myös myöntää. Kuntoutustuki voidaan lakkauttaa, jos kuntoutustuen saaja on ilman pätevää syytä kieltäytynyt kuntoutuksesta. Kansaneläkkeen kuntoutustueen ei makseta kuntoutuskorotusta, kun kuntoutujalle annetaan kuntoutustukipäätöksellä varsinaista kuntoutusta. Eläkelaitoksen päätöksellä kuntoutuskorotus maksetaan työntekijälle 33 prosenttia kuntoutustuen tai työeläkkeen yhteensovitusta määrästä kuntoutustukiajalta. Lisäksi Kansaneläkelaitoksen ja työeläkelaitosten työnjakoa täsmennettiin. Muun muassa havaittuaan kuntoutustarpeen Kela voi ohjata asiakkaan työeläkelaitokseen, jolla on päävastuu järjestelmänsä piirissä olevien työntekijöiden ammatillisesta kuntoutuksesta; Kelan on ilmoitettava ammatillista kuntoutusta koskevasta päätöksestään eläketurvakeskukselle. Toisaalta työntekijän eläkelain mukaan eläkelaitoksen on puolestaan ilmoitettava välittömästi työntekijän ammatillisesta tai lääkinnällisestä kuntoutustoimenpiteestä ja kuntoutusrahapäätöksestä Kelaan. (Laki 1482/95, Laki 1487/95 ja Asetus 1512/95.)

Kelan hoitamien etuuslakien uudet muutoksenhakusäännökset tulivat voimaan 1.5.1997 lukien. Kela voi itse oikaista esimerkiksi kuntoutus- tai kuntoutusraha-päätöksen, jos se hyväksyy kaikilta osin valituksessa esitetyt vaatimukset. Samassa yhteydessä yhdenmukaistettiin lainvoimaisen päätöksen poistamista ja virheen korjaamista sekä perusteettomasti maksetun etuuden takaisinperintää koskevia säännöksiä. (Laki 333/97 ja Laki 334/97.)

1.8.1999 lukien kuntoutusrahaa voidaan maksaa, laissa tarkemmin mainituin edellytyksin, 16 vuotta täyttäneelle alle 18 vuotiaalle nuorelle ammatillisen kuntoutumisen varmistamiseksi edellyttäen, että hänelle on laadittu henkilökohtainen kuntoutumis- ja opiskelusuunnitelma. Kuntoutusrahan maksaminen edellyttää, että nuoren työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain 2 §:n tarkoittamalla tavalla olennaisesti heikentyneet, ohjaaminen ammatilliseen kuntoutukseen tai oppisopimuskoulutukseen on ensisijainen työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Vajaakuntoisella nuorella on oikeus kuntoutusrahaan myös kuntoutusjaksojen väliseltä ajalta sekä ajalta, jona hän odottaa kuntoutuspäätöstä tai kuntoutuksen alkamista. Kuntoutusrahan määrä päivää kohden on kahdeskymmenesviidesosa 2100 markasta, jollei lain säännösten olisi oikeus suurempaan kuntoutusrahaan. (Laki 836/98.)

Valtion rahoittaa kuntoutusta verovaroista suoritetuilla osuuksilla. Kunnille maksettavien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien lisäksi valtio rahoittaa työhallinnon ja sotainvalidien kuntoutuksen, osan erityisopetuksesta sekä osan maatalousyrittäjien kuntoutuksesta. Osa Raha-automaattiyhdistyksen tuloista käytetään rintamaveteraanien ja sotainvalidien kuntoutuksen rahoittamiseen sekä järjestöjen kuntoutustoiminnan avustuksiin. Kunnat puolestaan rahoittavat terveyden- ja sosiaalihuollon kuntoutustoimintaa ja erityisopetusta verovaroillaan. Työnantajat, vakuutetut ja liikennevakuutuksessa ajoneuvojen omistajat ja haltijat rahoittavat kuntoutusta sosiaalivakuutusmaksuilla ja muilla suorituksilla. (Vns tausta-aineisto 1998,16.)

Valtioneuvoston selonteon tausta-aineiston (1998, 15) mukaan kuntoutuksen rahoittajia ovat kunnat, valtio, työnantajat ja työntekijät, vakuutetut, liikennevakuutuksessa ajoneuvojen omistajat ja haltijat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutusasiakkaat.

Taulukossa 4 on esitetty kuntoutusmenojen rahoitusosuuksien jakaumat ja prosenttiosuudet vuonna 1997. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusmenot rahoitetaan vakuutettujen ja työnantajien maksamilla tulo- ja palkkasidonnaisilla sairausvakuutusmaksuilla. Vakuutettujen osuuden ollessa 65 prosenttia ja työnantajien 35 prosenttia. Työeläkekuntoutuksen pääasiallinen rahoitusvastuu on työnantajilla, työntekijät vastaavat 20 prosentista kuntoutuksen rahoituksesta. Työnantajat rahoittavat kokonaan lakisääteisen tapaturmavakuutuksen lukuun ottamatta maatalousyrittäjiä.

Taulukko 4. Kuntoutusmenojen rahoitusosuudet 1997. Vns tausta-aineisto 1998, 16.

Kuntoutuksen järjestäjä/rahoittaja	Valtio	Kunta	Ta	Vak.	As.	Yht.
Terveystenhoolto	32	59	0	0	9	100
Sosiaalihuolto	30	66	0	0	4	100
Kansaneläkelaitos	0	0	35	65	0	100
Työeläkelaitokset	0	0	80	20	0	100
Tapaturmavakuutus	0	0	100	0	0	100
Tapaturmavak. maatalousyrittäjät	33	0	67	0	0	100
Liikennevakuutus	0	0	0	100	0	100
Sotainv. ja veteraanien kuntoutus	100	0	0	0	0	100
Raha-automaattiyhdistyksen	100	0	0	0	0	100
Peruskoulujen erityisopetus	56	44	0	0	0	100
Ammatillinen erityisopetus	100	0	0	0	0	100
Työhallinto	100	0	0	0	0	100
EU:n sosiaalirahaston hankkeet	100	0	0	0	0	100

Kuntoutuksen kokonaismenoista rahoitettiin valtion varoin noin 45 prosenttia. Kuntien rahoitusosuus oli 32 prosenttia, työnantajien yhdeksän, vakuutettujen kolmetoista ja asiakkaiden kolme prosenttia (emt).

Suomalaiselle kuntoutusjärjestelmälle on tunnusomaista se, että sosiaali- ja terveydenhuollolla, sosiaalivakuutuksella, opetustoimella ja työhallinnolla on kullakin omat kuntoutustehtävänsä omien tavoitteidensa ja tarkoitusperiensä mukaisesti, jolloin eri toimijoiden kuntoutus on integroitunut osaksi yleistä palvelujärjestelmää. Tästä johtuen yksittäisen kuntoutujan kuntoutusasioita hoidetaan usein monessa organisaatiossa yhtä aikaa. Kuntoutuksen kokonaislainsäädännön uudistuksessa säädettiin yksityiskohtaisesti eri viranomaisten tehtävistä ja keskinäisestä yhteistyöstä. Työjaon epäselvyyttä, jota voidaan pitää koko kuntoutusjärjestelmän toimivuuden suurimpana esteenä, ei ole pystytty parantamaan viiden vuoden seuranta-aikana. Tässä tilanteessa järjestelmässä on edelleen sekä aukkoja että päällekkäisyyttä ja kuntoutujan on vaikea päästä selville siitä, minkä organisaation puoleen hänen olisi kuntoutusasiassaan käännyttävä. (Vns 1998, 15.)

Yhteenvetona Suomessa harjoitetusta kuntoutuspolitiikasta voi todeta, että kuntoutustoiminta on toiminnallisesti siirtynyt korjaavasta kuntoutuksesta ehkäisevään ja terveyttä edistävään kaikille kansalaisille suunnattuun moderniin kuntoutustoimintaan. Kuntoutustoiminta osoittaa huomattavaa laadullista kehitystä, jos asiaa katsoo kuntoutujan tai toimintatahojen yhteistyön kannalta. Kuntoutustoiminta on myös lisääntynyt sekä lukumäärällisesti että markkamääräisesti. Tätä voidaan pitää aktiivisena työ- ja toimintakyvyn edistämiseen tähtävänä yhteiskuntapolitiikkana, johon lisäresursseja on saatu myös Euroopan sosiaalirahaston kautta.

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksen tavoitteena oli muun muassa kuntoutusta järjestävien tahojen työnjaon ja yhteistyön selkeyttäminen, kuntoutuvan asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien ja toimeentuloturvan parantaminen sekä kuntoutuksen riittävä varhainen aloittaminen. Eduskunta edellytti Valitioneuvostolta selontekoa uudistetun lainsäädännön sekä kuntoutuksen yleisistä kehittämistarpeista ensin vuonna 1994 ja toisen vuonna 1998. Molemmat selonteot ovat rakenteeltaan samankaltaisia. Vuoden 1994 selonteko painotti keskeiseksi

kehittämishaasteiksi kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien lisäämisen, johon pyrittiin asiakasyhteistyön käytäntöjen kehittämällä, tiedottamisen lisäämisellä sekä kuntoutussuunnitelmien tärkeyden korostamisella. Vuoden 1998 selonteko korosti vielä lisäksi asiakkaan omaa vastuuta kuntoutustoiminnassa. Valtionneuvosto antaa seuraavan selonteon kuntoutuksesta vuonna 2002. Kuntoutuspoliittisia sisällöllisiä ja toiminnallisia tavoitteita ovat kehittäneet myös työeläkejärjestelmät, Kansaneläkelaitos sekä työpaikat ja niiden terveydenhuollot sekä muun muassa Kuntoutussäätiö, Kelan kuntoutustutkimuskeskus ja kuntoutuslaitokset, jotka ovat erityisesti kiinnittäneet huomiota työkykyä ylläpitävään toimintaan, työkyvyn arviointiin, kuntoutustarpeen aikaisempaan havaitsemiseen ja työikäisten kuntoutuksen menetelmien ja mittareiden kehittelyyn. Näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kohdistuessa entistä enemmän ikääntyviin työssä oleviin ja sairauksien osalta tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsiviin henkilöihin.

3. KÄSITTEITÄ JA TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA VARHAISKUNTOUTUKSEN TARKASTELUUN

3.1. TERVEYS-, SAIRAUS- JA TOIMINTAKYKYKÄSITE

3.1.1. TERVEYSKÄSITE

Terveys on käsitteellisesti työ- tai toimintakyvyn, työkykyä edistävän tai työkykyä ylläpitävän toiminnan yläkäsite, jonka alle voi sovittaa koko yhteiskuntapoliittisesti toteutetun terveydenhuollon toiminnan. Varhaiskuntoutuksessa terveys on nähty biolääketieteellistä käsitystä laajempänä käsitteenä.

Terveyskäsite on abstrakti käsite, eikä sen määrittelystä ja mittaamisesta ole olemassa yksiselitteistä selkeää yhteisymmärrystä. Noackin (1987, 5 - 28) terveyden määritelmiin sisältyy erilaisia ulottuvuuksia, kuten

- 1) terveys on oireiden, sairauksien tai toimintakyvyn vajauksien puuttumista
- 2) terveys on positiivisesti arvostettu psykologinen kokemus
- 3) terveys on tasapaino yksilön ja ympäristön välillä
- 4) terveys on henkilökohtaisiin tavoitteisiin pääsemistä ja ympäristön ja sosiaalisista vaatimuksista selviämistä tukeva voimavara ja
- 5) terveys on tiettyyn päämäärään pyrkivä toiminnan tai tehokkaan selviytymisen prosessi. Ihmisen terveystieteet ilmentävät myös sekä aikaa että kulttuuria.

Kuntoutuksen näkemyksissä heijastuu laaja-alainen, ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioiva terveystieteiden käsite, ja viime vuosina terveyden positiiviset painotukset ovat erityisesti korostuneet. WHO:n kokonaismääritelmä, jonka mukaan ”terveys on täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauksien ja toiminnanvajeiden puuttumista”, sopii laajana ja resurssipohjaisena hyvin kuntoutuksen perustaksi. Näin määritellen terveys asetetaan yleiseksi arvoksi, ihanteeksi, jota voidaan tavoitella mutta ei koskaan saavuteta. Positiivisena käsitteenä se painottaa yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia voimavaroja samoin kuin fyysisiä toimintamahdollisuuksia. Näin on myös mahdollista lisätä terveyttä, vaikka tautia ei olisi todettukaan. (Hinkka 1998, 32.)

Helo (2000, 159) pitää terveyden käsitettä erityisen tärkeänä silloin, kun mitataan terveyteen liittyvää elämänlaatua ja terveydellisten toimenpiteiden vaikutusta elämänlaatuun, joka on moniulotteinen käsite, jossa otetaan huomioon WHO:n edellä mainitut fyysinen, henkinen ja sosiaalinen ulottuvuus.

Terveys voidaan nähdä myös välineellisenä arvona. Työntekijien panokset työpaikan terveyttä edistävään toimintaan toivotaan saatavan takaisin vähentyneiden sairauspoissaolojen, tapaturmien, vakuutus- ja eläkemaksujen muodoissa. Tällöin työntekijöiden terveys voidaan nähdä yrityksille voimavarana, koska terveet ja tuottavat työntekijät voivat tehdä koko organisaation kestäväksi. (O'Donnell ja Ainsworth 1984.)

3.1.2. SAIRAUSKÄSITE

Sairauskäsite voidaan nähdä terveystieteen negaationa, jolloin sairaus voidaan käsittää muun muassa terveyden heikkenemisenä tai sen puutteena.

Monilla lääketieteen aloilla biomedikaalinen sairausmalli on vallitseva malli, eikä se ole vieras myöskään kuntoutuksen lääketieteessä. Järvikoski (1994, 15) toteaa mallille olevan keskeistä terveyden ymmärtäminen tautien puuttumisena ja sairauden autonomisena, ontologisena "oliona", jonka olemassa oloa säätelevät fyysiset ja biologiset tekijät ja joka voidaan todeta luonnontieteellisin menetelmin kantajastaan riippumatta. Biomedikaalinen malli on reduktionistinen, jonka mukaan fysiikka ja kemia antavat viimeisen perustan sairauden kuvaamiseen ja selittämiseen.

Tämä sulkee mallin ulkopuolelle psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sairauden synnyssä tai sen vaikeusasteen vaikuttavina tekijöinä sekä krooniset sairaudet. Kuntoutuksen kannalta tarkasteltuna biomedikaalisen mallin sairauskäsite ei tunnista sairautta monipuoliseksi, koska se ei totea sosiaalisten ja sosiaalipsykologisten tekijöiden osuutta sairauksien synnyssä, sairausprosessien etenemisessä tai sairauden aiheuttamissa rajoituksissa. (Emt.)

Sosiaali- ja käyttäytymistieteellinen tutkimus on laajentanut olennaisella tavalla sosiaalisten ja psyykkisten tekijöiden merkityksestä sairaudessa ja terveyden säilyttämisessä. Tutkimustulosten perusteella biomedikaalisen sairauskäsityksen kapea-alaisuus on tullut ilmeiseksi ja kiinnostus on laajentunut spesifisten tautien ehkäisystä myös kysymyksiin, miksi tietyt sosiaaliset ryhmät ovat alttiita sairastumiselle yleensä tai mitkä tekijät ylläpitävät terveyttä ja hyvinvointia. Tärkeiksi tekijöiksi sairaudessa tai terveyden säilyttämisessä ovat nousseet muun muassa:

- 1) rakenteelliset olosuhteet ts. sosiaalinen järjestelmä yksilöön heijastuvine vaikutuksineen
- 2) ulkoiset suhteet ts. yhteisöt, joihin yksilö liittyy perhe-, työ- ja vapaa-ajan rooliensa kautta sekä
- 3) yksilön sisäiset voimavarat. (Järvikoski 1994, 16.)

3.1.3. TOIMINTAKYKYKÄSITE

Lahtinen (1996, 26) pitää terveyden selkeästi rajattuna osana toimintakykyä, joka on terveysvajeen vaikutusten mittari. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä selviytyä päivittäisistä toimista. Toimintakyky on moniulotteinen käsite, joka voi liittyä fyysisiin, henkisiin, kognitiivisiin, sosiaalisiin, taloudellisiin tai ympäristötekijöihin. Toimintakyky esitetään usein käsiteparina työkyvyn kanssa, mutta on tätä laajempi yläkäsite.

Toimintakyvyn kannalta keskeisiä käsitteitä ovat: vaurio tai vaje (impairment), joka voi olla mikä tahansa psykologisen, fysiologisen tai anatomisen rakenteen puute tai epänormaalisuus, toimintavajavuus (disability), jolla tarkoitetaan rajoitetta tai puutteita ihmiselle normaaliksi katsottavasta toiminnasta selviämisessä ja haitta (handicap), joka on vaurioiden ja toiminnanvajauksien sosiaalisia seurauksia. Näin ollen toimintakyky on keskeinen terveyden määre kuntoutuksen ja vakuutuslääketieteen alalla. (Lahtinen 1996, 24 - 26.)

3.2. LAAJA KÄSITYS TYÖKYVYSTÄ

Työelämässä selviytymisen mahdollisuuksia ja ehtoja kuvataan Suomessa käsitteellä työkyky. Työkyky on erityisesti työterveyshuollon ja kuntoutuksen alueella yksi keskeisimmistä toiminnan sisältöön liittyvistä käsitteistä. Käsitys työkyvystä ohjaa työkykyyn liittyvää toimintaa. Työkyky, kuten toimintakyky, terveys tai sairaus, on sopimuksen varainen abstrakti käsite vailla yksiselitteistä mitattavaa vastinetta todellisuudessa (Mäkitalo ja Palonen 1994, 155). Toisaalta käänteisesti tarkasteltuna työkyvyttömyydellekään ei ole olemassa täsmällistä lääketieteellistä määritelmää. Sen sisältö voi määräytyä esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeelle hakeuduttaessa subjektiivisen ja objektiivisen terveydentilan ja toimintakyvyn ohella voimassa olevasta lainsäädännöstä, yhteiskunnan kehityksestä, yksilön työhistoriasta ja motiiveista sekä työyhteisöstä. (Klockars ym. 1998, 33.)

Kirjallisuuslähteisiin viitaten Mäkitalo ja Palonen (1994) toteavat työkyvyn sisällöstä olevan useita erilaisia käsityksiä, jolloin konteksti vaikuttaa siihen, mitä työkyvyllä kulloinkin tarkoitetaan. Heidän mukaansa työkyvyn käsitettä käytetään kahdessa eri yhteydessä: työkyvyn arvioinnissa ja työkyvyn edistämisessä. Arvioinnin kontekstissa työkyvyn käsite toimii hallinnollisen päätöksenteon välineenä ja sille on ominaista yksilökeskeisyys (työkyvyn määräävät yksinomaan tai pääasiassa yksilölliset kyvyt tai ominaisuudet), sairauskeskeisyys (sairaus ja terveys määräävät yksilön työssä selviytymistä ja työmahdollisuuksia) sekä asiantuntijakeskeisyys (pyrkimys määrittää työkyky objektiivisesti kliinisenä asiantuntijatyönä ja pyrkimys sulkea pois kokemukselliset tekijät). Edistämisen kontekstissa korostetaan yksilöä aktiivisena toimijana, joka omine toiveineen sitoutuu omien mahdollisuuksiensa parantamiseen. Asiantuntijalta odotetaan konsultatiivista, vaihtoehtojen tarjoajan ja tukijan roolia. Työkyvyn edistämisen yhteydessä on tuotu esille myös yhteisöllinen ja ympäristötekijöiden merkitystä työssä selviytymisen kannalta. (Emt, 156.)

Mäkitalo ja Palonen (1994, 157) luokittelevat työkyvyn kolmeen erilaiseen käsitystyyppiin, jotka voidaan nähdä myös historiallisena kehitysmallina: lääketieteelliseen käsitystyyppiin, tasapainomalliin ja integroituun malliin.

Lääketieteellisen käsitystyyppin mukaan työkyky on terveyttä, joka määritellään sairauksien puuttumisena. Käsitystyyppi perustuu organistiseen selitystapaan, jonka mukaan toiminta voidaan selittää ainostaan tai pääosin yksilöllisillä tekijöillä. Olennaista ovat yksilön psykofyysisen järjestelmän lääketieteellisesti tunnistettavissa olevat tilat: fyysinen ja psyykkinen terveys ja sairaus. Käsitteen taustalla on lääketieteellinen invaliditeettikäsitys ja yleinen työkyvyttömyyden määritelmä. Yksilön ja ympäristön vuorovaikutus oletetaan suoraksi kausaaliyhteydeksi yksilön psykofyysisen järjestelmän tilan ja sosiaalisten toimintamahdollisuuksien välille.

Tasapainomallin mukaan työkyky on yksilöllisten edellytysten ja työn vaatimusten välinen tasapaino tai suhde. Tasapainomalli on vallitseva alan kirjallisuudessa. Yksilöllisistä edellytyksistä mallissa korostuu toimintakyky, joka jakautuu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Sosiaalinen toimintakyky on jäänyt lähinnä teoreettiseksi käsitteeksi, jota on ollut vaikea määrittää tai mitata. Sosiaalisuus onkin rajoittunut lähinnä ihmisen sosiaalisen toimintakyvyn tarkasteluun. Yksilölliset edellytykset muodostuvat lisäksi koulutustasosta, taidoista, kokemuksesta ja motivaatiosta. Tasapainomalli täydentää lääketieteellistä käsitystyyppiä ottamalla huomioon yksilölliset edellytykset suhteessa ympäristöön; toisaalta käsitys työstä on kuormitustekijä- ja vaatimuskeskeinen. Yksilön ja ympäristön suhde on pelkistynyt työn vaatimusten ja yksilöllisten edellytysten väliseen mekaaniseen tasapainosuhteeseen, jolle työnvaatimukset asettavat lähtökohdan: kyse on siis yksilöllisten edellytysten riittävydestä tai soveltuvuudesta.

Mäkitalon ja Palosen mukaan työkyvyn tasapainomalli on ymmärrettävä arvioinnin kontekstissa, jossa työkykyongelman tulee olla sairauden, vian tai vamman aiheuttama yksilön toimintakyvyn ongelma. Tällöin työkyvyn edistämisessä tasapainomallin mukaan joko yksilön edellytyksiä parannetaan tai työn vaatimuksia vähennetään tavoitteena saavuttaa niiden välinen tasapaino: käytännössä on korostunut fyysisen kunnon parantaminen. Tasapainomallin mukaiset käsitykset sisältävät myös erilaisia poikkeamia akselilta työn vaatimukset - yksilölliset edellytykset esimerkiksi eläke- ja sosiaaliturvan taso, työllisyystilanne sekä työmarkkinamekanismit ovat usein katsottu vaikuttavan työkykyyn.

Taulukko 5. Kolme käsitystyyppiä työkyvystä. Mäkitalo ja Palonen (1994, 157).

lääketieteellinen käsitys työkyvystä: ”terveys”	työkyvyntasapainomalli: ”toimintakyky suhteessa työn vaatimuksiin”	integroitu käsitys: ”systeemi”
<ul style="list-style-type: none"> • tieteellinen perusta luonnontieteissä: lääketiede, lääketieteellinen sairaus- ja terveystieteiden käsitys • taustalla lääketieteellinen invaliditeettikäsitys ja yleinen työkyvyttömyyden määritelmä • alunperin arvioinnin kontekstissa • lähtökohta: yksilön psykofyysisen järjestelmän kliinisesti määritelty tila • käsitys ihmisestä: individualistinen. Kyvyt ja ominaisuudet annettuja, ympäristöstä riippumattomia • käsitystä työstä: ei sisälly määritelmään • yksilön ja ympäristön suhde: ei ole määritelty 	<ul style="list-style-type: none"> • tieteellinen perusta luonnontieteissä: lääketieteen lisäksi fysio- ja psykologia, ergonomia • taustalla ammatillinen työkyvyttömyyden määritelmä • alunperin arvioinnin kontekstissa • lähtökohta: yksilön psykofyysisen järjestelmän tila ja muut yksilölliset tekijät (ikä, koulutus, motivaatio, jne.) sekä työn vaatimukset • käsitys ihmisestä: individualistinen. Kyvyt ja ominaisuudet annettuja, ympäristöstä riippumattomia • käsitys työstä: kuormitustekijät, vaatimustaso • yksilön ja ympäristön suhde: erillisten oloiden vuorovaikutus, Yksilöllisten kykyjen riittävyys työn ominaisuuksiin nähden 	<ul style="list-style-type: none"> • tieteellinen perusta kliinisten lisäksi ns. ihmistieteissä, sosiologia- ja käyttäytymistieteet • taustalla irtautuminen työkyvyttömyyden määrittämisestä johdetuista työkyvyn käsitteistä • alunperin edistämisen kontekstissa • lähtökohta: yksilön, hänen toimintatapansa ja -ympäristön muodostama systeemi • käsitys ihmisestä: biopsykososiaalinen. Kyvyt ja ominaisuudet yksilöllisten edellytysten lisäksi tilanteesta ja yhteisöllisistä edellytyksistä riippuvia • käsitys työstä: toimintajärjestelmä. Vaatimusten lisäksi mahdollisuudet, sosiaaliset suhteet, työnantajan ja työyhteisön toimintatavat • yksilön ja ympäristön suhde: yksilö yhteisössä. Dynaaminen usean toimijan ja olosuhteiden välinen systeeminen vuorovaikutus

Integroidussa käsitystyyppissä työkyky ei ole työntekijän henkilökohtainen yksilöllinen ominaisuus, eikä selity pelkästään edellytysten ja vaatimusten välisen suhteen avulla: yhteisölliset tekijät eivät ainoastaan vaikuta työkykyyn, vaan ovat osa sitä. Lähtökohtana on yksilön, hänen toimintansa ja toimintaympäristön muodostama systeemi. Ihmiskäsitys eroaa heidän lääketieteellisestä ja tasapainomallin mukaisista ihmiskäsityksistä: yksilöllisten ominaisuuksien (esimerkiksi työkyvyn tai fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn) lisäksi tulisi puhua yhteisöllisistä ja ympäristöllisistä edellytyksistä, jotka liittyvät yksilön työ- tai toimintakykyisyyteen. Yksilön ja ympäristön vuorovaikutus ei perustu kausaalisuhteisiin eikä tasapainosuhteeseen, vaan systeemiteoreettiseen malliin. Siinä useat toimijat, toiminta ja monipuolisesti tarkastellut olosuhteet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. (Mäkitalo ja Palonen 1994, 159.)

Taulukoon 5 on muodostettu kolme Mäkitalon ja Palosen työkyvyn käsitystyyppiä, jotka perustuvat siihen, millainen käsitys sisältyy kulloiseenkin työkyvyn käsitteeseen ihmisestä, työstä sekä yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksesta.

Järvisalo (1996, 68) määrittää työkyvyn yksinkertaisesti yleisellä tasolla: ihminen selviytyy voimavaroillaan työstään. Se, mitä työkyky varsinaisesti tarkoittaa, on hänen mukaansa kuitenkin vaikeasti määriteltävissä käytännön mittaustilanteissa: miten suhtautuvat toisiinsa laaja työkykykäsite (työntekijän fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten edellytysten sekä työn fyysisten, psyykkisten ja sosiaalistekijöiden suhde) ja Mäkitalon ja Palosen määrittelemä integroitu käsitystyyppi työkyvystä. Järvisalo kysyykin, onko integroitu työkyky todella työkykyä, vaikka se monella tavalla liittyykin ihmisten ja yhteisöjen työn tekemismahdollisuuksien kehittämiseen ja toisaalta, eikö integroidun työkyvyn tavoitteita voitaisi tarkastella myös tasapainomallin perusteella (emt, 69).

Taulukossa 6 on työkyvyn laadullisia määreitä luetteleva Järvisalon työkyvyn määrittely, joka kuvaa työkykyä hyvinvointina työssä. Määritelmällä voidaan arvioida työkykyä käytännössä erilaisiin tietolähteisiin perustuvilla mittareilla.

Taulukko 6. Järvisalon (1996, 70) työkyvyn määrittely.

Työkyky on:

1. subjektiivista toimintakykyä ja terveyttä
2. sopivaa objektiivista toimintakykyä ja terveydentilaa
3. työnvaatimusten ja tekijän edellytysten sopusuhtaa tavanomaisissa (kuormitus)tilanteissa
4. työelämään osallistumisen osuutta henkilökohtaisessa arvomaailmassa ja elämän vaihtoehdoissa
5. työelämän kulttuurin ja arvojen sopusuhtaa omien arvojen kanssa
6. riittävää sopeutumista työyhteisöön, osallistumismahdollisuuksia, vaikutusmahdollisuuksia ja ihmissuhteita.

Louhevaaran ym. (1995) määrittelevät työkyvyn koostuvan työntekijän ominaisuuksista, joilla suoriudutaan yli- tai alikuormittumatta ja kohtuuttomasti väsymättä työn fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista vaatimuksista. Työn fyysiset vaatimukset kohdistuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön ja liikuntaelinten kuntoon sekä hermostoon, aistien ja lihasten toiminnasta riippuvaan kehon hallintaan. Psyykkiset vaatimukset edellyttävät muun muassa luovuutta, myönteistä mielialaa; keskittymis- ja uusien asioiden oppimiskykyä. Työn sosiaalisissa vaatimuksissa korostuvat kaikkinaiset ihmissuhdetaidot, joihin liittyvät kyvyt yhteisten asioiden hoitamiseen ja myötäelämiseen, omien mielipiteiden esittämiseen, julkiseen esiintymiseen jne. Työkyvyn fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet ovat sidoksissa toisiinsa. Nämä työkyvyn ulottuvuudet perustuvat yksilön terveydentilaan sekä toimintakykyyn, joihin perinnöllisillä tekijöillä, elinympäristöllä, sosiaalisella asemalla ja iällä on suuri vaikutus. (Emt, 232; vrt. Matikainen 1998.)

Bergström ym. (1997, 26) toteavat työkyvystä puhuttavan yleensä yksilön ominaisuutena, jolla on monta ulottuvuutta, kuten esimerkiksi yksilön subjektiivinen todellisuus, työpaikan todellisuus ja yhteiskunnallistaloudellinen todellisuus. Yksilön työkyky todennäköisesti vaihtelee päivittäin, ja yritysten tulisi hyväksyä nämä vaihtelut osana yrityksen arkipäivää. Yksilön työkykyisyys ja työntuottavuus voivat

myös vaihdella työn muuttuessa esimerkiksi, jos työntekijä saa enemmän itsenäisyyttä työnsä suunnitteluun tai voi vaikuttaa työnsä aikataulun suunnitteluun, hänen subjektiivinen työkykynsä ja hänen taloudellinen tuottavuutensa voivat olennaisesti parantua (Stone 1991, 204 - 220).

Heikkilä (1996,6) määrittää työn päämäärään suuntautuvaksi toiminnaksi, jolloin päämäärää voidaan tarkastella sekä konkreettisella että ideaalisella tasolla. Ideaalitasolla päämäärä on kuviteltu lopputulos, joka sisältää prosessin kuvitellun kulun. Subjekti käy toimintoja läpi mielessään, mielikuvissaan ennen, samanaikaisesti ja jälkikäteen itse prosessoinnin kanssa. Ihmisen käsitys omasta työkyvystään syntyy tässä toiminnan ideaalisessa tasossa. Työkyky on siis paljolti mielikuvista kiinni. Heikkilän mukaan useat tutkimukset ovat todenneet ihmisen oman päätöksen työkyvyttömyydestään toteutuvan lähes aina lyhyemmällä tai pitemmällä viiveellä. Ihmisen oma arvio omasta työkyvystä on mielikuva selviytymisestä tai selviytymättömyydestä ammatissaan ja työtehtävissään. Yksilön pyrkimyksiä ohjaavat tavoitemielikuvat, jotka kytkeytyvät motivaatioon ja subjektiivisiin tarpeisiin.

Heikkilän dynaamisessa työkykymallissa (Kuva 1) työkyky ilmenee subjektin ja objektin yksilöllisten edellytysten ja yhteiskunnallisten vaatimusten välisenä jännitteenä. Malin ydin on persoona, jolla ymmärretään ihmisen kaikkien suhteiden kokonaisuutta, itsearvioita, motivaatiota ja elämäkokemusta. Koska persoona on taso, jolla työkyky kiteytyy ja todentuu, työkyvyssä on kysymys hyvin monitahoisesta ja -tasoisesta systeemin elementtien dynaamisesta suhteesta. Dynaamisuudella Heikkilä painottaa työkykyyn vaikuttavien lukuisten tekijöiden tasapainottomuutta, koska näiden välillä ei koskaan vallitse staattista tasapainotilaa. Tasapainotila subjektin edellytysten ja yhteiskunnallisten ja sosiaalisten vaatimusten välillä on vain harvinainen ohimenevä mahdollisuus, jolloin kehityksen muutosvoimana on jatkuva ristiriita. (Heikkilä 1996, 7 - 8.)

Kuntoutustoiminnassa ei voida yksilöä unohtaa, koska kaikki toimenpiteet etenevät viime kädessä yksilöiden kautta. Heikkilä (1996, 7) korostaa työkykyisyyden konkretisoituvan ihmisessä persoonatasolla, sillä työkyky vaatii ihmisen oman

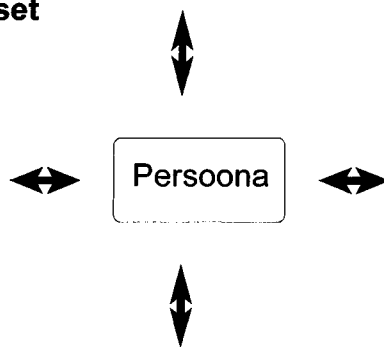
kannanoton ja tulkinnan: ”Ihmisen kokonaisuus toteutuu toiminnassa, tajunnassa ja vuorovaikutuksessa ja työkyky riippuu kaikista näistä tekijöistä”.

Kuva 1. Dynaaminen työkykymalli, jossa kaikista mahdollista vaikutussuhteista vain osa on esillä. Heikkilä 1996, 8.

Ihmissuhteet

Yksilön edellytykset

- perimä
- terveys
- kyvyt
- taidot
- temperamentti
- jne.



Yhteiskunta ja työ

- työllisyystilanne
- lainsäädäntö
- sos. politiikka
- elinkeinorakenne
- työnvaatimukset
- jne.

Luonto ja kulttuuriympäristö

Varhaiskuntoutuksen työkyvyn ajattelumalli, joka on muodostettu eri alojen keskeisistä tutkimuksista, painottaa Väänänen-Tompon ym. (1999, 5) mukaan työkyvyn muodostumista monen eri tekijän vuorovaikutuksesta:

- Työyhteisöllisiä työkykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa vuorovaikutuksen ja johtajuuden toimivuus, työprosessien yhteinen kehittäminen ja työntekijöiden välinen sosiaalinen tuki
- Työn ja työympäristö luovat työkyvyn edellyksiä muun muassa työn sisällöllä ja haasteellisuudella, työn fyysisen ja psyykkisen

- kuormituksen säätelyllä, työhön vaikuttamisen mahdollisuuksilla, työolosuhteilla, työvälineillä ja työergonomialla
- Työnantajan toimintavat ja arvot ilmentävät henkilöstöpolitiikassa, esimiestyössä, yhteistoiminta- ja työsuojelukäytännöissä sekä työnantajan toteuttamassa työterveyshuollossa.

ASLAK-kuntoutuksessa on selvästi tuotu Helon (2000, 132) mukaan esille kuntoutuksen laajemmat tavoitteet. Työkykyä halutaan edistää integroidun käsitystyyppin mukaisesti. Tällöin ASLAK-kuntoutuksen vaikutusten ja tulosten odotetaan olevan pitkäkestoisia ja kohdistuvan myös koko työyhteisöön.

Yhteenveto. Työkyky siis kyky tehdä työtä tai suoriutua työn asettamista vaatimuksista on useiden tekijöiden summa. Yksilön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky muodostavat monine eri tasoineen työkyvyn perustan yksilön työelämän kaikissa vaiheissa. Se ei kuitenkaan riitä määrittämään kaikkia työkyvyn edellytyksiä esimerkiksi motivaatiolla ja sosiaalisilla vuorovaikutustaidoilla tai toisaalta esimerkiksi työorganisaatiolla, henkilöstöhallinnollisilla toimilla on vaikutusta yksilön toimintakyvyn ja työn vaatimusten väliseen tasapainoon. Työkyvyn sisällöstä on monia toisistaan poikkeavia käsityksiä ja näkökulmalla on suuri merkitys siihen, mitä työkyvyllä kulloinkin tarkoitetaan.

Työkykyä on vaikea kattavasti määritellä. Työkyvyn käsitteellisessä tarkastelussa on siirrytty, tässä esityksessä mainittuihin tutkimuksiin viitaten, yksilöllisistä, toimintakykypainotteisista ja lääketieteellisistä työkykykäsityksistä laajoihin yksilöistä, työpaikoista, ympäröivistä yhteisöistä ja yhteiskuntapolitiikasta muodostettuihin työkykykäsitystyyppeihin. Käsitustyyppien avulla on muun muassa mahdollista arvioida työkykyä ylläpitävän toiminnan ja kuntoutusinterventioiden sisältöä ja menetelmiä. ASLAK-kuntoutuksessa toteutetaan työkykyä laaja-alaisen integroidun käsitystyyppin mukaisesti, jolloin yksilön ja ympäristön vuorovaikutus ei perustu kausaalisuhteisiin, eikä tasapainosuhteeseen, vaan muodostaa näitä laaja-alaisemman viitekehyksen työkyvyn arvioinnin ja työkykyä edistävän toiminnan kehittämiseksi. Tämän tutkimuksen lähtökohta on integroitu näkemys työkyvystä.

3.2.1. TYÖKYVYN ALENEMISTA ENNAKOIVIA TEKIJÖITÄ

Pitkäaikainen sairaus voi alentaa yksilön työkykyisyyttä, mutta läheskään aina sillä ei ole merkitystä työkyvyn kannalta. Sairaus- ja työkyvyttömyysprosessin kesto sairauden esiasteesta tai ensimmäisistä oireista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen on tavallisesti pitkä, keskimäärin kahdeksan vuotta ennen eläkkeenhakua. Sairauden oireet eivät yleensä merkinneet välitöntä työkyvyn laskua, vaan työnteossa haitat näkyivät tavallisesti vasta muutamia vuosia sairauden ilmenemisen jälkeen. Työkyvyn alenemisesta eläkkeelle hakeutumiseen kului ikäryhmästä riippuen aikaa noin 3 - 6 vuotta. Erityisen pitkä oli vajaakuntoutumisprosessi tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa ja vanhemmissa ikäryhmissä. (Gould 1985, 134 - 135: lähde Järvikoski 1994, 68.)

