

**TYÖIKÄISTEN TYÖHÖNPALAAJIEN
TOIMINTATERAPIAININTERVENTIOIDEN
NYKYKÄYTÄNNÖT SUOMESSA**

Asikainen Satu
Suoperä Merja
Toimintaterapian
pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2010

TYÖIKÄISTEN TYÖHÖNPALAAJIEN TOIMINTATERAPIAINTERVENTIOIDEN NYKYKÄYTÄNNÖT SUOMESSA

Asikainen, Satu ja Suoperä, Merja

Jyväskylän yliopisto, Liikunta - ja terveystieteiden tiedekunta,
Terveystieteiden laitos, 2010

Toimintaterapian pro gradu- tutkielma. 79 sivua

TIIVISTELMÄ

Tämä survey-tutkimus selvittää työikäisten työhönpalaaajien toimintaterapiainterventioiden nykykäytäntöjä Suomessa. Aineisto kerättiin sähköisesti lähetetyllä kyselylomakkeella. Aineisto muodostui 31 vastaajan tiedoista. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä on kvalitatiiviset tiedonhankinnan menetelmät sekä toimintaterapian lähestymistavat, kuten asiakaslähtöinen viitekehys sekä inhimillisen toiminnan malli (2002). Lisäksi työ pohjaa vahvasti Toimintaterapianimikkeistön (2003) luokittelujärjestelmään.

Työikäinen työhönpalaaaja on henkilö, joka sairauden tai vamman jälkeen palaa tai haluaa palata takaisin työelämään. Toimintaterapiainterventio tarkoittaa kuntoutuksessa väliintuloa, jossa henkilö tarvitsee kuntoutustoimenpiteitä voidakseen palata takaisin työelämään. Terapiainterventio voi sisältää moninaisia toimenpiteitä aina yhden kerran tapaamisesta useiden terapiakertojen kuntoutusinterventiojaksoihin. Aineiston analyysi tehtiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Aineisto luokiteltiin Toimintaterapianimikkeistöstä nousseiden luokkien avulla.

Työikäisten työhönpalaaajien toimintaterapia -interventiotutkimusta ei ole Suomessa aiemmin tehty. Tutkimuksen mukaan Suomessa työikäisten työhön palaaajien toimintaterapiaa tekeviä terapeutteja on varsin vähän. Terapeuteilla ei tällä hetkellä ole yhtenäisiä terapiakäytäntöjä. Lisäksi tulokset osoittavat, että toimintaterapeutteja voitaisiin käyttää enemmän työikäisten työhönpalaaajien kentällä. Työpaikkakäynti ei kuulu kiinteäksi osaksi toimintaterapiainterventiota, vaikka se nähdään erittäin tärkeänä ja tarpeellisena. Tutkimus osoittaa, että toimintaterapiainterventioilla ei ole selkeitä yhtenäisiä linjauksia, vaan ne ovat sisällöltään hyvin eri pituisia ja vaihtelevia. Tulosten pohjalta toimintaterapiainterventioita voidaan kehittää yhtenäisempään suuntaan ja saada perusteita suunnata resursseja itse työympäristöön.

Avainsanat: työikäinen työhönpalaaaja, toimintaterapia, toimintaterapiainterventio, toimintaterapianimikkeistö

OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION WITH WORK- AGE CLIENTS RETURNING TO WORK IN FINLAND

Asikainen Satu, Suoperä Merja

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences,
Department of Health Sciences, 2010

Master's thesis of Occupational Therapy, 79 pages

ABSTRACT

This research defines work aged client returning or willing to return back to working life after illness or serious injury. Occupational therapy intervention is where client needs acts of rehabilitation in returning to work. Occupational intervention can involve the varied actions from onetime appointment to several acts of rehabilitation period.

The aim in this survey-research is to describe what kind of practice takes present places in Finland in occupational therapy interventions.

This qualitative research describes what kind of policy contain in Finland in occupational therapy interventions. The data was collected from electrical questionnaire. The data was ultimately composed from 31 questionnaires of answerer. The Qualitative research strategies' guidelines for this research were occupational approaches such as customer-orientated context and occupational of the human model (2002). This research is also strongly based on occupational nomenclature (2003) classification system.

Research tool was content analysis. The data was categorized with occupational nomenclature classis.

Base on the result of the research there aren't many occupational therapists in Finland who are working on worked aged clients returning back to working life. At this moment therapists do not have standard or unified occupational therapy practice. Results also indicate that occupational therapists could be used more in the field of worked aged clients returning to work life. Visiting the work place is not included in occupational therapist interventions even though it is found very useful and needed.

Statement based on the results of the research is that occupation therapy interventions do not follow clear and unified guidelines. Contents of occupational therapist interventions varies a lot.

Key words: work aged returner, occupational therapy, occupational

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TYÖIKÄISEN TYÖHÖNPALAAJAN KUNTOUTUS	8
2.1 Lääkinnällinen kuntoutus	11
2.2 Työhön paluuseen vaikuttavat tekijät	13
3 TYÖ TOIMINTATERAPIAN NÄKÖKULMASTA	16
3.1 Toimintaterapiainterventio	19
3.2 Tutkimuskatsaukset toimintaterapiainterventioista	24
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	34
5.1 Tutkimusmenetelmä	34
5.2 Tutkimusaineisto	37
5.3 Tutkimusaineiston analyysi	39
5.4 Tutkimuksen luotettavuus	43
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	45
6.1 Aineiston kuvaus	46
6.2 Vastaukset tutkimuskysymyksiin	47
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	59
8 POHDINTA	62
LÄHTEET	69

1 JOHDANTO

Työ on yksi aikuisiän merkittävimmistä tekijöistä (Ilmarinen 2006, 79-80). Tutkimuksissa on osoitettu, että aktiivisella toiminnalla ylläpidetään toiminta- ja työkykyä mahdollisimman pitkälle tulevaisuuteen (Ilmarinen 2006, 79-80, Holma 2003, 16, Joy 2001, 200-205). Toimintaterapeuteille toiminta on keskeinen käsite sekä käytännön työssä että käsitteen määrittelyssä. Toimintaterapiassa toimintaa pidetään hyvinvoinnin edellytyksenä (Kennedy-Jones 2005, 116). Merkityksellisen ja tavoitteellisen toiminnan kautta ihminen kokee onnistumista, motivoitumista, mielekkyyttä ja sitä kautta pyrkii hyvään itseään tyydyttävään elämään. Työhön liittyvien interventioiden tutkiminen on tärkeää, jotta tulevaisuudessa voimme toimintaterapiassa vastata yhteiskunnan muutoksiin työn näkökulmasta. Siksi tämä tutkimus on merkityksellinen.

Työ on yksi elämän osatekijöistä. Vapaa-ajan, työn, levon ja itsestä huolehtimisen tasapaino voi tarjota oivallisen pohjan mielekkääseen ja hyvinvointia lisäävään elämään (Kielhofner 2002, 252). Kun eri osa-alueiden tasapaino heikkenee esimerkiksi sairauden tai vamman myötä, korostuvat toimintaterapian keinot ja asiantuntemus toiminnasta (Shaw & Polatajko 2002, 159-164). Työ tuo ihmiselle sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunteen ja sosiaalisia rooleja. Sosiaalisuuden näkökulma on yksi työn merkittävimmistä näkökohdista, joihin toimintaterapeutti voi toimintaterapiainterventiolla tuoda erilaisia, jopa uusia näkökulmia (Joss 2002, 141-142). Työn ja työkontekstin yhdistäminen toimintaterapiainterventioon voi tarjota niin terapeutille, asiakkaalle kuin työpaikallekin hedelmällisen yhteistyökentän, jossa jokainen osapuoli voi kokea

onnistumista, motivoitumista ja erilaisuuden hyväksymistä (Joss 2007).

Parhaassa tapauksessa yksilön vapaus ja itsemääräämisoikeus puolustavat oikeutta työhön, riittävään elintasoon ja sosiaaliseen turvallisuuteen (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (566/2005). Bazykin (2005) mukaan elämme ajassa, jossa työ on enemmän persoonallista ja työllä on monta olemusta. Yhteiskunnallisesti merkityksellisiä ovat kuntoutuksen tuomat taloudelliset säästöt, tuottavuuden turvaaminen sekä työvoiman riittävyys markkinoilla. Taloudellinen näkökulma laajenee kattamaan myös eläkekustannukset. Yksilölähtöisesti asiaa tarkasteltaessa merkittäväksi hyödyksi nousevat ajatukset hyvästä elämästä, riittävästä toimintakyvystä sekä niiden tuottamasta hyvinvoinnista elämän jokaisella osa-alueella. Työn kautta voimme nähdä myös yksilön vapauden tunteen kasvun sekä itsemääräämisoikeuden lisääntymisen. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 566/2005).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella **työikäisten työhönpalaajien toimintaterapiainterventioiden nykykäytäntöjä Suomessa**. Työhön palaaja on tutkimuksessamme henkilö, joka sairauden tai vamman ja sitä seuranneen toimintaterapiaintervention jälkeen palaa tai haluaa palata työelämään. Kartoitamme tutkimuksessamme työhön palaajille suunnatun toimintaterapian tarjoamien kuntoutusinterventioiden mahdollisuuksia. Tutkimuksestamme on hyötyä työhön paluuseen

tähtävien toimintaterapiakäytäntöjen analysoinnissa ja kehittämisessä. Tämän tyyppistä tutkimusta ei ole vielä Suomessa tehty, joten aihe nousee kehittää tarpeesta kehittää toiminaterapiainterventoita. Tutkimuksen aihe nousee tarpeesta kehittää työikäisten toimintaterapiainterventioiden sisältöjä ja lisätä tietoa työikäisten työhönpalaaajien interventioista.

Kartoitamme työikäisten työhön palaajien toimintaterapiainterventioiden käytäntöjä Suomessa kyselytutkimuksella. Selvitämme toimintaterapiainterventioiden aikana toteutuvaa toimintamahdollisuuksien arviointia, edistämistä, neuvontaa ja ohjausta sekä toteutuvaa yhteistyötä. Lisäksi selvitämme interventioiden kehittämismahdollisuuksia. Tutkimuksen taustalla vaikuttaa professori Ilmarisen ja hänen työryhmänsä luoma Työ ja Ikä-valmennusohjelman (TIVO) viitekehys, jonka työstämisessä olemme olleet mukana. TIVO tuo tutkimukseen näkökulmia iän vaikutuksista työelämään, lisäksi se tarjoaa uusinta tutkimusta ikäjohtamiseen liittyvistä elementeistä.

Työmme pohjalta voidaan kehittää ja työstää työhön palaajille suunnattuja toimintaterapiainterventioita sekä yhteistyötä eri työikäisten sektorilla toimivien toimijoiden välillä.

2 TYÖIKÄISEN TYÖHÖNPALAAJAN KUNTOUTUS

Tässä tutkimuksessa työhön palaajalla tarkoitetaan henkilöä, joka sairauden tai vamman seurauksena ja siihen kohdistetun toimintaterapiaintervention jälkeen palaa tai haluaa palata työelämään. Työhön palaaja voi palata siihen ansiotyötehtävään, jossa oli ennen työkyvyttömyyttään, uuteen työtehtävään tai aikaisempaan työtehtävään, joka on modifioitu henkilön työkykyä vastaavaksi. Tutkimuksessamme työikäinen tarkoittaa 18–65 -vuotiaita.