Taulukossa 7 on Järvikosken (1994) suomalaisista prospektiivisistä tutkimustiedoista kokoama työkyvyttömyyden ilmaantumista ja työkyvyn alenemista ennustavia tekijöitä.

Muuttujaluokat (1 - 2) kuvaavat yksilön fyysistä kuntoa, toimintakykyä sekä fyysisiä ja psyykkisiä sairauden tai kuormittuneisuuden oireita. Sairauteen liittyvien kognitiivisten hallintakäsitysten (3) merkitystä työkykyisyyteen on tutkittu sangen vähän, mutta esimerkiksi selkävaivaa potevien henkilöiden käsitys omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa terveydentilaansa tai hallita selkäoireitaan näyttää pitkällä aikavälillä olevan yhteyttä paitsi selkävivussa tapahtuviin muutoksiin myös työkyvyn säilymiseen ja työkyvyttömyyteen.

Muuttujaluokat (4 - 6) koskevat työn fyysisiä vaatimuksia, fyysistä työympäristöä sekä työtä, työyhteisöä ja työn organisointia kuvaavia psykososiaalisia tekijöitä. Työn fyysisiä kuormitustekijöitä pidetään muun muassa sosiaaliluokkien välisten terveyserojen todennäköisenä selittäjänä. Psykososiaalisista tekijöistä muun muassa kiireen, työn yksitoikkoisuuden, rooliepäselvyyksien; työn sidonnaisuuden, valvonnan ja työhön puuttumisen, vaikutusmahdollisuuksien tai tunnustuksen ja arvonnannon sekä ammattitaidon kehittämismahdollisuuksien puutteen on todettu ennakoivan tulevia työkykyongelmia tai työkyvyttömyyttä.

Voimakkaampia työkyvyn ennustajia ovat kuitenkin yksilöiden kokemukset senhetkisestä työkyvystään (muuttujaluokka 7), esimerkiksi koettu työkyvyn ongelmat ja kuntoutustarpeet ennakoivat vahvasti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä tilanteissa, joissa aktiivisiin kuntoutusinterventioihin ei ole ollut mahdollisuuksia. Toisaalta myös kokemukset ja mahdollisuudet selvitä työstä ovat osoittaneet työstä poissaoloaikojen pituuksien ja työmotivaatioiden voimakkaat yhteydet myöhempään työssä jatkamiseen tai eläkkeelle siirtymiseen.

Sosioekonominen asema on osaltaan yhteydessä työkyvyn säilymiseen (muuttujaluokka 8). Sosiaalisten verkostojen hajoamiseen viittaavat elämänmuutokset samoin esimerkiksi puolison siirtyminen eläkkeelle näyttävät ennakoivan työkyvyttömyyttä ja yleinen tyytyväisyys elämäntilanteeseen puolestaan työssä jaksamista. Elintavoilla kuten vähäinen liikunta tai tupakointi ennakoivat työkyvyn suhteellista heikentymistä. Alkoholin humalahakuisella käytöllä on kielteinen vaikutus työkyvyn kannalta, mutta lievällä alkoholinkäytöllä ilmeisen myönteinen. (Järvikoski 1994, 68 - 72.)

Kuormittuneisuuden ja sairauden keskeisinä riskitekijöinä pidetään työn kvantitatiivista ylikuormitusta ja kvalitatiivista alikuormitusta. Kiireellä ja työn yksitoikkoisuudella näyttää olevan merkitystä myös työkyvyn alenemisen kannalta. Useimmat taulukon psykososiaalisista tekijöistä kuvaavat työn stressitekijöitä, mutta toisaalta niitä voidaan pitää myös työprosessin hallintaan liittyvinä tekijöinä. Vaikutusmahdollisuuksien puute ja sidonnaisuus kuvaavat autonomiaa työssä, valvonta ja työhön puuttuminen ulkopuolisen suorittamaa työssä olon tai työsuorituksen kontrollia ja epäonnistumisen ja virhesuoritusten pelko kompetenssiin liittyvää pelkoa ja epävarmuutta. Ammattitaidon kehittymisen puute liittyy työn hallintaan pitkäjänteisemmin: mahdollisuus kvalifikaatioiden säilyttämiseen työssä on työnhallinnan perusedellytyksiä; yksilön mahdollisuus asettaa vaativampia tavoitteita ja selvitä vaikeammista tehtävistä lisääntyy. Sosiaalinen tuki voi puolestaan vahvistaa sosiaalista valtaa ja kompetenssin kokemusta.

Taulukko 7. Työkyvyn alentumista tai työkyvyttömyyttä ennakoivia tekijöitä.
Järvikoski 1994, 70.

1. YKSILÖN FYYSINEN RAKENNE, KUNTO
 - käden puristusvoima
 - vartalon koukistus- ja ojennusvoima
 - vartalon koukistuskestävyys
 - silmien ja käden yhteistyö
 2. KUORMITTUNEISUUSOIREET, SAIRAUDEN OIREET
 - välitön ruumiillinen/ psyykkinen kuormittuminen
 - tuki- ja liikuntaelinten oireet
 - hengitys- ja verenkiertoelinten oireet
 - psyykkiset oireet
 3. KOGNITIIVISET HALLINTAKÄSITYKSET
 - koetut mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveydentilaan
 - koettu selkäkivun hallinta (selkäsairailta)
 4. TYÖN FYYSISET VAATIMUKSET
 - lihastyö, voimankäyttö
 - kantaminen, nostaminen
 - äkkiponnistukset
 - toistuvat työliikkeet
 - kumarat ja kiertyneet työasennot
 5. FYYSINEN TYÖYMPÄRISTÖ
 - likaisuus, tapaturmavaara
 - kuumuus, kylmyys
 - lämpötilojen vaihtelu
 6. TYÖN PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT, TYÖJÄRJESTELYT
 - kiire
 - työn yksitoikkoisuus
 - rooliepäselvyydet
 - valvonta ja työhön puuttuminen
 - työn sidonnaisuus
 - vaikutusmahdollisuuksien puute
 - epäonnistumisen ja virhesuoritusten pelko
 - ammattitaidon kehittymisen puute
 - tunnustuksen ja arvonnannon puute
 7. TYÖKYKYISYYS JA TYÖSSÄ SELVIYTYMINEN
 - koettu työkykyisyys
 - sairauspoissaolojen määrä
 - työmotivaatio, työviihtyvyyys
 8. SOSIAALINEN TILANNE, ELÄMÄNTAPA
 - peruskoulutus
 - siviilisääty
 - kuormittavat elämänmuutokset
 - sosiaalisen verkoston ristiriidat ja hajoaminen
 - yleinen tyytyväisyys elämäntilanteeseen
 - puolison eläkkeellä olo
 - elintavat: liikunta, tupakointi, alkoholin käyttö
-

3.3. TYÖN HALLINTA JA SOSIAALINEN TUKI

3.3.1. TYÖN HALLINTA

Koetun työn hallinnan on yleensä katsottu liittyvän työstä saatavaan tyydytykseen ja toisaalta työhön liittyvien stressitilanteiden kohtaamiseen. Hyvä työn hallinta antaa mahdollisuuden muuttaa stressin aiheuttajaa ja tilanteen olosuhteita ja vaikuttaa näin edullisesti psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen. Hyvän työn hallinnan merkitystä on pidetty suuruudeltaan vähintään keskeisiin tunteisiin biologisiin riskitekijöihin verrattavana. Spectorin meta-analyysissä (1986), joka perustui 88 tutkimukseen, todettiin hyväksi koetun hallinnan liittyvän työtyytyväisyyteen, sitoutumiseen, hyvään työpanokseen ja motivaatioon, fyysisten ja psyykkisten oireilun vähäisyyteen, vähäisiin poissaoloihin sekä pieneen työntekijöiden vaihtuvuuteen. (Vahtera 1993, 7.)

Työn hallinta voi edistää terveyttä eri mekanismien kautta, jolloin hallinta on voimavara ja tärkeässä osassa kohdattaessa erilaisia kuormitustilanteita. Lisääntyvät mahdollisuudet kohdata työn vaatimukset menestyksellisesti estävät työtystä johtuvan stressin muodostumista (Sauter 1989). Myös Israel ym. (1989) tutkimusten mukaan yksilöiden kokemat vaikutusmahdollisuudet liittyvät koettuihin työn kontrollin tunteisiin, työtyytyväisyyteen sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen.

Työn hallintaan liittyvät olennaisina osina työntekijän osallistumismahdollisuudet ja autonomia työssä. Cooper ja Cartwright (1994) ovat todenneet niiden johtavan hyvään työsuoritukseen ja työtyytyväisyyteen, lisäävän motivaatiota sekä ennalta ehkäisevän vähäisiä työstä poissaoloja sekä fyysisten ja psyykkisten oireiden vähäisyyttä. Toisaalta he kritisoivat erilaisten interventioiden vaikutusta työntekijän työn hallintaan, koska työn hallinnan olennaiset tekijät voivat olla sisäänrakennettuja organisaatioiden arvoihin ja rakenteisiin. (Cooper ja Cartwright 1994.)

Järvikoski (1994, 75) väittääkin, että työn hallintaa koskevassa tutkimuksessa ollaan samassa tilanteessa kuin monella muullakin terveys- ja hyvinvointitutkimuksen osalla: hyvinvoinnin vaikuttavista tekijöistä ja -muodoista voidaan olemassa olevien tutkimusten pohjalta tehdä olettamuksia, mutta ilmiöiden monimuotoisuuden vuoksi vain harvat prospektiiviset tutkimukset ovat kyenneet yksiselitteisesti vahvistamaan niitä.

Karasek ja Theorell (1990) ovat tutkineet työn vaatimusten, työntekijän työn hallintamahdollisuuksien, työn fyysisen kuormittavuuden ja sosiaalisen tuen merkitystä terveydelle ja toisaalta oppimiselle. Muuttujista muodostuu psykososiaalinen työympäristö.

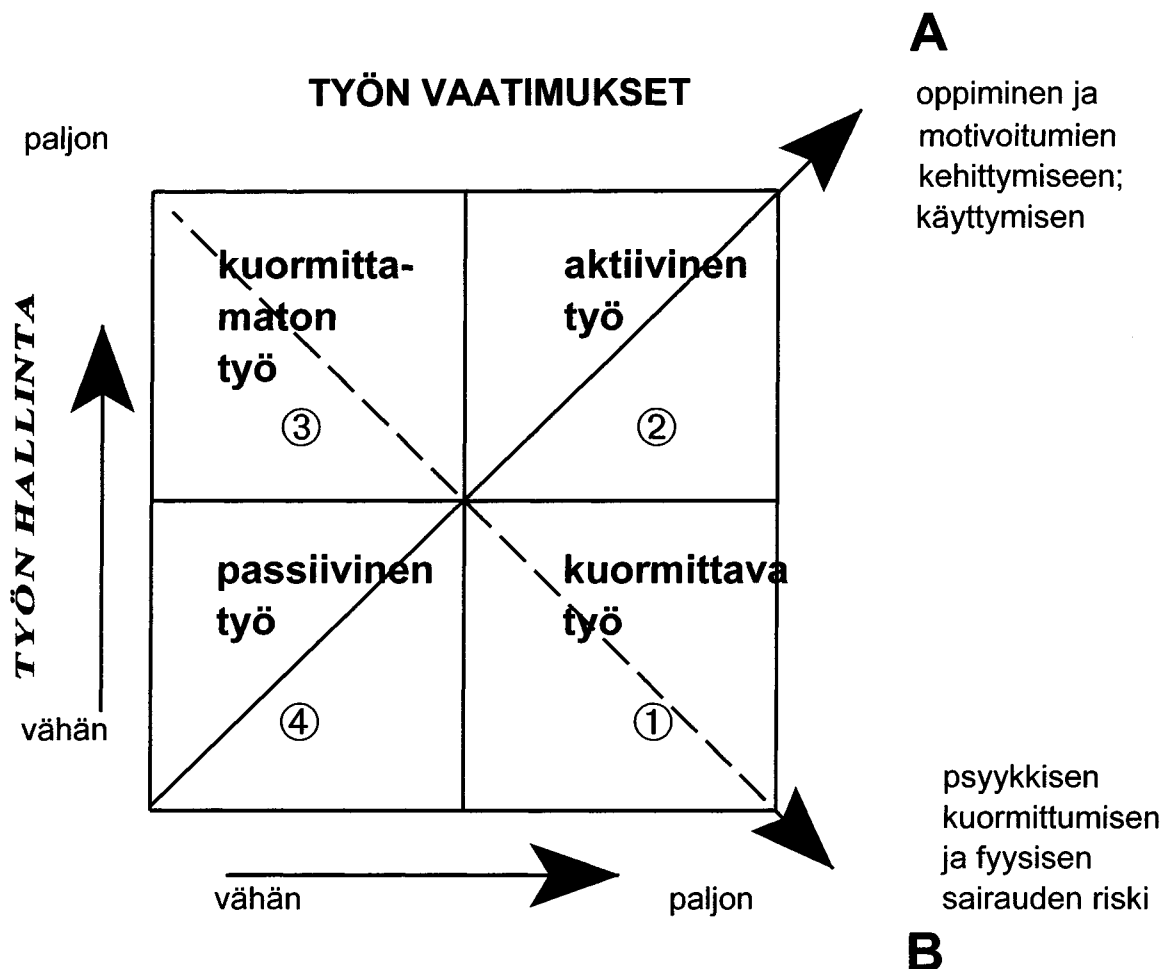
Psykososiaalisen työympäristön kahdesta muuntujasta toisaalta työn hallinnasta, jossa on yhdistetty Karasekin alkuperäisessä mallissa (1979) kaksi toisistaan eroavaa tekijää - työntekijän mahdollisuudesta käyttää työssään tietojaan ja taitojaan ja oppia uutta sekä toisena ulottuvuutena työntekijän vaikutusmahdollisuudet työhönsä - ja toisaalta työn vaatimuksista muodostuu: työn vaatimukset - työn hallintamalli. (Vahtera 1993, 9.)

Karasekin ja Theorellin (1990) mallissa (Kuva 2) töiden luokittelu on työn vaatimusten ja työn hallinta muuttujien mukaan ryhmitelty nelikentäksi, jossa työn luokitukset ovat: ① kuormittava työ, ③ kuormittamaton työ, ② aktiivinen työ ja ④ passiivinen työ.

Nelikentän vasemmasta yläalaidasta oikeaan alalaitaan kulkee B-nuoli, jossa työn vaatimuksia on paljon ja työn hallinta vähäistä. Tämä ulottuvuus hakee vastausta muun muassa kysymykseen, kuinka voitaisiin ennustaa terveyden säilyvän hyvänä. Kuormittavassa työssä ①, missä työntekijällä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa työtänsä koskeviin ratkaisuihin tai suunnitella työprosessejaan, työntekijällä on suuri todennäköisyys kroonisesti ylikuormittua ja sairastua sekä psyykkisesti että fyysisesti. Kuormittumisen vuoksi myös oppiminen on estynyt ja sosiaaliset taidon ovat heikot.

Kuva 2. Työn vaatimukset - työn hallinnan malli.

Karasek ja Theorell 1990, 32.



Nelikentän vasemmasta alalaidasta oikeaan yläreunaan kulkee A-nuoli, jonka ääripäässä on aktiivinen työ ②, jossa työn asettama psyykkiset vaatimukset ovat korkeat, mutta toisaalta työn hallintakin on suurta. Ulottuvuus lähestyy motivaatio- ja tuottavuusaspektia ja etsii vastausta kysymykseen, kuinka työntekijät saadaan pysymään oppimis- ja kehityskykyisinä, sitoutuneina ja tuottavina työelämän jatkuvissa muutoksissa. Tällaisessa työssä työntekijällä on hyvät mahdollisuudet jatkuvaan oppimiseen, joka lisää uskoa omaan suorituskykyyn selviytyä muuttuvista haasteista, työhön liittyy myös korkea motivoituneisuus sekä sosiaalisten taitojen vahvistuminen työssä ja sen ulkopuolella.

Kuormittamaton työ ③, jossa työn vaatimukset eivät ylitä työn hallintaa, on terveyttä ajatellen hyvää, mutta työmotivaatio saattaa olla vähäistä. Passiivinen työ ④ on vähän kuormittavaa, eikä työn vaatimuksetkaan ole korkeita. Tällainen työ voi johtaa osaamisen ja vuorovaikutustaitojen heikkenemiseen sekä uudelleen oppimisen vähenemiseen ja yleiseen passivoitumiseen.

Malliin on myöhemmin sisällytetty myös sosiaalinen tuki ja työn ruumiilliset vaatimukset. Se laajensi mallin kolmiulotteiseksi: uusi malli laajentaa näkökulmaa yksilöstä sosiaaliseen ulottuvuuteen ja liittää työn psykososiaaliset piirteet, yhteisöllisyyden, oppimisen ja terveyden toisiinsa. Karasek ja Theorell ovat kiinnostuneita edellä mainittujen prosessien kytkennöistä sairastumiseen. (Karasek ja Theorell 1990, 32 - 157; ks. myös Järvikoski 1994, Vahtera 1993 ja Tuomi 1991.)

3.3.2. SOSIAALINEN TUKI

Sosiaalinen tuki voidaan ymmärtää resurssina, jota työntekijä voi käyttää pyrkiessään toteuttamaan tehtäviään ja tavoitteitaan. Sosiaalisella tuella oletetaan olevan yhteyttä työntekijän kokemaan itsearvostukseen, hyvinvointiin ja työssä selviytymiseen. Työn henkisen kuormittavuuden kannalta sosiaalinen tuki voi lisätä työn hallintaa. (Karasek ym. 1982.)

Sosiaalinen tuki voi lisätä työntekijän motivaatiota työssä ja parantaa mahdollisuuksia selviytyä kuormittavista tehtävistä. Sosiaalinen tuki voi myös vaikuttaa tilanteen arviointiin ja ratkaisumahdollisuuksien etsimiseen ja vähentää kuormittavien tilanteiden uhkaa tai antaa lisäresursseja tehtävien suorittamiseen. (Järvikoski 1994, 78.)

Cobb (1973) määritteli sosiaalisen tuen tiedoksi, joka saa henkilön uskomaan, että hänestä välitetään, häntä arvostetaan ja että hän on molemminpuolisiin velvoitteisiin sitovan verkoston jäsen. Cobb oletti sosiaalisen tuen olevan tärkeä puskuri stressitekijöiden haittavaikutuksia vastaan: huonon tuen ryhmässä seurasi haittojen lisääntyminen, mutta ei hyvän tuen ryhmässä. (Vahtera 1993, 13.)

Sosiaalisen tuessa on useita erilaisia tuen muotoja, jotka Wills (1985) jakaa seuraavasti:

henkinen tuki: ihmisellä on joku henkilö, jonka kanssa hän voi puhua erilaisista itsetuntoa uhkaavista asioista ja ongelmista

tietotuki: toisen ihmisen tuottamaa tietoa, neuvoja ja ohjausta ongelman suhteen, jota henkilö ei ole omin neuvoin kyennyt ratkaisemaan

apu: toisilta saatava käytännön apu erilaisissa tilanteissa

sosiaalinen toveruus: sosiaalisen tuen vaikutus voi syntyä myös mahdollisuudesta sosiaaliseen toveruuteen, osallistumisesta erilaisiin sosiaalisiin toimintoihin

roolituki: tuen vaikutus terveyteen voi selittyä sosiaalisten suhteiden olemassaolosta itsestään. Tällöin ihminen erilaisissa rooleissaan osoittaa muille kyvykkyyttään täyttää näitä yhteiskunnallisia rooleja esimerkiksi avioliitto, ammattiasema jne.

Yllä mainitut sosiaalisen tuen muodot voidaan jakaa myös arvostavaan tai henkiseen tuen ja tiedolliseen tai välineelliseen tuen muotoihin. Arvostava tuki on yksi keskeisimmistä sosiaalisen tuen muotoja, joka voidaan olettaa olennaiseksi yksilön henkilökohtaisen hallinnan tunteen kanssa ja näin heijastua myönteisesti selviytymisodotuksiin. Tiedollinen sosiaalinen tuki taas auttaa käytännön työtehtävistä. Molemmat tuen muodot ovat tarpeellisia, mutta esimerkiksi esimiehen rooli tuen lähteenä on merkityksellisempi, kuin työtovereiden. (Wills 1985.)

Koska vähäiset vaikutusmahdollisuudet yhdessä työn kuormittavuuden kanssa merkitsevät fyysisen sairauden riskiä, Järvikoski (1994) kysyy kuntoutuksen näkökulmasta, sinetöikö pelkästään sairauden ilmaantuminen prosessin kielteisen etenemisen. Myös prosessin aikaisempia vaiheita, kuten koettua hallinnan menetystä, oppimiskyvyn vähenemistä, työsuorituksen heikentymistä ja ahdistuneisuutta, voitaisiin pitää merkkeinä alentuneesta työkyvystä. Nämä ilmiöt kuuluvat myös työkykyä ylläpitävän toiminnan ja varhaiskuntoutuksen piiriin, eivätkä näytä asetuttavan pelkästään medikalistiseen sairausmalliin. (Emt, 76 - 77.)

Varhaiskuntoutuksessa sosiaalinen tuki liittyy Väänänen-Tompon ym. (1999,9) mukaan itse kuntoutumisprosessiin. Tavoitteena on myös sosiaalisen tuen antamisen ja saamisen lisääntyminen työyhteisöissä kuntoutusintervention

jälkeenkin. Yksilön kannalta on olennaista, että kuntoutuja havaitsee itsensä potentiaalisesti muutosvoimaksi, jolla on kykyä vaikuttaa ja saada aikaan haluttuja muutoksia työhönsä ja työyhteisön toimintatapojen kehittämiseen.

Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on käytetty Karasekin ja Theorellin (1990) mallia. Mallissa oletetaan, että huono työn hallinta johtuu työn ja ammattitaidon välisestä ristiriidasta, vähäisestä työssä oppimisen mahdollisuudesta sekä huonosta sosiaalisesta tuesta, joita saattavat seurata turhautumat ja motivaatio- ja sosiaaliset ongelmat, stressi ja sairastuminen. Hyvä työn hallinta toteutuu siis työssä, jossa yksilöllä on päätösvaltaa oman työnsä suhteen sekä mahdollisuus uuden oppimiseen, mahdollisuus käyttää tietämystään ja taitojaan ja jossa lisäksi työn vaatimustaso on korkea sekä sosiaalisen tuen määrä suurta. Työkykyä ylläpitävän toiminnan näkökulmasta malli korostaa työkyvyttömyyden kumuloitumista työhön, jossa työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet ja subjektiivisen kuormittumisen taso ovat matalia ja korostaa työn kehittämisen ja yhteisönäkökulman merkitystä yksilön kehityksen välisessä yhteydessä.

Varhaiskuntoutuksen lähtökohtana voi olla tilanne, jossa työ ja sen vaatimukset eivät vastaa yksilön ominaisuuksia ja työkykyä. Tämä saattaa ilmetä alkuvaiheessa oireiluna, poissaoloina, sairastavuutena ja lopulta työkyvyttömyytenä. Yksilön hyvä työn hallinta vähentää kuormittumis- ja sairastumisriskiä sekä sairauspoissaoloja. Työnantajia kiinnostaa työntekijän aktiivisuus ja hyvinvointi, hyvä työn tuottavuus ja toisaalta vähäiset poissaolot sekä ennen aikaisen eläkelöitymisen torjuminen. Edellä mainittuja näkökulmia tukee myös nykyinen yhteiskuntapolitiikka.

3.4. ELÄMÄNHALLINNAN MÄÄRITTELYÄ

Suomalaisen yhteiskunnan muutosten myötä elämänhallintaan liittyvät kysymykset ovat saaneet suurta huomioita käytännön työterveyshuollossa sekä sosiaalipoliittisessa, sosiologisessa ja psykologisessa tutkimustoiminnassa (Raitasalo 1996, 57).

Yhtenä myöhäismodernin kulttuurimme keskeisenä arvona Järvikoski (1994, 98) pitää hallintaa ja pyrkimystä sen saavuttamiseksi. Pyrkimys elämän, elämäntilanteiden, ympäristön, muutoksen, työn tai sairauden hallintaan määrittää ihmisen jokapäiväistä toimintaa silloin, kun yksilö ymmärretään tavoitteellisena olentona, joka asettaa itselleen tavoitteita ja pyrkii toteuttamaan niitä. Hallinta on yhteydessä myös terveyteen ja terveydentilan myönteiseen kehitykseen sekä hyvinvointiin.

Elämänhallintaa voidaan Pietilän (1994,19) mukaan tarkastella elämänstrategiana, jonka avulla ihminen pyrkii selviytymään erilaisissa tilanteissa. Hän viittaa useisiin suomalaisiin elämänhallintaa ja terveyttä koskeviin tutkimuksiin, joissa elämänhallinnan määrittely on perustunut Antonovskyn (1979, 1987) teoriaan koherenssin tunteesta (sence of coherence), josta on suomenkielisenä vastineena käytetty: elämänhallintaa, yhtenäisyyden tunne, eheyden tunne, koherenssin tunne, johdonmukaisuuden sekä mielekkyyden kokemus. Sence of coherence -käsite on määritelty myös henkilökohtaisena maailmankatsomuksena, tapana hahmottaa ja kokea ympäröivä maailma ja itsensä.

Raitasalo (1996, 57 - 73) analysoi Antonovskyn tieteellisiä tutkimuksia esitelmässään: Antonovsky kehitti muista stressiprosessitutkimuksista poikkeavan käsityksen elämänhallinnasta ja tarkastelee salutogeenisiä tekijöitä mm. sosiologin näkökulmasta. Hän oli kiinnostunut stressoreiden menestyksellisestä käsittelemisestä sekä terveyden ylläpitämisestä ja edistämisestä eli siitä, miten ihmiset pysyvät terveinä huolimatta erilaisista jatkuvasti yksilöä kohtaavista sairauksia synnyttävistä tekijöistä.

Antonovskyn salutogeenisessä mallissa hallintamekanismit puskuvoivat, lievittävät ja poistavat kaikkialla läsnäolevia stressoreiden vaikutuksia. Stressori on ärsyke, joka muuttuu yksilölle sellaiseksi vaatimukseksi, johon hänellä ei ole välittömästi käytettävissä olevaa ja sopivaa vastausta. Toiseksi yleistyneet hallintaresurssit, kuten kulttuurin stabiliteetti, varallisuus, sosiaalinen tuki, egon lujuus johtavat elämäkokemuksiin, jotka edistävät voimakkaan koherenssin tunteen kehittymistä. Kolmas poikkeama aikaisempiin stressitutkimuksiin nähden oli koherenssin tunne, joka on universaalisesti mielekäs (sukupuolesta, sosiaaliluokasta ja kulttuurista

riippumaton) kaikissa kulttuureissa ja toimii stressoreiden onnistuneen hallinnan perustana. (Emt, 60.)

Antonovsky korosti koherenssin tunteen kognitiivisia ja havaintotoimintoihin liittyviä piirteitä. Tämä käsitys ohjaa ihmistä näkemään sisäistä ja ulkoista maailmaa jäsenytyneenä ja hallittavissa olevana. Koherenssin tunne ilmaisee missä määrin ihmisellä on laajeneva ja pysyvä luottamuksen tunne siitä, että ihminen kokee ympäristönsä ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä. Keskeistä elämänhallinnalle on ymmärrettävyys, jonka avulla ärsykkeet ovat jäsenytyneitä, ennustettavissa ja selitettävissä, mikäli ihmisellä ei ole selvyyttä ongelman luonteesta ja ulottuvuudesta. Poistaakseen ärsykkeiden aiheuttamia vaatimuksia ihmisellä täytyy olla riittävästi omia voimavaroja tai muita käytettävissä olevia resursseja, jotka lisäävät ihmisen hallittavuuden tunnetta. Kun ihminen pitää elämää elämisen arvoisena ja näkee ärsykkeiden vaatimukset ehkä kivuliaiksi mutta kuitenkin hallittavissa oleviksi, hän saa motivaatiota, jonka avulla järjestää maailmaansa ja sitoutuu haasteisiin mielekkäällä tavalla. (Raitasalo 1996, 63 - 64.)

Raitasalo (1996) kuvaa Antonovskyn päätyneen onnistuneen selviytyjän (terveydellisesti tai muuten) koherenssin tunteen määrittelyyn. Se on kompleksisen inhimillisen järjestelmän ydin pystyen menestyksellisesti käsittelemään erilaista informaatiota ja energiaa tehden mahdolliseksi konfliktien ratkaisemisen. Antonovsky pitää koherenssin tunnetta pysyvänä ominaisuutena, joka on kehittynyt ihmiselle noin 30 vuoden iässä. Voimakas koherenssin tunne mahdollistaa johdonmukaisen ja loogisen luomisen ja valinnan kokemuksen, kuormitusbalanssin sisäisissä tai ulkoisissa kuormitusilanteissa. Voimakkaan koherenssin tunteen omaavilla ihmisillä on sisällään perussääntöjen ohjeisto. Se mahdollistaa erilaisten toimintatapojen joustavan käytön ristiriitojen ratkaisemiseksi. Tällöin ihminen tuntee, että hänellä on käytettävissään erilaisia resursseja ja on kykenevä menestyksellä ylläpitämään terveyttään. (Emt, 65 - 66.)

Vahtera (1993) tutki hallinnan ja työn välisiä yhteyksiä ja tukeutui vahvan koherenssin tunteen kolmeen ulottuvuuteen mielekkyys, hallittavuus ja merkityksellisyys tutkiessaan hallinnan ja työn välisiä yhteyksiä:

- ihmisen tulee osallistua ja vaikuttaa työnsä kulkuun ja työympäristöönsä, päättää erilaisten tietojensa ja taitojensa käytöstä ja osallistua työtään koskevaan päätöksentekoon, jotta työ voi tarjota tunteen siitä, että ihminen on merkityksellinen työssään
- työtilanteiden hallinta edellyttää, että ihmisellä on tunne vastaantulevien vaatimusten hallinnasta ja että hänellä on käytettävissään tarpeellisia voimavaroja; työssä tulee myös olla itsenäisyyttä ja työn itsesäätelymahdollisuuksia; mahdollisuus tarvittavaan kouluttautumiseen ja työvälineiden mielekkääseen käyttöön. Ylikuormittumista ehkäisee myös yhteisöllinen hallinta, työpaikan sosiaalisista suhteiden muodostama apu ja tuki. Jatkuvat ali- tai ylikuormitustilanteet työssä voivat heikentää hallinnan tunnetta, koska tällainen työ ei tarjoa onnistumisen kokemuksia omasta kyvykkyydestä
- ihmiselle muodostuu ymmärrettävyyden tunne työssä siitä, että asiat liittyvät toisiinsa, kokonaisuuden ymmärrettävyyttä tukee häiriötilanteiden ennakoitavuus, jolloin hän voi muodostaa kuvan myös tulevaisuudesta. (Emt, 36.)

Hallinnan kokeminen voi merkitä tavoitteellisen toiminnan lisääntymistä. Yksilön pystyvyysodotukset vaikuttavat toiminnon käynnistymiseen, toiminnan resurssointiin ja tapaan, jolla toimintaa jatketaan vastoinkäymisistä huolimatta. Tällöin yksilön pystyvyys tarkoittaa tunnetta tai arvioita, jolla yksilö kokee voivansa saavuttaa kyvyillään ja edellytyksillään toiminnallisia tuloksia. Tulokset puolestaan kartoittavat yksilön toiminnan odotettuja seuraamuksia ja edistävät stressitilanteista selviytymistä. (Bandura 1977 ja 1991.)

Järvikoski (1994, 120 - 123) olettaa, että ihminen muuttaa hallintakäsityksiään saadessaan sellaisia kokemuksia, jotka pakottavat yksilön tulkitsemaan uudella tavalla omaa toimintaansa ja tapahtumien välisiä yhteyksiä. Koettu hallinta muokkaa yksilön tavoitteita, pyrkimyksiä tai elämäntehtäviä, jotka toteuttavat toimintaa ja säätelevät elämän tapahtuminen ja elämänkulun muotoutumista. Järvikoski (emt.) tulkitsee elämänhallinnan koko elämänprosessia kuvaavaksi käsitteeksi, joka sulkee sisäänsä kaikki elämän osa-alueet: työn, sosiaalisen aseman, asumisen, perhe-tilanteen, terveyden, työkyvyn ja muut elämisen resurssit.

Tältä pohjalta Järvikoski (emt.) painottaa kuntoutustoiminnassa sellaisten toiminnallisten interventioiden merkitystä, jotka tarjoavat mahdollisuuden saada aikaan tuloksia ja oppimista. Vahva elämänhallinta luo terveyttä ylläpitäviä asenteita ja perustan yksilön tavalle itsehoitoon terveyden heikentyneissä tilanteissa (Pietilä 1994, 23). Kuntoutustoiminnan piirissä interventiot voivat vaihdella yksinkertaisen fyysisen toiminnan harjoittamisesta erilaisiin työelämän tai vapaa-ajan aktiviteetteihin.

Yhteenvedona elämänhallinnan merkityksestä ASLAK-kuntoutuksessa voidaan todeta, että hallintakyvyn puute, joka voi olla yhteydessä esimerkiksi stressiin, työ- ja toimintakyvyn puutteisiin, voi toimia kuntoutuksen käynnistäjänä. Elämänhallinta voi toimia resurssina myös pyrittäessä ASLAK-kuntoutuksen päätavoitteisiin esimerkiksi sosiaalisen selviytymisen tai työkyvyn paranemiseen. Tällöin interventiot tulisi muokata kuntoutujan elämäntilanteeseen sopivaksi siten, että hän voi ymmärtää sen tuella elämäntapahtumiaan ja asettaa elämälleen mielekkäitä tavoitteita sekä kohentaa omia voimavaroja: toisaalta ASLAK-kuntoutus voi vaikuttaa kuntoutujan toiminnallisiin ympäristöihin ja aineellisiin resursseihin.

4. VARHAISKUNTOUTUS

4.1. VARHAISKUNTOUTUKSEN KÄSITTEESTÄ

Varhaiskuntoutuksen perusajatuksena on Järvikosken (1992, 17) mukaan pyrkimys saattaa kuntoutuksen käynnistämisen edellytykset (siis yhteiskuntapoliittinen kuntoutustarve) mahdollisimman lähelle vajaakuntoutumisprosessin vaihetta, jossa yksilön koettu tarve ja motiivi kuntoutukseen on suurimmillaan työkyvyn ollessa vielä tallella.

Suomalainen varhaiskuntoutuksen käsite syntyi Hinkan (1998, 38) mukaan 1970-luvulla kuntoutustoimenpiteiden varhaistamisen tarpeesta. Toiminta-ajatuksena esitettiin kuntoutustoimenpiteiden aloittamista jo siinä vaiheessa, kun vajaakun-

toisuus on vasta uhkaamassa työntekijää, tavoitteena estää sairauden, vian tai vamman aiheuttamaa työ- tai toimintakyvyn alenemista tai työkyvyttömyyttä. Varhaiskuntoutuksen tarpeen on myöhemmin katsottu voivan syntyä myöskin sosiaalisista tekijöistä johtuvista syistä, kuten huono-osaisuus, avuttomuus tai uhkaavaa vajaakuntoisuus, jolloin kuntoutustoimenpiteet voivat kohdistuvat yksilön ohella hänen ympäristöönsä (emt).

Varhaiskuntoutuksen käsitteellä ei ole yleisesti hyväksyttyä, yhtenäistä eikä vakiintunutta sisältöä, sillä voidaan tarkoittaa sellaista kuntoutustoimintaa, joka mahdollistaa ihmisen pysymisen työelämässä sairaudesta tai uhkaavasta sairaudesta huolimatta kauemmin, kuin mitä hän voisi jatkaa ilman näitä toimenpiteitä (Tola 1990,45). Niinpä varhaiskuntoutuskäsite onkin Järvisalon (1995, 22) mukaan laajentunut alkuperäisestä määritelmästäan kattamaan melkein mitä tahansa varhaista kuntoutuksellista toimintaa yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan tasolla.

Suomalaista varhaiskuntoutuskäsitettä vastaa ruotsalainen "tidig rehabilitering", mutta sen kuntoutustoimet käynnistyvät yleensä myöhemmässä vaiheessa, kuin suomalaisen varhaiskuntoutuksen, joka voidaan nähdä osana työpaikan työkykyä ylläpitävien toimintojen kokonaisuutta, eikä sitä sellaisenaan löydykkään muualta maailmasta (Hinkka 1998, 39).

4.2. VARHAISKUNTOUTUS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ JA TYÖKYKYÄ YLLÄPITÄVÄÄ TOIMINTAA - TYKY-TOIMINTAA

Työikäisen väestön terveyttä edistävän ja työkykyä ylläpitävän toiminnan kehittäminen oli 1990-luvun keskeinen yhteiskuntapoliittinen tehtävä. Päämääränä oli työkykyä ylläpitävien toimien omaksuminen ja kehittäminen osaksi työelämän ja työpaikkojen normaalia toimintaa sekä sosiaali- ja terveysturvan järjestäminen.

Sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollon neuvottelukunta (1992, 143) selkeennytti työkykyä ylläpitävän toiminnan käsitettä: "Työkykyä ylläpitävällä

toiminnalla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla työnantaja ja työntekijä sekä työpaikan yhteistoimintaorganisaatiot yhteistyössä pyrkivät edistämään ja tukemaan jokaisen työelämässä mukana olevan työ- ja toimintakykyä hänen työuransa kaikissa vaiheissa.”

Neuvottelukunta linjasi työkykyä ylläpitävän toiminnan perusluonteeltaan työkyvyn menetyksiä ehkäiseväksi ja terveyttä edistäväksi toiminnaksi, jota kukin työpaikka voi toteuttaa omista lähtökohdistaan ja omiin arvoihinsa perustuen. Lisäksi neuvottelukunta luonnehti työkykyä ylläpitävän toiminnan sisältöä ja määritteli sen keskeiset tavoitteet terveyden edistämisen näkökulmasta kolmitasoiseksi.

Ensimmäisen tason toiminnan tarkoitus on turvata kaikkien työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman hyvänä läpi työelämän. Pääpaino on ennalta ehkäisevässä toiminnassa, kuten terveys- ja työsuojelukasvatuksessa sekä fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen työympäristön kehittämisessä. Vaikutuskeinoihin voivat kuulua työympäristön laadun parantaminen, työyhteisön kehittäminen, työympäristösuunnittelu ja esimerkiksi työn uudelleen organisointi.

Toisen tason toiminta kohdistuu niihin työntekijöihin ja työyhteisöihin, joita jo uhkaa työkyvyn ja toimintakyvyn alentuminen. Vaivoista ja sairauksista johtuva oireilu ja runsas terveystalveluiden käyttö ovat viitteitä työkykyä edistävien toimien tarpeellisuudesta. Tavoite on estää työn vaatimusten ja työntekijän toimintakyvyn välisen epäsuhdan syntyminen tai sen pahentuminen. Yksilötasolla työ- ja toimintakyky uhkaavat tekijät on selvitettävä ja ryhdyttävä toimiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun ei vielä voida todeta esimerkiksi lääketieteellisesti määriteltävissä olevaa sairautta. Myös ikä, ammatti, ammattiasema tai odotettavissa olevat työn ja työyhteisön muutokset voivat olla perusteita tämän tason toimille, esimerkiksi sellaisessa tilanteessa, jossa työntekijällä on runsaasti toistuvasti sairaus- tai muita poissaoloja tai muutoksia toimintakyvyssä. Tulipa toiminnan aloite työntekijältä itseltään, työnjohdolta, työterveyden tai -organisaation taholta, tärkeää on ryhtyä nopeasti työkykyä ylläpitäviin toimiin.

Toisen vaiheen vaikuttamiskeinoja ovat esimerkiksi työn muuttaminen työntekijän työ- ja toimintakykyä vastaavaksi tai uuteen tehtävään sijoittaminen. Erityisen tärkeää yksilön kannalta on myös tukea omaehtoista terveyden edistämistä sekä mahdollisia hoitotoimenpiteitä. Työympäristön ja työyhteisön tila tulee tarvittaessa selvittää niin, että toimiin voidaan ryhtyä ennen merkittävien ongelmien ilmaantumista.

Kolmannen tason toiminta kohdistuu työntekijöihin, joiden työkyky on jo sairauksien vuoksi heikentynyt. Tarkoitus on estää heidän toiminnallisten rajoitusten kehittyminen työkyvyttömyydeksi. Toimet ovat pääosin korjaavia, hoitavia ja kuntouttavia. Työterveyshuolto toteuttaa ne yleensä muun terveydenhuollon, kuntoutusjärjestelmien, työvoiman tai eläkelaitosten kanssa. Keskeistä on yksilöiden sairauksien hoitaminen, erilaiset kuntoutustoimenpiteet, työn mukauttaminen yksilön työ- ja toimintakykyä vastaavaksi sekä toimintakykyä vastaavan työhön sijoittamismahdollisuuksien selvittäminen. Nämä toiminnat muodostavat keskeisen osan työterveyshuollon työstä, erityisesti työikäisen väestön keski-ikä kasvaessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992, 143 - 146.)

Varhaiskuntoutuksen aluetta on neuvottelukunnan määrittelemä toinen taso.

Neuvottelukunnan määrittelemä työkyvyn ylläpitäminen ei ole käsitteellisesti erotettavissa sellaisesta terveyden edistämistoiminnasta, jota toteutetaan työyhteisöstä ja jonka tavoitteena on yhtäältä työn ja työympäristön kehittäminen ja toisaalta ihmisen toimintakyvyn, valmiuksien ja taitojen kehittäminen sekä erilaisten riskitekijöiden vähentäminen. Lainsäädännöllisesti työkyvyn ylläpitäminen on osa työterveyshuoltona toteutettavaa toimintaa, vaikka terveyden edistämisen näkökulmasta kyse on työssäkäyvään väestöön ja työelämään ja sen olosuhteisiin kohdistuvaa terveyden edistämistä eli yksinkertaistettuna terveyden edistäminen on keskeinen työkyvyn ylläpitämistoiminnan keino. (Järvisalo 1995, 20.)

Suomalaisen varhaiskuntoutuksen ja sittemmin työkykyä ylläpitävän toiminnan käsitteen syntymisen Hinkka (1998, 35) näkee osana terveydenhuollossa yleismaailmallisesti tapahtunutta painotuksen siirtymistä parantavasta ehkäisevään ja

Kuva 3. Työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehys. Soininen 1995, 19.



terveyttä edistävään suuntaan. "Työpaikan terveyden edistäminen" -käsitteen työntekijä- ja yritystason painotuksia vastaa Suomessa työkykyä ylläpitävä toiminta, jonka historiallinen tausta on erilainen. Työkykyä ylläpitävässä toiminnassa työpaikan eri tahojen työntekijöiden terveyttä, hyvinvointia ja kehittymistä tukevat tavoitteet formuloidaan toiminnaksi, joka kohdistuu tarvittaessa kaikkiin työntekijöihin läpi työelämän ja jossa yksittäinen ihminen on toimijana ja osallistujana, eikä vain toiminnan kohteena.

Soininen (1995, 18) toteaa, etteivät käsitykset työkykyä ylläpitävän toiminnan sisällöstä ja toteutustavoista ole vielä vakiintuneet. Hän on mukailnut viitekehyksen (Kuva 3), jonka mukaan yhteiskunnan rakenteet, kuten talous, sosiaalipolitiikka ja työllisyyspolitiikka luovat perusedellytykset työkykyä ylläpitävälle toiminnalle.

Työntekijän varhaiskuntoutus on osa työkykyä ylläpitävää toimintaa. Se on yleensä intensiteetiltään tehokkaampaa ja toimintatavoiltaan yksilöllisempää kuin työkykyä ylläpitävän toiminnan muut tukimuodot. Varhaiskuntoutus voi kohdistua osaan työntekijöistä, kun taas työkykyä ylläpitävä toiminta kokonaisuutena kohdistuu kaikkiin työntekijöihin. Myös varhaiskuntoutuksen tulee perustua ensi sijassa työpaikalla käytettävissä oleviin mahdollisuuksiin, esimerkiksi työympäristön ergonomian huomioon ottaminen suunniteltaessa ja luodessa uutta ja toisaalta työnohjaus, työtehtäväjärjestelyt ja opastus vähemmän kuormittaviin työtapoihin ovat varhaisvaiheisen kuntoutuksen menetelmiä. (Järvikoski 1995, 71 - 72.)

4.3. HYVÄ TYÖTERVEYSHUOLTOKÄYTÄNTÖ VARHAISKUNTOUTUKSEN KÄYNNISTÄJÄNÄ

Työnantajan velvollisuudeksi säädetyn yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollon sisällöstä on säädetty valtioneuvoston (Vnp 950/94) ja sosiaali- ja terveysministeriön päätöksissä (Stmp 1348/94), joiden mukaan hyvä työterveys-huoltokäytäntö perustuu eri alojen asiantuntijoiden yhteistyöhön ja monitieteelliseen

tietoon työn ja terveyden välisistä suhteista sekä niiden hallinnasta. Lisäksi toimintaan kuuluu suunnitelmallisuus sekä toiminnan laadun ja tuloksellisuuden seuranta ja arviointi.

Valtioneuvoston päätös velvoittaa työterveyshuollon tavoitteeksi terveellisen ja toimivan työympäristön, hyvin toimivan työyhteisön, työhön liittyvien sairauksien ehkäisemisen sekä työntekijän työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen. Työterveydenhuollon sisältöä harkittaessa tulee ottaa huomioon muun muassa seuraavia tekijöitä:

- a) työn fyysiset, kemialliset ja biologiset altisteet
- b) työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus
- c) työntekijän terveydentila sekä työ- ja toimintakyky
- d) työympäristöstä ja työntekijän yksilöllisistä ominaisuuksista aiheutuva erityinen sairastumisen tai tapaturman vaara. (Vnp 950/94.)

Työtä ja työpaikan olosuhteista aiheutuvat terveysvaarat ja haitat, työn erityisvaatimukset sekä työntekijän terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn liittyvät tekijät tulee myöskin selvittää niin, että voidaan arvioida:

- mitä toimenpiteitä mainittujen uhkien parantamiseksi tulee tehdä ja kuinka usein
- mitä menetelmiä vaarojen tai uhkien seurannassa käytetään
- kuinka tietojen antaminen ja ohjaus järjestetään; sekä
- miten työympäristöä, työyhteisöä ja työntekijöitä koskevat tiedot säilytetään. (Emt.)

Hyvän työterveyshuoltokäytännön sisältö määräytyy työpaikan tarpeiden mukaan. Työterveydenhuollon toteuttamisen periaatteet ja työterveyshuollon tehtävät ja toimenpiteet tulee esittää työterveyshuollon toimintasuunnitelmassa.

Toimintasuunnitelmassa tulee ottaa huomioon työterveyshuoltolain (743/78) määräykset sekä valtioneuvoston (Vnp 950/94) ja sosiaali- ja terveysministeriön (1348/94) päätöksissä määritellyt periaatteet. Toimintasuunnitelma voi olla osa työpaikan työsuojelu toimintaohjelmaa. (Stmp 1348/94.)

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö sisältää työpaikkaselvityksiä, jotka ovat jatkuvaa toimintaa ja johon kuuluu ehdotusten tekeminen havaittujen epäkohtien ja

puutteiden korjaamiseksi. Työpaikkaselvityksiin voi kuulua esimerkiksi:

- työpaikan yleisten hygieenisten olosuhteiden arviointi
- työstä ja työpaikan sekä työyhteisön olosuhteista johtuvien terveydellisten vaarojen ja haittojen toteaminen ja arvioiminen
- työntekijöiden henkilökohtaisten suojainten tarpeiden selvittäminen
- työpaikan ensiapuvalmiuden selvittäminen
- tapaturma- ja suuronnettomuusvaaran arviointi. (Emt.)

Myös tietojen antaminen ja ohjaus sekä terveystarkastukset ovat osa hyvää työterveyshuoltoa. Neuvonta ja ohjaus tulisi sisältää riittävästi tietoja työssä ja työpaikalla esiintyvistä terveyden vaaroista ja haitoista sekä neuvontaa niiden ehkäisemiseksi ja suojautumiseksi sekä ohjausta oikeisiin työmenetelmiin ja työtapoihin; tietoja ammattitaudeista ja työtapaturmista sekä sairastavuuden liittymisestä työhön. Terveystarkastuksia tulee puolestaan suorittaa, milloin työstä saattaa aiheutua vaaraa tai haittaa terveydelle tai työ asettaessa työntekijälle terveydellisiä erityisvaatimuksia työhön tultaessa, työtehtävien olennaisesti muuttuessa sekä työkyvyn olennaisesti vaikuttavien sairausvaiheiden jälkeen tai sijoitettaessa vajaakuntoista työhön. (Stmp 1348/94.)

Työterveyshuoltolain 2 § 6 kohdan mukaisesti työterveyshuollon kuluu myös osallistua työkykyä ylläpitävän toiminnan toteuttamiseen työpaikalla (Laki 743/78). ”Työkykyä ylläpitävällä toiminnalla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla työnantaja ja työntekijät sekä työpaikan yhteistoimintaorganisaatiot yhteistyössä pyrkivät edistämään ja tukemaan jokaisen työelämässä mukana olevan työ- ja toimintakykyä hänen työuransa kaikissa vaiheissa” (Stmp 1348/94).

Työterveyshuollon työkykyä ylläpitävä toimintaan liittyy oleellisesti:

- työntekijän uudelleen sijoitus, mikäli hän ei selviydy entisestä työtehtävistään
- osallistuminen työpaikan erityisongelmien, kuten päihteiden väärinkäytön ehkäisyyn sekä päihdeongelmaisten varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja ohjaukseen
- vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seuranta ottaen huomioon työntekijän terveydentila sekä työstä ja työpaikan olosuhteista johtuvat terveydelliset

vaatimukset ja työntekijälle aiheutuvat vaarat sekä huolehdittava tarvittaessa kuntoutuksesta koskevasta neuvonnasta sekä hoitoon ja kuntoukseen ohjauksesta. (Stmp 1348/94.)

Yhteenveto. Työterveyshuolto on oman alansa asiantuntijana avain asemassa varhaiskuntoutuksen käynnistäjänä. Työterveyshuollon yhteistyön tavoite näkyy työpaikan työhön ja työympäristöön suuntautuvissa toimenpiteiden selvityksissä, suunnittelussa ja seurannoissa, työyhteisön kehittämisessä ja työntekijään kohdistuvien toimenpiteiden arvioinnissa, neuvonnassa, tarpeiden tunnistuksessa sekä seurannassa. Työterveyshuolto hyödyntää yksilöiltä saatua tietoa kuntoutusprosessin käynnistämiseksi, suunnittelussa, toteutuksessa ja tukien kuntoutuksessa aikaansaatuisten muutosten pysyvyyttä sekä toimiessaan yhteistyössä eri kuntoutusprosessiin osallistuvien kanssa.

4.3.1. TYÖNANTAJIEN JÄRJESTÄMÄN TYÖTERVEYSHUOLLON KUSTANNUSTEN KORVAAMINEN JA - MENOT

Työnantajalla on työterveyshuoltolain (743/78) perusteella velvollisuus järjestää kustannuksellaan palveluksessaan olevien työntekijöiden työterveyshuolto työstä johtuvien terveysvaarojen ehkäisemiseksi. Lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöille sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja.

Työnantajalla on oikeus saada Kelalta korvausta sairausvakuutuslain 29 §:n perusteella edellä mainitusta toiminnasta aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Ensimmäiset työterveyshuollon korvaukset maksettiin sairaanhoidosta vuonna 1965. Myöhemmin korvaaminen laajeni ennalta ehkäisevään toimintaan. Korvausjärjestelmä uudistui viimeksi vuoden 1995 alusta. Uudistuksen tarkoituksena on edistää työ- ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa työpaikoilla ja yksinkertaistaa korvausmenettelyä. (Pohjola ja Laine 1998 1 - 12.)

Työnantajille maksettava korvaus määräytyy työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän mukaan korvausluokkakohtaisesti niin, että korvausluokkaan I kuuluvat työnantajan velvollisuudeksi säädetyt tai määrätyn työterveyshuollon kustannukset ja korvausluokkaan II työterveyshuollon lisäksi järjestetyn sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset. Laskennallinen enimmäismäärä määritellään edellä mainitun hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan toteuttamiseksi tarpeellisten voimavarojen perusteella ja se on enintään 50 prosenttia hyväksytyistä kustannuksista. Korvaus maksetaan jälkikäteen työnantajan tilikausittaisista kokonaiskustannuksista. (Vnp 951/94 ja Kansaneläkelaitoksen hallituksen päätös 28.11.1994.)

Työterveyshuollon piirissä oli noin 1,5 miljoonaa työntekijää, joista korvausluokan I mukaisten palvelujen piirissä oli 1 503764 ja korvausluokan II piirissä 1 268291 henkilöä vuonna 1998. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden osuus palkansaajana toimivasta työvoimasta oli noin 80 prosenttia. Vuonna 1998 työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat noin 1,4 miljardia, joista työnantajille korvattiin noin 655 miljoonaa markkaa, keskimääräinen työntekijäkohtainen kustannus oli 954 markka ja korvaus 436 markkaa. Pääasialliset terveyspalveluiden tuottajat olivat kunnalliset terveyskeskukset ja yksityiset palveluntuottajat. (Kela 2001.)

Nykyinen yhteiskuntapolitiikka tukee myös hyvään työterveyshuoltokäytäntöä. Uusi työterveyshuoltolain kokonaisuudistus, joka muotoiltiin järjestöjen ja valtioneuvoston toimesta tulopoliittisella sopimuskierröksellä vuosille 2001-2002, pyrkii työelämän kehittämiseen sairausvakuutuslain määräaikaisella säännöksellä. Säännöksellä on tarkoitus kannustaa ja tukea työterveyshuoltoa siinä ennakoestävässä työssä, jolla työn fyysistä ja psyykkistä kuormittavuutta pyritään hallitsemaan. Valtioneuvosto on omasta puolestaan hyväksynyt järjestöjen esityksen, kuitenkin edellyttäen, että mainittu ennakoestävä työterveyshuoltotyö täyttää lääketieteelliset kriteerit. Tällöin työnantaja olisi oikeutettu näistä toimista erityiseen työterveyshuoltokorvaukseen. Sairausvakuutuksen korvaus kustannuksista nousisi näiltä osin nykyisestä 50 prosentista 60 prosenttiin. Uudistus on tarkoitettu määräaikaiseksi ja on voimassa neljä vuotta lain voimaantulosta. (Tulopoliittinen sopimus 15.12.2000.)

4.4. ASLAK-KUNTOUTUS

Varhaiskuntoutuksen historia ulottuu Suomessa 1960-luvulle, jolloin toteutettiin muutama yksittäinen työpaikkakohtainen kokeilu ja laadittiin selvityksiä varhaiskuntoutuksen tarpeesta, varsinaisen kehitystyö alkoi kuitenkin vasta 1980-luvun alusta lukien. Kelassa varhaiskuntoutuksesta otettiin käyttöön nimitys ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK), koska tavoitteiden mukaisesti korostettiin, että kuntoutus on monipuolinen kokonaisuus, jolla pyritään parantamaan yksilön työssä selviytymistä pitkäaikaisesti. Kelan vuonna 1983 aloittama ASLAK-kuntoutus on useimmiten monijaksoinen oppimisprosessi, joka toteutetaan yhteistyössä kuntoutujan, hänen työpaikkansa ja työterveyshuollon sekä Kelan ja kuntoutusta toteuttavan palveluntuottajan kanssa. (Rissanen 1992, 9 - 11.)

ASLAK-kuntoutus on siinä määrin vakiintunut varhaiskuntoutusmuoto, että sille myönnettiin rekisteröity tavaramerkki vuonna 1997: ASLAK®-toiminta, sille on vahvistettu standardi, jolla Kela voi määrittellä haluamansa kuntoutuksen laatutason ja valvoa sen ylläpitämistä (Kela 2000a). Tässä tutkimuksessa käytetään kuitenkin muotoa ASLAK-kuntoutus, koska osa tutkimusaineistosta koostuu rekisteröidyn tavaramerkin myöntämistä aikaisempaan aikaan.

Kelassa kehitetty ASLAK-kuntoutus on varhaiskuntoutuksen muoto, jolla pyritään työntekijän työ- ja toimintakyvyn edistämiseen ja elämönhallinnan parantamiseen. ASLAK-kuntoutuksen tavoitteena on työkyvyn pitkäaikainen edistäminen ja työkyvyn säilyttäminen silloin, kun työkyvyn heikkenemisen riskit ovat selvästi todettavissa. Kyseessä ei kuitenkaan ole ensivaiheen ehkäisevä toiminta, joka luontevasti kuluu työpaikan ja sen terveydenhuollon vastuulle. ASLAK-kuntoutuksella on myös selvä ennaltaehkäisevä luonne siten, että se on suunniteltu niille työntekijäryhmille ja ammattialoille, joilla työstä johtuva fyysinen, henkinen ja sosiaalinen kuormitus on poikkeuksellisen suuri ja johtaa helposti terveysongelmien kasautumiseen. ASLAK-interventio pyritään ajoittamaan siihen vaiheeseen, jossa sairaus- ja rasitusoireet ovat vielä lieviä ja palautuvia. (Kela 2000a.)

Aloitteet vuosittain järjestettävistä ASLAK-kursseista tulevat yleensä työpaikoilta ja työterveyshuolloilta. Kurssit valmistellaan työpaikalla siten, että suunnitteluun osallistuvat työntekijöiden edustajien lisäksi työpaikan johtotaso, linjaorganisaatio, työsuojelun ja työterveyshuollon edustajat. Varsinaisen ASLAK-kurssin suunnittelun alkuvaiheessa kokoontuu usein suuri joukko työpaikan, työterveyshuollon, kuntoutuslaitoksen, Kelan, työelämän ja sidostahojen asiantuntijoita (ks. myös Liite 2). Myöhemmässä suunnittelussa ovat päävastuussa kuntoutuslaitoksen edustajat ja suunnittelun etenemisestä raportoidaan kirjallisesti työpaikalle ja Kelaan. Valmis suunnitelma sisältää muun muassa seuraavia osa-alueita: kohderyhmän määrittely, kurssin toteuttamisperiaatteet ja toteutuksen kuntoutuslaitoksessa, kurssin yksityiskohtaisen sisältö, kurssille valittujen työpaikalla tapahtuvan valmennus ennen kurssijaksoja ja muut toimintaperiaatteet. (Kela 2000a.)

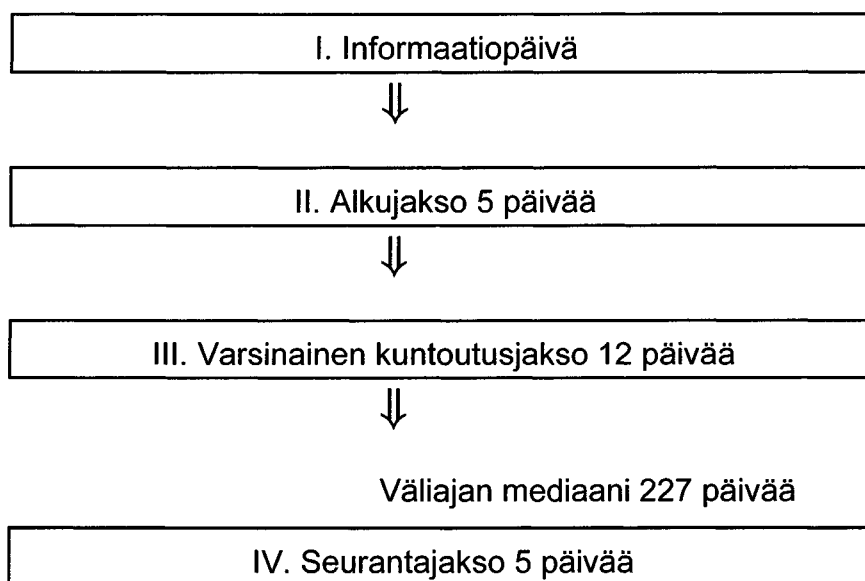
ASLAK-kursseille valitaan yleensä 8 - 10 henkilöä. Kuntoutujien yleisiä valintakriteereitä ovat: yleensä nuorehko tai keski-ikäinen työntekijä, työskentely samassa työssä useiden vuosien ajan, oireilua ja/tai poissaoloa aiheuttavat ongelmat ovat työhön liittyviä, sairauspoissaolojen määrä kohtuullinen viimeisen parin vuoden aikana ja eläketodennäköisyys pieni sekä kuntoutusmotivaatio ja kuntoutusta tukevat elämäntavat ovat tärkeitä. ASLAK-kurssille ei yleensä valita sellaisia henkilöitä, jotka ovat: monisairaita niin, ettei pääasiallista terveysongelmaa voida esittää, toipumassa äkillisestä sairaudesta, käyneet läpi selkärangan leikkaushoidon ilman, että toipumista on tapahtunut, vakavasti sairaita niin, ettei kuntoutusta voida tuloksetta toteuttaa tai moniongelmaisista tai eivät sovi ryhmäkuntoutukseen. Kurssisuunnittelun yhteydessä sovitaan valintakriteerien ja alustavan kurssiohjelman lisäksi osanottajien hakemus- ja kurssilaisten valintamenettely. Kuntoutushakemusta varten osanottajat hankkivat B-lääkärintlausunnon, josta ilmenee kuntoutuksen tarve. Jokaisesta osallistujasta tehdään yksilöllinen kuntoutuspäätös Kelan toimistossa. (Kela 2000a.)

ASLAK-kuntoutus ei ole homogeeninen terveydellinen toimenpide, vaan sen sisältö vaihtelee toteutuskerroittain. ASLAK-kurssien rakenne vaihtelee jaksosten määrän ja niiden pituuden suhteen yleensä kurssit ovat kolmijaksoisia. Kursseille osallistuu pääasiallisesti 10 kuntoutujaa. Kurssin keston, muotoon ja jaksotukseen vaikuttavat

terveyshuollon ja työpaikan toiveet, kurssiin sisältyvä työopetuksen laatu ja määrä sekä palveluntuottajan mahdollisuudet monipuolisen kuntoutuksen toteutukseen. ASLAK-prosessin kesto on yleensä noin vuosi ensimmäisen kurssijakson alusta viimeisen kurssijakson loppuun. (Helo 2000, 23 - 25.)

Helo (emt.) on laskenut kolmijakoisen kurssin tavanomaiset tunnusluvut jaksojen ja niiden välisten aikojen pituuksista kevään 1999 aloittaneiden kurssien aineistoista (Kuva 4). Esitettyjen jaksojen ja väliaikojen kestot ovat mediaaneja 300 kuntoutujan otoksesta.

Kuva 4. Tavanomainen kolmijaksoinen ASLAK-kurssi. Helo 2000, 24.



ASLAK-kurssille valituille pidetään tiedotustilaisuus noin kuukausi ennen kurssin alkamista. Kuntoutujat täyttävät alkukyselylomakkeet, joiden avulla seurataan kuntoutujan työ- ja toimintakyvyssä, terveydessä, terveyskäyttäytymisessä ja työhön liittyvissä asioissa tapahtuvia muutoksia. Alkujakson aikana kartoitetaan kuntoutujan terveydentila ja fyysinen suorituskyky. Kuntoutusjakson kuntoutusohjelman sisältö ja tavoitteet tarkennetaan pienryhmässä kuntoutujan ja kuntoutuslaitoksen edustajien, kuten lääkärin, fysioterapeutin, psykologin, sosiaalityöntekijän kanssa. Kuntoutujan

toiveet otetaan mahdollisimman hyvin huomioon siten, että ne tukevat kuntoutukselle asetettuja tavoitteita. Kuntoutujalla on lakiin perustuva oikeus osallistua omaa kuntoutustaan koskevaan suunnitteluun ja päättämiseen, minkä tarkoituksena on myös parantaa sitoutumista mahdollisimman hyvään kuntoutustuloksen aikaansaamiseksi. (Kela 1997 ja Laki 604/91.)

Varsinaisen kuntoutusjakson kurssiohjelmaan sisältyy asiantuntijan johtamia opetuskeskusteluja ja ryhmätyöskentelyä, terveys- ja ravitsemusneuvontaa, liikunnanohjausta ja rentoutusharjoittelua. Ammatilliseen syvennykseen kuuluvat muun muassa oman työn tekemisen ja kehittämisen neuvonta, työympäristön haitallisesti vaikuttavien tekijöiden selvittely ja työpaikan ihmissuhteiden kehittämiskeskustelu. Lisäksi voidaan järjestää yhteistoimintapäivä, johon osallistuvat kuntoutujat sekä työpaikan edustajat. Jakson aikana järjestetään myös kuntoutuksen tavoitteita ja tuloksellisuutta tukevaa harrastetoimintaa ja muuta vapaa-ajan toimintaa. Seurantajakso sisältää lääkärintarkastuksen ja muita tarvittavia tutkimuksia. Tuloksellisuutta arvioidaan käyttämällä kliinisiä arviointeja ja kuntoutuskäyttöön otettuja mittareita. Pienryhmän loppupalaverissa todetaan asetettujen tavoitteiden toteutuminen ja sovitaan jatkotoimenpiteistä. (Kela 1997.)

Taulukko 8. Kelan aloitetut ASLAK-kurssit vuosina 1987, 1993 ja 2000 sekä kurssien kuntoutujien lukumäärä ja kustannukset. Kela 2000b.

Alkavat kurssit	1987	1993	2000
kurssien lkm	33	401	722
osallistujat	361	4115	7196
kaikki osallistujat		5993	16200
kustannukset		n. 60 milj. mk	n. 135 milj. mk

Kuntoutujia osallistuu ASLAK-kursseille vuosittain uusien kurssien osanottajina sekä edellisenä vuonna alkaneiden kurssien seurantajaksoilla olevina. Kaikkien ASLAK-kursseilla olleiden kuntoutujien määrä ja kustannukset on yli kaksinkertaistuneet (Taulukko 8) vuodesta 1993 vuoteen 2000 mennessä. Kustannuksissa ei ole mukana kuntoutujille laitosjaksojen ajalta ansionmenetykskorvauksena maksettua kuntoutusrahaa. Kuntoutuskurssit on tilastoitu erikseen vuodesta 1993 alkaen, minkä vuoksi aikaisempia vuosittaisia kaikkien osallistujien lukumääriä ja kustannuksia ei ole saatavissa. Alkavien kurssien lukumääräinen kehitys ja osallistujien lukumääräkehitys on myös ollut yli kaksikymmenkertaista vuodesta 1987 vuoteen 2000. (Kansaneläkelaitos 1998 ja Kela 2000b.)

ASLAK-kuntoutus on vakiinnuttanut asemansa yhtenä tärkeänä työntekijöiden kuntoutusmuotona. Viime vuosina varhaiskuntoutusaloitteita on tehty runsaasti esimerkiksi vuodelle 1998 haetuista toteutuskelpoisista kursseista voitiin toteuttaa vain noin 50 prosenttia. ASLAK-kursseja järjestetään laitos- ja avokuntoutuksena tähän toimintaan hyväksytyissä 26 laitoksessa, jotka Kela hyväksyy kilpailumenettelyn perusteella. Laki Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta (610/91) mahdollistaa 4 §:n mukaan Kelan järjestää ASLAK-kuntoutusta vain harkinnanvaraisena kuntoutuksena, johon eduskunta vuosittain hyväksyy määrärahan, jota ei voida ylittää. Vaikka laki edellyttää Kelaa tekemään harkinnanvaraiseen kuntoutukseen tarkoitettujen varojen käytöstä kolmivuotissuunnitelman, eduskunta hyväksyy sen vuosittain vain ensimmäisen toimintavuoden osalta (ks. myös Liite 3). Tämän johdosta ASLAK-kurssit voidaan suunnitella ja hyväksyä vain vuodeksi kerrallaan. (Kansaneläkelaitos 1998 ja Kela 2000a.)

4.5. VARHAISKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS

Toiminnan vaikuttavuus on määritelmän mukaan "se nettomuutos toiminnan perimmäisessä tavoitteessa, joka on luettavissa toiminnan ansioksi, terveydenhuollossa puhuttaessa muutos terveydentilassa". Vaikuttavuus liittyy terveydentilan

muutokseen terveydenhuollon tavanomaisessa toiminnassa, kun taas ihanteellisissa olosuhteissa puhutaan tehosta. Työterveyteen liittyvissä interventioissa on korostettu tavoitteiden kautta tapahtuvan vaikuttavuuden arvioinnin tärkeyttä. (Hinkka 1998, 15.)

Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuuden mittareina on käytetty muun muassa muutoksia koetussa terveydentilassa, toimintakyvyssä, oireissa, fyysisessä toiminnassa, koetussa työkyvyssä, työtekniikoissa, terveystarpeiden käyttötarpeessa sekä työstä poissaoloissa. Vaikuttavuuden mittaamista vaikeuttavat toiminnan sisällöllinen kirjavuus, yhteisesti sovittujen tulostulosten puute ja varhaiskuntoutustoimintaa koskevan tutkimustiedon vähyys. (Leino ym. 1993, 1869.)

Työssäkäyvän väestön kuntoutuksen vaikuttavuudesta on tähän mennessä olemassa vähän tutkimuksellista näyttöä. Pääosa tutkimuksista keskittyy fyysisen kunnan ylläpidon ja liikunnan merkitykseen ja muun muassa tule-oireisten toiminta- ja työkykyyn (Järvikoski ym. 1997, 83). Varhaiskuntoutuksessa vaikutukset työyhteisöjen toimintaan ovat useimmin välillisiä ja toiminnan ilmaisuna on yksilön fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen kehittäminen (Väänänen-Tomppo ym. 1999, 8).

Kuntoutus kokonaisvaltaisena ihmiseen vaikuttamisen muotona on tutkimuksellisesti hankalasti lähestyttävissä, koska varhaiskuntoutuskurssit pyritään räätälöimään kulloisenkin ryhmän tarpeisiin, jolloin kurssit jatkuvasti kehittyvät ja muuntuvat sisällöllisesti. Yhtenäisiä varhaiskuntoutuksen vaikuttavuuden mittareita ei tämän vuoksi ole käytössä. (Hinkka ym. 2000.)

Seuraavassa on esimerkkejä ASLAK-kuntoutuksen vaikutuksia selvittäneistä tutkimuksista. Kohderyhminä ovat työssä käyvät työntekijät ja toiminnan tavoitteena muun muassa työkyvyn säilyttäminen ja parantaminen sekä työssä jaksamisen tukeminen.

ASLAK-toiminnan vaikuttavuutta ja tehokkuutta arvioitiin ASLAK-projektissa, johon osallistui 35 työntekijää suuresta lihanjalostusalan yrityksestä vuoden 1991 aikana tai vuoden 1992 alussa. Kuntoutuslaitosjaksot kestivät kaksi viikkoa, joiden aikana

suoritettiin fyysisiä testejä ja seurantajaksolla kuntoutujat arvioivat prosesseja. Kuntoutuslaitoksen toimenpidesuosituksen toteutusta seurattiin työpaikalla. Lisäksi vuoden 1993 lopulla toteutettiin seurantakysely, jossa kyselylomakkeella selvitettiin vastaajien arvioita ja kokemuksia toiminnan sisältöalueesta ja kuntoutusjakson jälkeisistä omista ja toteutuneista työympäristön muutoksista, myös sairauspoissaoloja seurattiin kaksi vuotta ennen ja jälkeen kuntoutusintervention. Välittömästi kuntoutusjakson jälkeisissä mittauksissa todettiin kuntoutujien kuntoindeksin, liikkuvuuden ja lihastestien tuloksissa selvää nousua. Oirekyselyssä 79 prosenttia koki oireilun vähentyneen. Kuntoutuslaitoksen esittämistä toimenpide-ehdotuksista oli toteutunut tai toteutumassa 40 prosenttia kaksi vuotta kuntoutuksen jälkeen. Lähes kaikki (94 %) kuntoutuskurssille osallistuneet arvioivat kuntoutusta kokonaisuudessaan myönteiseksi. Sairauspoissaolot vähenivät seuranta-aikana jossain määrin, joskin tutkijat arvioivat, että taustalla voivat yhtä lailla olla tuotantotekniset syyt. ASLAK-toiminnan vaikuttavuudesta tutkijat eivät tehneet varmoja johtopäätöksiä. (Lahtinen ym. 1995.)

ASLAK-kuntoutuksen tuloksellisuutta selvitettiin kahden yrityksen kuntoutettuja työntekijöitä (n = 208) vertaamalla iän, sukupuolen, ammatin ja sairastavuuden perusteella valittuihin verrokkeihin. Tutkimusaineisto koostui terveysasemilta vuosina 1991-1993 kolmeen kuntoutuslaitokseen lähetetyistä 21 kuntoutusryhmästä. Mitarina käytettiin sairauspoissaolopäiviä. Kuntoutuksen vaikuttavuus oli koko aineistossa keskimäärin kaksi sairauspäivää vuotta kohden, tosin ero yritysten välillä oli suuri. Toisessa yrityksessä kuntoutettujen sairauspoissaolot vähenivät enemmän, kuin verrokeilla, toisessa puolestaan vähemmän. Tutkijat arvioivat eron johtuvan kuntoutettujen valintatavasta, jolloin kuntoutukseen oli valittu edeltävän sairauspäivien perusteella arvioiden sairaampia henkilöitä, yrityskulttuurin vakaudesta sekä kuntoutuslaitoksesta. Tulokset viittaavat siihen, että oikein suunnattuna ASLAK-kuntoutus on vaikuttavaa, osittain vaikuttavuus selittyi sairauspoissaolojen lyheneemisellä kuin niiden lukumäärän vähenemisellä. Tutkijoiden käsityksen mukaan työntekijöiden, työnantajan ja työterveyshuollon oikea asennoituminen on edellytys ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuudelle. (Järvinen ym. 1995.)

ASLAK-kurssien vaikutuksia maatalousyrittäjien fyysiseen suorituskyykyyn ja työtekniikkaan tutkittiin kymmenellä eri kuntoutuskurssilla vuonna 1992. Tutkimukseen osallistui 95 maatalousyrittäjää, heistä oli naisia 52. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten ASLAK-kuntoutus vaikuttaa maatalousyrittäjien fyysiseen suorituskyykyyn ja työtekniikoihin. Lisäksi kyselyllä selvitettiin koettua terveydentilaa ja suorituskyykyä, liikuntakäyttäytymistä, liikuntaelinoireita ja niiden aiheuttamaa haittaa, työkykyä, terveystalveluiden käyttöä, työssä kuormittumista ja näkemyksiä kuormittumisesta. Tuki- ja liikuntaelimityö kuormitusoireiden ja niiden aiheuttamat haitat sekä koetun työkyvyn mittaustulokset olivat vuosi ASLAK-kuntoutuksen päättymisen jälkeen merkittävästi paremmat kuin kuntoutuksen aloitusvaiheessa. Videoaineiston pysäytyskuvista tietokoneavusteisella OWAS-menetelmällä arvioituna sekä työskentelyasennot että työtavat olivat muuttuneet olennaisesti terveellisemmiksi. Naisista 71 prosenttia ja miehistä 35 prosenttia kokivat ASLAK-kuntoutuksella olleen melko paljon tai erittäin paljon merkitystä työkykyyn. (Nevala-Puranen 1996.)

DalBo-ammattillisesti syvennetty varhaiskuntoutusprojekti toteutettiin vuosina 1990 - 1994, siihen osallistui 369 työntekijää edustaen kaikkia henkilöstöryhmiä useasta raskaan metalliteollisuuden tuotantoyksiköstä. Projektissa oli mukana eri ikäisiä työntekijöitä, jopa 62-vuotiaisiin sakkaa ja se toteutettiin kymmenen henkilön ryhmissä 12 vuorokauden perusteellisen ASLAK-kuntoutusohjelman mukaisesti. Viiden vuoden seurantaan kuului fyysisiä testejä sekä kysely projektin vaikutuksista. Lisäksi vaikutuksista tehtiin yritystaloudellinen analyysi TERVUS- tuottavuusmallia käyttäen. Projektin aikana tehtiin 276 ehdotusta ergonomiseksi parannuksiksi, joista toteutettiin 65 prosenttia. Parannusten suoranaiseksi vaikutuksiksi arvioitiin yksi prosentti tuottavuuden lähes yhdeksän prosentin noususta eli noin 1,2 miljoonaa markkaa vuodessa.