Vuoden 2008 lopussa Suomen väkiluku oli 5 325 600, josta työssäkäyviä oli 2 497 000 (Tilastokeskus 2008). Tilastokeskuksen määritelmän mukaan suomalainen työikäinen henkilö on 18–68-vuotias työeläkevakuutuksen piiriin kuuluva eli työllinen. Työllinen on henkilö, joka tekee säännöllisesti vähintään 1 tunnin viikossa töitä (Tilastokeskus 2008). Tutkimuksen mukaan tulevaisuudessa vanhempi työssäkäyvä väestö (50–64-vuotiaat) tulee kaksinkertaistumaan suhteessa nuorempaan (15–24-vuotiaat) työssäkäyvään väestöön. Vuoteen 2015 mennessä on ennustettu vanhemman työssäkäyvän väestön Euroopan Unionissa olevan 35 % koko saatavilla olevasta työvoimasta (Ilmarinen ym. 2005).

Tulevaisuudessa vanhenevan väestön vaikutus tulee näkymään työpaikkojen tarjonnan ja kysynnän välisenä epäsuhtana. Kun työntekijöitä on liian vähän, painottuvat ulkomailta hankittavan työvoiman panos sekä työkyvyttömiä palauttaminen työvoimaresurssiksi. Asenteiden muuttaminen entistä myönteisemmäksi

pidempiä työuria kohtaan sekä ikäsyrrjinnän ehkäiseminen ovat tulevaisuudessa tärkeitä teemoja (Ilmarinen ym. 2005, Ilmarinen 2006, 389). Tämä tulevaisuuden suuntaus tulee asettamaan omat vaatimuksensa työssäoloaikojen pidentämiseksi ja sitä kautta myös työkuntoutukselle. Tulevaisuudessa tarvitaan yhä tavoitteellisempaa ja suunnitelmallisempaa työhön paluuseen tähtäävää kuntoutusta, jotta voidaan turvata työikäisen väestön riittävyys työmarkkinoilla.

Monet tahot järjestävät työikäisille työhön palaajille tarjottavaa kuntoutusta. Pääasiallisesti työikäisten kuntoutusta järjestetään ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä. Intensiivinen ja varhain aloitettu kuntoutus palvelee työkyvyn näkökulmasta parhaiten niin yhteiskuntaa kuin yksilöäkin (Ilmarinen ym. 2005, Ilmarinen 2006, 389).

Suomessa työterveyshuollon tehtävänä on vastata työterveyshuollon piiriin kuuluvan työväestön lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Työterveyshuollon toimia ohjataan ja määritellään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidossa (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005). Myös työeläkelaitokset ja Vakuutus kuntoutus järjestävät kuntoutusta. Kuntoutuksen piiriin kuuluvat työeläkejärjestelmässä olevat henkilöt, joilla voidaan todeta sairauden tai vamman aiheuttama työkyvyttömyyden uhka. Kuntoutus voi olla ammatillista tai lääkinnällistä, ja sen tarkoituksena on tukea henkilön työhön paluuta (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005).

Lisäksi Suomessa tapaturmissa vammautuneilla sekä ammattitautipotilailla on mahdollisuus saada tapaturma- ja liikennevakuutuslakien mukaista kuntoutusta. Työkykyä ylläpitävä ja ennaltaehkäisevä kuntoutus on tarkoitettu työssäkäyville, oireileville sekä vajaakuntoisille (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005).

Monet tahot järjestävät Suomessa ammatillista kuntoutusta, jonka tavoitteena on pyrkiä säilyttämään tai parantamaan työ- tai ansiokykyä, edistää selviytymistä työelämässä tai tukea työelämään pääsyä tai sinne paluuta. Nostamme tässä tutkimuksessa tarkemmin esille työikäisille työhön palaajille kuntoutusta tarjoavista tahoista Kansanterveyslaitoksen, koska Kela on laajin instanssi ja lukuisten ihmisten saavutettavissa. Kansanterveyslaitoksen (jäljessä Kela) kuntoutuksen piiriin Suomessa kuuluvat henkilöt, joilla sairaus tai vamma aiheuttaa työkyvyn alenemisen, vaikeavammaisat alle 65-vuotiaat sekä muu kuntoutustarpeessa oleva väestö. Kela järjestää sekä ammatillista että lääkinnällistä kuntoutusta, joissa kuntoutusmuotona käytetään muun muassa toimintaterapiainterventioita (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005).

Vuonna 2007 Kelan maksamaa sairauspäivärahaa sai 347 783 ihmistä, joista työllisiä 319 955 henkeä. Ikäryhmässä 16–65 vuotta vuonna 2007 kuntoutuspalveluita sai 79 735. Selvästi suurimmaksi kuntoutuspalveluita saavaksi ryhmäksi nousee 45–54 vuotiaiden ryhmä, joista 24 601

sai Kelan kuntoutuspalveluita. Lisäksi Kela maksoi vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta samana vuonna yhteensä 19 109 henkilölle, joista suurimmaksi saajien ryhmäksi nousee edellisen tapaan 45–54 vuotiaiden ryhmä 4 669 henkilöllä (Tilastokeskus 2007).

Suomessa järjestetään kansainvälisestikin laadukasta kuntoutusta, jonka tavoitteena on pyrkiä säilyttämään tai parantamaan työ- tai ansiokykyä, edistää selviytymistä työelämässä tai tukea työelämään pääsyä tai sinne paluuta (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005).

Keskeiseksi kuntoutuksen osa-alueeksi nousee tulevaisuudessa työikäisten vajaakuntoisten työllisten työelämään takaisin saattaminen. Työikäisten kuntoutuksessa kuntoutujan odotetaan ottavan vastuuta terveyteensä liittyvissä päätöksissä ja pyritään näkemään kuntoutuja osallistuvassa roolissa (Fisher 1998). Tämän hetkisestä suomalaista väestöä kuvaavasta ikäpyramidista on nähtävillä työllisten määrän väheneminen (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005).

2.1 Lääkinnällinen kuntoutus

Suomessa työterveyshuollon tehtävänä on vastata lääkinällisestä kuntoutuksesta työterveyshuollon piiriin kuuluvalla työväestölle (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

566/2005). Lääkinnällinen kuntoutus on osa kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon lakia. Kuntien ja kuntaliitosten tehtävänä on vastata lääkinällisen kuntoutuksen toteutuksesta. Lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on ylläpitää ja parantaa kuntoutujan sosiaalista, fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä pyrkiä edistämään ja tukemaan elämäntilanteen hallintaa ja suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Lääkinällisen kuntoutuksen palveluihin lukeutuu myös toimintaterapiassa tarjottu kuntoutus kuten esimerkiksi neuvonta, ohjaus sekä erilaiset työkykyä ja toimintamahdollisuuksia selvittävät tutkimukset (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015).

Toimintaterapeutti on lääkinällisen kuntoutuksen palveluita tuottava ammattilainen, joka voi työskennellä myös työikäisen työhön paluuta suunnittelevan väestön kuntoutuksen piirissä. Suomessa vallalla olevien kuntoutuskäytäntöjen mukaan työikäisille työhönpalaajille tarjotaan palveluita molempien kuntoutuskäytäntöjen palveluista.

Tulevaisuudessa toimintaterapeuttien toiminnan analyysitaidot tulevat olemaan kysytyjä etsittäessä sopivia työtehtäviä työntekijöille ja -hakijoille, joiden työkyky on rajoittunut (Harra & Salminen 2005, 205). Toimintaterapian anti työterveyshuollossa on ollut jokseenkin vaatimatonta näihin päiviin asti. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa on aikaisemmin keskitytty akuutimpaan kuntoutukseen, kuten siihen, kuinka potilas valmistellaan kotiutumaan sairaalasta sekä siihen miten

häntä autetaan itsenäisempään elämään (Joss 2002,141–145).

2.2 Työhön paluuseen vaikuttavat tekijät

Työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja sairauden aikana saadut etuudet. Tutkimukset osoittavat, että mitä kauemmin työntekijä on pois työstä sairauden tai vamman takia, sitä pienemmällä todennäköisyydellä hän palaa takaisin työhön, varsinkin, jos hän on saanut korvausta poissaoloajalta (Joy ym. 2001, Lidal ym. 2007). Schenen, Koeterin, Kikkertin, Swinkelsin ja McCronen (2007) RTC -tutkimuksessa painotetaan vahvasti, että työn tulee olla osa kuntoutusinterventiota, jolloin myös työstä poissaolopäivät selvästi vähenevät. RCT-tutkimus todistaa, kuinka eri terapiamuotoja yhdistelemällä ja varhaisella kuntoutusinterventiolla saadaan pienennettyä kustannuksia. Ne tutkimuksessa mukana olleet työikäiset, jotka yleisen hoitolinjan lisäksi saivat myös toimintaterapiaa, palasivat nopeammin työelämään kuin ne, jotka eivät saaneet toimintaterapiaa.

Tulevaisuudessa erilaiset kuntoutusinterventiot nousevatkin merkityksellisiksi vammautuneiden ihmisten työkykyisyyden tukemisessa. Lidal, Huynh ja Biering-Sørensen (2007) tutkivat työhönpaluuta selkäydinvaurion jälkeen. Tutkimuksessa todetaan työhön paluun olevan todennäköisempää niillä nuoremmilla sairastuneilla, joiden omatoimisuus on korkeampi sekä saatu vamma keskimääräistä lievempi. Tutkijat toteavat, että

tulevaisuudessa erilaisilla interventioilla on mahdollisuus parantaa selkäydinvammautuneiden ihmisten kykyä hankkia ja pitää työpaikkansa.

Kuntoutusinterventiot voivat merkittävästi lisätä työhönpaluunvalmiutta, sillä ne pienentävät sairauden tai vamman mukanaan tuomaa henkistä kuormitusta. Li, Li-Tsang, Lam, Hui ja Chan (2006) selvittivät kolmi-viikkoisen kuntouttavan harjoittelujakson vaikutusta työvalmiuteen omassa RTC-tutkimuksessaan, joka oli kohdistettu työperäisistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsiville. Tutkimuksen tarkoitus oli helpottaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi vammautuneiden ihmisten työhön paluun valmiutta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kolmiviikkoinen ohjelma vähensi vammautuneiden työntekijöiden ahdistuneisuutta ja stressitasoa, vaikuttaa heidän terveydellisen olotilansa hahmottumiseen ja tätä kautta helpotti työhön paluuta. Lidalin ym. (2007) ja Li ym. (2006) tutkimuksissa todettiin sairastuneiden työntekijöihin kohdistuvien interventioden vaikuttavan positiivisesti työhön paluuseen ja asenteen muuttumiseen.

Ikä vaikuttaa ratkaisevasti työhön paluuseen. Iän, sukupuolen ja terapeuttisesta interventiosta kuluneen ajan on todettu vaikuttavan työhön paluuseen (Ilmarinen 2006, Joy ym. 2001). Myös Työ ja Ikä -ohjelman tutkimuksissa löydettiin tekijöitä, jotka vaikuttavat työn tuloksellisuuteen. Näitä tekijöitä olivat mm. perhe, henkilö, työn laatu, työnantaja sekä työkapasiteetti. Ikä nousi tutkimuksissa vahvimmaksi, mutta ei ainoaksi työhön paluuseen ennustajaksi. Mitä vanhempi henkilö on, sitä pienemmällä todennäköisyydellä hän haluaa työkyvyttömyyden jälkeen palata työelämäänsä takaisin (Ilmarinen 2006). Muita

vahvoja ennusteita ovat henkilön fyysinen kapasiteetti sekä työn laatu (Ilmarinen & Louhevaara 1999, Ilmarinen 2005, 2006). Myös Joss (2002) kirjoittaa artikkelissaan syistä, joiden takia työntekijän on vaikea palata työelämään työkyvyttömyyden seurauksena.