Työkyvyttömyyseläkemaksuissa projektin vaikutukset näkyivät viiveellä. Eläkemaksusäästöiksi arvioitiin 1,6 miljoonaa markkaa vuodessa, joista puolet katsottiin projektista johtuvaksi. Mahdollisista laman vaikutuksista huolimatta sairauspoissaolojen vähenemisestä koitunut säästö oli 200000 markkaa vuodessa. Yhteenlaskettuna koko varhaiskuntoutusprojektin tuotoksi arvioitiin noin kolme

miljoonaa markkaa vuodessa. ASLAK-kurssille osallistuneista kyselyyn vastaajista, joista osa oli käynyt kurssin jo vuonna 1990 ja osa vasta kyselyä edeltäneenä vuonna, 88 prosenttia kokivat kurssin vaikuttaneen positiivisesti terveydentilaansa ja 79 prosenttin mielestä paljon tai jonkin verran psyykkiseen hyvinvointiin. Työkyky oli parantunut 70 prosentilla. Yli puolet kertoi syövänsä terveellisemmin ja lähes puolet oli jatkanut liikuntaa tai rentoutusharjoituksiaan kurssin jälkeen, myös särkylääkkeiden käyttö oli vähentynyt. Myönteisenä yksityiskohtana voitiin todeta, että yhä useampi työskenteli vanhuuseläkeikänsä saakka, vaikka kyseessä on raskas metallityö. (Näsman 1996.)

Merenkulkualan ASLAK-kurssien vaikuttavuutta arvioitiin laboratorio- ja suorituskykymittareilla. Tutkimusaineisto muodostui 14 ASLAK-kurssista vuosina 1993 -1996. Kukin varhaiskuntoutuskurssi jakautui kolmeen jaksoon toteutusvuoden aikana. Kurseille osallistui 132 miestä keski-ikänsä 47 vuotta (31-59 v). Heistä 127 osallistui vuoden kuluttua seurantajaksoille, jonka yhteydessä tehtiin kontrollitutkimukset. Tutkimustulokset osoittivat ASLAK-kuntoutukseen osallistuneilla tilastollisesti merkittäviä myönteisiä muutoksia painossa, rasva-arvoissa, verenpaineessa ja kliinisen rasituskokeen muuttujissa. Tutkimus osoitti myös, että ASLAK-kuntoutus saattaa johtaa myönteisiin muutoksiin sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöissä. Tutkijat arvioivat ASLAK-kuntoutuskursseilla olevan merkittävää kansanterveydellistä merkitystä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. (Hinkka ym. 2000.)

Kelan ASLAK-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointitutkimus perustui kolmeen aineistoon: postikyselyllä vuoden 1999 keväällä kerättyyn 1200 kuntoutujan poikkileikkausaineistoon, Kelan rekistereistä poimituihin ja kuntoutuspalvelujen tarjouskilpailun yhteydessä saatuihin aineistoihin. Vaikuttavuutta analysoitiin muun muassa koetun työkyvyn ja terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareilla. Tutkimus selvitti kuntoutujan laitospuoleisen ASLAK-kurssin maksavan noin 22 300 markkaa yhteiskunnalle. ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus työkykyyn ja elämänlaatuun oli naisilla selkeästi positiivinen sekä huomattavasti suurempi ja sellaisena pitkäaikaisempi, kuin miehillä. Tulokset tukivat myös käsitystä siitä, että positiivinen vaikuttavuus on hieman suurempi nuoremmilla kuntoutujilla, kuin iäkkäämmillä

kuntoutujilla. Tutkimuksen kyselyn perusteella valtaosa miehistä ja vielä suurempi osa naisista koki ASLAK-kurssin myönteisen vaikutuksen jälkikäteen arvioituna joko melko tai erittäin suureksi. Myönteisten vaikutusten kokeminen ei kuitenkaan olisi innostanut kuntoutujia itse maksamaan samasta ASLAK-kurssista. Tutkija arvioi, että ASLAK-toimintaa ei todennäköisesti voitaisi nykyisessä muodossa toteuttaa ilman yhteiskunnan tukea. (Helo 2000.)

5. TUTKIMUSTAVOITEET JA -TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää työikäisen kuntoutujan lainsäädännöllistä asemaa vuoden 1991 kuntoutusuudistuksen jälkeen. Tutkimuksen päätavoitteena oli kuitenkin selvittää ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK) vaikuttavuutta kahdella tutkimuksen osa-alueella. Tapaus-verrokki-asetelmalla pyrin luomaan kokonaisuuden, jossa yksilöllisiä terveyden, työkyvyn ja elämänhallinnan kokemuksia voitaisiin rinnastaa kuntoutusta edeltäneen ja sen jälkeisen tilanteen välillä takautuvalla lomakekyselyllä. Kuntoutuksen vaikuttavuutta tarkasteltiin myös sairauspoissaolopäivien muutoksien suhteen. Luonteeltaan kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena oli myös selvittää ASLAK-kuntoutuksen positiivisen vaikutuksen pituutta tapausesimerkissä. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida, millä tavalla kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa käytetyt muuttujat olivat yhteyksissä toisiinsa.

Tutkimustehtävät olivat seuraavat:

1. Millainen on työikäisen kuntoutujan lainsäädännöllinen asema kuntoutuslainsäädännön uudistuksen jälkeen?
2. Minkälaisia yksilöllisiä vaikutuksia ASLAK-kuntoutuksella on ollut kuntoutujien terveyteen, työkykyyn ja elämänhallintaan parittaisvertailussa.
3. Minkälainen on varhaiskuntoutuksen hyödyllisyys työkyvyn kannalta otoshenkilöiden arvioimana?
4. Kuinka pitkä on ASLAK-kuntoutuksen positiivinen vaikutus sekä mikä on mahdollisen uuden intervention kohdistumisaika?
5. Millaisia yhteyksiä on yksilöllisten muutosten arvioinnissa käytettyjen muuttujien välillä?

6. TUTKIMUSAINEISTO, KATO JA -MENETELMÄT

6.1. TUTKIMUSAINEISTO

Ajatus tämän tutkimuksen empiirisen aineiston kohderyhmästä syntyi useiden puhelinkeskustelujemme sivulauseissa yhdessä silloisen Ahlstrom Machinery Oy:n pitkäaikaisen ja vuonna 1999 eläkelöityneen työterveyshoitajan kanssa.

Tutkimuksen vertailuaineistona oli Andritz-Ahlsrom Oy Savonlinnan konepajalla työskenteleviä henkilöitä. Konepaja valmistaa selluteollisuuden koneita ja laitteita. Konsernin Savonlinnan toimipaikassa on henkilöstön määrä vähentynyt 500 - 400 työntekijään tutkimuksen seurantajakson vuosien 1990 - 1999 aikana. Konepajalla on oma työterveysasema, jonka lääkäri ja työterveyshoitaja toimivat varhaiskuntoutusprosessin käynnistäjinä. Seurantajakson alkupuolella toimintaa vahvistettiin niin, että terveysasemalla työskenteli kaksi lääkäriä ja kaksi työterveyshoitajaa. Työntekijöille on järjestetty kokonaisvaltainen työterveyshuolto, joka on sisällöltään työterveyshuoltopainotteinen sairaanhoito. Kuntoutustoimenpiteet on pyritty toteuttamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tutkimusaineiston kuntoutetut henkilöt osallistuivat viidessä ryhmässä ammatillisesti syvennetyille lääketieteellisille kuntoutuskursseille (ASLAK). Kolmijaksoiset tuki- ja liikuntaelinsairaille suunnatut ASLAK-kurssit toteutettiin Kaprakka - kuntoutusta ja tutkimusta kuntoutuslaitoksessa vuosina 1991 - 1994. Kullekin kuntoutetulle työterveysaseman työterveyshoitaja valitsi iän, ammatin ja kuntoutusta edeltävien 12 kuukauden sairastavuuden perusteella henkilökohtaisen verrokin keväällä 1999 (Taulukko 9).

Taulukko 9. Tutkimusaineiston kaltaistuskriteerit

	Kuntoutetut (n=30)			Verrokit (n= 30)		
	ka	md	min/max	ka	md	min/max
Ikä kuntoutusvuonna	43,3	44,0	36/53	43,2	44,0	36/53
ikäjakaumat						
36 - 39 vuotta	26,7 %				26,7 %	
40 - 44 vuotta	26,7 %				26,7 %	
45 - 53 vuotta	46,7 %				46,7 %	
Sairauspoissaolopäivät/ kuntoutusta ed. vuosi	11,6	9,0	0/56	11,1	6,5	0/30
ei sairauspäiviä/ osuus ryhmästä	13 henkilöä			22 henkilöä		
	43,3 %			73,3 %		
Ammattiryhmä						
työntekijät	56,7 %				56,7 %	
toimihenkilöt	43,3 %				43,3 %	

Tutkimusryhmät koottiin siten, että viidelle ASLAK-kurssille osallistuneista muodostettiin kuntoutujaryhmä (n=30) ja kaltaistetuista verrokkihenkilöistä vertailuryhmä (n=30). Kuntoutettujen ja verrokkien prosentuaaliset ikä- ja ammattiryhmäjakaumat vastaavat toisiaan. Samoin ryhmien yhteenlaskettujen ikien keskiarvo (ka) ja iän mediaani (md) sekä ikäindeksin minimi ja maksimi, jotka on määritelty kuntoutusvuoden iän tarkkuudella. Sen sijaan sairauspoissaolopäivien identtisyttä ei ollut mahdollista toteuttaa, koska muun muassa samankaltaisella sairastavuudella olisi saattanut jo ilmetä varhaiskuntoutustarvetta ottaen huomioon kuntoutusintervention jälkeinen kuuden vuoden seuranta-aika.

Kuntoutettujen kuntoutusta edeltävän vuoden sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli hieman suurempi, mediaani 2,5 päivää suurempi ja pisin poissaolokertymä 26 päivää pidempi, kuin verrokeilla. Sairauspoissaolopäiviä ei ollut lainkaan 13 kuntoutetulla (43 %), eikä 22 verrokillä (73 %) kuntoutusinterventiota edeltävänä vuonna.

Tässä tutkimuksessa on pääasiallisesti luovuttu sukupuolittaisesta tarkastelusta osin vertailuryhmien pienuuden vuoksi osin siksi, että kuntoutetuille naisille ei onnistuttu löytämään verrokkeja huomioiden raskasmetalliala sekä kaltaistuskriteerit. Kuntoutukseen oli osallistunut kuusi naista, vertailuryhmässä naisia oli neljä (Taulukko 10). Vertailuryhmässä oli naimattomia kolme enemmän; naimisissa olevia oli lähes 80 prosenttia molemmissa ryhmissä. Kuntoutetuista 20 henkilöllä (V 15) oli peruskoulutuksena kansakoulu. Ylioppilastutkinnon oli suorittanut kolme kuntoutettua ja yhdeksän verrokkia. Ilman ammattikoulutusta oli viisi kuntoutettua ja kolme verrokkia. Korkeakoulututkinto oli viidellä verrokillä, vastaavaa tutkintoa ei ollut lainkaan kuntoutetuilla. Kuntoutetut olivat olleet ammattialalla keskimäärin noin kaksi vuotta kauemmin kuin verrokkit. Kuntoutetuista 24 henkilöä (V 23) oli työskennellyt alalla yli 25 vuotta.

Taulukko 10. Tutkimukseen osallistuneiden sosiaaliset ja ammatilliset taustatietojakaumat

	Kuntoutetut (n=30)			Verrokkit (n= 30)		
	ka	md	min/max	ka	md	min/max
Sukupuoli						
mies	24		(80 %)	26		(86,7%)
nainen	6		(20 %)	4		(13,3%)
Siviilisääty						
naimaton	6,7 %			16,7 %		
naimisissa	76,6 %			76,6 %		
leski	3,3 %			-		
eronnut	13,3 %			6,7 %		
	100,0			100,0		
Ammattikoulutus						
ei amm. koulutusta	16,7 %			6,7 %		
amm. kurssi	10,0 %			30,0 %		
amm. koulu	60,0 %			30,0 %		
opistotutkinto	13,3 %			16,7 %		
korkeakoulututkinto	-			16,7 %		
	100,0			100,0		
Ammattialalla/ vuosia	28,8	29	15/37	26,5	28	12/37

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa tutkimuskohteena on vakiintunut ja laaja toiminta, joka muodostaa toimintasisältöjensä, osallistujiansa ja heidän kuntoutustarpeidensa osalta hyvin laaja-alaisen kokonaisuuden. Myös ASLAK-kuntoutuksen tavoitteiden mukaisesti korostetaan, että kuntoutus on monipuolinen kokonaisuus, jolla pyritään parantamaan yksilön työssä selviytymistä pitkäaikaisesti. Kuntoutujan kannalta varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus voi liittyä yleisellä tasolla terveyteen, työkykyisyyteen ja elämänhallintaan. ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus voi ilmetä myös työyhteisötasolla myönteisinä muutoksina. Työnantajalle ja yhteiskunnalle vaikuttavuus voi ilmetä työkykyisen ja täyden työpanoksen saamisena käyttöön esimerkiksi sairauspoissaolojen ja eläkelöitymisen vähentymisen välityksellä. Nämä lähtökohdat ohjasivat tutkimuksen toteutuksen kahdelle osa-alueelle: vaikuttavuuden arviointiin kuntoutujien ja verrokkien oman terveyden, työkyvyn ja elämänhallinnan kokemusten ja sairauspoissaolojen muutoskehityksen vertailuun kuntoutuskurssia edeltäneen ja sen jälkeisen tilanteen välillä.

ASLAK-kuntoutuksen tavoitteiden mukaisesti yksilön työssä selviytymistä siis pyritään parantamaan pitkäaikaisesti. Mitä tarkoitetaan pitkäaikaisuudella ja miten pitkäaikainen ASLAK-kuntoutuksen hyöty tai vaikuttavuus on tulkittu varhaiskuntoutuksen tutkimuksessa? Esimerkiksi Ryhäsen ym. (1993) mukaan pitkäaikaisten tulosten ja kurssin hyödyn osoittamiseksi kurssija toteuttavat laitokset mittaavat ja testaavat osanottajia varsinaisten kurssien ja seurantajaksojen (9-12 kuukautta kurssijakson jälkeen) aikoina. Suurin osa tutkimuksista on toteutettu ennen-jälkeen-asetelmalla noin 1 - 2 vuoden seuranta-ajalla (esimerkiksi Nevala-Puranen 1996). Seuranta-aika on voinut myös vaihdella kuudesta kuukaudesta yli kolmeen vuoteen samassa tutkimuksessa (Järvinen ym.1995). Yllä mainitun perusteella varhaiskuntoutuksen pitkäaikaisvaikutus on mielletty varsin lyhyeksi ajaksi, vaikka toiminnan tavoitteiden myötä eväitä voidaan antaa koko loppuelämäksi.

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta selvittäviä kontrolloituja tutkimuksia ei ole raportoitu (Lahtinen ym.1995, 204). Vaikuttavuustutkimukset ovatkin kohdistuneet rajatun intervention vaikutusten arviointiin, mutta pitempikestoisten kuntoutuspolkujen vaikutuksia ei ole selvitetty (Järvikoski ym. 1997, 134). Tämä johtuu Hinkan ym. (2000, 174) mukaan siitä, että vaikuttavuuden yhtenäisiä mittareita ei ole käytössä.

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten suurimmat heikkoudet liittyvätkin Helon (2000,46) mukaan tutkimusasetelmaan ja vertailuryhmän puuttumiseen, jälkimmäinen voi vahvistaa tutkimuksen yleistettävyyttä. Toisaalta kuntoutuksen oikea kohdentuminen on järjestelmän toiminnan kannalta tärkeä kysymys ja toisaalta palvelu ei voi olla vaikuttavaa, jos se ei kohdistu sitä tarvitseviin henkilöihin (Järvikoski ym. 1997, 138). Valitsin tähän tutkimukseen tapaus-verrokki-asetelman osin toiminnan kohdentumisen selvittämiseksi, osin siksi, että se mahdollistaa aineiston osittamisen ilman, että vertailuasetelma muuttuu.

Aikaisempien tutkimusten perusteella saattoi olettaa, että varhaiskuntoutus voi olla vaikuttavaa (tai toisin päin ks. Järvinen 1995) lyhyellä seuranta-ajalla. Prochaskan ja Velicerin (1997) mukaan käyttäytymismuutokset tapahtuvat vaiheittain ja tuovat muutoksen tarkasteluun ajallisen ulottuvuuden. Heidän transteoreettisessa mallissa viisi vuotta jatkunutta muutosta pidetään pysyvänä. Nämä seikat huomioiden tämän tutkimuksen seuratajaksoksi muodostui kuntoutusta edeltävä vuosi, kuntoutusvuosi ja sitä seuraavat viisi vuotta.

6.2. KATO

Vuosina 1991 - 1994 ASLAK-kuntoutukseen osallistuneille ja kaltaistetuille verrokeille (n=92) lähetettiin suostumuspyyntö työterveysaseman sairauspoissaolotietojen luottamuksellista tutkimuskäyttöä varten keväällä 1999.

Koska kato näytti muodostuvan suureksi, osalle otoshenkilöitä suostumuspyyntö yksilöitiin ja uusittiin. Oman ongelmansa muodosti myös kaltaistuskriteerien täyttämien verrokkien löytyminen sekä heidän suostumuksien saaminen tietojen käyttämiseen, koska osa verrokkiehdokkaista saattoivat kokea kyselyn aihepiiriltään etäiseksi.

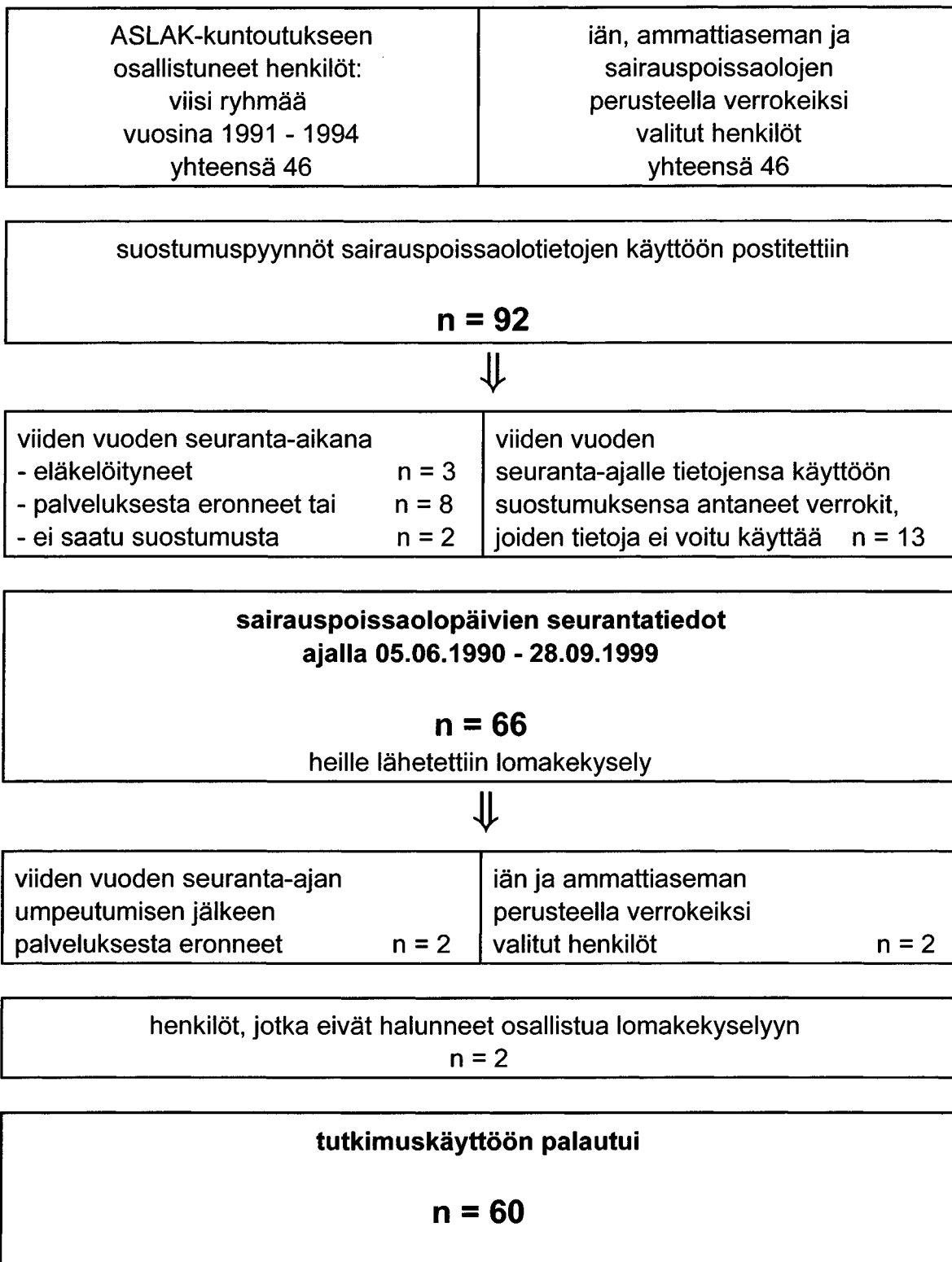
Lähes kaikki kuntoutetut (96 %) antoivat suostumuksensa sairauspoissaolotietojen käyttöön, vaikka eläkelöityneitä oli kolme ja palveluksesta eronneitakin kahdeksan. Sairauspoissaolotietojen tutkimukseen käyttöön voitiin käyttää 72 prosenttia alkuperäisestä aineistosta.

Tässä tutkimuksen vaiheessa, kesä helteellä, olin keräämässä otoshenkilöiden sairauspoissaolotietoja työterveysaseman asiakirjoista, kunnes ”oikein” oivalsin, ettei tämän suuruisella tutkimusaineistolla ja pelkästään tällä mittarilla ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuudesta ei ole paljokaan kerrottavaa. Niinpä vastasin haasteeseen lihottamalla tutkimusaineistoa lomakekyselyllä.

Kuntoutetuille ja heidän henkilökohtaisille verrokeille lähetin kyselylomakkeet (n=66) loppusyksyllä 1999. Koska kato näytti kasvavan lähes puoleen, otin puhelimitse yhteyttä niihin otoshenkilöihin, jotka eivät olleet palauttaneet lomakekyselyä.

Tutkimuskäyttöön voitiin hyväksyä 65 prosenttia ASLAK-kuntoutettujen sairauspoissaolotiedoista. Kyselylomakkeita palautui, viimeiset vuoden 2000 alkupuolella, 91 prosenttia lopulliseksi tutkimusaineistoksi n=60 (Kuva 5).

Kuva 5. Tutkimusaineiston katoanalyysi.



6.3. TUTKIMUSMENETELMÄT

Kokosin silloisen Ahlstrom Machinery Oy:n työterveysaseman asiakirjoista luvan antaneiden otoshenkilöiden sairauspoissaolotiedot apulomaketta apuna käyttäen kesällä 1999. Apulomakkeelle kerättiin seuraavia tietoja: ryhmätiedot numeerisesti, sukupuoli, ammattiryhmä, ikä kuntoutusvuonna ja alalla työskentelyvuodet vuoden tarkkuudella, päädiagnoosit, vaikka diagnoosien erittely ei tässä tarkastelussa ollut tarpeen tämän mittarin yksiselitteisyyden vuoksi sekä sairauspoissaolopäivät vuotta ennen ASLAK-kuntoutusta, kuntoutusvuonna ja sitä seuraavina viitenä vuotena. Sairauspoissaolotietoja kerättiin kullekin ASLAK-kuntoutuskurssille osallistujan ja hänen verrokkinsa asiakirjoista seuraavasti:

1. ryhmä (n= 6) 05.06.1990 - 20.12.1996,
2. ryhmä (n= 12) 22.01.1991 - 27.01.1998,
3. ryhmä (n= 12) 14.04.1992 - 19.10.1998,
4. ryhmä (n= 14) 07.09.1992 - 15.03.1999 ja
5. ryhmä (n= 16) 16.03.1993 - 28.09.1999.

Lisäksi sairauspoissaolotietoja kerättiin lomakekyselyä edeltävän vuoden ajalta loppusyksyllä 1999. Tässä tutkimuksessa kuntoutusintervention jälkeinen seuranta-aika oli kuusi vuotta, mikä sinällään on harvinaisen pitkä ajanjakso varhaiskuntoutuksen tutkimuksen alueella, jolloin mahdollisten muutosten voidaan olettaa olevan jo pitkäaikaisia tai pysyviä (ks. Prochaska ja Velicer, 1997). Sairauspoissaolotietojen laskennalliseksi kokonaisseuranta-ajaksi muodostui yhteensä noin 9,5 vuotta.

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan mitata pelkästään sairauspoissaolopäivämitattarilla. Tällä kuntoutuksen tuloksellisuuden mittarilla voi arvioida ja korostaa kuntoutuksen taloudellisia seuraamuksia, mutta sillä ei voi saavuttaa ASLAK-kuntoutuksen olennaista sisältöä. ASLAK-kuntoutuksen perusajatus ja idea on syvällisesti inhimillinen. Kuntoutus voi toteutua kuntoutujan omakohtaisten tavoitteiden ja merkitysten kautta, siksi halusin tutkia ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta myös inhimillisestä näkökulmasta lomakekyselyn avulla.

Takautuvassa lomakekyselyssä oli 46 kysymystä (Liite 1), niissä pyrin luomaan tapaus-verrokki-asetelma, jossa yksilön terveyden, työkyvyn, työn ja elämänhallinnan kokemuksia voitaisiin rinnastaa ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi. Lisäksi oli joukko kysymyksiä, jotka koskivat yleisiä taustatietoja (osa taustatiedoista oli poimittu sairauspoissaolotietoja kerättyäessä), riskikäyttäymistä, aktiviteettia ja työterveyshuoltoa. Tutkimuksessa käytettäväksi mittareiksi valikoitui sellaisia, jotka olivat aikaisemmissa tutkimuksissa osoittautuneet reliabiliteetiltaan korkeiksi ja aineistoa hyvin erotteleviksi muun muassa Tuomi 1991, Vahtera 1993, Soininen 1995 ja Janatuinen ja Puumalainen 1996.

Kyselylomake oli kahdella kuntoutetulla ennakoarvioitavana, jonka seurauksena ja toteutettavuuden varmistamiseksi kysymyksiä tiivistettiin, lyhennettiin ja yksinkertaistettiin tähän tutkimukseen sopivaksi pyrkien huomioimaan luotettavuuden ja vertailukelpoisuuden seikat.

Vaikka tutkimusaineisto oli tilastollisesti mitättömän pieni, halusin katsoa kyselylomakkeen mittareiden ominaisuuksia ja muuttujien yhteyksiä, jotka voisivat viitata Karasekin ja Theorellin (1990) mallin oletuksiin ja varhaiskuntoutukseen. Osa pääosin viisiluokkaisten kysymysten asteikoista käännettiin indeksejä muodostettaessa, jotta suuret arvot olisivat verrannollisia muihin summamuuttujiin. Tilastollinen analyysi toteutettiin SPSS for windows-ohjelmistolla.

7. TULOKSET

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta pyrittiin selvittämään tarkastelemalla ja vertaamalla kuntoutettujen ja heidän verrokkiensa omia arvioita koetun terveyden, työn ja elämänhallinnan alueilla takautuvalla pitkäaikaisella kyselyllä. Vaikuttavuutta selvitettiin myös sairauspoissaolokehitystä tutkimalla. Lisäksi rakennettujen tulosmuuttujien avulla etsittiin yhteyksiä ja viitteitä Karasekin ja Theorellin (1990) mallin oletuksiin ja varhaiskuntoutukseen.

7.1. KYSELYAINEISTON TULOKSET

7.1.1. KOETTU TERVEYS

Koettu terveydentila eli yksilön oma yleisarvio terveydentilastaan on yksikertainen ja helppokäyttöinen terveystmittari. Koetun terveydentilan on todettu Järvisalon ym. (1997, 58) mukaan myös ennustavan sairastuvuutta, työkyvyttömyyttä ja kuolleisuutta sekä terveystpalveluiden käyttöä. Mustikkamaan ym. (1997,33) mukaan ihmisen oma käsitys terveydentilastaan ja päivittäisistä toiminnoista selviämisestä luonnehtivat yksilön terveydentilaa jopa paremmin kuin krooniset sairaustiedot.

Terveys on jossakin määrin suhteellinen käsite, sillä millaiseksi se koetaan on keskeinen merkitys terveystpalveluiden kysynnän, myös toteutettujen toimenpiteiden vaikuttavuuden arvioinnin kannalta. Tällöin voidaan esimerkiksi olettaa, että ASLAK-kuntoutus vähentää lääke- ja terveystpalveluiden käyttöä.

Kyselylomakkeella otoshenkilöitä pyydettiin arvioimaan nykyistä terveydentilaansa viisiluokkaisella asteikolla (Taulukko 11). Kysymykseen vastanneista kuntoutetuista melkein puolet ja verrokeista kolme neljäsosaa arvioivat terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, keskitasoisiksi sen arvioi kaksitoista kuntoutettua ja kuusi verrokkaa.

Taulukko 11. Koettu terveydentila.

asteikko 1=Hyvä	Kuntoutetut (n=27)	Verrokkit (n=30)		
	ka/md	ka/md	ka/md	
% jakaumat				
Hyvä	14,9		36,7	
Melko hyvä	33,3		33,3	
Keskitasoinen	44,4		20,0	
Melko huono	7,4		3,3	
Huono	-		6,7	
	100,0	2,4/3,0	100,0	2,1/2,0

Merkille pantavaa on kuitenkin se, että kuntoutettujen ryhmässä ei ollut yhtään terveydentilaansa huonoksi kokevaa henkilöä, mikä saattaa johtua kuntoutuksen käynnistämistä oman terveyden ylläpidosta. Tosin myös kriittisyys oman terveyden arviointiin on voinut lisääntyä, sillä kolme kuntoutettua ei arvioinut terveydentilaansa. Parittaisessa vertailussa kuntoutettujen käsitys omasta terveydentilastaan ei ole kuitenkaan noussut vertailuryhmän tasolle. Verrokkien ryhmässä oli yksi tai kaksi henkilöä, jotka arvioivat oman tilanteensa huonoksi koko kyselyaineistossa. Vaikka tulosten esittelyä voidaan tältä osin kritisoida, pyrin raportoimaan tutkimustulosten tyypillistä jakaumaa.

Oman ilmoituksensa mukaan sairauspoissaoloja ei ollut lainkaan yhdeksällä kuntoutetulla, eikä yhdellätoista verrokillä kyselyä edeltävän vuoden aikana. Puolet molemmista ryhmistä ilmoitti sairauspoissaoloja vähemmän, kuin kymmenen päivää. Sairastuneiden 21:den kuntoutetun sairauspoissaolojen keskiarvo oli 17 päivää, vastaavasti 19:sän verrokin 37,5 päivää. Poissaolot johtuivat lähinnä virus-, tule- tai hengityselinsairauksista.

Kuntoutetut asioivat 186 kertaa työterveysasemalla, keskimäärin kuusi käyntikertaa henkilöä kohden kyselyä edeltävän vuoden aikana. Verrokkit käyttivät näitä työterveyshuoltopalveluita 146 kertaa eli noin viisi käyntiä per henkilö. Asiointitarve vaihteli suuresti, joku ilmoitti asioineensa yli 50 kertaa työterveysasemalla, kaksi

henkilöä kuntoutetuista ja seitsemän verrokeista ilmoittivat, etteivät olleet asioineet lainkaan terveysasemalla mainittuna aikana.

Molemmissa ryhmissä särkylääkkeitä käytti päivittäin kaksi henkilöä (Taulukko 12), kuntoutetuista 16 ja verrokeista 22 ei käyttänyt särkylääkkeitä ollenkaan tai käytti niitä vain harvoin.

Taulukko 12. Särkylääkkeiden tarve.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokkit (n=30)	
		ka/md		ka/md
Päivittäin	6,7		6,7	
2-3 kertaa/vko	16,7		10,0	
2-3 kertaa/kk	23,3		6,7	
Harvoin	40,0		46,6	
Ei tarvitse ollenkaan	13,3		30,0	
	100,0	3,4/4,0	100,0	3,8/4,0

Vaikka kipuja esiintyi jokapäiväisten toimintojen yhteydessä, ilman lääkkeitä selviytyi kymmenen kuntoutettua ja seitsemän verrokkia. Puolet kuntoutetuista ja kolme neljäsosaa verrokeista ilmoittivat, etteivät kokeneet työssään kivuista haittaa tai ne haittasivat vain vähän. Kuntoutetut arvioivat verrokkeja useammin kipujen haittaavan työtään (Taulukko 13).

Otosryhmissä ei ollut yhtään sellaista henkilöä, joka ei kokenut pystyvänsä vaikuttamaan omaan terveyteensä. Vertailuryhmässä oli selvästi enemmän vaikutusmahdollisuutta. Molemmissa ryhmissä oli kuitenkin selvä enemmistö niitä, jotka raportoivat voivansa vaikuttaa yleisesti omaan terveyteensä (Taulukko 14).

Taulukko 13. Kipujen aiheuttama haitta nykyisessä työssä.

Kivun haitta 1= Ei lainkaan	Kuntoutetut (n=29)		Verrokit (n=26)	
	ka/md		ka/md	
% jakaumat				
Ei lainkaan	20,7		50,0	
Vain vähän	31,0		23,1	
Jonkin verran	41,4		15,4	
Melko paljon	6,9		7,7	
Erittäin paljon	-		3,8	
	100,0	2,3/2,0	100,0	1,9/1,5

Kahta kuntoutettua ja yhtä verrokkia lukuun ottamatta kaikki otoshenkilöt ilmoittivat pyrkivänsä vaikuttamaan omaan terveyteensä. Vaikutuskeinoina olivat liikunta ja siihen liittyvät kotivoimisteluharjoitukset sekä ruokailutottumukset.

Taulukko 14. Arviot siitä, kuinka hyvin otoshenkilöt kokivat voivansa vaikuttamaan yleisesti omaan terveyteensä.

1=Ei lainkaan	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=30)	
	ka/md		ka/md	
% jakaumat				
Ei lainkaan	-		-	
Vain vähän	6,7		3,3	
Jonkin verran	26,6		36,7	
Melko paljon	56,7		53,3	
Erittäin paljon	10,0		6,7	
	100,0	3,7/4,0	100,0	3,6/4,0

Koetun työkyvyn arviot poikkesivat selvästi verrokkien eduksi, vaikka sairastuneita oli melkein yhtä paljon kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Särkylääketarvetta ja kipuoireilua oli enemmän kuntoutuilla. Sen sijaan molemmissa ryhmissä oli lähes yhtenevästi uskoa pystymisestä ja pyrkimystä oman terveyden edistämiseen.

7.1.2. TYÖKYKY

Integroidun työkykymallin (ks. luku 3.2. ja 4.2.) mukaan yhteiskunnan rakenteet (talous, sosiaalipolitiikka ja työllisyyspolitiikka) luovat perusedellykset tuloksekkaalle työkykyä ylläpitävälle toiminnalle. ASLAK-kuntoutuksessa työkykyä halutaan edistää integroidun käsitystavan mukaisesti, jonka mukaan yksilön ja ympäristön vuorovaikutus on laaja-alaista.

Tässä tutkimuksessa kysyttiin erikseen nykyistä työkykyä ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta. Työmotivaatiota mitattiin kysymyksellä haluttomuudella mennä työhön. Stressi määriteltiin tilanteeksi, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi, ahdistuneeksi tai hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä ja kysyttiin tuntevatko henkilöt tällaista stressiä.

Taulukko 15. Nykyinen työkyky ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=30)	
	ruumiilliset/ ka/md	henkiset ka/md	ruumiilliset/ ka/md	henkiset ka/md
	3,7/4,0	3,7/4,0	3,7/4,0	3,8/4,0
Erittäin huono	-	-	6,7	3,3
Melko huono	3,3	6,7	6,7	6,7
Kohtalainen	40,0	30,0	20,0	20,0
Melko hyvä	36,7	43,3	40,0	40,0
Erittäin hyvä	20,0	20,0	26,6	30,0
	100,0	100,0	100,0	100,0

Kuntoutetuista selvästi suurempi osa arvioi työkykynsä sekä ruumiillisesti että henkisesti kohtalaiseksi (Taulukko 15) verrokkeihin verrattuna. Sen sijaan verrokeista kolme neljäsosaa arvioi työkykynsä melko tai erittäin hyväksi. ASLAK-kuntoutukseen osallistuneiden ryhmässä ei ollut lainkaan sellaisia henkilöitä, jotka

olisivat arvioineet työkykynsä ruumiillisesti tai henkisesti erittäin huonoksi. Havainto tukee kuntoutettujen käsitystä omasta terveydentilastaan. Samoin verrokkien, joiden mittausarvot olivat selvästi paremmat myös tällä kysymyksellä mitattuna.

Kuntoutetuista yli puolet ilmoitti olevansa melko harvoin tai ei koskaan haluttomia tai väsyneitä työhön lähtiessään, vertailuryhmässä työmotivaatiota oli lievästi enemmän (Taulukko 16). Molemmissa ryhmissä oli lähes saman verran silloin tällöin motivaatio-ongelmia tunnistaneita henkilöitä. Sen sijaan stressiä enintään melko harvoin kokeneita verrokkeja oli peräti kolme neljäsosaa ja kuntoutetuistakin puolet.

Taulukko 16. Työmotivaatio-ongelmia tai stressi kokeneiden prosenttiosuudet.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=30)	
	työmotivaatio/stressi ka/md	työmotivaatio/stressi ka/md	työmotivaatio/stressi ka/md	työmotivaatio/stressi ka/md
	2,5/2,0	2,5/2,5	2,0/2,0	2,0/2,0
Ei koskaan	10,0	16,7	23,3	16,7
Melko harvoin	43,3	33,3	33,3	50,0
Silloin tällöin	30,0	30,0	26,8	20,0
Melko usein	16,7	16,7	13,3	10,0
Usein	-	3,3	3,3	3,3
	100,0	100,0	100,0	100,0

7.1.3. TYÖN VAATIMUKSET

Varhaiskuntoutuksen lähtökohtana voi olla tilanne, jossa työn vaatimukset eivät vastaa yksilön ominaisuuksia, jolloin liian suuret työn vaatimukset voivat johtaa terveysongelmien kasautumiseen. Työn vaatimuksia mitattiin neljällä kysymyksellä, joilla arvioitiin työssä koettuja henkisiä kuormitustekijöitä.

Vaikka kyseessä on raskasmetalliala, kuntoutetuista vain kymmenen henkilöä (V 7), piti työtään ruumiillisesti melko tai erittäin raskaana (Taulukko 17). Tämä johtunee siitä, että molemmissa ryhmissä on kolmetoista toimihenkilöä. Niinpä ei ole yllättävää, että kuntoutetuista lähes puolet koki työnsä ruumiillisesti erittäin tai melko kevyeksi ja verrokeistakin yli kolmannes. Vaikka kuntoutetut pitivät työn vaatimuksia selvästi useammin sopivina, verrokkien näkemys vaatimuksista oli selvästi myönteisempi.

Taulukko 17. Työn ruumiilliset ja henkiset vaatimukset.

	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=30)	
	ruumiilliset/henkiset ka/md	ka/md	ruumiilliset/henkiset ka/md	ka/md
1= Erittäin kevyt	2,7/3,0	3,1/3,0	2,7/3,0	3,0/ 3,0
% jakaumat				
Erittäin kevyt	20,0	6,7	23,3	13,3
Melko kevyt	26,7	3,3	13,3	16,7
Sopiva	20,0	60,0	40,0	30,0
Melko raskas	26,6	30,0	16,7	36,7
Erittäin raskas	6,7	-	6,7	3,3
	100,0	100,0	100,0	100,0

Ryhmät arvioivat työmääränsä lähes yhteneväisesti (Taulukko 18).

Taulukko 18. Koettu työmäärä.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=30)	
	ka/md	ka/md	ka/md	ka/md
Jatkuvasti liian vähäinen	-	-	-	-
Melko usein vähäinen	10,0	-	3,3	-
Sopiva tai vaihteleva	60,0	-	56,3	-
Melko usein liian suuri	30,0	-	33,3	-
Jatkuvasti liian suuri	-	-	6,7	-
	100,0	3,2/3,0	100,0	3,4/3,0

Taulukko 19. Työtahdin muutos viime vuosina.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokkit (n=30)	
		ka/md		ka/md
Keventynyt huomattavasti	-		3,3	
Keventynyt jonkin verran	13,3		10,0	
Pysynyt ennallaan	30,0		30,0	
Kiristynyt jonkin verran	46,7		43,4	
Kiristynyt huomattavasti	10,0		13,3	
	100,0	3,5/4,0	100,0	3,5/4,0

Myös työtahdin muutos jakaumat olivat lähes yhtenevät (Taulukko 19). Tulos vahvistaa metalliteollisuuden työntekijöiden käsityksiä työtahdin vaikutusmahdollisuuksista ja yleisestä työn kiireellisyyden lisääntymisestä (ks. Olkinuora ym. 1997, 70).

7.1.4. TYÖN HALLINTA

Hyvä työn hallinta toteutuu työssä, jossa yksilöllä on mahdollisuus käyttää tietojaan ja taitojaan, hänellä on päätösvaltaa oman työnsä suhteen sekä mahdollisuus uuden oppimiseen ja jossa muun muassa sosiaalisen tuen määrä on suurta (ks. luku 3.3.). Hyvä työn hallinta vähentää yksilön kuormittumis- ja sairausriskiä sekä sairauspoissaoloja. Tutkimuksen työn hallintaa kuvaava muuttuja muodostettiin työn sisällön kysymyksistä, joilla pyrittiin selvittämään mahdollisuutta käyttää tietojaan ja taitojaan työssään, työn vaatimaa harkintaa ja päätöksentekoa sekä työn edellyttämää uuden oppimista. Työn itsenäisyyttä mitattiin mahdollisuuksina vaikuttaa työtehtävien sisältöön ja siihen keiden kanssa työskentelee. Lisäksi osallistumismahdollisuuksia kartoitettiin työn muutoksiin vaikuttamisen kysymyksellä. Sosiaalista tukea koskeva indeksi pyrittiin rakentamaan niin, että se erottaisi sosiaalisen tuen lähteitä toisistaan.

Yli kolme neljäsosaa raportoi voivansa käyttää tietojaan ja taitojaan melko tai erittäin paljon, vertailuryhmässä oli kuitenkin tietojen käyttömahdollisuutta selvästi enemmän (Taulukko 20).

Taulukko 20. Työn hallinnan esiintymisfrekvenssit %, K = kuntoutetut ja V = verrokit, muuttujien arvot: 1=erittäin vähän, 2=melko vähän, 3=jonkin verran, 4=melko paljon ja 5=erittäin paljon, keskiarvo=ka, mediaani=md ja keskihajonta=sd.

Muuttujat (n=30/30)	1 K/V	2 K/V	3 K/V	4 K/V	5 K/V	yht %	ka K/V	md K/V	sd K/V
Voitko käyttää tietoja ja taitoja työssäsi?	-- 3,3	3,3 --	23,3 23,3	63,3 46,7	10,0 26,7	100 100	3,8 3,9	4,0 4,0	0,66 0,91
Vaatiiko työsi harkintaa ja päätöksen tekoa?	-- 3,3	3,3 10,0	40,0 23,3	40,0 40,0	16,7 23,3	100 100	3,7 3,7	4,0 4,0	0,79 1,06
Joudutko työssäsi jatkuvasti oppimaan uutta?	3,3 --	16,7 13,3	50,0 56,6	30,0 16,7	-- 13,3	100 100	3,1 3,3	3,0 3,0	0,78 0,89
Miten paljon voit vaikuttaa... omaan päätöksentekoon,	13,3 --	13,3 16,7	40,0 33,3	30,0 40,0	3,3 10,0	100 100	2,9 3,4	3,0 3,5	1,07 0,90
siihen, mitä työtehtäviisi kuuluu,	10,0 6,7	26,7 33,3	40,0 40,0	20,0 16,7	3,3 3,3	100 100	2,9 2,7	3,0 3,0	1,01 0,95
siihen, keiden kanssa työskentelet,	23,3 20,0	23,3 40,0	33,3 23,3	20,0 13,3	-- 3,3	100 100	2,4 2,3	3,0 2,0	1,09 1,09
työsi muutoksia suunniteltaessa?	13,3 13,3	23,3 20,0	36,6 36,6	26,7 23,3	-- 6,7	100 100	2,7 2,9	3,0 3,0	1,02 1,14
Mistä apua tarvittaessa.... työtoverilta, (n=29/30)	3,4 --	10,3 13,3	34,5 30,0	44,8 50,0	6,9 6,7	100 100	3,4 3,5	4,0 4,0	0,91 0,82
esimieheltä, (n=29/29)	3,4 13,8	20,7 17,2	44,8 27,6	24,1 27,6	6,9 13,8	100 100	3,1 3,1	3,0 3,0	0,94 1,26
puolisolta tai perheeltä, (n=24/26)	45,8 61,5	37,5 11,5	4,2 7,7	4,2 11,5	8,3 7,7	100 100	1,9 1,9	2,0 1,0	1,21 1,38
työterveyshuolloltasi, (n=26/26)	26,9 34,6	42,3 26,9	7,7 19,2	23,1 19,2	-- --	100 100	2,3 2,2	2,0 2,0	1,12 1,14
muualta? (n=6/8)	50,0 50,0	-- --	-- 25,0	33,3 12,5	16,7 12,5	100 100	2,7 2,4	2,5 2,0	1,86 1,60

Valtaosa ryhmien jäsenistä käyttää myös runsaasti harkintaa, joutuu oppimaan työssään jatkuvasti uutta ja tekemään päätöksiä työssään (Taulukko 20). Työhönsä liittyvään päätöksentekoon katsoi voivansa vaikuttaa melko tai erittäin paljon viisitoista verrokkia ja kymmenen kuntoutettua. Kuntoutetut pystyivät vaikuttamaan hieman enemmän siihen, mitä heidän työtehtäviinsä kuuluu sekä siihen keiden kanssa työskentelevät. Vertailuryhmässä oli ilmeisesti enemmän ylempiä toimihenkilöitä, koska pisteytystä on enemmän asteikon yläpäästä.

Reilusti yli puolet vastaajista sai tarvittaessa apua työtoverilta työnsä suunnittelussa tai tekemisessä (Taulukko 20). Vertailuryhmässä oli selvästi enemmän esimiestukea, mikä on tuen lähteenä merkityksellisempää kuin työtovereiden tuki (Wills 1985). Puolisolta tai perheeltä apua työhönsä tarvitsi vain muutama vastaaja. Noin puolet vastaajista koki työterveyshuollon avun mahdolliseksi myöskin työasioissaan. Muualta apua työhön haettiin organisaation muilta tasoilta tai ystäviltä.

7.1.5. ELÄMÄNHALLINTA

Elämönhallinta voidaan nähdä elämänstrategiana, jonka avulla yksilö pyrkii selviytymään erilaisissa tilanteissa. Hallinnan tunne ilmaisee missä määrin yksilöllä on laajeneva ja pysyvä luottamuksen tunne siitä, että kokee ympäristönsä ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkään (ks. tarkemmin luku 3.4.). Elämönhallinnan puute, joka voi olla yhteydessä esimerkiksi stressiin, voi toimia ASLAK-intervention käynnistäjänä. Elämönhallintaa pyrittiin kuvaamaan ja mittaamaan viidellä kysymyksellä, joista kolmen ensimmäisen asteikko käännettiin raportoinnissa niin, että suuret asteikkoarvot ja pienet keskiarvot ja mediaanit kuvasivat osaltaan vahvaa elämönhallintaa.

Kuntoutetuista yhdeksän ja verrokeista 18 ilmoitti elämänsä olleen johdonmukaista viimeisen 10 vuoden aikana. Kuntoutetuista puolestaan 15 (V 4) katsoi, että elämä on ollut sekä johdonmukaista mutta myös suunnittelemattomia muutoksiakin on ollut (Taulukko 21).

Taulukko 21. Elämänhallinnan esiintymisfrekvenssi %, K = kuntoutujat ja V = verokit, muuttujien asteikko välillä 1 - 5, keskiarvo=ka, mediaani=md ja keskihajonta=sd.

n = 30/30	1 K/V	2 K/V	3 K/V	4 K/V	5 K/V	yht %	ka K/V	md K/V	sd K/V
Millaista elämäsi on ollut viimeisten 10 vuoden aikana? Elämässä on ollut erittäin paljon Täysin johdonmukaista suunnittelemattomia muutoksia									
jakaumat	3,3 10,0	16,7 16,7	50,0 13,3	26,7 46,7	3,3 13,3	100 100	2,9 2,6	3,0 2,0	0,84 1,22
Kun ajattelet mahdollisia vaikeuksia, joita kohtaat elämässäsi, millainen tunne sinulla on? Epäonnistun aina yrityksissäni Varmasti onnistun voittaa vaikeudet voittamaan vaikeudet									
jakaumat	-- --	-- 3,3	40,0 20,0	46,7 40,0	13,3 36,7	100 100	2,2 1,9	2,0 2,0	0,69 0,84
Kuinka usein sinusta tuntuu, ettet osaa toimia uudessa tilanteessa, etkä tiedä mitä tehdä? Erittäin usein Erittäin harvoin									
jakaumat	3,3 --	3,3 10,0	30,0 13,3	43,3 30,0	20,0 46,7	100 100	2,3 1,9	2,0 2,0	0,94 1,01
Oletko tyytyväinen elämäntilanteeseesi? Erittäin harvoin Erittäin usein									
jakaumat	3,3 --	10,0 3,3	30,0 23,3	40,0 50,0	16,7 23,3	100 100	3,6 3,9	4,0 4,0	1,01 0,78
Millaista oletat henkilökohtaisen elämäsi tulevaisuudessa olevan? Täysin vailla päämäärää Täynnä päämääriä tai tai tarkoitusta tarkoitusta									
jakaumat	-- --	6,7 3,3	26,7 30,0	43,3 43,3	23,3 23,3	100 100	3,8 3,8	4,0 4,0	0,87 0,81

Vastaajista suurin osa uskoi onnistuvansa voittamaan mahdolliset eteensä tulevat vaikeudet melko varmasti tai varmasti, yhtään aina epäonnistujaa ei ollut. Suurin osa myös katsoi osaavansa toimia uudessa tilanteessa (Taulukko 21).

Vertailuryhmällä näytti olevan johdonmukaisesti jonkin verran enemmän elämänhallintaa koko mittarilla mitattuna. Tämä näkyi myös tyytyväisyytenä elämäntilanteeseen, sen sijaan henkilökohtaisen elämän tulevaisuuden molemmat ryhmät olettivat olevan täynnä päämääriä tai tarkoituksia.

7.1.6. TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA AKTIIVISUUS

ASLAK-kuntoutus on monipuolinen kokonaisuus, johon valittavien kuntoutujien yleisiä valintakriteereitä ovat muun muassa vuosien työskentely samassa työssä, johon on liittynyt yksilön sairausoireilua ja/tai poissaoloa aiheuttavia ongelmia (ks. luku 4.5.). Erityisen tärkeänä on pidetty myös yksilön omaa kuntoutusmotivaatiota ja kuntoutusta tukevia elämäntapoja. Vaikka varhaiskuntoutuskurssit pyritään räätälöimään kulloisenkin ryhmän tarpeisiin, varsinaisiin kuntoutusjaksojen kurssiohjelmiin sisältyy yleensä myös asiantuntijan johtamaa terveys- ja liikuntaohjausta. Valitun teoreettisen mallin (ks. luku 3.3.) oletuksen mukaan aktiivisessa työssä työntekijällä on hyvät mahdollisuudet muun muassa jatkuvaan oppimiseen sekä sosiaalisten taitojen vahvistumiseen työssä ja sen ulkopuolella. Tässä tutkimuksessa terveyskäyttäytymistä arvioitiin särkylääketarpeen, tupakoinnin, alkoholin käytön ja liikunnan perusteella. Yleistä aktiivisuutta kysyttiin tiivistetysti yhdellä kysymyksellä.

Helakorven ym. (2000, 3) mukaan aikuisista naisista tupakoi 20,1 prosenttia ja miehistä 27,0 prosenttia kyselyhetkellä vuonna 1999. Tämän tutkimusten tulosten mukaan kuntoutetuista naisista kukaan ei tupakoinut, vertailuryhmässä oli vain yksi tupakoiva nainen. Kuntoutetuista miehistä yhdeksän (37,5 %) tupakoi. Vertailuryhmän miehistä tupakoi myös yhdeksän (34,6%). Näin ollen otosryhmien naisten tupakoitin oli minimaalista ja miesten tupakointi selvästi yleisempää kuin suomalaisen aikuisväestön tupakointi. Viisi kuntoutettua ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin ASLAK-kurssin jälkeen.

Molemmissa ryhmissä oli kuusi sellaista henkilöä, jotka arvioivat käyttävänsä liikaa alkoholia (Taulukko 22). Itseilmoitettuja alkoholin suurkuluttajia ei vastaajissa kuitenkaan ollut.

Taulukko 22. Alkoholin käyttötiheys.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=30)	
		ka/md		ka/md
Ei käytä koskaan niin, että olisi päihtynyt	3,3		13,3	
Noin kerran vuodessa	43,4		16,7	
Noin kerran kuukaudessa	20,0		33,3	
Noin kerran viikossa	33,3		36,7	
Lähes päivittäin päihtyneenä	-		-	
	100,0	2,8/3,0	100,0	2,9/3,0

Liikunnanharrastusta selvitettiin kysymällä harrastetaanko liikuntaa yleensä hengästymiseen ja hikoiluun asti. Yli puolet molemmista ryhmistä ilmoitti harrastavansa liikuntaa viikottain. Kuntoutetut harrastivat jonkin verran enemmän liikuntaa koko asteikolla mitattuna (Taulukko 23). Suosituimpia liikuntamuotoja molemmissa ryhmissä oli kävely, pyöräily, hiihto, uinti, sähly, merkittävä osa ilmoitti harrastavansa myös hyötyliikuntaa.

Taulukko 23. Kuntoliikunnan harrastus hengästymiseen ja hikoiluun asti.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=30)	
		ka/md		ka/md
Ei koskaan	-		3,3	
Harvoin	10,0		16,7	
Noin 2-3 kertaa kk	6,7		6,7	
Viikoittain	56,6		53,3	
Lähes päivittäin	26,7		20,0	
	100,0	4,0/4,0	100,0	3,7/4,0

Sosiaalista aktiivisuuden kysymyksellä pyrittiin saamaan kuva vastaajien yleisestä aktiivisuudesta vapaa-ajan toiminnoissa. Aktiivisiksi osallistujiksi arvioi itsensä kolmannes molemmista ryhmistä.

7.1.7. OTOSHENKILÖIDEN ARVIOIT ASLAK-KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUDESTA TYÖKYKYYN

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta pyrittiin selvittämään kuntoutusintervention jälkeiseltä kuuden vuoden, muutamien osalta kahdeksan vuoden, ajalta takautuvassa kyselyssä. Tutkimusasetelman parittaisvertailun vuoksi myös verrokeilta pyrittiin kokoamaan vastaavan takautuvan ajan tiedot. Verrokeiden osalta tässä ei kaikkien kysymysten osalta onnistuttu, mikä saattoi johtua siitä, ettei tällä ryhmällä ollut selvää yhteistä toiminnallista kiintopistettä tai toisaalta yksilötasolla valinnat ovat voineet olla pitkäaikaisia rutiineja. Verrokkien osittaisen vastauskadon vuoksi tapaus-verrokki-asetelmaa ei tässä kuvatta kaikilta osin.

Kysymyksillä kartoitettiin tapahtuneita terveyden, työkyvyn ja elämänlaadun muutoksia, niiden suuntaa ja toteutustapoja. Lisäksi selvitettiin osallistumista kuntoutustapahtumiin, työolosuhteiden toimenpide-ehdotusten toteutusta sekä vastaajien arvioita varhaiskuntoutuksen hyödyllisyydestä ja omasta työterveyshuollosta.

Kuntoutettuja pyydettiin vertaamaan aikaa ennen kuntoutuskurssia ja sen jälkeistä aikaa sekä arvioimaan onko terveydessä, työkyvyssä ja elämänlaadussa tapahtunut muutoksia ja mihin suuntaan. Vertailuryhmältä vastaavasti tapausparin kuntoutuskurssivuodelta 1991, 1993 tai 1994.

Kuntoutetuista kolmetoista ilmoitti kokeneensa yllä mainittuja muutoksia paljon, kaksitoista oli kokenut vähän ja viisi ei ollut kokenut muutoksia lainkaan. Vastanneista verrokeista kahdeksan oli kokenut muutoksia melko paljon ja yhdeksän vain vähän. Vähintään tyydyttävään suunta muutoksen oli kokenut 25 kuntoutettua ja vastanneista verrokeista 16. Melko huonoon suuntaan muutoksia oli kokenut kolme kuntoutuskurssille osallistunutta.

Kuntoutetuista 26 ja verrokeista 11 oli pyrkinyt muuttamaan elämäntapojaan tai -tottumuksiaan kuntoutuskurssivuoden jälkeen. Miten tai millä tavalla muutosta toteutettiin yritettiin kartoittaa kahdeksan osasella kysymyksellä, joiden muuttajat

olivat: liikunta- ja ravintotottumukset, painon, mahdollisen sairauden asenne ja työtapojen muutos, tupakoinnin tai alkoholin käytön muutos sekä avovastauksena muu mainitsematon muutostapa. Vastaajilla oli mahdollista valita yksi tai useampi muutostaan kuvaava ilmiö.

Liikuntatottumuksia ilmoitti muuttaneensa 23 kuntoutettua ja kahdeksan verrokkia. Liikunta oli lisääntynyt, tullut säännöllisemmäksi ja pitkäjänteisemmäksi toiminnaksi, myös kotivoimistelu ja siihen liittyvät venytysharjoitukset olivat lisääntyneet. Avovastauksessa eräs kuntoutettu kertoi liikkuneensa ikänsä, mutta lisänneensä liikuntaharjoitteitaan kuntoutuskurssin jälkeen. Hän kantoi myös huolta nuorison liikunnasta: "Mielestäni oman ikäluokkani ihmiset ovat oppineet liikkumaan nuoresta pitäen. Tulevaisuus huolettaa nuoriso ei liiku (liikuntatunteja leikattu) vapaa-ajat istutaan tietokoneitten ja pelien ääressä (kouluikäiset kuntoutuksessa?). Pienet huonokuntoiset ikäluokat eläkkeenmaksajiako meille?"

Puolet kuntoutetuista ja viidesosa verrokeista oli muuttanut ravintotottumuksiaan. Molemmissa ryhmissä oli viisi henkilöä, joilla paino oli laskenut. Avovastauksissa kerrottiin, että rasvan, sokerin ja suolan käyttöä oli vähennetty tai pyritty kontrolloimaan sekä vihannesten käyttöä lisäämään. Eräs kuntoutettu kertoi, että "painon pudotus muutti ulkonäköäni ja kohensi itsetuntoani. Liikkuminen on helpompaa ja miellyttävää. Ravinnon, liikkumisen, rentoutumisen merkityksestä kurssilta saatu tieto auttoi ymmärtämään, että avaimet omaan terveyden ja kunnon ylläpitämiseksi on paljolti itsellä."

Kuusi kuntoutettua ja kolme verrokkia olivat muuttaneet asennettaan omaan sairauteensa. Osa ilmoitti paitsi lisänneensä liikuntaa ja kotivoimistelua mutta myös alkaneensa kritisoida tekemisiään tai tapojaan. Sairas oli opettanut suhtautumaan itseensä ja toisaalta huolehtimalla itsestään paremmin: "Lisää lääkettä ja Töihin!" Toisaalta oma yleinen asenne asioiden kulkuun ja elämään oli muuttunut leppoisammaksi, rennommaksi ja positiivisemmaksi - oli opittu elämään sairausoireiden kanssa.

Kaksitoista kuntoutettua ja kolme verrokkia kertoi muuttaneensa työtapojaan. "Varoo selekää" ja myös muihin työasentoihin oli kiinnitetty huomiota, taukojumppaa tai elpymisliikuntaa oli myöskin harjoitettu, suojaimia ja kehoa tukevia ja työtä helpottavia apuvälineitä oli pyydetty ja myös saatu käyttöön. Osa kertoi, että oli rohjennut pyytää useammin apua työtovereiltaan työtehtäviä suorittaessaan.

Kuntoutettujen ryhmästä viisi henkilöä oli lopettanut tupakoinnin kuntoutus-intervention jälkeen. Molemmista ryhmistä kaksi ilmoitti vähentäneensä alkoholin käyttöä. Eräs kuntoutettu kertoi tupakoinnin lopettamisen olevan helppoa. "Omakokemana voin neuvoa niitä, jotka haluaisivat lopettaa tupakanpolton. Hakeutukaa sairaalaan keuhko-osastolle, huoneeseen, jossa on paikka vapaana ja 3-4 miestä noin 70-vuotisia, ikänsä polttaneet tupakkaa. Siellä ei tarvitse olla kuin yksi yönseutu, kun kuuntelee sitä rykimistä, röhinää ja vinguntaa. Tulee varmasti ajatus, minä en halua olla ainakaan tuollainen, jos tuo johtuu tupakasta - lopetan."

Avovastauksissa kerrottiin elämäntapojen muuttuneen muun muassa vakavan sairauskohtauksen tai aviokriisin jälkeen tai kun lapset lensivät pesästä, myös uudet ja rohkeat harrasteet olivat muuttaneet elämäntottumuksia. Myös työn hallintaan oli eräässä avovastauksessa pohdittu: "Mielestäni stressiä kuuluu olla ihmisellä kunkin sietokyvyn mukaan, silloin ihminen on parhaassa työvireessä (ajattele esim. korkeasti viritetty auton moottori ei tahdo käydä tyhjäkäynnillä, käynti on poukkoilevaa, mutta antamalla aivan vähän kaasua lisää on moottori kuin herännyt horroksesta työkuntoon). Sama pätee työntekijään (on aina myös poikkeuksia joukossa)."

Kuntoutetuista kuusi ilmoitti osallistuneensa erilaisiin kuntotesteihin, kunto-remontissa heitä oli ollut kolme ja saman verran myös tyky-ryhmissä; viisi verrokkia ilmoitti osallistuneensa tyky-ryhmään kuntoutusvuoden jälkeisellä seuranta-ajalla. Näillä toimenpiteillä on voinut olla vaikutusta tämän tutkimuksen mittareihin, mutta selvää vaikutusta ei ollut havaittavissa esimerkiksi näiden henkilöiden sairauspoissaoloihin.

Taulukosta 24 voi todeta, että kuntoutettujen ryhmässä oli hieman enemmän niitä, jotka katsoivat terveydentilansa ja työkykynsä selvästi tai jonkin verran paremmaksi kyselyhetkellä verrattuna aikaan ennen interventiota.

Taulukko 24. Terveydentilan ja työkyvyn arvio kyselyhetkellä verrattuna seuranta-aikaa edeltävään aikaan.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokit (n=20)	
		ka/md		ka/md
selvästi parempi kuin ennen	6,7		5,0	
jonkin verran parempi kuin ennen	36,7		30,0	
ei merkittävää eroa	36,7		45,0	
jonkin verran heikempi kuin ennen	13,3		10,0	
huomattavasti heikempi kuin ennen	6,7		10,0	
	100,0	2,8/3,0	100,0	2,9/3,0

Myöskin työolosuhteiden mahdollisia toimenpide-ehdotusten toteutusta pyrittiin kartoittamaan. Kuntoutetuista 21 ilmoitti, että toimenpide-ehdotuksia oli esitetty ja toteutettu (kuusi vastanneista verrokeista). Kuusi kuntoutettua ja saman verran verrokkeja totesi, että ehdotuksia ei ole tehty, koska työolosuhteita ei ole tarvinnut muuttaa. Muutama henkilö molemmista ryhmistä ilmoitti, että ehdotukset eivät ole olleet toteutuskelpoisia tai niitä ei ole toteutettu.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan onko varhaiskuntoutus heidän työkykynsä kannalta hyödyllistä viisiluokkaisella asteikolla (Taulukko 25). Lisäksi heitä pyydettiin täsmentämään millä tavalla hyödyllistä, jos niin arvioivat. Kuntoutetuista 24 ja vastanneista verrokeista kolmesta ilmoitti varhaiskuntoutuksesta olevan hyötyä melko tai erittäin paljon. Työkyvyn kannalta jonkin verran hyödylliseksi varhaiskuntoutuksen arvioi seitsemän verrokkiä ja kolme kuntoutettua. Kuntoutetuista kolme ja saman verran vastanneista verrokeista ilmoitti, että varhaiskuntoutuksesta on vain vähän hyötyä. Kuntoutettujen ryhmässä oli siis selvästi enemmän niitä, jotka arvioivat varhaiskuntoutuksesta olevan hyötyä heidän työkykynsä kannalta.

Taulukko 25. Vastaajien arvioi siitä, onko varhaiskuntoutus hyödyllistä heidän työkykynsä kannalta.

% jakaumat	Kuntoutetut (n=30)		Verrokkit (n=24)	
		ka/md		ka/md
ei lainkaan	-		4,2	
vain vähän	10,0		12,5	
jonkin verran	10,0		29,2	
melko paljon	53,3		33,3	
erittäin paljon	26,7		20,8	
	100,0	4,0/4,0	100,0	3,5/4,0

Reilusti yli puolet kuntoutetuista ja kolmasosa verrokeista kuvasi millä tavalla varhaiskuntoutus on ollut (voisi olla) hyödyllistä heidän työkykynsä kannalta. ASLAK-kuntoutus katsottiin pääosin hyödylliseksi. Muutamassa kriittisessä kannanotossa todettiin, että "varhaiskuntoutus antaa työkyvyn ylläpitoon herätteitä ja muuttaa asioita, mutta vain puoleksi vuodeksi." Eräs lakoninen vastaus oli, "ettei vanhempana jaksa." Varhaiskuntoutus nähtiin hyödylliseksi muun muassa seuraavista syistä: "kuntoilu alkoi ja selän kunto parani, aktivointi toi työtapaan muutoksia, hyvä fysiikka - hyvä mieli, opin tutkimaan kehoa ja sain ohjeita terveyden hoitoon ja henkiseen jaksamiseen myös ryhmän tuki oli tärkeää sekä kuntoutusta pitäisi jatkaa vähintään koko työssä oloajan."

Kyselylomakkeen lopuksi otoshenkilöitä pyydettiin arvioimaan työpaikkansa työterveyshuollon toimintaa sekä esittämään kehittämistoiveita avovastauksena. Oman työterveysaseman toimintaa pidettiin asiallisena, monipuolisena ja hyvänä sekä henkilökuntaa ammattitaitoisena. Vastaajat esittivät kehittämistoiveina muun muassa hoitomuotojen ja pienien terveystarkastusten lisäämistä ja "kuntokursseja".

Yhteenveto. Tässä tutkimuksessa koettu terveys ja koettu työkyky eivät ennakoineet kuntoutettujen eläkelöitymistä, sillä ryhmässä ei ollut lainkaan terveystään tai työkykyään huonoksi kokenutta. Vertailuryhmässä sen sijaan oli yksi tai kaksi henkilöä, joiden arviot näillä kysymyksillä mitattuna ennakoivat työkyvyttömyyseläkeriskiä ottaen huomioon ruumiillisen työhön liittyvän kuormittumisen. Kuntoutetut

uskoivat hieman enemmän, kuin verrokkit voivansa vaikuttaa omaan terveyteensä, vaikka heillä oli terveystalveluiden käyttöä, särkylääketarvetta ja haittaavaa kipuoireilua työssä selvästi enemmän.

Kuntoutettujen ryhmässä oli myös työhön lähtöön liittyviä motivaatio-ongelmia ja stressiä kokeneita jonkin verran enemmän. Tästä huolimatta kuntoutetut olivat kokeneet työnsä hieman vähemmän henkisesti vaativaksi, mutta ruumiillisesti selvästi vaativammaksi. Työtahti oli molempien ryhmien enemmistön arvioin mukaan kiristynyt. Työn hallintaa oli kuntoutetuilla verrokkeja vähemmän.

Sosiaalisen tuen lähteinä oli pääasiallisesti työtoverit ja esimiehet, joista viimeksi mainittujen tukea verrokkit käyttivät enemmän. Kuntoutetuilla oli vähemmän elämäntalvintaa ja tyytyväisyyttä elämäntalvinteeseen, mutta henkilökohtaisen elämän tulevaisuuden oletukset olivat samalla tasolla verrokkien kanssa.

Otosryhmien miehet tupakoivat selvästi enemmän, kuin suomalaiset miehet yleensä. Kuntoutetut naiset eivät tupakoineet lainkaan. Kuntoutetut käyttivät alkoholia vähemmän ja harrastivat liikuntaa enemmän, sekä olivat myös sosiaalisesti aktiivisempia, kuin verrokkit.

Valtaosalle kuntoutetuista ja kolmasosalle verrokeista oli tapahtunut melko paljon tai paljon muutoksia terveydessä, työkyvyssä tai elämäntalvinteeseen kuntoutuskurssin jälkeen. Elämäntalvoja tai -tuttumuksia oli pyritty muokkaamaan liikuntaa lisäämällä, ravintotuttumuksia, asenteita sairauksiin ja työhön muuttamalla, muun muassa viisi kuntoutettua lopetti tupakoinnin.

Kuntoutettujen ryhmässä oli huomattavasti enemmän niitä, jotka arvioivat terveydentalvintansa ja työkykynsä jonkin verran tai selvästi paremmaksi kyselyhetkellä verrattuna seuranta-aikaa edeltävään aikaan. Lähes kaikki kuntoutetut ja noin puolet verrokeista arvioi varhaiskuntoutuksen olevan hyödyllistä heidän työkykynsä kannalta ajateltuna.

Yllä raportoidun perusteella voi todeta, että ASLAK-kuntoutuskurssit ovat

inhimillisesti kohdistuneet niitä tarvitseville henkilöille. Vaikuttavuuden ilmiöitä ovat muun muassa: lähes kaikki kuntoutetut ovat pyrkineet muuttamaan elämäntapojaan, yli puolet koki voivansa vaikuttaa itse omaan terveyteensä ja vajaa puolet jopa arvioi terveytensä ja työkykynsä paremmaksi, kuin ennen ASLAK-kurssia sekä 80 prosenttia kuntoutetuista arvioi varhaiskuntoutuksesta olevan hyötyä työkyvyilleen.

7.2. SAIRAUSPOISSAOLOT

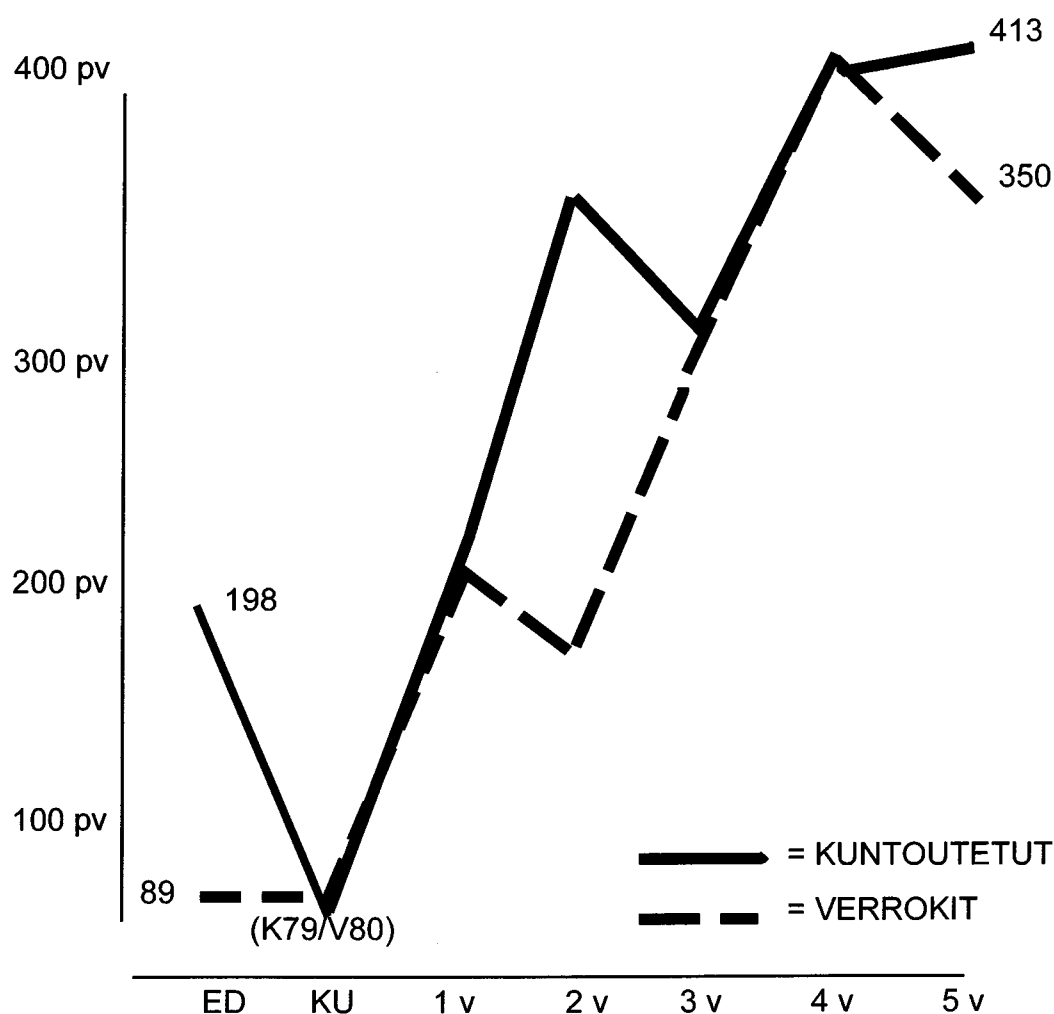
ASLAK-kuntoutuksen tuloksellisuuden mittarina sairauspoissaolopäivien määrä on pelkistetty mittari. Mittarin tiedonsaannin merkitys korostuu suurissa otoksissa, joissa yksittäisen otoshenkilön tiedot eivät vaikuta merkittävästi lopputulokseen. Mittari sopii myös pienten otosten tutkimiseen, sillä Lahtisen ym. (1995, 205) mukaan sairauspoissaolomittari on objektiivinen vaikuttavuuden ja tehokkuuden arviointiin sopiva mittari. Kokosin tutkimuksen sairauspoissaolotiedot työnantajan työterveys- aseman asiakirjoista sekä osin lomakekyselyn avulla. Aineisto koostui viidelle ASLAK-kuntoutuskurssille osallistuneen kolmenkymmenen henkilön ja heidän kaltaistettujen vertailuhenkilöiden sairauspoissaolotiedoista ajalta 5.6.1990 - 28.9.1999.

Sairauspoissaolotietoja koottiin ASLAK-kuntoutusta edeltävältä vuodelta (ED) (kuntoutuskurssin alkamisajasta vuosi taaksepäin päivän tarkkuudella laskien), kuntoutusvuodelta (KU) (vuosi kuntoutuskurssin päätymisestä lukien), ensimmäiseltä kuntoutusvuoden jälkeiseltä vuodelta (1 v), toiselta (2 v), kolmannelta (3 v), neljänneltä (4 v) ja viidenneltä kuntoutusvuoden jälkeiseltä vuodelta (5 v). Kuntoutettujen ja vertailuhenkilöiden viiden ryhmän tiedot yhdistettiin kuntoutetut ja verrokki ryhmätiedoiksi.

Koko seitsemän vuoden seurantajaksolla kuntoutetuilla oli 1958 päivää sairauspoissaoloja eli keskimäärin 9,3 päivää henkilöä kohden vuodessa. Verrokeilla vastaavasti yhteensä 1601 päivää ja henkilöä kohden 7,6 päivää.