Työntekijä voi kokea epävarmuutta kyvyistään suoriutua työssään turvallisesti ja palata työhön, varsinkin tilanteessa, jossa työnantajalla ei ole riittävästi tietoa työtoiminnan mukauttamisesta. Joyn ym. (2001) alaselänkipua koskevassa tutkimuksessa todettiin, että potilaan itsearviointi valmiudesta palata työhön perustuu hänen tuntemaansa kipuun. Usein potilaan itsearviointi voi olla monivaiheista ja epäselvää kivun subjektiivisesta luonteesta johtuen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että itsearviointi on jopa parempi työhön paluun ennustaja kuin työstäpoissaoloajan pituus (Joy ym. 2001). Baker, Goodman, Ekelman ja Bonder (2005) ovat myös todenneet laajassa kuusivuotistutkimuksessaan, että kipu, fyysinen suoriutuminen ja masentuneisuus korreloivat tilastollisesti merkitsevästi keskenään. Näiden tekijöiden, kipu, fyysinen suoriutuminen ja masentuneisuus, tuloksena syntyy taloudellista haittaa sekä yksilölle että yhteiskunnalle.

Työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä voidaan tarkastella erilaisilla arviointivälineillä, esimerkiksi Worker Role Interview (jäljessä WRI) arviointimenetelmän avulla. Fenger ja Kramer (2007) ovat WRI-tutkimuksessaan tarkastelleet 146 työhönpalaajan psykososiaalisia työhön paluuseen ennustavia tekijöitä. Tutkimus osoittaa, että WRI-IS (Islantilainen versio) ennustaa hyvin asiakkaan psykososiaalista valmiutta palata työelämään sairauden

tai vamman jälkeen (Fenger & Kramer 2007). Erilaisilla toimintaterapian menetelmillä voidaan vaikuttaa työhön kuntoutumiseen. Flinn, Ventura ja Bonder (2005) löysivät tutkimuksellaan työhön paluuta tukeviksi tekijöiksi psyykkisistä sairauksista kärsivillä henkilöillä toimintaterapiaintervention, ammatillisen kuntoutuksen sekä päivittäisten toimintojen taitojen harjoittelun.

Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa käsiteltiin työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä ja niiden merkitystä työntekijän työhön paluuseen. Tiedämme näiden aikaisempien tutkimusten perusteella ko. tekijöiden vaikutuksesta työhön paluuseen, mutta emme tiedä millainen on toimintaterapiainterventioiden vaikutus näihin tekijöihin. Edellä mainittujen tutkimusten ja meidän tutkimuksemme tulosten synteessä voimme pohtia interventioiden kehittämistä.

3 TYÖ TOIMINTATERAPIAN NÄKÖKULMASTA

Työn merkitys ihmisen hyvinvoinnille on kiistaton. Monille työ merkitsee ansionlähdettä, palkkaa ansaitusta työstä. Toisaalta työ lisää psyykkistä, fyysistä ja sosiaalisesta terveyttä. Työ voi tilapäisesti myös kuormittaa joitakin osa-alueita. Työn merkittävyyteen liittyy myös se, että työn kautta yksilö pystyy kehittämään omia henkilökohtaisia taitojaan.

Toimintaterapia perustuu terveyttä ja hyvinvointia edistävien toimintojen käyttämiseen terapiassa.

Toimintaterapeutilta edellytetään huolellista paneutumista asiakkaan kokonaistilanteeseen. Toiminnan kautta ihminen voi vaikuttaa terveyteen, hyvinvointiin ja tulevaisuuteen. Toimintaterapiassa kaikki toiminta nähdään holistisesti ja se voidaan pilkkoa useisiin osatekijöihin (Ekbladhin 2008,14). Toiminnan nähdään koostuvan toimintakokonaisuuksista, joiden välistä suhdetta toimintaterapiassa pyritään tasapainottamaan. Toimijan kannalta kaikkea tekemistä ei nähdä merkityksellisenä ja tarkoituksenmukaisena. Toiminnassa tekeminen voidaan pilkkoa teoiksi, jotka ilmenevät havaittavissa olevina taitoina. Taidot puolestaan koostuvat valmiuksista tai kyvyistä, jotka nähdään taitojen osatekijöinä (Holma 2003).

Gary Kielhofner (2002) määrittelee A Model of Human Occupation (suomeksi jäljessä inhimillisen toiminnan malli) -viitekehityksessään työn palkalliseksi tai palkattomaksi toiminnaksi, joka tuottaa palveluita tai tuotteita toisten käyttöön. Palkallisessa toiminnassa henkilö saa korvausta suorittamastaan työstä. Palkatonta työtä voi olla esimerkiksi järjestötyö, jossa työ itsessään tarjoaa tarpeeksi motivaatiota ilman korvausta. Työn tulee olla kulttuurisesti merkityksellistä sekä henkilön psyykkisessä ja sosiaalisessa maailmassa aika- ja kontekstisidonnaista (Kielhofner 2002,1). Työ luo sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja tuo ihmiselle erilaisia sosiaalisia rooleja. Monet aikuisikäiset ihmiset viettävät työpaikalla tai työtehtävän merkeissä runsaasti aikaa. Työn sosiaalinen merkitys nouseekin erittäin suureksi. Työ strukturoi henkilön päiväohjelmaa, rakentaa raamit viikko-ohjelmalle ja jäsentää ihmisen elämäntulkua. Inhimillisen toiminnan malli painottaa eri toimintojen tasapainoisen

yhteensovittamisen tärkeyttä. Jotta henkilön hyvinvointi maksimoituu, tulee työn, levon, vapaa-ajan ja itsestä huolehtimisen toimintojen olla tasapainoisessa vuorovaikutuksessa keskenään (Kielhofner 2002,1, 252 - 256).

Työhön sitoutuminen ja työhön liittyvien tavoitteiden selkiytyminen ovat ihmiselle merkittävä ja laaja eri vaiheiden prosessi (Kielhofner 2002,1-8). Kielhofnerin (2002) mukaan aikuisuus alkaa enemmän tai vähemmän säännöllisellä kokopäiväisellä työllä tai muulla tuotteliaalla toiminnalla ja päättyy eläkkeelle siirtymiseen.

Työ vaikuttaa laajasti kaikkiin elämämme osa-alueisiin. Työn tekemisellä on tarkoitus ylläpitää järjestystä elämässä. Toisaalta työ voidaan laajasti ja yksinkertaisesti määritellä olevan ajan ja energian kulutusta, jossa kuitenkin kuljetaan kohti asetettua päämäärää (Bazyk 2005, 11-20). Toisaalta työn merkitys ei ole aivan samanlainen kaikissa kulttuureissa. On tärkeää ymmärtää eri kulttuurien mukanaan tuomat arvot ja merkitykset ja sitä kautta huomata, että länsimaalainen käytäntö ja työn arvo ei ole vallalla kaikkialla maailmassa (Bazyk 2005,11-20, Goodman 2005, 1-2).

Työ tuo sisältöä elämään. Samalla se luo turvallisia rutiineja, joiden kautta ihmisen on helpompi jäsentää elämäänsä (Kielhofner 2002,1-8). Ilmarisen (2006) mukaan erilaisten työelämän siirtymien kautta ihminen muokkaantuu sekä omien silmien että myös toisten silmien kautta. Työelämäajan siirtymiä voivat olla

esimerkiksi eläkkeelle siirtyminen tai työttömyys (Ilmarinen 2006, 39,100, 429, Kielhofner 2002, 252-256, 415).

Vuosien saatossa työ on muokkaantunut vastaamaan sen hetkisiä yhteiskunnallisia vaatimuksia. Bazykin (2005) mukaan työn merkitys ja luonne ovat muuttuneet vuosien aikana teollisuuden ja agrikulttuurin tuomien muutosten kautta. Bazykin nostaa esiin myös lasten työnteon. Hänen mukaansa ennen kuin kouluista tuli tärkeä paikka oppimiselle, opittiin taitoja kotona työn kautta. Itsestään selvää oli myös se, että palkaton työ kotona kuului lasten arkeen. Aikojen kuluessa oppimisesta tuli lasten työ. Toisenlaista näkökulmaa edustavat Schuyler ja Mahoney (2000), jotka ovat tutkineet ihmisrobotin toiminnan suoriutumista kuntoutuksen osana. Tutkimuksessa todetaan, että ihmisrobotin käyttäminen kuntoutuksen osana tukemaan vajaakuntoisia ihmisiä, jotka eivät selviydy kaikista työnsä vaatimuksista, ei pääse vielä siihen nopeuteen, jolla ihmistä voisi korvata (Schuyler & Mahoney 2000).

3.1 Toimintaterapiainterventio

Toimintaterapeutin tulee olla tietoinen niistä ongelmista ja vahvuuksista, joita asiakkaalla on, sekä viitekehuksesta, jonka kautta hän itse työskentelee. Toimintaterapiainterventio nähdään asiakaslähtöisenä kuntoutusprosessina, johon kuuluvat asiakkaan kanssa tavoitteiden asettaminen, asiantuntijuuden jakaminen sekä työkontekstin huomioiminen (Shaw ym. 2007). Ennen intervention luomista toimintaterapeutin tulee olla

perehtynyt niihin tietoihin, joiden avulla voidaan tuoda esille ratkaisuja toiminnalliseen suoriutumiseen, joita asiakas kohtaa joka päivä (Christiansen & Baum 1997, 202, Ekbladh 2008, 14).

Interventiolla saavutetaan mahdollisimman suuri hyöty, kun se on asiakasta osallistavaa. Toimintaterapiainterventiossa osallistuminen nähdään interaktiivisena prosessina (Kielhofner 2002, 252-256, 415, Shaw ym. 2007). Townsend ym. (1997) kuvaavat intervention olevan vaikuttavien muutosten prosessi, jonka kautta toiminnalliseen suoriutumiseen voidaan vaikuttaa asiakkaalle merkityksellisten toimintojen kautta. Tämä edellyttää toimintaterapeutilta teorian ja kontekstin tuntemusta, jossa toimintaterapianintervention ajoituksella on merkittävä rooli (Bisiker & Millinchip 2007).

Jotta toimintaterapiainterventio olisi mahdollisimman hyödyllinen, tulee kuntoutus sopeuttaa kiinteäksi osaksi asiakkaan arkielämää. Tämä puolestaan vaatii sen, että toimintaterapeutti ymmärtää hyvin asiakkaan työn ja siihen liittyvät tehtävät. Analysoitaessa työtä toimintana tulisi ymmärtää käsillä olevan työtehtävän vaatimukset, työskentelykonteksti, sosiaalinen ympäristö sekä työvälineet ja käytettävissä olevat materiaalit (Joss 2007).

Inhimillisen toiminnan malli (Kielhofner 2002) käsittelee toimintaterapiainterventiota laajasti. Mallissa terapeutin osallisuuden ja intervention käsitteitä pidetään synonyymeinä. Elämänkulun aikana ihminen kokee monia eri elämänosa-alueisiin liittyviä muutoksia. Työn näkökulmasta näitä muutoksia voivat olla esimerkiksi

työpaikan saanti, eläkkeelle jäänti, sairauslomalle jäänti ja työhön paluu tauon jälkeen. Toimintaterapeutin tehtävä on Kielhofnerin (2002, 330- 345) mukaan tukea asiakasta näiden muutosten keskellä. Terapia itsessään sisältää aina muutoksia ja on muutos asiakkaan näkökulmasta. Ekbladhin (2008) mukaan toimintaterapeutin tulee hahmottaa asiakkaan vaikeudet luomalla ja arvioimalla interventio yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Terapeuttinen tuki nousee arvoon tilanteissa, joissa henkilön elämäntilanteessa on paljon muutoksia, hän joutuu tekemään kompromisseja tai joutuu ulkoisten tai sisäisten uhkien alle. Tällöin yksilön tarpeet vaikuttavat tai vaativat muutosta hänen elämäänsä.