ASLAK-kuntoutusta edeltävänä vuonna kuntoutetuilla oli 198 päivää ja verrokeilla 89 päivää sairauspoissaoloja (Kuva 6). Kuntoutusvuonna kuntoutujilla oli yksi päivä vähemmän sairauspoissaoloja kuin verrokeilla. Ensimmäisenä kuntoutusvuoden jälkeisenä vuotena kuntoutetuilla oli kuusi päivää enemmän poissaoloja. Toisena vuotena ero oli verrokkien eduksi peräti 179 päivää, kolmantena vuotena ero väheni ja oli vain 13 päivään. Neljäntenä vuotena puolestaan kuntoutetuilla oli 12 päivää vähemmän poissaoloja. Jakson viimeisenä vuotena poissaolojen ero oli 63 päivää verrokkien eduksi. Ryhmien kuntoutusta edeltävän vuoden sairauspoissaolopäivien erotus oli 109 päivää väheten 63 päivään seurantajakson lopussa. Kuntoutettujen poissaolot lisääntyivät 215 päivää (7,2 pv/hlö/v) ja verrokkien 261 päivää (8,7 pv/hlö/v) koko seitsemän vuoden seuranta-ajalla.

Kuva 6. Kuntoutettujen ja verrokkien sairauspoissaolopäivien kehitys.



Kuvasta 6 voi myös todeta, että sairauspoissapäivien lisääntyminen on ollut nopeaa molemmissa ryhmissä. Kuntoutettujen poissaolojen lisääntyminen on selvästi suoraviivaisempaa kuin verrokkien, joiden muutosta voi luonnehtia portaittaiseksi. Vaikka tutkimusotos on pieni, kuvio osoittaa, että kyse ei ole yksittäisten 1 - 2 henkilön vaikutuksesta nousevaan trendiin. Spekulaatio leviää myös työhön ja työyhteisön toimintaan. Avainkysymys tässä kohdassa on se, onko muutoksen taustalla ikääntyminen, taloudellisen laman jälkimaininki, tuotantotekniset syyt, työtahdin kiristyminen tai jotkut muut syyt.

Seitsamon ja Klockarsin (1995, 73) mukaan seurantatutkimuksen ongelma on aina ollut se, mitkä tekijät ovat muutosten takana. Järvinen ym. (1995) totesivat ikääntymisen heikentäneen jonkin verran tutkimuksensa tuloksellisuutta, vaikka iällä ei ollut yhteyttä sairauspoissaoloihin regressioanalyysissä. Tämän tutkimuksen sairauspoissaolojen nousevasta kehityssuunnasta on lienee todettava, että ikääntymisen vaikutus terveydentilaan ei välttämättä ole näin suoraviivainen. Käsillä olevassa kuvassa sairauspoissaolokehitys on yli korostunut, jos poissaoloja vertaa muualla saatuihin tuloksiin. Esimerkiksi Järvisen ym. (1995) tutkimuksessa keskimääräiset poissaolot olivat henkilöä kohden kaksin - kolminkertaiset ennen ASLAK-kurssia ja sen jälkeen.

Vahteran ja Pentin (1995, 101) tutkimuksen mukaan pitkät poissaolot ovat ensisijaisesti työssäkäyvän väestön terveyden mittareita. Lyhyet 1 - 3 päivän poissaolot saattavat heidän mukaansa olla indikaattoreita asenteista, motivaatioista, työpaikan ilmapiiristä ja muista työelämän laatua ja tuottavuutta kuvaavista tekijöistä.

Taulukosta 26 havaitaan, kuntoutettujen poissaolojen lisääntyneen suhteessa vähemmän kuntoutusta edeltävän vuoden ja sen jälkeisellä kuuden vuoden seurantajaksolla. Kuntoutettujen keskimääräiset poissaolot henkilöä kohden kaksinkertaistuivat, kun ne verrokeilla nelinkertaistuivat. Kuntoutetuilla oli lyhyitä poissaoloja ennen kuntoutusta ja seurantajakson lopulla, verrokeilla vain loppupuolella, joten merkitsevää lisääntymistä lyhyissä poissaoloissa ei ole havaittavissa.

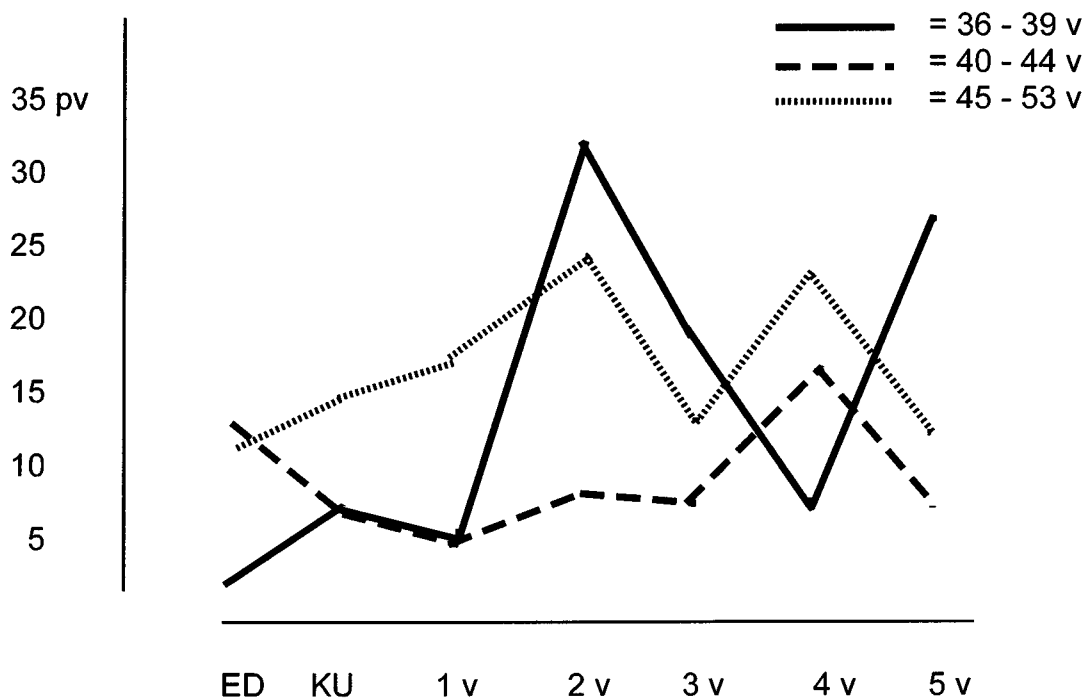
Taulukko 26. Keskimääräiset sairauspoissaolopäivät henkilöä kohden, ei poissaolteiden ja enintään kolme päivää poissaolteiden luvut seuranta-ajalla 5.6.1990 - 28.9.1999.

vuosi	Kuntoutetut (n=30)			Verrokit (n=30)		
	\bar{x} päivät	ei poissa	≤ 3 pv	\bar{x} päivät	ei poissa	≤ 3 pv
ED	6,6	13	6	3,0	22	3
KU	2,6	24	1	2,7	26	--
1 v	7,5	14	3	7,3	23	3
2 v	11,9	16	1	5,9	20	1
3 v	9,8	12	5	9,4	12	4
4 v	13,0	10	3	13,4	21	2
5 v	13,8	7	6	11,7	11	5

Yllä olevat tulokset sopinevat siihen johtopäätökseen, että sairauspoissaolot ovat pitkäaikaiseen sairastavuuteen liittyviä. Tämän aineiston perusteella näyttäisi myös siltä, että sairauspoissaolomittarilla mitattuna ASLAK-kuntoutus on selvästi vaikuttavaa kurssin jälkeisenä vuotena.

Sairauspoissaolojen ikäryhmittäistä tarkastelua varten otosryhmät jaettiin kolmeen luokkaan: 36 - 39, 40 - 44 ja 45 - 53 vuotiaat. Kuntoutukseen osallistuneiden sairauspoissaolopäivien keskimääräinen kehitys (Kuva 7) osoittaa, että vähiten sairauspoissaoloja oli 40 - 44 vuotiailla. Terveiden häiriöitä oli nuorimmalla ikäryhmällä vain vajaa kaksi päivää vähemmän kuin vanhimmalla ikäryhmällä. Vastaava tarkastelutapa osoitti, että verrokkien ikäryhmissä poissaolopäivien vaihtelu oli suurta. Tästä johtuen selviä eroja ikäryhmien välillä ei voinut havaita.

Kuva 7. ASLAK-kuntoutettujen sairauspoissaolopäivien keskiarvojen mukainen kehitys ikäryhmittäin.



Sairauspoissaolot liittyvät luonnollisesti sairastavuuteen ja kuvaavat käänteisesti terveydentilaa. Yksilön terveydentila voi puolestaan riippua monista tekijöistä. Koska työympäristöllä saattaa olla keskeinen merkitys terveydentilan ylläpitämiselle, ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta pyrittiin arvioimaan myös kuntoutettujen ammattiryhmien välisiä sairauspoissaolotietoja vertaamalla. Nämä vertailuryhmät muodostettiin neljälle ASLAK-kurssille osallistuneista vuosina 1992 - 1994. Koska ammattiryhmien poissaolopäivien kehitysero oli näinkin selvä, ja koska ryhmät haluttiin saada lukumääräisesti mahdollisimman hyvin toisiaan vastaaviksi, vuoden 1991 kurssille osallistuneiden työntekijöiden tiedot jätettiin tästä vertailusta pois.

Taulukossa 27 on kuvattu työntekijä- ja toimihenkilöryhmän sairauspoissaolopäivät vuositasolla sekä keskimääräiset poissaolot henkilöä kohden ajalta 22.1.1991 - 28.9.1999. Sairauspäivät on pyöristetty ylöspäin kokonaisiksi päiviksi.

Kuntoutusta edeltävänä vuonna toimihenkilöt ovat olleet selvästi enemmän ASLAK-kuntoutuksen tarpeessa. Ennen-jälkeen-asetelmassa toimihenkilöt menestyivät erinomaisesti, sillä heidän poissaolonsa eivät palanneet kuntoutusta edeltävälle tasolle. Työntekijöiden poissaolot vähenivät päivän henkilötasolla kuntoutusvuonna, mutta kolminkertaistuvat ryhmätasolla nopeasti ja olivat jakson lopulla nelinkertaiset kuntoutusta edeltävään vuoteen verrattuna.

Taulukko 27. ASLAK-kuntoutettujen sairauspoissaolopäivät ammattiryhmittäin koko seuranta-ajalla.

Sairauspoissaolotiedot ajalta 22.1.1991-28.9.1999 Vuosi	Työntekijät (n=14) hlö/vuosi		Toimihenkilöt (n=13) hlö/vuosi	
	kuntoutusta edeltävä	68	5	103
ASLAK-kuntoutus	58	4	2	-
1. jälkeen	168	12	20	2
2.	190	14	20	2
3.	190	14	47	4
4.	264	19	87	7
5.	288	21	89	7
Kaikki yhteensä	1226	89	368	30

Sosioekonomisen aseman merkitystä terveyseroissa korostetaan yhä enemmän. Tämä tutkimuksen tulokset tukevat muualla saatuja tuloksia. Esimerkiksi Klockarsin ym. (1998, 50) mukaan ruumiilliseen työhön liittyvät tekijät lisäävät huomattavasti työkyvyttömyyden riskiä. Myös Ahonen (1998, 44) havaitsi, että teollisuuden työntekijöiden sairauspoissaolot olivat lähes kolminkertaiset toimihenkilöiden poissaoloihin verrattuna.

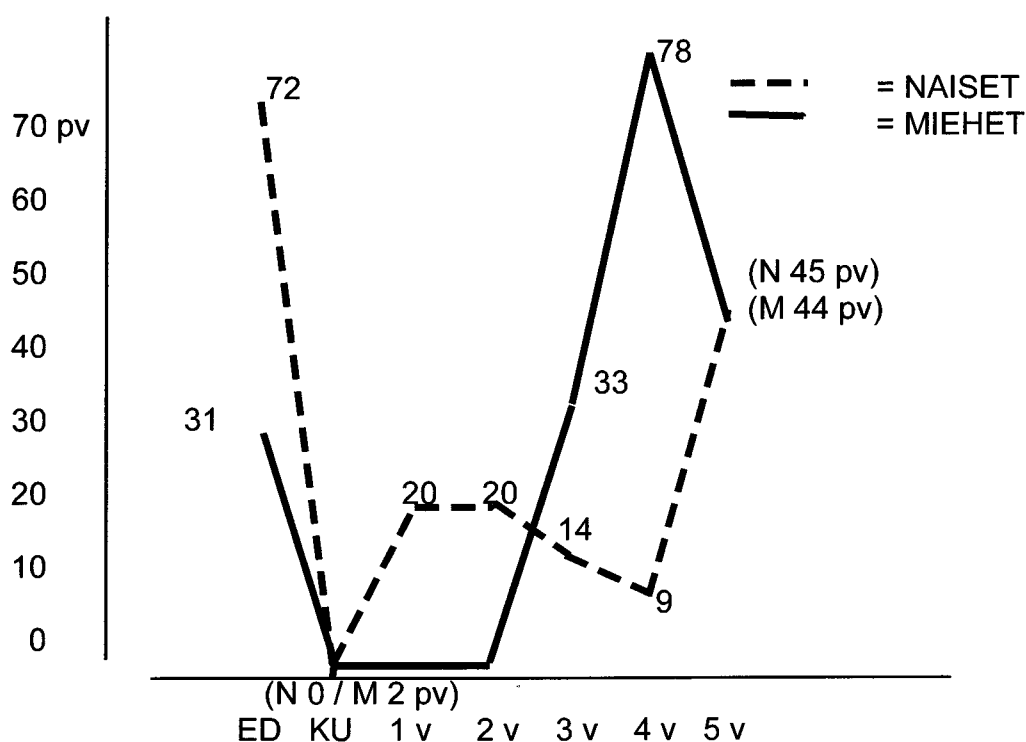
Taulukosta 27 voi myös todeta, että ASLAK-kuntoutus oli työntekijöille kaikkein vaikuttavinta kuntoutusvuonna. Toimihenkilöille varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus on ollut selvästi pitkäaikaista. Toimihenkilöiden poissaolotietojen perusteella näyttää siltä, että kuntoutuksessa menetetty työaika tuli kompensoiduksi takaisin, kun arvioinnin lähtökohtana on kuntoutusta edeltävä vuosi. Työntekijät eivät päässeet kuntoutusta edeltävän vuoden poissaolojen tasolle, heille kuntoutuksen vaikuttavuus oli havaittavissa kuntoutusvuoden ajan.

Tässä tutkimuksessa ei pääsääntöisesti suoritettu vertailuja sukupuolittain muun muassa siksi, että kaikille kuudelle kuntoutetulle naiselle ei löytynyt kaltaistuskriteereitä täyttäviä verrokkeja. Sukupuolittainen sairauspoissaolopäivien vertailu toteutettiin kuitenkin, vaikka vertailuryhmät eivät olleetkaan täysin saman suuruisia. Vertailuryhmät muodostettiin ASLAK-kuntoutetuista toimihenkilöistä, joista naisia oli kuusi ja miehiä seitsemän.

Toimihenkilönaisilla oli yhteensä 108 päivää sairauspoissaoloja ASLAK-kuntoutuksen jälkeisellä seuratajaksolla. Miehillä poissaoloja oli 157 päivää. Vuositasolla henkilöä kohden laskettuna naisilla oli keskimäärin 3,0 ja miehillä 3,7 päivää sairauspoissaoloja, joten naisilla oli poissaoloja, ylöspäin pyöristäen, keskimäärin yksi päivä vähemmän vuosittain kuuden vuoden seuranta-ajalla (Kuva 8).

Tulosten perusteella voidaan tehdä se pelkistetty johtopäätös, että toimihenkilönaisilla varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus on ollut pitkäaikaista ja kestänyt selvästi vähintään viisi vuotta. Naisten poissaolot eivät yltäneet kuntoutusta edeltävän vuoden tasolle kuuden vuoden seuratajaksolla. Jos tätä pidetään vaikuttavuusarvion lähtökohtana, ASLAK-kuntoutuksen vaikutus on ollut naisille hyvin pitkäaikaista. Toimihenkilömiesten kohdalla vaikuttavuus on kestänyt kolme - neljä vuotta kuntoutuskurssin päättymisestä lukien.

Kuva 8. ASLAK-kuntoutettujen toimihenkilö naisten (n=6) ja miesten (n=7) sairauspoissaolokehitys ajalla 22.1.1991 - 15.3.1999.



Yhteenveto. Sairauspoissaolojen tulkinta on vaikeaa, koska ne eivät aivan yksiselitteisesti kuvaa henkilöstön terveydentilaa. Poissaolojen perusteella ei pysty myöskään toteamaan, mitkä tekijät todellisuudessa ovat poissaolojen takana. Se lienee kuitenkin selvää, että sairauspoissaolojen runsaus voi merkitä yksilön kuormittumista, tuotannollisen panoksen menetystä ja yhteiskunnan panoksen lisääntymistä.

Tapausesimerkin sairauspoissaolokehityksen perusteella näyttää siltä, että jonkinlainen uusi interventio tulisi suorittaa kaksi tai viimeistään neljä vuotta ASLAK-kurssin jälkeen. Ammattiryhmittäinen tarkastelu tarkensi uuden intervention kohdejoukoksi työntekijät, joiden kohdalla vaikuttavuus keski noin vuoden. Toimihenkilöille, erityisesti naisille, varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus ja poissaolojen vähentymisen hyödyt olivat selvästi pitkäaikaisia.

7.3. HALLINTA-VAATIMUSKÄSITYSTEN, TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN JA SAIRAUSPOISSAOLOJEN KESKINÄISIÄ YHTEYKSIÄ

Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana oli Karasekin ja Theorellin työn vaatimukset - työn hallinnan malli (ks. luku 3.3.). Kokosin mallin oletuksiin perustuen kyselylomakkeen tutkimuksessa tarvittavaa informaatiota varten. Vaikka tutkimusaineiston havaintoparien lukumäärä oli alhainen, halusin kokeilla mittareiden ominaisuuksia ja katsoa millaisia yhteyksiä oli summamuuttujien välillä.

Tilastollista analyysia varten tutkimusaineisto muokattiin niin, että kyselylomakkeen muuttujista muodostettiin summamuuttujia. Niiden välisten yhteyksien perusteella estimoitiin viitteitä Karasekin ja Theorellin malliin ja varhaiskuntoutukseen. Tässä on kuvattu niiden summamuuttujien muodostuminen, joiden välillä oli yhteyksiä keskenään ja jotka lisäksi saivat arvoja merkitsevä (**) tai melkein merkitseviä (*). Esimerkiksi ikääntymisen vaikutus ($r = -,253 - ,207$ ja $p = ,190 - ,926$) oli vähäinen, vain ikä \leftrightarrow työn vaatimukset välillä oli vaikutusta jonkin verran ($r = -,334$ ja $p = ,072$).

Terveyskäyttämisen summamuuttuja muodostettiin kyselylomakkeen (ks. Liite 1) kysymyksistä 7 (särkylääketarve), 30 (tupakointi, jossa vaihtoehdot käännettiin), 31 (alkoholin käyttö, jossa asteikko käännettiin) ja kysymys 33 (liikuntaharrastus).

Työkyvyn summamuuttuja muodostettiin kysymyksistä 13, 14, 15 ja 16.

Stressimuuttuja ($n=60$) oli kysymyslomakkeen kysymys 16, joka otettiin työkyvyn summamuuttujasta omaksi mittariksi, koska sen selitysarvon ilmaantumista voitiin ennakoita.

Työn vaatimuksen summamuuttuja kysymyksistä 17, 18 ja 19 ja työn hallinnan muuttuja: 20, 21, 22 ja 23.

Sosiaalisen tuen summamuuttujaksi valittiin kysymyksen 24 pisteytysosat: työtoveri, esimies, puoliso tai perheenjäsen ja työterveysluoto.

Koherenssin tunteen (ks. tarkemmin luku 3.4.) indeksi muodostettiin kysymyksistä 25, 26 ja 27, joiden asteikko käännettiin niin, että suuret lukemat kuvaavat vahvaa koherenssin tunnetta sekä kysymyksistä 28 ja 29.

Sairauspoissaolosummamuuttuja muodostettiin ASLAK-kuntoutusvuoden (tai vuoden 1991, 1993 tai 1994) jälkeisestä viiden vuoden seuranta-ajan sairauspoissaolopäivien yhteismäärästä, koska kuntoutusvuonna poissaoloja oli vähemmän.

Summamuuttujien reliabiliteettia arvioitiin niiden sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavalla Cronbachin alfa kertoimella, jonka vaihteluväli voi olla 0 - 1 (Tähtinen ja Kaljonen 1996). Saatua kertoimia voitaneen pitää melko tyydyttävinä (Taulukko 28), paria poikkeusta lukuun ottamatta. Terveyskäyttäytymisen huono kerroin johtune siitä, että indeksiin on yhdistetty liikunta-aktiivisuus, joka ei sopinut muihin muuttujiin. Koherenssin tunnetta mitattiin ilmeisesti liian karsitulla mittarilla.

Taulukko 28. Summamuuttujien sisäisen yhtenäisyyden kertoimet.

Muuttujat	alfa	n
Terveyskäyttäytyminen	0,157	60
Työkyky	0,866	58
Työn vaatimukset	0,466	58
Työn hallinta	0,819	56
Sosiaalinen tuki	0,684	46
Koherenssin tunne	0,241	60
Sairauspoissaolot	0,577	60

Karasek ja Theorell (1990) ovat kehittäneet työn hallintakäsityksistä lähtevän mallin, joka käsittelee vaikutusmahdollisuuksien ja työn psyykkisten vaatimusten ja kuormittavuuden sekä sosiaalisen tuen yhteyttä yksilön sairastavuuteen. Näihin olettamuksiin viittaavia vaikutuksia voidaan havaita Taulukosta 29.

Taulukko 29. Kyselyaineiston summamuuttujien korrelaatiomatriisi, parittaisvertailussa toisen arvo on merkitsevä ja/tai melkein merkitsevä.

summamuuttujaparit	n K/V	r K/V	p K/V
sairauspoissaolot ↔ stressi	27 30	,226 -,699**	,256 ,000
terveyskäyttäytyminen ↔ stressi	27 30	-,679** -,396*	,000 ,030
sosiaalinen tuki ↔ työn hallinta	23 21	,360 ,625**	,091 ,002
työn vaatimukset ↔ stressi	27 28	-,060 ,502**	,766 ,006
työkyky ↔ sairauspoissaolot	30 28	-,080 -,470*	,674 ,012
työkyky ↔ terveyskäyttäytyminen	30 28	,468** ,431*	,007 ,022
sosiaalinen tuki ↔ sairauspoissaolot	23 23	,459* ,424*	,028 ,044
sosiaalinen tuki ↔ koherenssin tunne	23 23	,425* ,428*	,043 ,042
työn vaatimukset ↔ koherenssin tunne	30 28	-,041 -,400*	,829 ,035
työn vaatimukset ↔ terveyskäyttäytyminen	30 28	,232 -,387*	,218 ,042

Karasekin ja Theorellin mallin työn pääluokat ovat: kuormittava, kuormittamaton, aktiivinen ja passiivinen työ. Empiirisen aineiston havaintoparien yhteyksillä voidaan tulkita olevan viitteitä mallin työn luokituksiin voimakkaasti yksinkertaistetun oletuksen mukaan. Tällöin kuormittavan työn havaintopari on muun muassa stressi ja sairauspoissaolot sekä stressi ja terveystyöttäytyminen, jolloin mallin mukaisesti voi tulkita, että jatkuvaan stressiin liittyy suuri sairauspoissaolojen riski. Kuormittamattomaksi työksi luonnehditaan työ, jossa työn vaatimukset eivät ylitä hallintaa, viitteitä tästä on työn vaatimukset ja koherenssin tunne yhteydellä. Aktiivisen työn vaikutusta näyttää olevan sosiaalisella tuella ja työn hallinnalla. Tällaisessa työssä työntekijällä on uskoa omaan suorituskäyttöön ja korkea motivoituneisuus, lisäksi sosiaalisten taitojen käyttö on vahvaa työssä ja sen ulkopuolella. Passiiviseksi työksi voidaan todeta työkyvyn ja terveystyöttäytymisen välinen yhteys. Työ on tällöin vähän kuormittavaa, eivätkä työnvaatimuksetkaan ole korkeita, mikä voi johtaa osaamisen heikkenemiseen ja yleiseen passivoitumiseen.

ASLAK-kuntoutuksen tavoitteena on tukea yksilön työssä selviytymistä ja elämänhallintaa. Näitä tavoitteita tukevia eri summamuuttujien yhteyksiä näyttää empiirisessä aineistossa olevan terveystyöttäytymisen ja työkyvyn sekä terveystyöttäytymisen ja työn vaatimusten välillä. Koherenssin tunne puolestaan on yhteydessä sosiaaliseen tukeen ja työn vaatimukseen. ASLAK-kuntoutus voi kohdistua myös koko työyhteisöön, jolloin sosiaalinen tuki voi näkyä oireilun ja poissaolojen vähenemisenä. Sairauspoissaoloilla on selvä yhteys sosiaaliseen tukeen, työkykyyn ja stressiin.

Kuntoutettujen terveystyöttäytymisellä ja sosiaalisella tuella on selviä vaikutuksia terveystyöttäytymiseen ja sairauspoissaoloihin. Verrokeilla hallinta, sosiaalinen tuki ja terveystyöttäytyminen ovat vahvimmin yhteydessä kuormittumiseen ja poissaoloihin.

8. POHDINTA

8.1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Kuntoutustoiminnan kehitys on edellyttänyt arvojen ja tavoitteiden määrittelyä, asiantuntija- ja käytännön kokemusten kautta kehittyneitä ammattitaitoja ja menetelmiä sekä yhteiskuntapoliittista tahtoa resurssien asettamiseen. Kuntoutus on myös Suomessa ollut kiinteästi sidoksissa yhteiskunnan kulloiseenkin tilaan. Viime vuosikymmenten integraatioperiaate on avannut koko yhteiskunnan voimavarat kuntoutustavoitteiselle toiminnalle ja kuntoutuksen kaikille kansalaisille. Tämä kehitys on vahvistanut kuntoutuksen luonnetta modernin yhteiskunnan ihmiskeskeisenä palvelutoimintana. (Eskelinen 1995, 39 - 40.)

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön kokonaisuudistusta valmisteltiin 1960-luvulta lähtien. Taustalla oli sekä puoluepoliittisia näkemyseroja että kuntoutusjärjestelmän työnjaon epäselvyydet ja yhteistyön puutteet, joita oli, ajanhengen mukaisesti, käsitelty useissa komiteoissa, hallituksen esityksissä ja eduskunnan lausumissa. Kuntoutuslainsäädännön uudistuksen yhteydessä muutettiin 20 sosiaali- ja terveydenhuollon, työhallinnon ja vakuutusjärjestelmien lakia sekä säädettiin viisi uutta lakia. (Vns 1994, 4.)

Varhaiskuntoutuksen historia ulottuu Suomessa 1960-luvulle, varsinainen kehitystyö alkoi kuitenkin vasta 1980-luvulla. Kelassa varhaiskuntoutuksesta otettiin käyttöön nimitys ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK), koska tavoitteiden mukaisesti korostettiin, että kuntoutus on monipuolinen kokonaisuus, jolla pyritään parantamaan yksilön työssä selviytymistä pitkäaikaisesti. ASLAK-kuntoutuksen tavoitteena on työkyvyn pitkäaikainen edistäminen ja työkyvyn säilyttäminen silloin, kun työkyvyn heikkenemisen riskit ovat selvästi todettavissa. ASLAK-kuntoutus on vakiintunut varhaiskuntoutuksen muoto ja sille on myönnetty rekisteröity tavaramerkki vuonna 1997 ASLAK®-toiminta, sille on vahvistettu standardi, jolla Kela voi määritellä haluamansa kuntoutuksen laatutason ja valvoa sen ylläpitämistä. (Rissanen 1992, 9; Kela 2000a.)

Tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana oli Karasekin ja Theorellin (1990) työn vaatimukset - työn hallinnan malli. Mallissa oletetaan, että huono työn hallinta johtaa turhautumiin ja motivaatio- ja sosiaalsiin ongelmiin, stressioireisiin ja lopulta sairastumiseen. Hyvä työn hallinta toteutuu työssä, jossa yksilöllä on päätösvaltaa oman työnsä suhteen sekä mahdollisuus uuden oppimiseen, mahdollisuus käyttää tietämystään ja taitojaan ja jossa lisäksi työn vaatimustaso on korkea sekä sosiaalisen tuen määrä suurta.

Tässä tutkimuksessa pyrittiin arvioimaan ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta. Arviointitutkimuksella tarkoitetaan Niemisen ja Puumalaisen (1992) mukaan arvokkaina pidettyjen päämäärien toteuttamiseksi järjestetyn toiminnan seurausten mittaamista. Toiminnan lopputuloksen arvioinnissa voidaan erottaa erilaisia vaikutuksia, kuten kognitiiviset sekä asenteisiin tai käyttäytymiseen liittyvät vaikutukset ja vaikutuksen kesto. Lopputuloksen arvioinnissa tarkastellaan missä määrin muutostavoitteet ovat intervention seurauksena toteutuneet tai millaisia muutoksia kohderyhmässä on toiminnan seurauksena tapahtunut. (Emt, 12 - 19.)

Tutkimuksen teossa voi olla jatkuvasti mukana luotettavuuden ja toistettavuuden kysymykset. Tilastollisessa tutkimuksessa mittarin validiteetilla tarkoitetaan niiden päätelmien sopivuutta, mielekkyyttä ja käyttökelpoisuutta, joita mittaustuloksista tehdään. Tarkasteltaessa sisältöön liittyvää validiteettievidenssiä, on kysyttävä, edustavatko mittarit (osiot, tehtävät, kysymykset jne.) sisältöaluetta, jota oli tarkoitus mitata. Tähän liittyy myös yleistettävyyden päätelmät, sillä mittausten on kohdistuttava siihen joukkoon, josta päätelmiä tehdään ja johon tulokset pyritään yleistämään. (Nummenmaa ym. 1996, 203 - 205.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin pääosin varhaiskuntoutuksen vaikuttavuutta otoshenkilöiden näkemysten ja heidän sairauspoissaolotietojensa avulla. ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuuden syy-seuraus-suhteen osoittaminen on lienee mahdotonta. Pienen otoskoon takia tutkimustulosten yleistettävyydskin on vaikeaa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen validiteettia lisää se, että tutkittava ilmiö on tutkimuksen tekijälle tuttu. Tämä pyrkimys edellyttää usein pitkäaikaista sitoutumista tutkimus-

kohteeseen sekä pitkäjänteistä havainnointia (Grönfors 1985, 144). Tämän tutkimuksen aihepiiri on syvästi inhimillinen. Siksi tiukka kvantitatiivinen tutkimusote ei avaa varhaiskuntoutuksen perimmäisiä tarkoituksia. Näiltä osin oma perehtymiseni varhaiskuntoutukseen alkoi runsas kymmenen vuotta sitten, erään kelalaisen kollegan skeptisen yleisöosastokirjoituksen seurauksena.

Tilastollisen tutkimuksen reliabiliteetin kysymyksiä tarkasteltaessa mittarin käyttäjän tai tutkimusraportin lukijan tulisi voida arvioida, onko mittari riittävän tarkka kyseiseen käyttöön. Tätä varten raportoinnissa tulisi ilmoittaa jokaisesta pistemäärästä ja yhdistetyistä muuttujista reliabiliteetikertoimet ja mittausvirhe riittävän yksityiskohdaisesti. Reliabiliteettikerroin olisi ymmärrettävä yleisluontoisena käsitteenä, siksi voidaan kutsua esimerkiksi kahden rinnakkaismittarin tai havaintojen antamien pistemäärien välistä korrelaatiokerrointa. Tutkimuksen teon objektiivisuudella puolestaan tarkoitetaan, että tehdyt johtopäätökset ovat riippuvaisia tutkittavista ja tutkimuksesta eivätkä tutkijasta itsestään. Tilastollisen tulkitsevan tutkimusotteen ongelmaksi on havaittu, että mittausten validiteetin kriteerinä pitäisi olla tutkittavien henkilöiden näkemys tutkittavasta ilmiöstä ja mahdollisuus muotoilla kategoriat tai ulottuvuudet. (Nummenmaa ym. 1996, 202 - 208.)

Tähän tutkimukseen käytettäviksi mittareiksi valikoitui sellaisia, jotka olivat aikaisemmissa tutkimuksissa osoittautuneet reliabiliteetiltaan korkeiksi ja aineistoa hyvin erotteleviksi. Kyselylomake oli myös kahdella kuntoutetulla ennakoarvioitava, jonka seurauksena ja toteutettavuuden varmistamiseksi kysymyksiä tiivistettiin, lyhennettiin ja yksinkertaistettiin tutkimusjoukolle sopivaksi.

8.2. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, AINEISTO JA TULOKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää työikäisen kuntoutujan lainsäädännöllistä asemaa vuoden 1991 kuntoutusuudistuksen jälkeen. Tutkimuksen päätavoitteena oli kuitenkin selvittää ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK)

vaikuttavuutta kahdella tutkimuksen osa-alueella. Tapaus-verrokki-asetelmalla pyrin luomaan kokonaisuuden, jossa yksilöllisiä terveyden, työkyvyn ja elämänhallinnan kokemuksia voitaisiin rinnastaa kuntoutusta edeltäneen ja sen jälkeisen tilanteen välillä takautuvalla lomakekyselyllä. Kuntoutuksen vaikuttavuutta tarkasteltiin myös sairauspoissaolopäivien muutoksien suhteen. Luonteeltaan kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena oli myös selvittää ASLAK-kuntoutuksen positiivisen vaikutuksen pituutta tapausesimerkissä. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida, millä tavalla kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa käytetyt muuttujat olivat yhteyksissä toisiinsa.

Tutkimusaineisto muodostui vuoden 1991 kuntoutuksuuudistuksen keskeisistä lainsäädöksistä ja myöhemmistä kuntoutujan asemaa ja oikeuksia tarkentavista säädöksistä sekä lakien valmisteluun liittyvistä lähteistä. Tutkimuksen pääosa-alue perustui kahteen aineistoon: takautuvalla lomakekyselyllä kerättyyn viidelle kolmi-jaksoiselle tuki- ja liikuntaelinsairaille suunnatuille ASLAK-kurssille osallistuneiden henkilöiden (n=30) ja kaltaistettujen verrokkien terveyden, työkyvyn ja elämänhallinnan kokemuksiin sekä sairauspoissaolotietoihin seitsemän vuoden seurata-ajalta. Vertailuhenkilöiden kaltaistuskriteerit olivat: ikä, ammattiasema ja kuntoutuskurssia edeltävän vuoden sairauspoissaolot. Sairauspoissaolopäivien identtisyttä ei pystytty toteuttamaan, koska samankaltaisella terveyden häiriöillä olisi saattanut jo ilmetä kuntoutustarvetta ottaen huomioon intervention jälkeinen seuranta-aika. Kahdelle kuntoutetulle naiselle ei myöskään onnistuttu löytämään verrokkeja huomioiden raskasmetalliala ja kaltaistuskriteerit.

Kuntoutuslainsäädännön uudistuksen tavoitteena oli tehostaa kuntoutusta siten, että kansalaiset voisivat osallistua työelämään ja selviytyä elämänsä muista vaatimuksista kykyjensä ja ikänsä edellyttämällä tavalla entistä paremmin ja entistä pidempään. Lainsäädännön perusteluissa on korostettu asiakkaan, kuntoutujan, myönteisen ja aktiivisen osallistumisen tärkeyttä kuntoutuksen edistävänä tekijänä. Samalla korostettiin kuntoutujalle annettavaa neuvontaa ja ohjausta sekä kuntoutujan osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun, erityisesti painotettiin kuntoutuksen oikea-aikaista käynnistämistä. Tähän pyrittiin koko kuntoutusjärjes-

telmän toimivuutta, käytännön toteumista ja työnjakoa täsmentämällä terveydenhuollon, työhallinnon ja vakuutusjärjestelmien lakeja sekä uudistamalla ja laajentamalla tapaturma- ja liikennevakuutuksen korvaussäädöksiä. (Vns 1994, 2.)

Suomalaiselle kuntoutusjärjestelmälle on tunnusomaista se, että sosiaali- ja terveydenhuollolla, sosiaalivakuutuksella, opetustoimella ja työhallinnolla on omat kuntoutustehtävänsä tavoitteidensa ja tarkoitusperiensä mukaisesti (Vns 1998, 15). Tästä johtuen yksittäisen kuntoutujan kuntoutusasioita hoidetaan usein monessa organisaatiossa yhtä aikaa. Tämä puolestaan ei vahvista asiakkaan asemaa, koska kokonaisvastuun kantajaa ei välttämättä kuitenkaan löydy asiakasta pompotellessa eri taholta toisen luokse. Valtioneuvoston selonteon mukaan järjestelmässä on edelleen aukkoja ja päällekkäisyyttä, siksi kuntoutujan on edelleen vaikea selvittää, minkä organisaation puoleen hänen olisi käännyttävä (emt, 15).

Yhteenvedona Suomessa harjoitetusta kuntoutuspolitiikasta voi todeta, että kuntoutustoiminta on toiminnallisesti siirtynyt korjaavasta kuntoutuksesta ehkäisevään ja terveyttä edistävään kaikille kansalaisille suunnattuun moderniin kuntoutustoimintaan. Kuntoutustoiminta osoittaa huomattavaa laadullista kehitystä, jos asiaa katsoo kuntoutujan tai toimintatahojen yhteistyön kannalta. Kuntoutustoiminta on myös lisääntynyt sekä lukumäärällisesti että markkamääräisesti. Tätä voidaan pitää aktiivisena työ- ja toimintakyvyn edistämiseen tähtäävänä yhteiskuntapolitiikkana, johon lisäresursseja on saatu myös Euroopan sosiaalirahaston kautta.

Klockars ym. (1998, 33) mukaan iän ja olemassa olevien sairauksien lisäksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ennakoivat myös työntekijöiden omat työkykyään ja terveyttään koskevat arviot. Toki työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen on monimutkaisempi tapahtuma, sillä työkyvyttömyysratkaisu on yhteiskuntapoliittinen ja juridinen, vaikka se perustuukin lääketieteelliseen työkykyarvioon (Järvisalo ym. 1997,53).