Kielhofner (2002, 330- 345) käyttää termejä terapeuttinen osallisuus tai interventio muutoksesta, joka korostaa asiakkaan tai potilaan oman panoksen kautta saavutettavaa oleellista muutosta. Terapia tarjoaa erilaista tukea muutoksen toteutumiselle (Kielhofner 2002, 330-345). Näitä tukia voivat olla esimerkiksi työn uudelleen organisointi, työpaikan ergonomian muutokset tai työtehtävien muokkaukset. Kun terapia on onnistunut, se mahdollistaa henkilölle valintojen tekemisen, suoriutumisen ja osallistumisen toiminnallisen käyttäytymisen toimintamalleihin (Kielhofner 2002, 330-345). Toiminnallisen käyttäytymisen toimintamalleilla tarkoitetaan toimintaterapiassa esimerkiksi prosessitaitoja kuten tehtävän tekemistä suunnitelmallisesti tai psyykkisiä taitoja, kuten tunteiden tunnistaminen. Nämä tekijät tukevat elämän jatkumista myönteiseen suuntaan.

Kielhofner (2002, 330-345) määrittelee interventio-käsittettä erilaisten alajärjestelmien kautta. Hän näkee

terapian tapahtumana, joka kehittyy elämän myötä ja joka tulee ymmärtää ja nähdä osana elämänsä kontekstia. Interventiossa muutoksen fokuksen tulisi olla toiminnassa tai prosessissa, joiden perustana olisi inhimillinen järjestelmä. Tavoitteena voi olla esimerkiksi saada henkilö pohtimaan työsuoritukseensa liittyvää kokonaisvaltaista prosessia, jonka avulla hän pystyisi suorittamaan sen mahdollisimman ergonomisesti, tehokkaasti ja tuloksellisesti. Intervention aikana inhimillisen toiminnan järjestelmässä tapahtuu eritasoisia muutoksia, jotka saavuttavat keskinäisten suhteiden tasapainon. Intervention aikana muutos voi näkyä samanaikaisesti inhimillisen järjestelmän eri alajärjestelmissä. (Kielhofner 2002, 1-9, 163).

Koska muutos on usein sekavaa, terapian tulisi sisältää erilaisia kokeiluja asiakkaalle parhaimman ratkaisun löytämiseksi. Ainoat välineet, jotka terapeutilla on interventiossa, ovat muutokseen kannustaminen asiakkaalle merkityksellisessä ympäristössä, esimerkiksi portaiden muuttaminen luiskaksi tai inhimillisessä järjestelmässä tapahtumien muutosten jouduttaminen, kuten opettelu pois totutuista meneereistä tai niiden korvaaminen tarkoituksenmukaisemmalla toiminnalla (Kielhofner 2002, 1-9, 163).

Taidoissa tapahtuvien muutoksien tulisi olla terapian ensisijainen kohde. Näitä taitoja ovat muun muassa prosessitaidot, kuten toiminnan prosessointi suunnitelmallisesti, tai eettiset taidot, kuten taito harkita toimintaa ja sen seurauksia (Kielhofner 2002, 117, 121). Tavat ja roolit eivät ole alttiita muutoksille, sillä niiden olennainen tarkoitus on säilyttää käyttäytymisen

toimintamallit. Tästä syystä pysyvät rutiinit tulisi liittää tottumusten muutoksiin. Uudet tavat tulee usein oppia kontekstisidonnaisesti, jotta ne saadaan mahdollisimman pysyvästi käyttöön. Esimerkiksi uusi työtoiminta olisi tärkeää opetella asiakkaan omassa työympäristössä. Tätä käyttöönottoa helpottaa menetettyjen roolien korvautuminen uusilla ja uusien tottumusten tuomat vaatimukset, jotka pakottavat asiakkaan muutostyöhön. Tahdonalaisen muutoksen ennakointi, kokemus muutoksesta, tulkinta siitä ja valinta kohdistuen muutokseen, ovat se ydin, jonka tulisi ohjata terapian tarkoitusta (Kielhofner 2002, 21 -22, 72-73). Terapeutti tarjoaa tukensa ja kohdistaa ammattitaitonsa siihen työympäristöön, jossa asiakas toimii.

Toimintaterapiaintervention tulisi kohdistua toiminnallisen suoriutumisen osatekijöihin. Cederfeldt, Lundgren ja Sadlo (2003) ovat tarkastelleet toimintaterapiainterventioista tehtyjä kirjallisia dokumentointeja. He löysivät aineistosta yhtäläisyyksiä intervention fokuksessa ja tavoitteiden asettelussa. Tavoitteeksi nousi asiakkaan mahdollisimman täysivaltainen palautuminen muun muassa työtoiminnan pariin. Interventioiden fokus oli toiminnallisessa suoriutumisessa ja asiakkaan saattamisessa aktiiviseksi oman elämänsä ohjaajaksi. Tutkimuksessa toiminnallinen suoriutuminen nähtiin kykynä ohjata, suunnitella, muokata ja toteuttaa omia toiminnallisia rooleja ja toimintoja, jotka vastaavat yksilön kykyä ja elämäntilanteen tarpeita. Tutkimuksen avulla haluttiin lisätä tietoa, niistä toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttavista tekijöistä, joilla voisi tulevaisuudessakin olla merkitystä toimintaterapiainterventioita suunniteltaessa (Cederfeldt ym. 2003).

Tässä tutkimuksessa toimintaterapiainterventiota tarkastellaan kokonaisuutena sekä osana asiakaslähtöistä kuntoutusprosessia, jonka tavoitteena on vaikuttaa myönteisesti asiakkaan toimintaan. Toimintaterapiainterventio on väliintulo, joka voi koostua erilaisista toimintaterapiaprosesseista. Toimintaterapiaprosessit voivat olla laajuuksiltaan erimittaisia ja niiden sisällöt voivat vaihdella esimerkiksi yksittäisestä konsultaatiosta laajempiin monitahoisiin terapiakokonaisuuksiin.

Toimintaterapiainterventioita on tärkeä tutkia niiden monimuotoisen luonteen vuoksi. Intervention analysointi auttaa toimintaterapeutteja kohdistamaan työtään paremmin asiakkaan tavoitteisiin nähden. Lisäksi se hyödyttää koko ammattikuntaa lisäämään tiedon määrää. Intervention tutkimiseen kuuluu olennaisena osana terapeutin ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen tarkastelu, terapeutin asiantuntevuuden, toimintaterapian tavoitteiden asettelun ja sopivan työkontekstin huomioiminen sekä asiakkaan vahvuuksien ja heikkouksien tiedostaminen. Toimintaterapiainterventiossa korostetaan aina asiakkaan oman aktiivisuuden avulla saavutettavaa oleellista muutosta.

3.2 Tutkimuskatsaukset toimintaterapiainterventioista

Etsimme interventioita käsitteleviä tutkimuksia ja katsauksia kuntoutuksen alueelta. Tästä aiheesta tehtyjä

tutkimuksia ja katsauksia haimme Medline Ovid, Cochrane library, Cinahl ja OTDBASE -tietokannoista sekä hyödynsimme viitehakuja. Hakusanoina käytimme seuraavia sanoja: work rehabilitation, vocational rehabilitation, return to work, occupational therapy, therapeutic intervention ja work assessment. Hakusanat täsmennettiin yhdessä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen informaatikon kanssa. Hakukriteeriksi rajattiin tutkimusartikkelit, jotka ovat valmistuneet vuoden 1999 jälkeen.

Esittelemme seuraavaksi tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavimpia tutkimuksia, jotka käsittelevät interventioita asiakkaan oikeassa toimintaympäristössä. Shaw ym. (2007) ovat tutkineet sosiaalista aktiivisuutta työikäisten kuntoutuksessa ja korostaneet kuntoutuksen roolin merkitystä. Tutkimus osoitti, että toimintaterapia asiakkailla sosiaalinen aktiivisuus ja osallisuus ei ollut rajoittunut toiminnallisissa rooleissa. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että toimintaterapeutin tulee ymmärtää toimintastrategiat, joilla saavutetaan työntekijöiden parempi osallisuus työpaikalla. Näiksi hyviksi toimintaterapeutin toimintastrategioiksi nousivat rohkaisu, tulevaisuuteen suuntautunut ajattelu, ryhmätyöskentely, sosiaalisten ympäristöjen muokkaaminen sekä tavoitteiden asettelu, joilla pyritään kohti itsensä johtamista.

Toimintaterapeutin tulisi päästä käymään työntekijän työpaikalla, koska vain sitä kautta pystytään uudelleen muokkaamaan työtehtäviä sekä tekemään sopivia muutoksia työntekijän työn suoriutumiseen. Joss (2002, 2007) sekä Kennedy- Jones, Cooper ja Fossey (2005)

painottavat artikkeleissaan toimintaterapeutin roolia työkyvyn arvioinnissa. Toimintaterapian merkitys korostuu työikäisten kuntoutuksessa ja työkyvyn arvioinnissa työhön paluuta suunniteltaessa (Gibson & Strong 2003, Joss 2007). Joss (2007) pitää tärkeänä toimintaterapeutin kykyä yhdistää työikäisten kuntoutuksessa työn vaativuus, asiakkaan kyvykkyys ja työtehtävät. Toimintaterapeutin tulisi päästä käymään työntekijän työpaikalla, koska vain siten hän pystyy muokkaamaan työtehtäviä sekä tekemään sopivia muutoksia työntekijän työn suoriutumiseen. Joss (2002) puolustaa myös työpaikalla suoritettavia toimintaterapiainventioita, koska ne voivat olla paljon vaikuttavampia kuin klinikalla tehtävät interventiot.

Kennedy-Jones, Cooper ja Fossey (2005) korostavat tutkimuksessaan toimintaterapeutin asiantuntevuutta toiminnan analysoimisessa sekä toimintaterapeuttien ainutlaatuista näkökulmaa asiakkaalle merkityksellisten toimintojen edistämiseksi. Sager ja Jamesin (2005) fenomenologisessa tutkimuksessa, tutkijat haastattelivat kuutta vammautunutta työikäistä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että työntekijät itse kokivat tyytymättömyyttä palatessaan työhön. Lisäksi he olivat kokeneet negatiivisia asenteita esimiestaholta, heidän tietämyksensä kuntoutusinterventioista oli vähäistä eivätkä he kokeneet saavansa tarpeeksi tukea intervention aikana. Sager ja James (2005) toteavat, että toimintaterapeuteilla on mahdollisuus vahvistaa rooliaan työikäisten kuntoutuksessa. Tulevaisuudessa toimintaterapeutin työhön tarvitaan holistisempi näkemys (Joss 2007, Kennedy-Jones ym. 2005), jotta terapeutin rooli työikäisten kuntoutuksessa vahvistuisi.

Toimintaterapeuteilla on koulutuksensa ja ammattinsa kautta kykyä kehittää arviointia ja kuntoutusta työhön paluun näkökulmasta. Toimintaterapeuteilla on kyky ymmärtää työntekijän lääketieteellistä terveydentilaa, hänen toiminnallisia kykyjään sekä psykososiaalista asemaansa ja työn vaatimuksia (Joss 2002). Jossin (2002) mielestä toimintaterapeuteilla on keinoja helpottaa asiakkaiden työhön paluuta esimerkiksi työpaikalla tapahtuvan konsultoivan ohjauksen avulla työtehtäviä mukauttamalla, työtoimintaa analysoimalla sekä vaikuttamalla työympäristöön. Toimintaterapiainterventioiden vahvuus onkin asiakkaan työympäristössä tapahtuva yhteistyö.

Toimintaterapeutin tehtävänä on arvioida, kehittää ja muokata niitä asiakkaan työtehtäviä, joissa hänellä on eniten vaikeuksia. Brewin ja Hazell (2004) ovat tutkineet työntekijöitä, joilla on sekä neurologisia että reumatologisia ongelmia. Tutkimuksessa toimintaterapeutti oli moniammatillisen työryhmän jäsen. Tutkimuksessa korostettiin yhteistyön positiivisia tuloksia. Toimintaterapeutin rooli projektissa oli arvioida asiakkaan hahmotuksellisia, kognitiivisia sekä fyysisiä kykyjä jatkaa työssään. Lisäksi toimintaterapeutti arvioi työpaikkaa ja työhön liittyviä tehtäviä ja suhteutti ne asiakkaan kykyihin. Samoin hänen tuli kehittää strategioita ja tarkennuksia edistääkseen asiakkaan selviytymistä työssään yhteistyössä työpaikan kanssa. Toimintaterapeutti oli myös vastuussa seurannasta ja raportoisesta, asiakkaan edistymisestä sekä tulevista suosituksista tulevaisuuteen katsoen.

Työtoiminnan analyysin tulisi olla systemaattinen kuvaus kaikista työn eri osa-alueista (Brewin & Hazell 2004). Tämän jälkeen analyysiä voidaan käyttää moniin eri tarkoituksiin, kuten työhön paluuseen, uudelleen koulutukseen sekä eläkepäättöksen tekemiseen (Joss 2007). Työntekijällä on merkityksellinen rooli työhön paluussa. Toimintaterapeutti voi kartoittaa työntekijän mahdollisuudet ja valmiudet. Tähän kartoitustyöhön Joss (2007) ehdottaa välineeksi Functional Capacity Evaluation (jäljessä FCE) näkemystä, jonka avulla voidaan määritellä henkilön kykyä palata työhön sekä suunnitella mahdollisia kuntoutuskäytäntöjä (Gibson & Strong 2003).

FCE pyrkii yhdenmukaistamaan kuntoutuksessa tehtävän työ kuntoutuksen ja siinä käytettävän termistön kansainväliseen ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health) luokitukseen. FCE:n avulla toimintaterapeutilla on mahdollisuus arvioida ICF-luokituksen määrittelemiä sekä työhön liittyviä osa-alueita yhdessä muiden kuntoutuksen työntekijöiden kanssa (Chen 2007, 127 -131, Gibson & Strong 2003, 50, 64 -71, King ym. 1998, 852 -866).

Russon (2002) tutkimuksessa tutkittiin toiminnallisten kuntoutuspalvelutahojen roolia työhön palaajien kuntoutuksessa Australiassa. Toimintaterapeutti oli yksi osa kuntoutuspalvelutahoa, kun toimintaterapiapalvelu oli osana kuntoutumista. Tutkimuksessa korostui työpaikalla tehtävän työ kuntoutuksen rooli. Yhdistämällä toimintaterapia muiden kuntoutuspalveluiden kanssa voidaan saavuttaa kattava kokonaisuus, josta erityisesti asiakas ja hänen työnantajansa hyötyvät.

Wallstedt-Paulsson ym. (2007) ovat tutkineet asiakkaiden kokemuksia työikäisten kuntoutuksesta. Tutkimuksessa mukana olleet asiakkaat ovat jo palanneet arkirutiineihinsa noin vuosi sitten tapahtuneesta kuntoutuksesta. Tuloksista selviää, että asiakkaan ja kuntoutushenkilökunnan yhteistyön tärkeys. Lisäksi korostuu työikäisten kuntoutusta suunniteltaessa asiakkaan omien mielenkiintojen ja taitojen huomioiminen (Wallstedt-Paulsson ym. 2007). Monissa tutkimuksissa tulee esille kuntoutuksessa mukana olleiden eksperttien toisaalta asiantuntijuus ja toisaalta yhteistyö asiakkaan kanssa (Heijbel ym. 2005, Russo 2002, Wallstedt-Paulsson ym. 2007). Toimintaterapeutin roolia tarkasteltaessa työikäisten kuntoutuksessa korostuvat sekä asiantuntijuus että yhteistyö asiakkaan kanssa.

Edellä olevat tutkimusartikkelit korostavat toimintaterapeutin roolia työikäisten kuntoutuksessa. Toimintaterapian vahvuutena pidetään toimintaterapeutin kykyä ja ammattitaitoa nostaa esille työtehtävien, asiakkaan kykyjen ja työn vaativuuden välinen suhde. Toimintaterapiainterventiossa, oli se sitten konsultaatio tai pitkäkestoinen terapia, merkityksellistä on intervention sovittaminen osaksi työkontekstia. Intervention työkontekstiin vieminen vaatii toimintaterapeutilta työtehtävään liittyvää ymmärrystä ja tietotaitoa.

Shaw ja Polatajko (2002) tarkastelevat artikkelissaan OCM:n (Occupational Competence Model, jäljessä toiminnan taitomallin) soveltamista työhön paluuseen liittyvien faktorien tarkastelussa. Tutkimuksissa on löydetty

15 faktoria, jotka vaikuttavat työhön paluuseen. Tutkijat painottavat työkyvyttömyyteen ja työhön paluuseen vaikuttavien tekijöiden monimuotoisuutta ja niiden ymmärtämisen tärkeyttä. Shaw ja Polatajkon (2002) tutkimuksessa tekijät, jotka vaikuttavat henkilön työhön paluuseen sairauden tai vamman jälkeen, on jaettu kolmeen pääkategoriaan: henkilöön, ympäristöön ja toimintaan liittyvät tekijät. Henkilöön liittyvät tekijät sisältävät tiedollisen, fyysisen ja tunteen osa-tekijät. Ympäristöön liittyvät tekijät koostuvat sosiaalisesta, fyysisestä ja kulttuurisesta osatekijöistä ja toimintaan liittyviin tekijöihin kuuluvat työ, vapaa-aika, lepo ja päivittäiset toiminnot.

Shawn ja Polatajko (2002) määrittelevät työkyvyttömyyden tekijäksi, joka kertoo miksi henkilö ei palaa tai ei halua palata työhön. Nämä työkyvyttömyyden tekijät ilmenevät pääkategorioiden (henkilö, ympäristö, työtoiminta) eri tasoilla. Näitä tasoja ovat muun muassa motivaatio, stressi, ikä, sukupuoli ja työstä poissaoloaika. Shawn ja Polatajko (2002) sekä Joy, Lowy ja Mansoor (2001) toteavat, että tulevaisuudessa tarvitsemme halua ymmärtää tekijöitä, jotka vaikuttavat edistävästi työhön paluuseen. Näistä tekijöistä henkilöön liittyviä ovat muun muassa kognitiivinen, fyysinen ja psyykkinen kapasiteetti. Ympäristöön liittyviksi tekijöiksi kirjoittajat määrittelevät sosiaalisen, kulttuurisen ja fyysisen ympäristön. Työ toimintana määritellään toiminnallisen käyttäytymisen kautta, johon liittyvät vahvasti itsestä huolehtimisen, työn ja vapaa-ajan välisten suhteiden tasapaino (Joy ym. 2001). Näiden kolmen toimintakokonaisuuden välisestä tasapainosta muodostuu yksilön toimintakyky.

Toimintaterapiassa tarkastellaan henkilön ja työtehtävän vaatimusten välistä suhdetta. Lisäksi korostetaan, etteivät nämä kaksi tekijää voi pelkästään selittää työn tuloksellisuutta. Lisätutkimuksia tarvitaan, jotta voidaan ymmärtää paremmin henkilön, ympäristön ja työtoiminnan keskinäistä suhdetta, vaikutuksia sekä näiden osatekijöitä ja sisältöjä (Chen 2007, 127 -131, Gibson & Strong 2003, 50, 64 -71, King ym. 1998, 852- 866, Joss 2002).

Shawin ja Polatajkon (2002) mielestä toimintaterapiainterventiossa tulisi tarkastella työ- tai toimintakykyyn liittyviä tekijöitä suhteessa työhön paluuseen. Tutkijat painottavat, että on tärkeää ymmärtää tekijät, jotka vaikuttavat työhön paluuseen ehkäisevästi tai edistävästi. He tarjoavat omassa tutkimuksessaan työhön paluuta ennustavien tekijöiden tarkastelun näkökulmaksi toiminnan taitomallia, jonka avulla voidaan tarkastella paluuseen liittyvien tekijöiden suhdetta ja vaikutuksia.

Jos henkilö kokee kuntoutuksen irralliseksi osaksi työelämää, hänellä on paljon heikommat mahdollisuudet palata töihin ja pysyä töissä vammautumisen jälkeen. Shames, Treger, Ring ja Giaquinto (2007) ovat tarkastelleet traumaattisesta aivovauriosta kärsivistä työikäisistä tehtyjä työhön paluuta koskevia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaukseen otetuista tutkimuksista käy ilmi, että välittömästi aivovaurion jälkeen kuntoutukseen päässeillä henkilöillä on suurempi todennäköisyys palata työelämään kuin niillä, joilla kuntoutus aloitettiin vasta kuuden kuukauden päästä vauriosta tai jopa myöhemmin. Lisäksi merkitykselliseksi työhön paluun kannalta nousee työpaikan ja kuntoutustyöntekijän yhteistyö.

Työhön paluulla on tutkimusten mukaan erittäin suuri taloudellinen, psyykinen ja sosiaalinen merkitys. Itsetuntemus ja motivaatio nousevat keskeisiksi työhön paluuta tukeviksi tekijöiksi, minkä vuoksi kuntoutuksen tulisikin keskittyä niihin, jotta työhön paluu onnistuisi mahdollisimman hyvin. (Shames ym. 2007). Toimintaterapeutin rooli on lieventää kynnystä palata työhön ja pyrkiä ehkäisemään heikon itsetunnon ja motivaation vaikutusta työhön paluuseen. (Burger & Marinček 2007, Shames ym. 2007).

Työikäisten kuntoutuksessa erittäin merkitykselliseksi nousee vastuun ottaminen omasta kuntoutumisesta ja asiakkaan oman vastuun siirtyminen työkontekstiin. Bisikerin ja Millinchipin (2007) tutkimusartikkelissa käy ilmi, että tavoitteelliselle työkuntoutukselle, jossa asiakkaan tarpeet huomioidaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, olisi tarvetta. Optimaaliseen työhön paluuta tukevaan tulokseen päästään vain integroidulla ja systemaattisella kuntoutuksella (Burger & Marinček 2007, Shames ym. 2007).

Zampolini, Bernardinello ja Tesio (2007) ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen selkäkipupotilaiden työhön paluusta. Näidenkin tulosten mukaan on erityisen tärkeää integroida kuntoutus osaksi työpaikkaa, jos työhön paluuta halutaan tukea. Työhön paluuseen ennustaviksi tekijöiksi tutkimuksissa nousivat ikä, kivun määrä, yksilöllinen motivaatio, työn laatu sekä sosiaalinen tuki (Burger & Marinček 2007, Zampolini ym. 2007, Ilmarinen 2005, 2006).

Tutkimustietoa työhön palaajiin kohdistuvista toimintaterapiainterventioista on vielä varsin vähän saatavilla. Yhteiseksi tarkastelun kohteeksi artikkeleissa nousee toimintaterapeutin roolin tarkastelu ja työhön paluuseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen.

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimus selvittää työikäisten työhön palaajien toimintaterapiainterventioiden nykykäytäntöjä Suomessa. Tutkimus hyödyttää toimintaterapeutteja saamaan yhtenäistä tietoa työhön palaajien toimintaterapiainterventioista. Tutkimusta voidaan soveltaa kehittämään yhtenäisiä polkuja työikäisten toimintaterapiassa, jossa pohditaan toimintaterapian roolia kuntoutuskentässä.