Takautuvan lomakekyselyn perusteella näyttää siltä, että koettu terveys ja koettu työkyky eivät ennakoineet kuntoutettujen eläkelöitymistä, sillä ryhmässä ei ollut

lainkaan terveystään tai työkykyään huonoksi kokenutta. Vertailuryhmässä sen sijaan oli yksi tai kaksi henkilöä, joiden arviot näillä kysymyksillä mitattuna ennakoivat työkyvyttömyyseläkeriskiä ottaen huomioon ruumiillisen työhön liittyvän kuormittumisen. Kuntoutetut uskoivat hieman enemmän kuin verrokot voivansa vaikuttaa omaan terveyteensä, vaikka heillä oli terveystalveluiden käyttöä, särkylääketarvetta ja haittaavaa kipuoireilua työssä selvästi enemmän.

Kuntoutettujen ryhmässä oli työhön lähtöön liittyviä motivaatio-ongelmia ja stressiä kokeneita jonkin verran enemmän. Tästä huolimatta kuntoutetut olivat kokeneet työnsä hieman vähemmän henkisesti vaativaksi, mutta ruumiillisesti selvästi vaativammaksi. Työtahti oli molempien ryhmien enemmistön arvioin mukaan kiristynyt. Työn hallintaa oli kuntoutetuilla verrokkeja vähemmän.

Sosiaalisen tuen lähteinä oli pääasiallisesti työtoverit ja esimiehet, joista viimeksi mainittujen tukea verrokot käyttivät enemmän. Kuntoutetuilla oli vähemmän elämäntalvintaa ja tyytyväisyyttä elämäntalvinteeseen, mutta henkilökohtaisen elämän tulevaisuuden oletukset olivat samalla tasolla verrokkien kanssa.

Otosryhmien miehet tupakoivat selvästi enemmän, kuin suomalaiset miehet yleensä. Kuntoutetut naiset eivät tupakoineet lainkaan. Kuntoutetut käyttivät alkoholia vähemmän ja harrastivat liikuntaa enemmän, sekä olivat myös sosiaalisesti aktiivisempia, kuin verrokot.

Valtaosalle kuntoutetuista ja kolmasosalle verrokeista oli tapahtunut melko paljon tai paljon muutoksia terveydessä, työkyvyssä tai elämäntalvintadussa kuntoutuskurssin jälkeen. Elämäntalvintoja tai -tuttumuksia oli pyritty muokkaamaan liikuntaa lisäämällä, ravintotuttumuksia, asenteita sairauksiin ja työhön muuttamalla, muun muassa viisi kuntoutettua lopetti tupakoinnin.

Kuntoutettujen ryhmässä oli huomattavasti enemmän niitä, jotka arvioivat terveydentilansa ja työkykynsä jonkin verran tai selvästi paremmaksi kyselyhetkellä verrattuna seuranta-aikaa edeltävään aikaan. Lähes kaikki kuntoutetut ja noin puolet verrokeista arvioi varhaiskuntoutuksen hyödylliseksi heidän työkykynsä kannalta ajateltuna.

Edellä raportoituihin tuloksiin perustuen ei liene yllättävää, jos rohkeneen todeta, että ASLAK-kuntoutuskurssipalvelut ovat inhimillisesti kohdistuneet niitä tarvitseville henkilöille. Vaikuttavuuden ilmiöinä voi pitää muun muassa sitä, että selvästi yli puolet kuntoutetuista koki voivansa vaikuttaa omaan terveyteensä. Lähes kaikki heistä oli myös pyrkinyt muuttamaan elämäntapojaan: liikuntaa oli lisätty, ravintoon kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota, alkoa vähennetty ja viisi lopetti tupakoinnin. Lisäksi vajaa puolet kuntoutetuista jopa arvioi terveydentilansa ja työkykynsä paremmaksi, kuin ennen ASLAK-kurssia. Myönteiset kritiikin kannukset tulivat vielä siten, että 80 prosenttia kuntoutetuista arvioi ASLAK-kuntoutuksesta olevan melko tai erittäin paljon hyötyä heidän työkyvyllään. Asiasta voi keskustella moneen suuntaan, mutta lienee järkevää tehdä rajaus tähän asetelmaan ja tapausesimerkkiin.

ASLAK-kuntoutuksen tuloksellisuuden mittarina sairauspoissaolot on pelkistetty mittari. Se on objektiivinen vaikuttavuuden ja tehokkuuden arviointiin sopiva mittari (Lahtinen ym. 1995, 205). Kokosin sairauspoissaolotiedot työnantajan työterveys-aseman asiakirjoista ja osin lomakekyselyn avulla ajalta 5.6.1990 - 28.8.1999.

Koko seitsemän vuoden seurantajaksolla kuntoutetuilla oli 1958 päivää sairauspoissaoloja eli keskimäärin 9,3 päivää henkilöä kohden vuodessa. Verrokeilla vastaavasti yhteensä 1601 päivää ja henkilöä kohden 7,6 päivää.

ASLAK-kuntoutusta edeltävänä vuonna kuntoutetuilla oli 198 päivää ja verrokeilla 89 päivää sairauspoissaoloja. Kuntoutusvuonna kuntoutujilla oli yksi päivä vähemmän sairauspoissaoloja kuin verrokeilla. Ensimmäisenä kuntoutusvuoden jälkeisenä vuotena kuntoutetuilla oli kuusi päivää enemmän poissaoloja. Toisena vuotena ero oli verrokkien eduksi peräti 179 päivää, kolmantena vuotena ero väheni ja oli vain 13 päivään. Neljäntenä vuotena puolestaan kuntoutetuilla oli 12 päivää vähemmän poissaoloja. Jakson viimeisenä vuotena poissaolojen ero oli 63 päivää verrokkien eduksi. Ryhmien kuntoutusta edeltävän vuoden sairauspoissaolopäivien erotus oli 109 päivää väheten 63 päivään seurantajakson lopussa. Kuntoutettujen poissaolot lisääntyivät 215 päivää (7,2 pv/hlö/v) ja verrokkien 261 päivää (8,7 pv/hlö/v) koko seitsemän vuoden seuranta-ajalla.

Sairauspoissaolopäivien lisääntyminen oli melko nopeaa molemmissa ryhmissä. Tulosten perusteella näytti kuitenkin siltä, että poissaolot olivat pitkäaikaiseen sairaustavuuteen liittyviä. Kuntoutettujen ikäryhmittäisen tarkastelu perusteella vähiten poissaoloja oli 40 - 44 vuotiailla. Terveiden häiriöitä oli nuorimmalla ikäryhmällä vain vajaa kaksi päivää vähemmän kuin vanhimmalla.

Kuntoutettujen ammattiryhmittäinen sairauspoissaolo tarkastelu paljasti, että toimihenkilöt olivat selvästi enemmän ASLAK-kuntoutuksen tarpeessa. Ennen-jälkeen-asetelmassa toimihenkilöt menestyivät erinomaisesti, sillä heidän poissaolonsa eivät palanneet kuntoutusta edeltävälle tasolle. Työntekijöiden poissaolot vähenivät päivän henkilötasolla kuntoutusvuonna, mutta kolminkertaistuvat ryhmätasolla nopeasti ja olivat jakson lopulla nelinkertaiset kuntoutusta edeltävään vuoteen verrattuna. Tulos tukee muualla saatuja tuloksia.

Toimihenkilöille varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus on ollut selvästi pitkäaikaista. Toimihenkilöiden poissaolotietojen perusteella näyttää siltä, että kuntoutuksessa menetetty työaika tuli kompensoiduksi takaisin, kun arvioinnin lähtökohtana on kuntoutusta edeltävä vuosi. Työntekijät eivät päässeet kuntoutusta edeltävän vuoden poissaolojen tasolle, heille kuntoutuksen vaikuttavuus oli havaittavissa kuntoutusvuoden ajan.

Tässä tutkimuksessa ei pääsääntöisesti suoritettu vertailuja sukupuolittain muun muassa siksi, että kaikille kuudelle kuntoutetulle naiselle ei löytynyt kaltaistuskriteereitä täyttäviä verrokkeja. Sukupuolittainen sairauspoissaolopäivien vertailu toteutettiin kuitenkin, vaikka vertailuryhmät eivät olleetkaan täysin saman suuruisia. Vertailuryhmät muodostettiin ASLAK-kuntoutetuista toimihenkilöistä, joista naisia oli kuusi ja miehiä seitsemän.

Tulosten perusteella voidaan tehdä se pelkistetty johtopäätös, että toimihenkilönaisilla varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus on ollut pitkäaikaista ja kestänyt selvästi vähintään viisi vuotta. Naisten poissaolot eivät yltäneet kuntoutusta edeltävän vuoden tasolle kuuden vuoden seuratajaksolla. Jos tätä pidetään vaikuttavuusarvion

lähtökohtana, ASLAK-kuntoutuksen vaikutus on ollut naisille hyvin pitkäaikaista. Toimihenkilömiesten kohdalla vaikuttavuus on kestänyt kolme - neljä vuotta kuntoutuskurssin päättymisestä lukien.

Sairauspoissaolokehityksen perusteella näyttää siltä, että jokin uusi interventio tulisi suorittaa kaksi tai viimeistään neljä vuotta ASLAK-kurssin jälkeen.

Tilastollista analyysia varten tutkimusaineisto muokattiin niin, että kyselylomakkeen muuttujista muodostettiin summamuuttujia. Niiden välisten yhteyksien perusteella estimoitiin viitteitä Karasekin ja Theorellin malliin ja varhaiskuntoutukseen. Summamuuttujien reliabiliteettia arvioitiin niiden sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavalla Cronbachin alfa kertoimella (Tähtinen ja Kaljonen 1996). Saatuja kertoimia voitaneen pitää melko tyydyttävinä, paria poikkeusta lukuun ottamatta.

Karasekin ja Theorellin mallin työn pääluokat ovat: kuormittava, kuormittamaton, aktiivinen ja passiivinen työ. Empiirisen aineiston havaintoparien yhteyksillä voidaan tulkita olevan viitteitä mallin työn luokituksiin voimakkaasti yksinkertaistetun oletuksen mukaan. Tällöin kuormittavan työn havaintopari on muun muassa stressi ja sairauspoissaolot sekä stressi ja terveyskäyttäytyminen, jolloin mallin mukaisesti voi tulkita, että jatkuvaan stressiin liittyy suuri sairauspoissaolojen riski. Kuormittamattomaksi työksi luonnehditaan työ, jossa työn vaatimukset eivät ylitä hallintaa, viitteitä tästä on työn vaatimukset ja koherenssin tunne yhteydellä. Aktiivisen työn vaikutusta näyttää olevan sosiaalisella tuella ja työn hallinnalla. Tällaisessa työssä työntekijällä on uskoa omaan suorituskyykyyn ja korkea motivoituneisuus, lisäksi sosiaalisten taitojen käyttö on vahvaa työssä ja sen ulkopuolella. Passiiviseksi työksi voidaan todeta työkyvyn ja terveyskäyttäytymisen välinen yhteys. Työ on tällöin vähän kuormittavaa, eivätkä työnvaatimuksetkaan ole korkeita, mikä voi johtaa osaamisen heikkenemiseen ja yleiseen passivoitumiseen.

ASLAK-kuntoutuksen tavoitteena on tukea yksilön työssä selviytymistä ja elämänhallintaa. Näitä tavoitteita tukevia eri summamuuttujien yhteyksiä näyttää empiirisessä aineistossa olevan terveyskäyttäytymisen ja työkyvyn sekä terveyskäyttäytymisen ja työn vaatimusten välillä. Koherenssin tunne puolestaan on yhtey-

dessä sosiaaliseen tukeen ja työn vaatimuksiin. ASLAK-toiminta voi kohdistua myös koko työyhteisöön, jolloin sosiaalinen tuki voi näkyä oireilun ja poissaolojen vähenemisenä. Sairauspoissaoloilla on selvä yhteys sosiaaliseen tukeen, työkykyyn ja stressiin.

Kuntoutettujen terveyskäyttäytymisellä ja sosiaalisella tuella on selviä vaikutuksia terveysterveisiin ja sairauspoissaoloihin. Verrokeilla hallinta, sosiaalinen tuki ja terveyskäyttäytyminen ovat vahvimmin yhteydessä kuormittumiseen ja poissaoloihin.

Viime aikoina suomalaisessa mediassa on keskusteltu työterveyshuoltokäytännöstä. Esillä olleissa tapauksissa muutamat työnantajat ovat kieltäneet sairauslomien myöntämisen. Mikäli työterveyshuolto on toiminut asiakkaan ehdoilla, palveluntuottaja on vaihdettu. Toisaalta kunnallisen työterveyspalvelun tuottajalla saattaa olla suuri asiakaskunta, tämän vuoksi työterveyshoitaja tapaa asiakkaansa hyvin harvoin. Tätä taustaa vasten odotukset kasvavat uuden työterveyshuoltolain ennakoestävän toiminnan käytännön muotoutumiseen (Tulopoliittinen sopimus 15.12.2000).

Varhaiskuntoutus on suomalainen ilmiö, jota ei ole samanlaisena muualla. Varhaiskuntoutustutkimus on varsin nuorta, onneksi uutta tietoa tulee kokoajan lisää, vaikka 1980-luvun tietoa ei ole vielä todettu hyväksi, koska kurssipalvelumallit ja muutokset ovat olleet nopeita. Tässä tutkimuksessa arvioitiin nykymuotoisten ASLAK-kuntoutuspalveluiden vaikuttavuutta ja pyrittiin vastaamaan pitkän seuranta-ajan haasteeseen. Yleistettävyyttä ja kovanäyttöä horjuu varhaiskuntoutustutkimuksessa yhteisten mittareiden puuttumisen ja toiminnan uniikkisuuteen vuoksi - niin tässäkin työssä. Tämän tutkimuksen kaltaisilla mittareilla on kuitenkin paikansa osana kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia tulevaisuudessakin. Erityisesti siksi, että kaikkea tietoa ei voi tutkia laboratoriossa ihmisen olemassaolosta riippumattomissa oloissa, vaan kuntoutujan omakohtaisen tavoiteasettelun kautta.

LÄHTEET

- Ahonen G. Henkilöstötilinpäätös. Yrityksen ikkuna menestykselliseen tulevaisuuteen. Helsinki: Enterprice Adviser -kirjasarja nro 5, 1998.
- Antonovsky A. Health, stress and coping. San Fransisco: Jossey-Bass, 1979.
- Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. San Fransisco: Jossey-Bass, 1987.
- Asetukset:
- 912/90 Asetus työllisyyspoliittisesta aikuiskoulutuksesta 5.10.1990/912
- 878/91 Asetus kuntoutusasiain neuvottelukunnasta 31.5.1991/878
- 893/91 Kuntoutusraha-asetus 7.6.1991/893
- 1015/91 Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015
- 1161/91 Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 23.8.1991/1161
- 1251/93 Työvoimapalveluasetus 17.12.1993/1251.
- 1512/95 Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun asetuksen muuttamisesta 18.12.1995/1512
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 81: 191-215.
- Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991; 50: 248-287.

Bergström M, Mustikkamaa T, Järvisalo J, Koskinen K. Henkilöstön koettu terveys, työkyky ja elintavat pientyöpaikoilla. Teoksessa: Bergström M, ym. (toim.) Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestys tekijänä. Helsinki: Työ ja Ihminen, Tutkimusraportti 10, 1997.

Cobb S. Social support as a moderator of live stress. *Psychosomatic Med* 1976; 38: 300-304.

Cooper CL, Cartwright S. Healthy mind; Healthy organization - A preactive approach to occupational stress. *Human Relations*, Vol. 47, 1994; 4: 455-471.

Eskelinen E. Kuntoutus 1945 - 1995. Teoksessa: Ilmarinen J, Järvikoski A. (toim.) Työkyky ja kuntoutus -nykytila ja tulevaisuus. Helsinki: Työterveyslaitoksen ja Kuntoutussäätiön 50-vuotisjuhlaseminaari 20.4.1995 Finlandia talo. Työterveyslaitos ja Kuntoutussäätiö, 1995; 22-41.

Grönfors M. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Juva: WSOY. 1985.

Heikkilä V-M. Työkyvyn käsitteestä ja dynamiikasta. *Kuntoutus* 1996; 1: 3-11.

Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys kevät 2000. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8, 2000.

Helo T. Aslak-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointi. Turku: Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 55, 2000.

Hinkka K. Lyhytjaksoisen kuntoutuskurssin vaikuttavuus niskaoireisilla toimistotyötä tekeillä naisilla. Turku: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 36, 1998.

Hinkka K, Takala I, Saarni H. Merenkulkualan ASLAK-kurssien vaikuttavuus laboratorio- ja suorituskykymittareilla arvioituna. *Suom Lääkäril* 2000; 3: 173-177.

Israel BA, Schurman SJ, House JS. Action research on occupational stress: Involving workers as researchers. *J Health Res* 1989; 19: 135-155.

Janatuinen E, Puumalainen J. Yksilökuntoutus valtionhallinnossa. Helsinki: Kuntoutussäätiö tutkimuksia 56, 1996.

Järvikoski A, Puumalainen J, Vilkkumaa I. Selvitys kuntoutustoiminnan arviointitarpeista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 7, 1997.

Järvikoski A. Kuntoutuksen kehityssuuntaukset. Kuntoutustoiminnan ja sen kehitykseen vaikuttavien tekijöiden analyysi. Helsinki: Kuntoutussäätiö tutkimuksia 16, 1984.

Järvikoski A. Varhaiskuntoutuksen käsitteellisiä-teoreettisia lähtökohtia. Julkaisussa: Anttonen M, (toim.) Varhaiskuntoutus. Oulu: Suomen Teollisuuslääketieteen yhdistys r.y. Pohjois-Suomen alaosasto, 1992; 17-22.

Järvikoski A. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Väitöskirja. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 46, 1994.

Järvikoski A. Työssä käyvän väestön työkyvyn edistäminen kuntoutuksen keinoin. Teoksessa: Ilmarinen J, Järvikoski A. (toim.) Työkyky kuntoutus -nykytila ja tulevaisuus. Helsinki: Työterveyslaitoksen ja Kuntoutussäätiön 50-vuotisjuhlaseminaari 20.4.1995 Finlandia-talo. Työterveyslaitos ja Kuntoutussäätiö, 1995; 68-76.

Järvinen P, Järvisalo J, Parvinen A, Pietikäinen I, Puukka P, Varjo J. ASLAK-kuntoutuksen teho sairauslomapäivillä mitattuna. *Suom Lääkäril* 1995; 50: 585-590.

Järvisalo J. Työkyvyn ylläpitämisen ja kuntoutuksen käsitteet, tavoitteet ja toimintamallit työterveyshuollon näkökulmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 1995: 16-36.

Järvisalo J. Työkyvyn edistäminen terveyttä edistämällä. Teoksessa: Järvisalo J, Laine A, Lamberg ME, Matikainen E, Yrjänheikki E. (toim.) Tositarinoita työkyvyn ylläpitämisestä. Seminaariraportti. Turku 5.-6.6.1995. Helsinki: Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, 1996; 65-97.

Järvisalo J, Bergström M, Kaleva S. Työkykyindeksin vaihtelua selittävät tekijät pientyöpaikkaohjelman aineistossa. Teoksessa: Bergström M, ym. Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä. Helsinki: Työ ja ihminen, tutkimusraportteja 10, 1997; 53-59.

Kansaneläkelaitos 1998. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta. Toteutumisen seuranta vuosina 1992 - 1997. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, kuntoutuslinja, 1998.

Karasek R, Triantis K, Chandhry S: Coworker and supervisor support as moderators of association between task characteristics and mental strain. *J of Occup Behav* 1982; 3: 181-200.

Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York; Basic Books, 1990.

Karisto A, Takala P, Haapola I. Elintaso, elämäntapa, sosiaalipolitiikka - suomalaisen yhteiskunnan muutoksessa. Juva: WSOY, 1990.

Kela 1997. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusprosessin standardi. Versio 26.5.1997.

Kela 10.3.2000a. Kallio M, Siitonen T, Ranne A, Ruponen S-L. ASLAK®-prosessi Kelan toimistossa. Kuntoutuslinja. Moniste.

Kela 10.3.2000b. Kallio M, Siitonen T, Ranne A, Ruponen S-L. ASLAK®-kurssien suunnittelu, toteutus ja yhteistyö. Kuntoutuslinja. Moniste.

Kela 2000a. Kelan ASLAK®-kurssien sisältö ja hakuohjeita. Versio 1.3.2000.

Kela 2000b. Kelan ASLAK®-kurssit vuosina 1987-2001. Kansaneläkelaitos, kuntoutuslinja 27.11.2000.

Kela 2001. Kansaneläkelaitoksen työterveyshuoltotilastot 1998. Helsinki: Kelan julkaisusarja T12:10, Tilastoryhmä 2001.

Klockars M, Tuomi K, Martikainen R, Ilmarinen J. Työkyvyttömyyttä ennustavat työn, elintapojen ja terveyden piirteet. Työ ja ihminen 1998; 12: 33-52.

Korpela V. Varhaiskuntoutus lainsäädännössä. Julkaisussa: Anttonen M. (toim.) Varhaiskuntoutus. Oulu: Suomen Teollisuuslääketieteen yhdistys r.y. Pohjois-Suomen alaosasto 1992; 27-31.

Lait:

- | | |
|---------|--|
| 66/72 | Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 |
| 743/78 | Työterveyshuoltolaki 29.9.1978/743 |
| 710/82 | Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710 - HE:102/1981 |
| 763/90 | Laki työvoimapolitiisesta aikuiskoulutuksesta 3.8.1990/763 - HE:20/1990 |
| 1116/90 | Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 - HE:201/1989 |
| 604/91 | Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 27.3.1991/604 - HE:259/1990 |
| 605/91 | Laki kansanterveyslain muuttamisesta 27.3.1991/605 - HE:259/1990 |
| 606/91 | Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 27.3.1991/606 - HE:259/1990 |

- 607/91 Laki sosiaalihuoltolain 17 §:n muuttamisesta 27.3.1991/607 - HE:259/1990
- 608/91 Laki työterveyshuoltolain 2 §:n muuttamisesta 27.3.1991/608 - HE:259/1990
- 610/91 Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 27.3.1991/610 - HE:259/1990
- 611/91 Kuntoutusrahalaki 27.3.1991/611 - HE:259/1990
- 612/91 Laki työntekijän eläkelain muuttamisesta 27.3.1991/612 - HE:259/1990
- 625/91 Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 27.3.1991/625 - HE:259/1990
- 626/91 Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 27.3.1991/626 - HE:259/1990
- 1005/93 Työvoimapalvelulaki 26.11.1993/1005 - HE:102/1993
- 121/95 Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain muuttamisesta 31.1.1995/121 - HE:317/1994
- 1482/95 Laki työntekijän eläkelain muuttamisesta 18.12.1995/1482 - HE:118/1995
- 1487/95 Laki kansaneläkelain muuttamisesta 18.12.1995/1487 - HE:118/1995
- 1503/95 Laki kuntoutusrahalain muuttamisesta 18.12.1995/1503 - HE:124/1995
- 1504/95 Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain muuttamisesta 18.12.1995/1504 - HE:124/1995

- 333/97 Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain muuttamisesta 18.4.1997/333 - HE:7/1997
- 334/97 Laki kuntoutusrahalain muuttamisesta 18.4.1997/334 - HE:7/1997
- 836/98 Laki kuntoutusrahalain muuttamisesta 13.11.1998/836 - HE:87/1998.

Lahtinen E. Työkäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveystieteiden keskuksen kehittämän terveyden edistämishjelman toteutus ja tulokset. Väitöskirja. Turku: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16, 1996.

Lahtinen M, Huuskonen M, Järvisalo J, Mantere R, Ketola R, Koskinen K, Meriniemi M, Pirttiniemi P, Poutanen S, Rissanen P. Komeuksia ASLAK-projektista suuressa lihanjalostusalan yrityksessä v. 1991 - 1993. Työterveyslääkäri 1995; 2: 204-208.

Louhevaara V, Smolander J. Työkunto Nousuun. Liikunta työkyvyn ja hyvinvoinnin tukena. Helsinki: Työterveyslaitos, kunnossa kaiken ikää -ohjelma, 1995.

Leino P, Kivekäs J, Hänninen K. Auttaako varhaiskuntoutus selkävaivaista metsuria selviytymään työstään? Suom Lääkäril 1993; 48: 1869-1875.

Matikainen E. Työkykyä ylläpitävän toiminnan organisointi ja periaatteet. Teoksessa: Aro T, Matikainen E, ym. (toim.) Työkyky hallintaan - suunnitelmat käytännön toiminnaksi. Helsinki: Työterveyslaitos ja Keskinäinen eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen, 1998.

Mustikkamaa T, Koskinen K, Ilvesmäki-Saarinen L, Könni U, Bergström M, Huuskonen M. Tuki- ja liikuntaelinkipujen aiheuttama haitta pientyöpaikoilla työskenteleville. Teoksessa: Bergström M, ym. Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä. Helsinki: Työ ja ihminen, tutkimusraportteja 10, 1997; 33-41.

Mäkitalo J, Palonen J. Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. *Työ ja ihminen* 1994; 3: 155-160.

Nevala-Puranen N. ASLAK-kurssien vaikutukset maatalousyrittäjien fyysiseen suorituskykyyn ja työtekniikkaan. *Lisensiaattityö*. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 10, 1996.

Niemi V. Kuntoutuksen sata vuotta. Kuntoutuksen kehityslinjat. Helsinki: Kuntoutussäätiö, erillispainoksia 42, 1987.

Nieminen H, Puumalainen J. Varhaiskuntoutuskokeilu valtionhallinnossa. Kaksi-vuotisseurannan tulokset. Helsinki: Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 30, 1992.

Noack H. Concept of health and health promotion. Teoksessa: Abelin T, Brzezinski ZJ, Carstairs VQL. (toim.) *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series No. 22, 1987.

Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J, Leskinen E. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY. 1996.

Näsman O. Varhaiskuntoutus tuo miljoonien hyödyn. Nakari H. (toim.) *Sosiaali-vakuutus* 1996; 6: 6-8.

O'Donnell MP, Ainsworth TH. *Health Promotion in the Workplace*. New York: John Wiley & Sons, 1984.

Olkinuora P, Könni U, Schrey K, Kaleva S. Työympäristön yhteydet hyvinvointiin metallituotteiden valmistuksessa. Teoksessa: Bergström M, ym. *Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä*. Helsinki: *Työ ja ihminen*, tutkimusraportteja 10, 1997; 66-71.

Pietilä A-M. *Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoismaalaisilla nuorilla miehillä*. Väitöskirja. Oulu: OY, Acta Universitatis Ouluensis D Medica 313, 1994.

Pohjola H, Laine A. 30 vuotta työterveyshuollon terveyttä edistävän toiminnan korvaamista. Kansaneläkelaitos, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, Työterveys- huolto- ja työpaikkakassaryhmä, 1998.

Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997; 12: 6-7 ja 38-48.

Raitasalo R. Aaron Antonovskyn "salutogeeninen malli" ja elämänhallinta. Raitasalo R. (toim.) *Elämänhallintaa etsimässä*. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 13, 1996.

Rissanen P. Suomalaisen varhaiskuntoutustoiminnan historia ja kehitysnäkymät. *Julkaisussa: Anttonen M, toim. Varhaiskuntoutus 1992*. Oulu: Suomen Teollisuuslääketieteen yhdistys r.y. Pohjois-Suomen alaosasto 1992: 9-12.

Ryhänen H, Silvennoinen S, Tormonen A. (toim.) *Kuntoutuksen lakiuudistus Kelan kannalta. Toteutumisen seuranta*. Helsinki: Kansaneläkelaitos, C4, 1993.

Sauter S, Hurrell J, Cooper C. *Job control and worker health*. New York: John Wilen & Son, 1989; xiii-xx.

Seitsamo J, Klockars M. Terveystilan muutokset ja ikääntyminen. *Teoksessa: Tuomi K. (toim.) Ikääntyvä työntekijä v. 1981-92. Työn, elämäntyylin, terveyden ja työkyvyn muutokset. Kyselytutkimus*. Helsinki: Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 2. Työterveyslaitos, 1995; 58-76.

Soininen H. Työterveyshuollon järjestämisen liikuntaohjelman toteutettavuus ja vaikutukset ikääntyvien poliisien terveyteen, fyysiseen toimintakykyyn ja työkykyyn. *Väitöskirja*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 68, 1995.

Sosiaali- ja terveysministeriö, työterveyshuollon neuvottelukunta: Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Teoksessa: Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Seminaariraportti Turku 6.-7.2.1992*. Helsinki: Sosiaali- ja terveys-

ministeriön julkaisuja 15, 1992; 142-152.

Stmp 1348/94. Sosiaali- ja terveysministeriön päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetystä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta 27.11.1994.

Stone D. Gatekeeping experts and the control of status passages. Teoksessa: Heinz WR. (toim.) Status passages and the life course. The life course and social change: Comparative perspectives. Weinheim: Deutscher Studien Verlag. Vol. II, 1991.

Suikkanen P, Jokinen J. Tupla vai kuitti? Tutkimus kuntoutuksesta ja selviytymisestä. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, 1993.

Tola S. Mitä varhaiskuntoutus on? Suom Lääkäril 1990; 45: 45-47.

Tulopoliittinen sopimus vuosille 2001 - 2002. Moniste.

Tuomi K. Sepelvaltimotautia ennakoivat työn, elämäntavan ja kuormittumisen piirteet. Ikääntyvien kuntatyöntekijöiden seurantatutkimus. Väitöskirja. Helsinki: Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja lisänumero 2, 1991.

Tähtinen J, Kaljonen A. Tilastollisen analyysin perusteita kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Turku: Turun opettajakoulutuslaitos, julkaisusarja B:55, 1996.

Vahtera J. Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Väitöskirja. Turku: Työympäristötutkimuksen aikakauskirja lisänumero 1, 1993.

Vahtera J, Pentti J. Voimavarat, terveys ja työelämän murros. Helsinki: Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 7. Työterveyslaitos, 1995.

Vnp 950/94. Valtioneuvoston päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetystä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta 27.11.1994.

Vnp 951/94. Valtioneuvoston päätös työterveyshuollon, sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta 27.11.1994.

Vns, 1994. Valtioneuvoston selonteko kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista ja kuntoutusjärjestelmän kehittämisestä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 1994.

Vns, 1998. Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 7.10.1998.

Vns tausta-aineisto, 1998. Valtioneuvoston 1.10.1998 kuntoutuksesta antaman selonteon tausta-aineisto. Kuntoutuksen kustannukset ja kuntoutujat 1992-1997. Sosiaali- terveysministeriön monisteita 1998; 24.

Väänänen-Tomppo I, Janatuinen E ja Törnqvist R. Kaikki hyvin työssä? Tutkimus varhaiskuntoutuksen vaikuttavuudesta valtionhallinnossa. Helsinki: Valtiokonttori, 1999.

Wills TA. Supportive functions of interpersonal relationships. Teoksessa: Cohen S, Syme LS. (toim.) Social support and health. London: Academic Press, 1985; 61-78.

LIITTEET

1. Lomakekysely.
2. ASLAK®-prosessi Kelan toimistossa.
3. ASLAK®-kurssien suunnittelu, toteutus ja yhteistyö.

RYHMÄ:

Liite 1.

Lomakkeen täyttöohjeet:

Lue kysymys huolellisesti. Ympäröi sinun vastaustasi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero. Jos mikään vastausvaihtoehto ei tunnu täysin sopivalta, valitse se joka on lähinnä sopivin.

Ympäröi kunkin kysymyksen kohdalla vain yksi numero. Vastaustilaa on varattu myös omille mielipiteillesi ja ehdotuksillesi, jotka liittyvät tutkimukseen tai asioille, joita tässä tutkimuksessa ei ole käsitelty. (Voit halutessasi jatkaa sivun kääntöpuolelle.)

1. Siviilisäätysi?

- 1 naimaton
- 2 naimisissa tai avoliitossa
- 3 leski
- 4 eronnut tai asumuserossa

2. Mikä on peruskoulutuksesi?

kansakoulu keskikoulu peruskoulu lukio
 1 2 3 4

3. Mikä on ammattikoulutuksesi?

- 1 ei ammatillista koulutusta
- 2 ammattikurssi
- 3 ammattikoulu tai koulutusasteen ammatillinen tutkinto
- 4 opistoasteen tutkinto
- 5 korkeakouluasteen tutkinto

4. Ammattialalla oloaikasi noin _____ vuotta.**SEURAAVAT KYSYMYKSET KOSKEVAT TERVEYTTÄSI JA TYÖKYKYÄSI.****5. Millainen on terveydentilasi?**

hyvä melko hyvä keskitasoinen melko huono huono
 1 2 3 4 5

6. Sairauspoissa olosi 12 edellisen kuukauden aikana _____ vuorokautta.**7. Mistä sairauksista tai oireista poissaolosi ovat johtuneet?**

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

8. Särkylääkkeiden tarpeesi?

päivittäin 2 - 3 kertaa/vko 2 - 3 kertaa/kk harvoin en tarvitse ollenkaan
 1 2 3 4 5

9. Jos sinulla on kipuja, miten kipusi on vaikuttanut kykyysi suoriutua jokapäiväisistä toiminnoistasi?

- 1 kipuja on, mutta selviydyn ilman lääkkeitä
 2 särkylääkkeet vievät kipuni täysin
 3 särkylääkkeet helpottavat kipuani huomattavasti
 4 särkylääkkeistä ei ole paljoakaan apua
 5 särkylääkkeistä ei ole mitään apua kipuun tai en käytä niitä

10. Kivun aiheuttama haitta nykyisessä työssäsi?

ei lainkaan	vain vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1	2	3	4	5

11. Kuinka hyvin koet pystyväsi vaikuttamaan yleisesti omaan terveyteesi?

en lainkaan	vain vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1	2	3	4	5

12. Millä tavoin itse pyrit vaikuttamaan omaan terveyteesi?

- 1 En pyri: miksi? _____
 2 Kyllä pyrin: miten _____

13. Millaiseksi arvioit nykyisen työkykyysi ruumiillisten vaatimusten kannalta?

erittäin huono	melko huono	kohtalainen	melko hyvä	erittäin hyvä
1	2	3	4	5

14. Millaiseksi arvioit nykyisen työkykyysi työsi henkisten vaatimusten kannalta?

erittäin huono	melko huono	kohtalainen	melko hyvä	erittäin hyvä
1	2	3	4	5

15. Miten usein tunnet itsesi haluttomaksi ja henkisesti väsyneeksi työhön lähtiessäsi?

en koskaan	melko harvoin	silloin tällöin	melko usein	usein
1	2	3	4	5

16. Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi, ahdistuneeksi tai hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä.

Tunnetko nykyisin tällaista stressiä?

en koskaan	melko harvoin	silloin tällöin	melko usein	usein
1	2	3	4	5

SEURAAVAT KYSYMYKSET KOSKEVAT TYÖTÄSI,

17. Miten raskaana tai kevyenä pidät työtäsi?

	erittäin kevyenä	melko kevyenä	sopivana	melko raskaana	erittäin raskaana
ruumiillisesti	1	2	3	4	5
henkisesti	1	2	3	4	5

18. Millaiseksi koet työmääräsi?

- 1 jatkuvasti liian vähäinen
- 2 melko usein vähäinen
- 3 sopiva tai vaihteleva
- 4 melko usein liian suuri
- 5 jatkuvasti liian suuri

19. Miten työtahtisi on viime vuosina muuttunut?

- 1 keventynyt huomattavasti
- 2 keventynyt jonkin verran
- 3 pysynyt ennallaan
- 4 kiristynyt jonkin verran
- 5 kiristynyt huomattavasti

	erittäin vähän	melko vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
20. Voitko käyttää tietojasi ja taitojasi työssäsi?	1	2	3	4	5
21. Vaatiiko työsi harkintaa ja päätöksen tekoa?	1	2	3	4	5
22. Pitääkö sinun työssäsi oppia uutta?	1	2	3	4	5
23. Miten paljon voit vaikuttaa.....					
omaan työhösi liittyvään päätöksentekoon	1	2	3	4	5
siihen, mitä työtehtäviisi kuuluu	1	2	3	4	5
siihen, keiden kanssa työskentelet	1	2	3	4	5
työsi muutoksia suunniteltaessa	1	2	3	4	5
24. Kuinka paljon saat tarvittaessa apua työsi suunnittelussa tai tekemisessä.....					
työtoveriltasi	1	2	3	4	5
esimieheltäsi	1	2	3	4	5
puolisoltasi tai ystävältäsi	1	2	3	4	5
työterveyshuolloltasi	1	2	3	4	5
muilta: keiltä? _____	1	2	3	4	5

33. Harrastatko yleensä liikuntaa hengästymiseen ja hikoiluun asti?

en koskaan	harvoin	noin 2-3 kertaa kk	viikoittain	lähes päivittäin
1	2	3	4	5

34. Jos harrastat eri liikuntamuotoja, niin niistä eniten, toiseksi eniten ja kolmanneksi eniten?

1 _____
 2 _____
 3 _____

35. Jos arviot vapaa-aikasi toiminnan aktiivisuuttasi (esim. järjestötoiminta ja erilaiset harrasteet), oletko mielestäsi aktiivinen osallistuja, toimija jne.....

erittäin harvoin	harvoin	silloin tällöin	usein	erittäin usein
1	2	3	4	5

ARVIOSI VARHAISKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUDESTA TYÖKYKYYN?

36. Jos ajattelet ajanjaksoa ennen vuotta 199n ja sen jälkeen, (ASLAK-kuntoutukseen osallistuneilla tämä tarkoittaa kuntoutuksen jälkeistä ajanjaksoa), onko terveydessäsi, työkyvyssäsi tai elämänhallinnassasi tapahtunut muutoksia?

ei lainkaan	vähän	ei muutoksia	melko paljon	erittäin paljon
1	2	3	4	5

37. Jos terveydessäsi, työkyvyssäsi tai elämänhallinnassasi on tapahtunut muutoksia, niin mihin suuntaan?

hyvään suuntaan	melko hyvään suuntaan	tydyttävään suuntaan	melko huonoon suuntaan	huonoon suuntaan
1	2	3	4	5

38. Oletko pyrkinyt muuttamaan elämäntapojasi tai -tottumuksiasi vuoden 199n tai ASLAK-kuntoutuksen jälkeen?

1 En: miksi? _____
 2 Kyllä.

39. Jos vastasit kyllä, rengasta yksi tai useampi vaihtoehto:

1 muutin liikuntatottumuksissa; miten? _____
 2 ravintotottumuksissa; miten? _____
 3 painoni muuttui; miten? _____
 4 muutin asennetta (mahdolliseen) sairauteeni; miten? _____
 5 muutin työtapojani; miten? _____
 6 lopetin tupakoinnin
 7 vähensin alkoholin käyttöä
 8 muuta, mitä? _____

40. Oletko osallistunut vuoden 199n tai ASLAK-kuntoutuksen jälkeen jollekin kuntoutuskurssille tai työnantajasi järjestämään kuntoutustapahtumaan?