Keskeisimmät tutkimuskysymykset ovat:

- 1. Miten toimintaterapiainterventioiden aikana toteutuu asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi?**
- 2. Miten interventioissa tulee esille asiakkaan toimintamahdollisuuksien edistäminen, neuvonta ja ohjaus?**

3. Miten yhteistyö laajassa merkityksessä toimintaterapiainterventiossa toteutuu?

4. Miten interventioita tulisi kehittää?

Tutkimuskysymykset nousivat tarpeesta saada tietoa työikäisten työhönpalaaajien toimintaterapiainterventioista, jotta niitä voitaisiin kehittää yhteiskunnan tarpeita paremmin palvelevammaksi. Tutkimuskysymysten laadinnan pohjana käytettiin Toimintaterapianimikkeistöä, koska näemme että sen laajempi käyttö edesauttaisi yhtenäistämään toimintaterapeuttien työtä.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kartoitimme suomalaisten työikäisten työhönpalaaajien toimintaterapiainterventioita sähköisesti toteutettavalla survey-kyselytutkimuksella. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti Webropol-ohjelmalla. Kysely suunnattiin kaikille Akavan Erityisalojen (jäljessä AEK) jäsenrekisterissä oleville toimintaterapeuteille ja kohdistettiin niille toimintaterapeuteille, jotka työskentelevät työikäisten työhön palaaajille kohdistuvien toimintaterapiainterventioiden parissa. Perusjoukoksi valittiin työssä olevat toimintaterapeutit. Lopulliseen otokseen valittiin ne kyselylomakkeet, jotka täyttivät asettamamme kriteerit. Keskeisenä valintakriteerinä oli vastaajan työ työikäisten työhön palaaajien parissa.

Kuvailevalla survey-tutkimuksella pyritään selvittämään todellisuudessa vallitsevia olosuhteita. Tutkimusongelmat ovat yleisluontoisia ja käytännönläheisiä, kuten tässäkin tutkimuksessa, ja ne tähtäävät kuvailevaan, vertailevaan tai riippuvuuksia tarkastelemaan lähtökohtaan. Kuvaileva survey-tutkimus kohdistuu tiettyyn perusjoukkoon, jolloin tuloksilla ei ole suurta yleistysarvoa, vaikka siihen tietysti pyritään (Hirsjärvi ym. 2000, 189- 190, Niskanen 1997).

Tässä pro gradu –tutkimuksessa käytetään kuvailevaa survey- tutkimusta, jossa vastataan kysymyksiin toimintaterapiainterventioiden aikana tapahtuvasta toimintamahdollisuuksien arvioinnista, interventioissa esille tulevista toimintamahdollisuuksien edistämisestä, neuvonnasta ja ohjauksesta, yhteistyön toteutumisesta sekä interventioiden kehittämisestä.

Aikaisemmin survey-tutkimukset olivat lähes poikkeuksetta kvantitatiivisia. Nykyään myös kvalitatiivinen lähestymistapa. Survey-tutkimukselle on luontaista, että se käynnistyy usein elävässä elämässä havaittujen ongelmien pohjalta (Hirsjärvi ym., 2000, 189-190, Niskanen 1997). Niin myös tässäkin pro gradu tutkielmassa, jossa halusimme tehdä tilannekartoituksen työhön palaajiin kohdennetuista toimintaterapiainterventioista, sillä sellaista ei vielä ole saatavilla.

Tutkimuskysymyksiä selvitettiin kuuteen eri kategoriaan liittyvien kysymysten avulla.
Kysymyskategoriat olivat a) taustatiedot, b) asiakkaan

toimintamahdollisuuksien arviointi, c) asiakkaan toimintamahdollisuuksien edistäminen, d) toimintamahdollisuuksia edistävä neuvonta ja ohjaus e) kuntoutuksen päätyminen ja f) kehittämismahdollisuudet.

Tutkimuskysymysten kannalta erityisen **merkityksellisiä** ovat **kysymykset**:

- 11: Onko teillä yleensä intervention alkaessa käytettävissänne asiakkaan kuntoutussuunnitelma, jossa on määritelty toimintaterapian tavoitteet?
- 13: Miten usein työpaikkakäynti kuuluu osaksi toimintaterapiainterventiota?
- 14: Mikä on pääsääntöisesti tärkein menetelmä, jolla selvitätte asiakkaan elämäntilanteen?
- 15: Millä toimintakokonaisuuksien osa-alueilla arvioitte asiakkaan mahdollisuuksia selviytyä ja toteuttaa hänelle merkityksellisiä toimintoja?
- 17: Minkä taitojen osalta arvioitte asiakkaan toimintaa hänen työpaikallaan työtehtävää tehdessään?
- 18: Onko teillä mahdollisuutta arviointi-interventiolla selvittää: työpaikan esteet, työpaikan mahdollisuudet, työympäristön vaikutus asiakkaan kykyyn toimia ja työympäristön vaikutus asiakkaan kykyyn selviytyä työpaikalla?
- 22: Mitä tyypilliseen toimintaterapiainterventioon kuuluu?
- 24: Millaisiin asiakkaan ympäristössä selviytymistä edistäviin muutostöihin te osallistutte asiakkaan työpaikalla?
- 27: Miten seuraatte asiakkaan toimintaterapiaintervention tavoitteiden toteutumista?

- 28: Mille osa- alueille asiakkaan toimintamahdollisuuksia edistävä neuvonta ja ohjaus pääasiallisesti kohdistuu?
- 29: Kohdistuuko neuvonta ja ohjaus: asiakkaalle, asiakkaalle ja hänen lähiomaiselle, asiakkaan työpaikalle ja muuhun, mihin?
- 31: Kuinka tärkeänä pidätte työikäisten työhönpalaajien toimintaterapiainterventiossa yhteistyötä asiakkaan työpaikan kanssa?
- 32: Millainen rooli toimintaterapeutilla on mielestänne tällä hetkellä työhönpalaajien kuntoutuksessa?
- 33: Miten kehittäisitte työikäisten työhönpalaajien toimintaterapiainterventioita?

5.2 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen tekeminen aloitettiin keväällä 2007, jolloin osallistuimme Jyväskylän yliopistolla järjestettäviin ideaseminaareihin. Saman vuoden syksyllä osallistuimme Työterveyslaitoksen järjestämälle Työ ja Ikä-valmennuskurssille. Koulutuksen aikana tutkimus fokusoitui koskemaan työikäisiä työhönpalaajia. Tämän jälkeen yhteistyö aloitettiin Suomen Toimintaterapeuttiliiton ja Akavan erityisalojen (jäljessä AEK) toimihenkilöiden kanssa. Laadimme kyselylomakkeen, joka muokattiin sähköiseen Weprobol-muotoon yhdessä AEK:n toimihenkilön kanssa. Lomake testattiin seitsemällä henkilöllä. Testauksesta saatu palaute hyödynnettiin ja lomake muokattiin lopulliseen muotoonsa. Valmis lomake on kuusiosainen.

Ensimmäisessä osassa kysymme vastaajien taustatietoja (ikä, sukupuoli, työskentelymaakunta, työskentelykenttä, työtehtävät, työskentelyvuodet, pääasiallinen asiakasryhmä). Ensimmäisen osion kysymyksellä kuinka monta työkäistä työhön palaajaa toimintaterapeutilla on ollut asiakkaana viimeisen vuoden aikana eroteltiin ne vastaajat, joilla ei ko. asiakasryhmän asiakkaita ollut. Jos vastaajalla ei ollut asiakkana työkäisiä työhönpalaajia, kysely päättyi.

Toisessa osassa kysymme asiakkaan toimintamahdollisuuksien arvioinnista; kenen läheteestä asiakkaat toimintaterapiaan tulevat, miten tavoitteet terapian toteuttamiseen on määritelty, millaisia arviointivälineitä terapeutit käyttävät sekä millaisia asioita he arvioivat. Merkittäviä kysymyksiä tässä osiossa ovat myös kysymykset kuntoutustyöryhmään kuulumisesta ja asiakkaan työpaikan sekä toimintaterapian välisestä suhteesta ja integroitumisesta.

Kolmannessa osiossa keskitytään kysymyksiin, joilla selvitetään asiakkaan toimintamahdollisuuksien edistämiseen liittyviä asioita. Kysymyksiä lomakkeessa näiden asioiden selvittämiseen on kuusi. Kysymykset keskittyvät toimintaterapiaintervention sisällön tarkasteluun sekä toimintaterapeutin työn teoreettisiin lähtökohtiin.

Neljäs osio sisältää kysymyksiä asiakkaan toimintamahdollisuuksia edistävästä neuvonnasta ja ohjauksesta; mille toimintakokonaisuuksien osa-alueelle neuvonta ja ohjaus pääasiassa kohdistuvat sekä kenelle

toimintaterapeutti ohjausta tarjoaa. Viidennessä ja kuudennessa osioissa kysymykset keskittyivät kuntoutuksen päättymiseen liittyviin syihin. Lopuksi kartoitetaan toimintaterapiainterventioiden kehittämismahdollisuuksia.

Varsinainen kyselylomake ja saatekirje lähetettiin 1772 henkilölle, joista 172 avasi kyselyn ja 51 henkilöä vastasi kyselyyn. Näistä valikoituivat ne 31 vastaajaa, jotka olivat tutkimuksen kannalta merkityksellisiä. Tutkijat saivat AEK:n toimihenkilöltä tulosteen tutkimusaineistosta. Tulosten analysointi aloitettiin syksyllä 2009.

5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Saimme aineistostamme valmiin koosteraportin Webropol-ohjelman kautta. Lisäksi saimme AEK:lta Exel-muotoisen koosteen vastauksista. Analysoimme kyselylomakkeen avoimia kysymyksiä sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107- 116). Sisällönanalyysin tavoitteena on analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107- 116, Metsämuuronen 2000, 53). Tässä tutkimuksessa dokumentteina toimivat kyselylomakkeen avoimet kysymykset. Sisällönanalyysin etuina nähdään sen herkyys kontekstille ja aineiston symbolisille

muodoille. Sisällönanalyysi pyrkii etsimään tekstin merkityksiä. Sisällönanalysointia voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107- 116).

Sisällönanalyysissä pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti ja aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon. Tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen. Selkeyden luomisella pyritään selkeiden ja luotettavien johtopäätösten tekemiseen. Aineiston käsittely perustuu loogiseen tulkintaan ja päättelyyn (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107-116).

Tässä tutkimuksessa käytetään teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Se tarkoittaa, että käsitteistö tulee valmiina olevasta ilmiöstä. Analysointi perustuu aikaisempaan viitekehukseen ja siitä nousseisiin luokituksiin (Hirsjärvi ym. 2000, 163 Tuomi & Sarajärvi 2002, 107-116). Tässä työssä luokitus on toimintaterapianimikkeistöstä noussut valmis luokitusjärjestelmä. Toimintaterapianimikkeistö pohjautuu toimintaterapiateoriaan.

Tutkimuksessa käytetyt **luokat** olivat:

- **asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi** (nimikkeistössä koodilla T1),
- **asiakkaan toimintamahdollisuuksien edistäminen** (T2),
- **toimintamahdollisuuksia edistävä neuvonta ja ohjaus** (T3),
- **kuntoutuksen päätyminen** (T440) **ja kehittämismahdollisuudet** (T930).

Sisällönanalyysissa aineistosta poimitaan ne asiat, jotka kuuluvat analyysirungon sisäpuolelle tai ne jotka jäävät sen ulkopuolelle. Mahdollisista ulkopuolelle jäävistä asioista muodostetaan uusia luokkia (Hirsjärvi ym. 2000, 163, Tuomi & Sarajärvi 2002, 107- 116). Tässä pro gradu-työssä aineistosta nousi sekä sisäpuolelle kuuluvia asioita että ulkopuolelle jääviä, joista muodostettiin uusia luokkia. Lopuksi aineisto kvantifioitiin eli laskettiin, kuinka monta kertaa sama asia tai ilmiö aineistossa ilmenee. Ongelmana usein laadullisissa aineistoissa, kuten tässäkin aineistossa, on aineiston pienuus. Pienissä aineistoissa kvantifiointi ei välttämättä tuo lisätietoa tai erilaisia näkökulmia tutkimustuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2000, 163, Tuomi & Sarajärvi 2002, 107- 116). Kuitenkin yhteiskunnallisesti on tärkeää, että tämä tutkimus tehtiin, jotta sen avulla tuotettiin lisää tietoa työikäisten työhönpalaavien toimintaterapiainterventioista

Alla olevassa taulukossa on kuvattu tekemäämme luokittelua. Pääluokka on muodostunut kyselylomakkeessa olleen kysymyspatteriston mukaan. Tässä esimerkitapauksessa vastaajilta kysyttiin tyypillisen toimintaterapiaintervention sisältöä, joka analyysiprosessissa on pääluokkana. Yläluokiksi nostimme teoriassa esitetyistä luokista kysymyskohtaisesti sopivimman luokan. Tässä tapauksessa yläluokaksi valikoitui asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi. Alaluokat nousivat teorian yläluokkien sisältä löytyvien alaluokkien mukaisesti. Esimerkissä alaluokkia on kuusi. Nämä kuusi alaluokkaa otettiin mukaan vastausten litteroinnin ja operationalisoinnin jälkeen. Pelkistetyt ilmaukset nousivat tutkimusaineistosta ja ne ovat suoria otantoja kyselyn vastauksista.

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysiprosessista

Pääluokka: Tyypillisen toimintaterapiainterventio sisältö		
Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi	Erilaiset testit ja mittarit	OSA, WRI, OPHI, AMPS, , itsearviointimittarit, MOHOST, Valpar 9 ja 4, hieno- ja karkeamotoriset testit, puristusvoimamittari, tunnon arviointi
	Toimintakokonaisuuksien hallinnan arviointi	ADL-toiminnot, kokonaistilanteen kartoitus, toimintamahdollisuuksien arviointi, ryhmäarviointi
	Toimintavalmiuksen arviointi	toimintakyvyn arviointi, psyykkisen tuentarpeen arviointi, motoristen valmiuksien arviointi, kognitiivisten valmiuksien arviointi
	Taitojen arviointi	sosiaalisten taitojen arviointi
	Muiden toimintamahdollistavien tekijöiden arviointi	apuvälinearviointi, tietokoneen käytön arviointi
	Alustava toimintaterapiatarpeen selvittäminen	asiakkaan tilanteen selvittäminen, kokonaistilannekartoitus, kuntoutustarpeen kartoitus, kuntoutustutkimus

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija pyrkii ymmärtämään erilaisia ilmiöitä ja ihmisiä sekä tarkastelemaan sitä, miten ymmärrettävyys saavutetaan parhaiten. Ilmiöt voivat saada hyvin moninaisia muotoja ja tulkintoja käytetyn viitekehyksen ja tutkimustiedon keräämisessä käytetyn menetelmän mukaan (Janhonen & Nikkonen 2003, 126). Tutkimuksessa korostuvat luottamuksen saavuttaminen sekä sen säilyttäminen. Ongelmallista tutkijan näkökannalta on ihmisten merkityskokemusten tunnistettavuus, kokemusten oikeanlainen tulkinta sekä kokemusten kuvaaminen siten, että tutkittavaa ei voida tunnistaa (Janhonen & Nikkonen 2003, 126).

Tutkijan on kiinnitettävä erityistä huomiota tutkittavan ja tutkijan väliseen suhteeseen tiedonkeruutilanteessa. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26). Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen lisää tutkimuksen uskottavuutta. Vastuu tutkimuksen rehellisyydestä ja vilpittömyydestä on tutkijalla itsellään (Tuomi & Sarajärvi 2002, 130). Tutkimuksessamme huomioitiin aineiston keruuvaiheessa, ettei tutkittavien henkilöllisyys tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Sähköisen kyselylomakkeen, joka lähetettiin AEK:n toimesta, ansiosta meillä ei ollut tutkittaviin minkäänlaista yhteyttä. Terveys ja siihen liittyvä konteksti on eettisesti painottunut käsite. Terveiden arvostukset vaihtelevat ja sen arvo suhteessa muihin arvokkaina pidettyihin asioihin saattaa herättää ristiriitoja. Etiikan kannalta merkityksellisimpiä ovat itsemääräämisoikeuden - ihmisoikeuden, toisen kunnioittamisen ja yksilön vapauden toteutuminen tutkimuksessa (Karjalainen ym. 2002). Jokaisella tutkittavalla oli yhtäläinen mahdollisuus tuoda julki oma näkemyksensä tutkittavasta asiasta ilman, että siihen tutkimuksen tekijöiden toimesta vaikutettiin. Tutkittavilla oli mahdollisuus pohtia aiheeseen liittyviä eettisiä näkemyksiä avointen kysymysten muodossa.

WHO on ihmisten terveyteen keskittyvä Yhdistyneitten Kansakuntien elin. Maailman terveysjärjestö itse määrittelee tehtäväkseen taata kaikille ihmisille parhaan mahdollisen terveydentilan. Terveyden edistämisen tutkimuksessa keskeisiä arvoja ovat tietoon perustuva suostumus (informed consent), tutkimushenkilöiden suojeleminen ja tutkimuksen laatu. Nämä tekijät määrittelevät eettisesti tutkijan suhdetta sekä tutkimukseen osallistuvaan yksilöön että yhteiskuntaan (Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä 2001).

Teoreettinen tieto hyvästä ja oikeasta löytyy yhteiskunnassa lainsäädännöstä ja eettisistä ohjeistoista kuten ammattieettisistä ohjeista. Uskotaan siis siihen, että ihmiset toimissaan pyrkivät luonnostaan hyvään, niin myös tutkimuksen tekijät hakiessaan tutkimusjoukkoa, toteuttaessaan tutkimusta ja toimiessaan tulosten mukaisesti. Se miten tutkimus onnistuu, riippuu esimerkiksi siitä, miten eri osapuolet käsittävät terveyden määritelmän, millainen on käsitys terveyden edistämisestä ja miten yhtenäiseen kieleen pääsemme yhteistyössä (Karjalainen ym. 2002).

Kysely lähetettiin 1772 toimintaterapeutille, jotka ovat AEK:n jäsenrekisterissä. Jo tässä vaiheessa tutkijat tiesimme, että lopullinen tutkimus ei olisi näin suuri, koska Suomessa ei ole ylläpidetty rekisteriä toimintaterapeuteista, jotka toimivat työikäisten parissa. Voidaan olettaa, että ne 172 toimintaterapeuttia, jotka avasivat kyselyn, työskentelevät työikäisten parissa. Avattuaan kyselyn ja luettuaan saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen kriteerit, 51 vastasi tutkimukseen. Lopulliseksi otokseksi jäi 31 vastaajaa.

Kyselyn taustatieto-osion jälkeen kyselyn kysymykset tarkentuivat **työikäisiä työhönpalaaajia** koskeviksi. Näin ollen ne vastaajat, jotka kokivat työskentelevänsä erityisesti työikäisten työhönpalaaajien kanssa, jatkoivat kyselylomakkeen täyttämistä ja muodostivat tutkimuksen lopullisen aineiston (N=31). Tämä kertoo siitä, ettei kentällä työskentele kovinkaan paljon toimintaterapeutteja.

Tutkimuslomakkeessa oli myös sellaisia kysymyksiä, joilla ei saatu relevanttia tietoa tutkimuskysymysten kannalta. Vastaukset tutkimuskysymyksiin löytyivät tutkimuslomakkeen kysymysten joukosta. Lomakkeesta kohdentui 13 kysymystä, jotka vastasivat suoraan tutkimuskysymyksiimme. Tutkimuslomakkeen laadintaan olisi pitänyt käyttää enemmän aikaa. Tulokset eivät ole yleistettäviä mutta suuntaa antavia. Aineisto jäi vähäiseksi, koska Suomessa ei ole Toimintaterapeuttiliiton rekisterissä enempää työikäisten työhön palaaajien kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa esitämme saadut tulokset tutkimuskysymyksittäin.

Tutkimuskysymyksen yksi: **miten toimintaterapiaintervention aikana asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi toteutuu** vastaukset tulevat kysymyksistä 11,14,15,17 ja 18.

Tutkimuskysymykseen kaksi: **miten interventioissa tulee esille asiakkaan toimintamahdollisuuksien edistäminen, neuvonta ja ohjaus** vastaukset saadaan kysymyksistä 24,27,28 ja 29. Kolmanteen tutkimuskysymykseen, **miten yhteistyö toimintaterapiainterventiossa toteutuu** saadaan vastaukset kysymyksistä 13 ja 31. Viimeiseen tutkimuskysymykseen **miten interventioita tulisi kehittää** vastaukset löytyvät kysymyksistä 32 ja 33.

6.1 Aineiston kuvaus

Kyselytutkimuksia lähetettiin 1772, joista avattuja kyselyitä 172 ja vastattuja kyselyitä 51 kappaletta. Vastaajia ei tullut kaikista maamme sairaanhoitopiireistä. Eniten vastaajia oli maamme suurimman sairaanhoitopiirin Helsinki – Uusimaan alueelta (29,4 %, N 51) toiseksi eniten Pohjois-Savon piiristä (15,7 %, N 51). Loput vastaukset jakautuivat 18 sairaanhoitopiirin kesken. Suurin osa (72,5 %, 37 henkilöä, N 51) vastaajista työskenteli julkisella sektorilla ja 25,5 % (13 henkilöä, N 51) yksityisellä puolella. Yksi vastaajista ilmoittaa työskentelevänsä omalla toiminimellä.

Kaikkien vastaajien keski-ikä oli 41 vuotta, ikäjakauma 24-59 vuotta. Keskimäärin vastaajat ovat työskennelleet toimintaterapeutteina 13 vuotta ja kaikista kyselyyn vastanneista (N 51) työikäisten työhönpalaaajien kuntoutuksen parissa kahdeksan vuotta. Kolmasosa (33,3 %) vastaajista ilmoitti työskentelevänsä pääasiassa neurologisten asiakkaiden parissa ja hieman yli kolmasosa (35,3%) vastaajista psykiatristen asiakkaiden kanssa,

lisäksi lähes kolmasosa (31,4%) vastaajaa valitsi vaihtoehdon muu toiminta-alue. Muu-vastauksia antaneet ilmoittivat työskentelykentikseen traumatologian, käsikirurgian, kirurgian, fysiatrian ja autismin sekä tuki- ja liikuntaelin sairaksista kärsivät asiakkaat.

Toimintaterapiainterventiossa vastaajilla (N 51) oli ollut vuoden 2008 aikana yhteensä 338 työhönpalaajaa. Näistä 18-24 vuotiaita oli 30 henkilöä (8,8 %), 25-34-vuotiaita 60 henkilöä (17,7 %), 35-44-vuotiaita 71 henkilöä (21 %), 45-54-vuotiaita 54 henkilöä (19 %), 55-60-vuotiaita 33 henkilöä (9 %) ja yli 60-vuotiaita 7 henkilöä (2 %).

Tutkimuksessamme kysymyksen kahdeksan jälkeen ne vastaajat, jotka eivät täyttäneet tutkimuksessa ennalta asetettuja vaatimuksia, putosivat pois kyselystä. Vastaaajiksi jäi 31 toimintaterapeuttia (N 31).

6.2 Vastaukset tutkimuskysymyksiin

Miten toimintaterapiainterventioiden aikana asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi toteutuu? Tähän tutkimuskysymykseen löytyivät vastaukset tutkimuslomakkeen kysymyksistä 11,14,15,17 ja 18.