1 en

2 kyllä: missä ja mihin?

41. Oma arviiosi terveydentilastasi ja työkyvystäsi nyt verrattuna aikaan ennen vuotta 199n tai ASLAK-kuntoutuksen jälkeen?

1 selvästi parempi kuin ennen

2 jonkin verran parempi kuin ennen

3 ei merkittävää eroa

4 jokin verran heikompi kuin ennen

5 huomattavasti heikompi kuin ennen

Mistä arvioit mahdollisen muutoksen johtuneen: _____

42. Jos työpaikallasi on esitetty toimenpide-ehdotuksia, jotka koskevat työolosuhteita vuoden 199n tai ASLAK-kuntoutuksen jälkeen, onko niitä..

1 esitetty ja toteutettu

2 esitetty, mutta ei toteutettu

3 ei toteuttamiskelpoisia

4 niitä ei ole esitetty

5 työolosuhteita ei ole ollut tarvetta muuttaa

6 muuta ... _____

43. ONKO VARHAISKUNTOUTUS TYÖKYKYSI KANNALTA HYÖDYLLISTÄ?

ei lainkaan

vain vähän

jonkin verran

melko paljon

erittäin paljon

1

2

3

4

5

Millä tavalla? _____

TYÖTERVEYSHUOLTO?

44. Montako kertaa olet käyttänyt työterveysasemasi palveluja kuluneen vuoden aikana?

Noin __ kertaa.

45. Mitä haluat kertoa työpaikkasi työterveyshuollosta (laadusta, tasosta, toiminnasta jne.)?

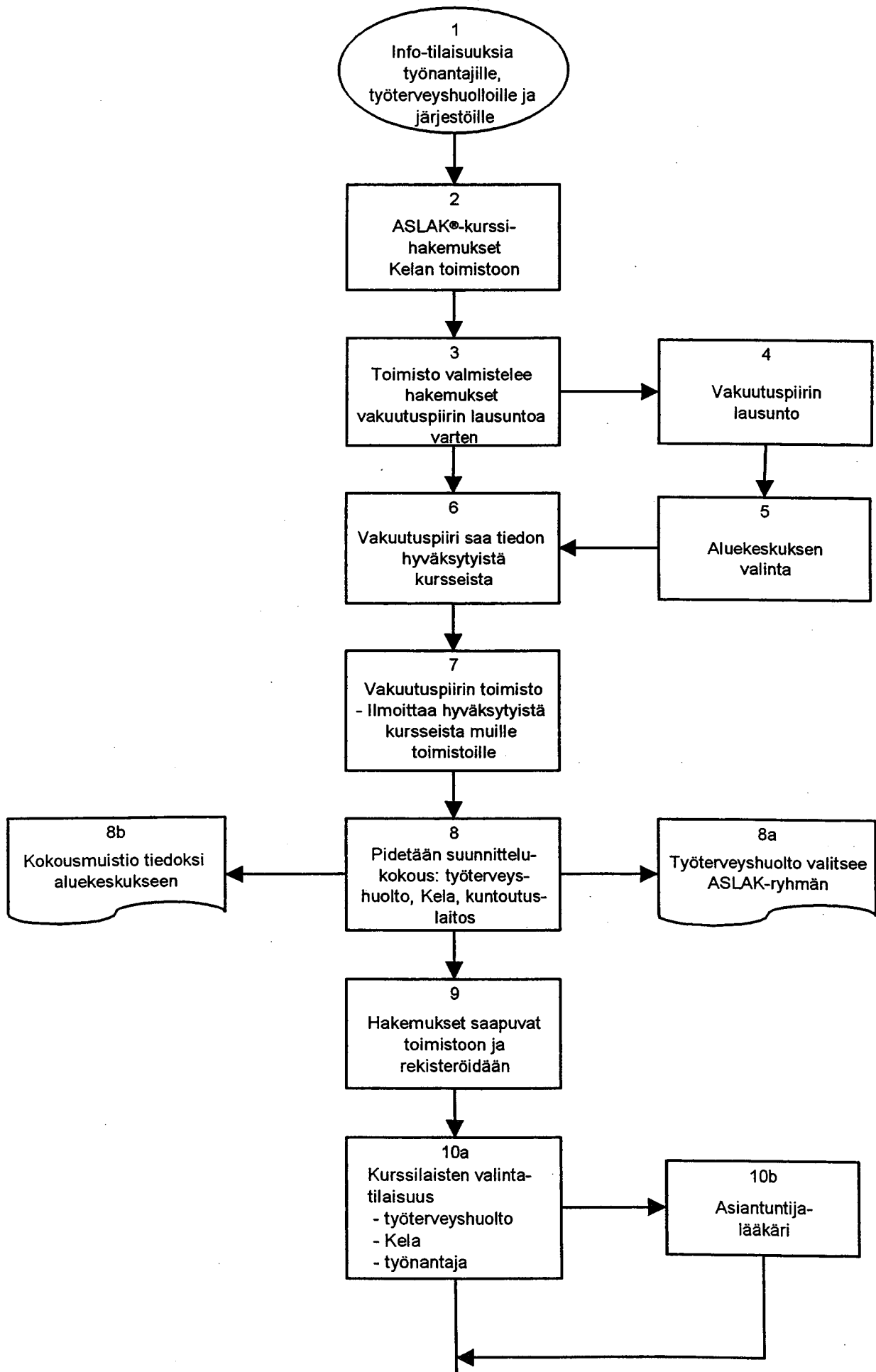
46. Millä tavalla haluaisit kehittää nykyistä työterveyshuollon toimintaa?

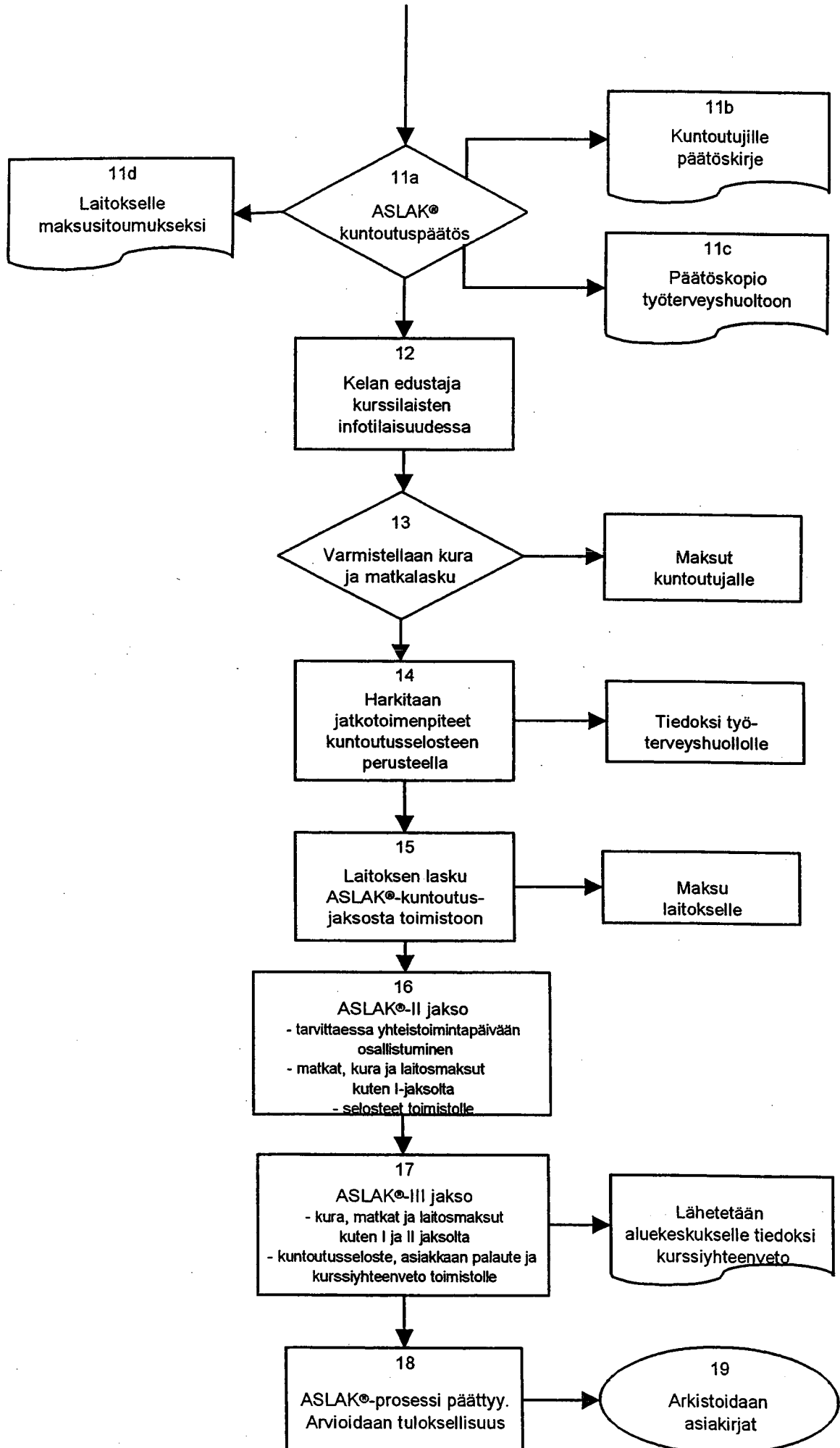
MUUT KOMMENTTISI

SUURKIITOKSET SINULLE!

Liite 2. Lähde: Kela 10.3.2000a.

ASLAK®-prosessi Kelan toimistossa





ASLAK®-prosessi Kelan toimistossa ja yhteistyö eri tahojen kanssa

1. Kelan toimiston johtaja tai kuntoutuksen vastuhenkilö menevät kertomaan ASLAK-toiminnasta työterveyshuoltojen (mm. Tyke-hanke), työpaikkojen, työnantajien tai järjestöjen kutsusta.
2. Työterveyshuollot lähettävät seuraavaa vuotta koskevat ASLAK-kurssihakemukset vakuutuspiiriin toimistoihin.
- 3-4. Kuntoutuksen vastuhenkilö valmistelee ja vakuutuspiiriin paikallisjohtaja antaa valmistelun pohjalta lausuntonsa kurssihakemuksista. Hakemukset ja lausunto lähetetään aluetoimistoon, kopiot jäävät vakuutuspiiriin toimistoon.
- 5-6. Vakuutuspiiri saa aluetoimistolta tiedon hyväksytyistä kursseista. Aluetoimisto ilmoittaa hyväksynnästä tai hylkäämisestä myös kurssin hakijalle ja neuvottelee laitosten kanssa hyväksytyjen kurssien toteutuksesta.
7. Vakuutuspiiriin toimisto ilmoittaa hyväksytyistä kursseista muille toimistoilleen.
- 8.a-b. Työterveyshuolto kutsuu työnantajan, Kelan ja kuntoutuslaitoksen edustajat kurssin suunnittelukokoukseen, jossa sovitaan mm. kurssin sisällöstä ja ilmoittamisesta, kuntoutujien valintaperusteista ja hakeutumisesta kurssille, yhteistoimintapäivästä yms. Työterveyshuolto valitsee ASLAK-kurssilaiset. Muistio tästä tilaisuudesta lähetetään tiedoksi myös aluekeskukseen.
9. Kuntoutujien kuntoutushakemukset ja B-lääkärinlausunnot saapuvat toimistoon ja rekisteröidään ATK:lle.
10. Järjestetään kurssilaisten valintatilaisuus, johon osallistuvat toimiston kuntoutuksen vastuhenkilö, työterveyshuollon edustaja ja joskus työnantajan edustaja. Kelan toimiston kuntoutusta hoitavat tekevät lopullisen valinnan. Tarvittaessa pyydetään toimiston asiantuntijalääkärin lausunto.
- 11.a-d. Tehdään kuntoutujaa koskeva ASLAK-kuntoutuspäätös perusteluteksteineen. Kuntoutujalle lähetetään kuntoutuspäätös, jonka liitteenä on Kura-hakemus ja matkalaskulomake sekä ohjeet niiden täyttämistä. Kuntoutuspäätös lähetetään kuntoutuslaitokselle maksusitoumuksena. Liitteenä mm. jäljennökset B-lääkärinlausunnosta ja kuntoutushakemuksesta. Päätöskopio lähetetään työterveyshuoltoon tiedoksi (kaikki toimistot eivät lähetä). Jos kuntoutushakemus hylätään, sittä menee päätös hakijalle ja tieto työterveyshuoltoon, jonka vastuulle siirtyy kuntoutujan seuranta.
12. ASLAK-kurssille osallistuville kuntoutujille järjestetään info-tilaisuus, johon Kelan edustaja osallistuu, varsinkin jos kyseessä on uutta ammattialaa, uutta työpaikkaa tai uutta työterveyshuoltoa edustavia henkilöitä. Tässä tilaisuudessa kuntoutuslaitos kertoo omasta osuudestaan ASLAK-prosessin toteuttamisessa ja Kelan edustaja mm. kuntoutusrahasta, matkakorvauksista, kuntoutukseen sitoutumisesta yms.
13. Kuntoutusjakson päätyttyä kuntoutuja lähettää Kelan toimistoon kuntoutusraha-anomuksen, osallistumistodistuksen ja matkalaskun. Toimisto valmistelee ne maksua varten. Kura maksetaan joko kuntoutujalle tai työnantajalle, riippuen siitä onko kuntoutuja saanut palkkaa kuntoutuksen ajalta. Matkalaskut maksetaan halvinta kulkuneuvoa käyttäen laskujen mukaan myös kuntoutujan tilille.
14. Kelan toimisto harkitsee jatkotoimenpiteet kuntoutuslaitoksesta tulleen kuntoutusselosteen perusteella. Kuntoutuslaitos voi suositella esim. ASLAK-prosessin lopettamista ja siirtymistä johonkin muuhun kuntoutukseen (Tyk, yksilöllinen kuntoutuslaitoshoido tms.). Tieto tästä lähetetään työterveyshuoltoon.
15. Kuntoutuslaitoksesta tulee lasku kuntoutusjaksosta. Maksut kootaan ATK:lle ja maksetaan kuntoutuslaitoksen tilille. ASLAK-prosessin I-jakso päättyy. Työterveyshuolto toteuttaa kuntoutuslaitoksesta tulleen lausunnon perusteella väliajan toimenpiteitä: esim. työpisteen ergonomiamuutokset yms. Kuntoutuja tekee kurssilta saamiensa ohjeiden mukaan liikunta yms. harjoituksia.
16. ASLAK-prosessin II-kuntoutuslaitosjakso toteutetaan n. 1-3 kk ensimmäisestä jaksosta ja siihen sisältyy yhteistoimintapäivä, johon osallistuvat työnantajan, työterveyshuollon ja Kelan edustajat. Kuntoutuslaitosjakson

jälkeen toimitaan samoin kuin ensimmäisen jakson jälkeen eli matkat, Kura ja laitosmaksut maksetaan laskujen mukaan. Työterveyshuolto ja kuntoutuja jatkavat suositeltuja toimenpiteitä.

17. Kurssin III-kuntoutuslaitosjakso toteutetaan noin 1 vuoden kuluttua koko ASLAK-prosessin alkamisesta. Sen jälkeen laitos lähettää kurssiyhteenvedon toimistolle ja se kopioidaan ja lähetetään tiedoksi aluetoimistolle. Maksut maksetaan kuten I- ja II-jaksoilta.

18. ASLAK-prosessi päättyy. Toimistossa luetaan kuntoutuspalaute ja verrataan sitä standardiin, kirjataan asiakkaan mahdollinen palaute.

Kuntoutuksen tuloksellisuutta voidaan arvioida vain, jos samalta työnantajalta tulee uusi ASLAK-kurssihakemus, tai kuntoutujalta sv-päiväraha-anomus tai muu hakemus. Muuten järjestelmällinen seuranta puuttuu.

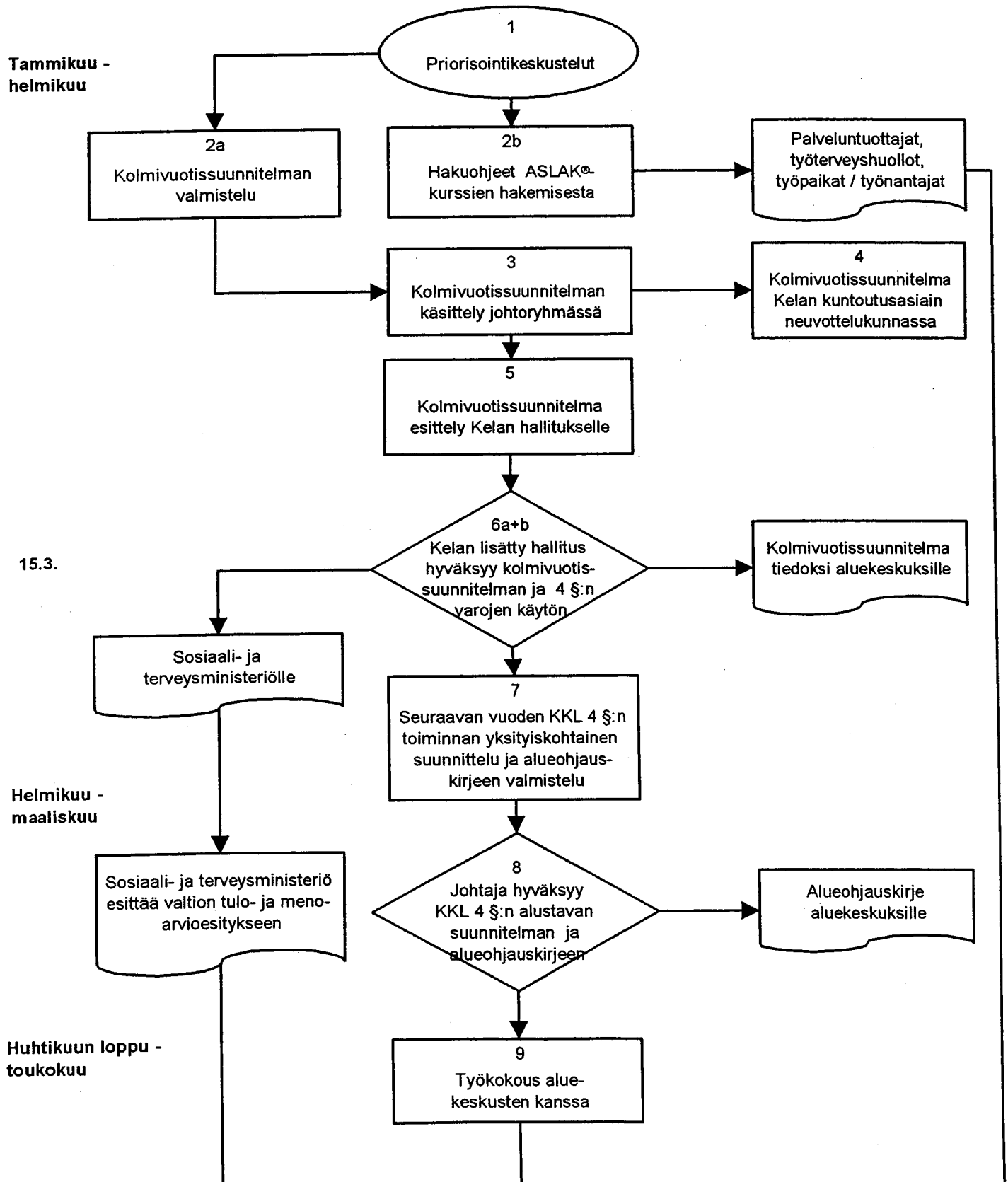
Työterveyshuolto saa laitokselta kuntoutujaa koskevan palautteen ja jatkotoimenpide-ehdotukset. Kuntoutuja jatkaa kuntoutusprosessia työterveyshuollon ohjauksessa, joka seuraa mm. sairauspoissaoloja ja työssä selviytymistä.

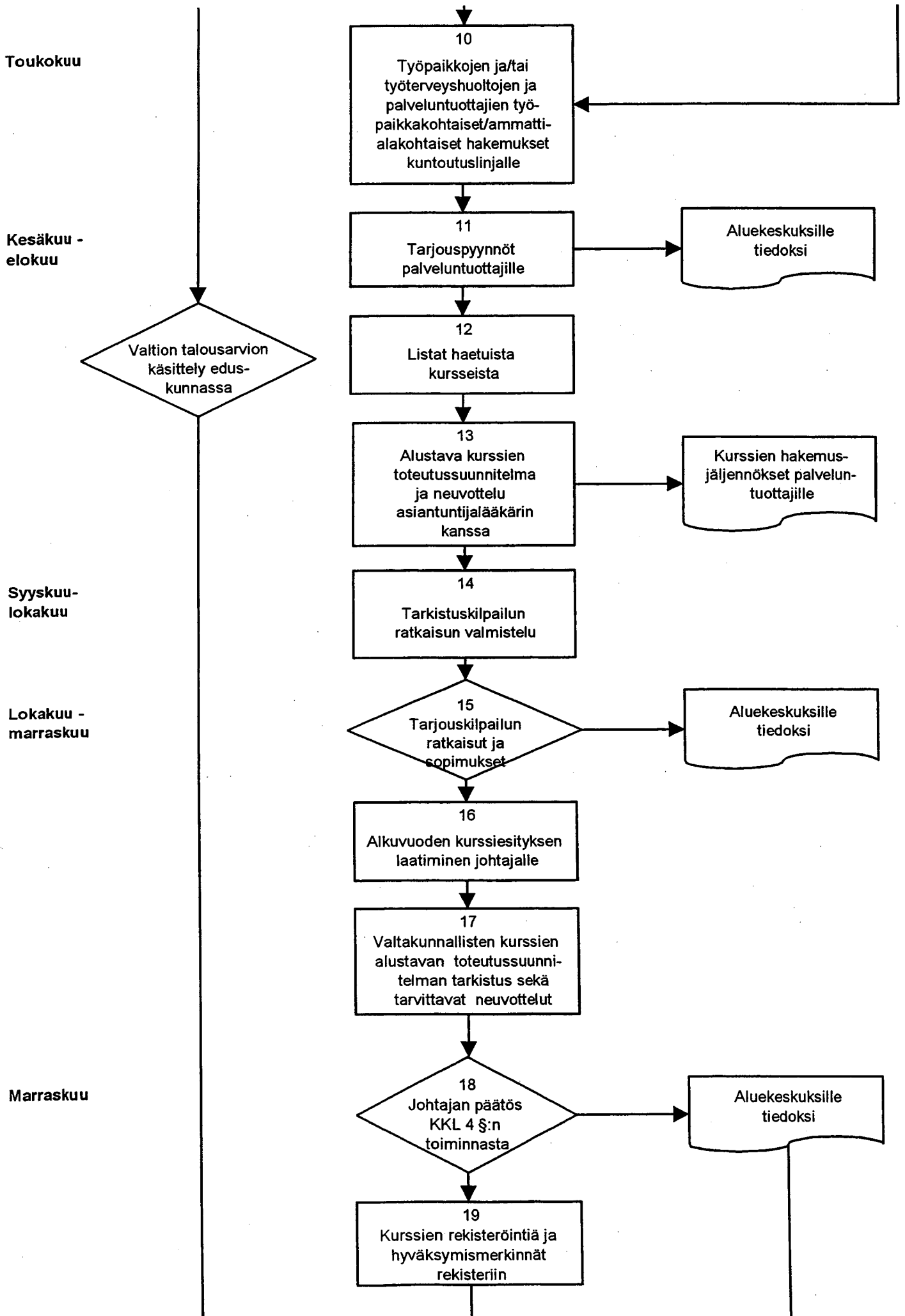
19. Toimisto arkistoi kuntoutusasiakirjat ja prosessi on Kelan osalta päättynyt.

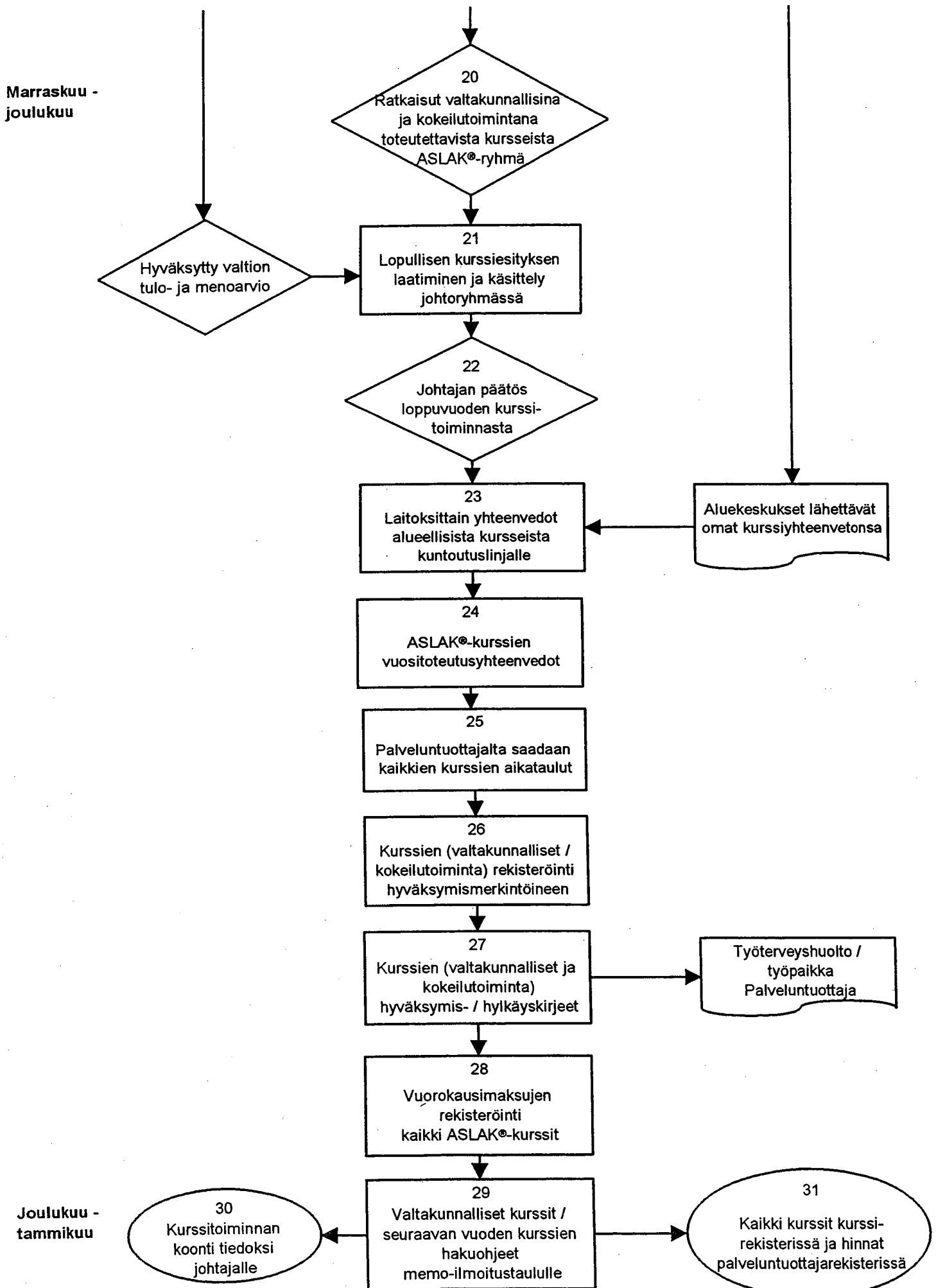
Liite 3. Lähde: Kela 10.3.2000b.

ASLAK®-kurssien suunnittelu, toteutus ja yhteistyö

Vuosiakataulu







Prosessi jatkuu Kelan toimistossa.

ASLAK®-kurssit

ASLAK-kurssien suunnitteluprosessi kuntoutuslinjalla

AIKA	KUNTOUTUSLINJA/Kela	ALUE-TOIMISTO	PALVELUN-TUOTTAJA
Tammi-helmikuu	1. Priorisointikeskustelu seuraavan vuoden kuntoutuksen ja kurssitoiminnan painoalueista: johtoryhmä, asiantuntijalääkärit, suunnittelijat		
	2a. Kolmivuotissuunnitelman valmistelu erityisesti KKL 4 §:n varoista: asiantuntijalääkärit ja suunnittelijat		
	2b. Seuraavan vuoden ASLAK-kurssien hakuohjeiden ja -lomakkeiden valmistelu ja hyväksyminen: ASLAK-työryhmä. Lähetetään kirjeitse tai faksilla - työterveyshuolloille - työnantajille - laitoksille - tai muulle kurssia hakeneelle (ammattiliitot esim.)	Tiedoksi aluetoimistoille	Tiedoksi laitoksille
	3. Kolmivuotissuunnitelman käsittely ja painoalueiden ratkaisu kuntoutuslinjan johtoryhmässä		
	4. Kolmivuotissuunnitelma esitellään Kelan kuntoutusasiain neuvottelukunnassa: kuntoutuspäällikkö tai johtoryhmän jäsen		
	5. Kolmivuotissuunnitelma esitellään Kelan hallitukselle: kuntoutuspäällikkö		
Maaliskuu	6a. Kolmivuotissuunnitelma ja seuraavan vuoden KKL 4 §:n varojen käytön suunnitelma esitellään Kelan lisätyn hallituksen päätettäväksi: pääjohtaja		
	6b. Lisätty hallitus hyväksyy kolmivuotissuunnitelman ja se lähetetään 15.3. mennessä sosiaali- ja terveysministeriöön	Tiedoksi aluetoimistoille	
Maalis-huhtikuu	7. KKL 4 §:n toiminnan yksityiskohtainen suunnittelu: - hyväksytyyn 3-vuotissuunnitelman perusteella seuraavan vuoden alustava yksityiskohtainen toimintasuunnitelma, jossa valtakunnalliset ja vakuutusalueiden osuudet - alueohjauskirjeen valmistelu		
	8. Kuntoutuksesta vastaava johtaja hyväksyy alueohjauskirjeen, jossa seuraavan vuoden KKL 4 §:n alustava toimintasuunnitelma	Alueohjauskirje aluetoimistoille	
Huhtikuun loppu - toukokuu	9. Työkokous alueiden kanssa alueohjauskirjeen vaikutuksesta: - kuntoutuksen painoalueet - alueosuudet - uusi toiminta ja kehittäminen	Osallistuminen työkokouksiin	

Toukokuu	10. Työpaikkojen, työterveyshuoltojen ja palveluntuottajien hakemukset niistä ASLAK-kursseista, joita ne haluavat Kelan järjestävään seuraavana vuonna: (5.5. mennessä), lomake Ku 119 - valtakunnallisena toteutettavat kurssit - uusi ammattiala - kokeilutoiminta	Vastaavat hakemukset aluetoimistoihin työterveyshuoltoista/työpaikoilta alueen määräraha- ja toteutuksista kursseista	Hakemukset ammattialakohtaisista kursseista joita ollut valtakunnallisina tai uusista kuntoutuslinjalle tai alueelle
	11. Johtoryhmä hyväksyy tarjouspyyntökirjeet palveluntuottajille sen mukaan, onko menettely: - kilpailuttaminen tai tarjouspyyntö entisillä hinnoilla	Kirjeet tiedoksi aluetoimistoille	Tarjouskirjeiden postitus palveluntuottajille
Kesä-elokuu	12. Valtakunnallisten/kokeilutoiminnan kurssien suunnittelua: - alustavat listat haetuista kursseista wp:llä: kuka hakee, mikä ryhmä, montako kurssia ja yhteystiedot. Tieto aikaisemmista kursseista ja työpaikan kokonaishenkilökuntamäärä ja haetun ryhmän henkilökuntamäärä. Vakuutussihteeri ja suunnittelija jatkavat toteutussuunnittelua.	Alueella vastaava suunnittelu alueen määrällä toteutavista kursseista	
	13. ASLAK-työryhmä (asiantuntijalääkäri, suunnittelija, vakuutussihteeri) neuvottelee valtakunnallisten / kokeilutoiminnan kurssien toteutuksen laitoskohtaisesti laaditun alustavan suunnitelman perusteella: - voimassa olevilla hinnoilla laadittu arvio seuraavana vuonna toteutettavien uusien kurssien lukumäärästä + saapuneiden hakemusten perusteella esitys asiantuntijalääkärille hyväksyttävistä kursseista laitosehduksineen. Hinnankorotuksille liukumavaraa arviossa. - sovitaan lisätietojen hankinta.	Kurssien toteutussuunnittelua jatketaan	Palveluntuottajat jättävät tarjouksen määräpäivään mennessä
Elo-syys-lokakuu	14. Tarjousten käsittely eri työvaiheineen (pisteytys ym.).		
Loka-marraskuu	15. Tarjouskilpailun ratkaisu johtoryhmässä ja sopimusten laatiminen - valmistellaan palveluntuottajille lähtevät kirjeet, jotka johtaja ja kuntoutuspäällikkö allekirjoittavat	Tarjouskilpailuratkaisu tiedoksi aluetoimistoille	Sopimuskirjeet palveluntuottajille hyväksyttäviksi.
Loka-marraskuu	16. Alkuvuoden kurssija koskevan esityksen laatiminen ja käsittely johtoryhmässä.		
Marraskuu	17. Neuvottelut (ilmoitukset) laitosten, työterveyshuoltojen/työpaikkojen kanssa kurssien toteutuksesta hintojen vahvistamisen jälkeen: - laitoksilta ilmoitukset aikaisempien vuosien jatkajien vuorokausimäärästä ja arviot uusien kurssien seuraavan vuoden vuorokausimäärästä sovitujen kurssien perusteella. - laaditaan tarkennettu markkamääräinen kurssibudjetti vahvistetuilla hinnoilla ja laitosten ilmoittamalla vrk-määrillä sekä koonnit uusien kurssien lukumäärästä ja vrk-määrästä jatkajakoineen (listat Excel) (suunnittelija ja vakuutussihteeri)	Aluetoimistot tekevät oman alueensa kursseista vastaavat työt	Palveluntuottaja ilmoittaa jatkajien ja uusien kurssien jaksojen vrk-määrät kuntoutuslinjalle/alueelle

Marraskuu	18. Johtaja hyväksyy seuraavan vuoden KKL 4 §:n toiminnan yleislinjan ja alkuvuoden (30.4. mennessä alkavat) kurssien häiriöttömän toteutuksen	Hyväksytty esitys tiedoksi aluetoimistoille	
Marraskuu	19. Kurssien rekisteröinti hyväksymismerkintöineen, mikäli aikataulut saatu / alkuvuoden kurssit (KC) (vakuutussihteerin)		
Marras-joulukuu	20. Ratkaisut seuraavana vuonna toteutettavista valtakunnallisista tai kokeilutoiminnan kursseista hyväksytyn yleislinjan ja vahvistettujen vuorokausimaksujen perusteella: ASLAK-ryhmä	Aluetoimistot tekevät vastaavat työvaiheet omista kursseistaan	Sovitaan/ilmoitetaan laitokselle mahdolliset tarvittavat vähennykset kurssimääristä
Marraskuu	21. Seuraavan vuoden koko kurssiesityksen laatiminen ja tehdään tarvittavat yleislinjan muutokset esitykseen johtajalle ja johtoryhmän käsittely		
	22. Kuntoutuksesta vastaava johtaja hyväksyy seuraavan vuoden lopulliset KKL 4 §:n käytön ja koko vuoden kurssitoiminnan, johon sisältyy ASLAK-kurssit ja kokeilutoiminta	Hyväksytty esitys tiedoksi aluetoimistoille	
	23. Alueellisten ASLAK-kurssien yhteenvedot saapuvat kuntoutuslinjalle (tavoitteena olisi marraskuun loppu)	Aluetoimistot lähettävät yhteenvedot omista kursseistaan laitoksittain	
Marras-joulukuu	24. Laaditaan valtakunnallisten ja alueiden ASLAK-kurssien vuositoteutuksesta yhteenvedot: Exellistat kurssien lukumäärät, vrk-määrät ja kustannukset (vakuutussihteerin)		
	25. Palveluntuottajilta saapuvat kurssien aikataulutiedot + yhteyshenkilötiedot	Vastaavat aikataulutiedot aluetoimistoille alueellisista kursseista	Palveluntuottajat lähettävät kurssiaikataulut Kuntolinjalle + alueille
	26. Rekisteröidään loput valtakunnalliset ja kokeilutoimintana järjestettävät kurssit (tavoite 31.12 mennessä) hyväksymismerkintöineen (KC)	Kurssien rekisteröintiä (KC)	
Joulukuu	27. Lähetetään palveluntuottajille kirjeet, joissa hyväksytyt ASLAK-kurssit kurssinumeroineen (WP) Lähetetään työterveyshuolloille, työpaikoille, tieto hyväksytyistä ja hylätyistä kursseista (WP-kirjeet)	Kurssien rekisteröintiä (KC)	
Joulutammikuu	28. Rekisteröidään kaikkien (myös alueiden) ASLAK-kurssien vuorokausimaksut	Kurssien rekisteröintiä (KC)	
Joulutammikuu	29. Lisätään memo-ilmoitustaululle valtakunnallisena toteutettavien kurssien luettelo kurssinumeroineen ja seuraavan vuoden kurssien hakuohjeet. (WP-teksti -> muunnos memolle)	Aluetoimistot laativat omat tiedotteet viimeistään tässä vaiheessa	

Joulu- tammikuu	30. Laaditaan tiedoksi kuntoutuksesta vastaavalle johtajalle yhteenveto, jossa laitoksittain koko kurssitoiminnan ja kuntoutuslaitoshoidon toteutus markkamääräisenä		
	31. ASLAK-suunnitteluprosessi on valmis: <ul style="list-style-type: none"> - kaikki kurssit on viety kurssirekisteriin ja vuorokausimaksut palveluntuottajarekisteriin. (Toiminta on jatkuvaa, sillä kuntoutuslinja ylläpitää kurssirekisteriä ja tekee siihen jatkuvasti muutoksia vuoden aikana). - kuntoutuslinjalla, alue- ja paikallistoimistoilla, palveluntuottajilla ja kurssien hakijoilla on ajan tasalla olevat tiedot valtakunnallisena ja kokeilutoimintana järjestettävistä ASLAK-kursseista. 		