Toimintaterapiaintervention alkaessa toimintaterapian tavoitteiden määrittelyt vaihtelevat kyselyn tulosten mukaan suuresti. Kahdellatoista (38,7 %) vastaajista ei ole yleensä toimintaterapiaintervention alkaessa kuntoutussuunitelmaa, jossa on määriteltä

toimintaterapian tavoitteet. Neljäsosalla (25,8 %) vastaajista on toimintaterapiaintervention alkaessa käytettävissään kuntoutussuunnitelma, jossa toimintaterapian tavoitteet on määritelty. Vastaajia, joilla intervention alkaessa on kuntoutussuunnitelma käytössään, mutta siinä ei ole määritelty toimintaterapian tavoitteita, oli seitsemän eli 22,6%. Muu- vaihtoehdon valitsi neljä (12,9 %) vastaajaa.

Reilusti yli puolella vastaajista pääsääntöisesti toimintaterapiaintervention alkaessa *tärkeimmäksi menetelmäksi asiakkaan elämäntilanteen selvittämiseksi* tuloksista nousee *haastattelu*, (74,2 %). Toiseksi tärkeimmiksi menetelmiksi nousevat kolmessa vastauksessa (9,7 %) asiakkaan itsearvioinnin sekä arviointitestin tai -mittarin käyttö. Muu-vaihtoehdon valitsee kaksi vastaajaa (6,5 %), jotka määrittelevät tärkeimmiksi menetelmäkseen kaikki edelliset. Kukaan vastaajista ei pidä kyselyä tärkeimpänä menetelmänä.

Seuraavassa kysymyksessä kysyttiin *millä toimintakokonaisuuksien osa-alueilla toimintaterapeutti arvioi asiakkaan mahdollisuuksia selviytyä ja toteuttaa hänelle merkityksellisiä toimintoja*. Vastausvalikko oli viisiportainen; usein, melko usein, joskus, harvoin ja ei koskaan. *Lähes kaikki vastaajat (77,4 %) arvioivat usein tätä itsestä huolehtimisen osa-alueella*. Vaihtoehdon melko usein valitsi 19,4 % eli kuusi vastaajista ja 3,2 % eli yksi vastaajaa valitsi vaihtoehdon joskus. Harvoin tai ei koskaan –vaihtoehtoja ei valittu. Asioimiseen ja kotielämään liittyvien toimintojen alueella selviytymistä ja sen toteutumista arvioi usein 22 (71 %) vastaajaa ja melko usein kuusi vastaajaa (19,4 %). Joskus-vaihtoehdon valitsi

kolme (9,7 %) vastaajista. Harvoin tai ei koskaan-vaihtoehtoja ei valittu.

Työkyvyn ja työssäselviytymiseen liittyvällä osa- alueella vastaajat arvioivat merkityksellisistä toiminnoista selviytymistä ja niiden toteutumista usein yli puolessa tapauksista (67,7 %) ja melko usein yhdeksässä tapauksessa (29 %). Joskus-vaihtoehdon valitsi yksi vastaaja (3,2 %), kun taas harvoin sekä ei koskaan – vaihtoehtoja ei valittu.

Yhteiskunnallisen osallistumisen alueella vastaukset jakautuvat tasaisemmin. Vastaajista 41,9 % (13) arvioi osa-alueetta joskus, 25,8 % (8) vastaajista melko usein, 19,4 % (6) vastaajista usein ja 9,7 % (3) vastaajista harvoin. Lisäksi yksi vastaaja (3,2 %) ei arvioi kyseistä aluetta koskaan. Lepoa edistävällä osa- alueella 48,4 % eli lähes puolet vastaajista kertoo arvioivansa tätä aluetta usein, seitsemän vastaajaa (22,6 %) melko usein ja yhdeksän vastaajaa (29 %) joskus. Harvoin sekä ei koskaan vaihtoehtoja ei valittu.

Kyselyssä selvitettiin, minkä taitojen (motorinen taito, prosessitaito, psyykinen taito, sosiaalinen taito ja eettinen taito) osalta toimintaterapeutti arvioi asiakkaan työtoimintaa työpaikalla toimiessaan. Vastaajista yli puolet (61,3 %) arvioi asiakkaan motorisia taitoja asiakkaan työpaikalla hänen työtoiminnan aikana usein. Melko usein motorisia taitoja arvioi seitsemän vastaajaa (22,6 %), kaksi vastaajista (6,5 %) arvioi taitoja joskus tai ei koskaan ja yksi vastaaja (3,2 %) harvoin.

Prosessitaitoja toimintaterapeutti arvioi vastauksessa (58,1 %) usein. Yhdeksän vastaajaa (29 %) kertoo arvioivansa näitä taitoja melko usein. Kaksi vastaajaa ei arvioi prosessitaitoja koskaan ja yksi (3,2 %) vastaajista kertoo arvioivansa niitä joskus ja harvoin.

Lähes puolet vastaajista (41,9 %) arvioi asiakkaan psyykkisiä taitoja usein. Yhdeksän (29 %) melko usein ja joskus, kun taas harvoin- ja ei koskaan –vaihtoehdon valitsi kolme vastaajista (9,7 %). Sosiaalisissa taidoissa usein ja melko usein vaihtoehdot saivat molemmat 32,3 % (N 31) vastauksista. Viisi vastaajista (16,1 %) kertoo arvioivansa sosiaalisia taitoja joskus, kun taas harvoin ja ei koskaan –vaihtoehdot valitsi kolme vastaajaa (9,7 %). Eettisten taitojen arvioimisessa prosentit jakautuvat tasaisemmin kaikkien vaihtoehtojen kesken. Eettisiä taitoja arvioidaan noin neljäsosassa (25,8 %) interventioita joskus. Seitsemän (22,6 %) vastaajaa valitsi melko usein -vaihtoehdon, kuusi valitsi molemmat vaihtoehdot (19,4 %) harvoin ja ei koskaan sekä neljä (12,9 %) vastaajaa usein.

Lisäksi kartoitettiin toimintaterapeutin mahdollisuuksia selvittää arviointi-interventiolla asiakkaan työpaikan esteitä, työpaikan mahdollisuuksia, työympäristön vaikutuksia asiakkaan kykyyn toimia sekä työympäristön vaikutusta asiakkaan kykyyn selviytyä työpaikalla.

Valinta-asteikko kysymyksessä oli viisiportainen. Kahdella vastaajista (6,5 %) oli usein mahdollisuus työpaikan esteiden selvittämiseen. Vastaajia, jotka arvioivat työpaikan esteitä melko usein, oli eniten. (32,3 %). Yhdeksän vastaajaa (29 %) arvioi esteitä joskus,

seitsemän vastaajaa (22,6 %) harvoin ja kolme vastaajaa (9,7 %) ei arvioi koskaan työpaikan esteitä. Vastaavasti työpaikan tarjoamia *mahdollisuuksia arvioi usein kaksi vastaajaa* (6,5 %). Neljäsosa (25,8 %) arvioi mahdollisuuksia melko usein, yksitoista vastaajaa (35,5 %, N 31) joskus, kahdeksan (25,8 %) harvoin ja kaksi vastaajaa (6,5 %) ei koskaan.

Työympäristön vaikutusta asiakkaan kykyyn toimia arvioi usein kolme vastaajaa (9,7 %), melko usein vajaa neljäsosa (22,6 %) vastaajista, joskus yhdeksän vastaajaa (29 %) harvoin hieman alle kolmasosa (32,3 %) ja ei koskaan 6,5 % vastaajista. Kun taas *työympäristön vaikutusta asiakkaan kykyyn selviytyä työpaikallaan arvioi usein kaksi vastaajaa* (6,5 %), melko usein kahdeksan vastaajaa (25,8 %) ja joskus hieman alle neljäsosa vastaajista (22,6 %). *Harvoin* vaihtoehto sai vastausprosenttikseen yli *kolmasosan* eli 38,7 %. Ei koskaan-vaihtoehdon oli valinnut kaksi vastaajaa (6,5 %).

Tutkimuskysymykseen **miten interventioissa tulee esille asiakkaan toimintamahdollisuuksien edistäminen, neuvonta ja ohjaus** vastaukset saadaan kysymyksistä 24,27,28 ja 29.

Asiakkaan ympäristössä selviytymistä edistäviin *muutostöihin toimintaterapeutti osallistuu* työtehtävien muokkausten kautta noin neljäsosassa (25,8 %) tapauksista, työergonomiamuutosten kautta myös noin neljäsosassa (25,8 %) sekä työympäristöön liittyvien muutosten kautta kolmessa (9,7 %) tapauksessa. Yli puolet (51,6 %) vastaajista ilmoittaa, ettei osallistu

asiakkaan ympäristössä selviytymistä edistäviin muutostöihin työpaikalla. Lisäksi kolme vastaajista (9,7 %) valitsee vaihtoehdon muu, ja kertoo esimerkiksi osallistuvansa kaikkiin edellä mainittuihin muutoksiin vuorovaikutuksessa työnantajan kanssa.

Asiakkaan *toimintaterapiaintervention toteutumista kartoittavassa* kysymyksessä vastaajat saivat valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. *Eniten käytettiin keskustelua asiakkaan kanssa kartoitettaessa asiakkaalle tarjotun intervention toteutumista* (87,1 % eli 27 vastaajaa). Toiseksi käytetyimmäksi kartoitusmenetelmäksi nousi havainnointi vastaanottotilanteessa (74,2 %, 23 vastaajaa) ja yleisimmäksi arviointimenetelmien ja/tai testien käyttö (64,5 %, 20 vastausta). Asiakkaan itsearviointi nousee neljänneksi käytetyimmäksi menetelmäksi (54,8 % eli 17 vastaajaa) ja keskustelu lähiomaisen tai muun henkilön kanssa on viidenneksi yleisin vaihtoehto (19,4 %, 6 vastaajaa). Lisäksi vastauksissa mainitaan esimerkiksi, ettei seurantaa ole, havainnointi ryhmätilanteessa, muiden työntekijöiden näkemyksen kautta ja työdemonstraatiolla.

Pääasiallisesti asiakkaan toimintamahdollisuuksia edistävä neuvonta ja ohjaus kohdistuvat 21 vastauksessa (67,7 %) usein toimintakokonaisuuksien hallintaa edistävälle osa-alueelle, melko usein 7 vastauksessa (22,6 %) ja joskus 3 vastauksessa (9,7 %). Harvoin ja ei koskaan-vaihtoehdot eivät saa yhtään merkintää toimintakokonaisuuksien hallintaan liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa.

Vastaavasti *taitojen vahvistamiseen* liittyvään *osa-alueeseen neuvonta ja ohjaus pääasiallisesti kohdistuvat usein lähes puolella vastaajista (41,9 %)*. *Samoille prosentiosuuksille pääsee myös melko usein vaihtoehto*, niin ikään kolmellatoista vastauksella (41,9 %). Joskus tälle osa-alueelle neuvonta ja ohjaus kohdistuvat vastaajilla kahdella vastauksista ja harvoin kolmella. Ei koskaan- vastausvaihtoehtoa ei valitse kukaan.

Ympäristössä selviytymiseen liittyvässä osa-alueessa vastaavat prosentit ovat; neuvonta ja ohjaus kohdistuvat tälle alueelle usein kymmenellä vastaajista (32,3 %), melko usein, lähes puolella vastaajista (48,4 %), joskus viidellä vastaajista ja harvoin yhdellä vastaajalla. Ei koskaan-vaihtoehtoa ei valitse kukaan.

Ortoosien käytössä yli neljäsosa (25,8 %) vastaajista neuvoo tai ohjaa asiakasta usein, ja 28,8 % neuvoo melko usein. Joskus ohjausta ja neuvontaa ortoosien käytössä antaa kolme (9,7 %) vastaajista, harvoin neljä (12,9 %), ja ei koskaan yhdeksän (29 %) vastaajista.

Apuvälineiden käytön osalta prosentit jakautuvat seuraavasti: usein kolmasosa vastaajista (32,3 %), melko usein kahdeksan (25,8 %), joskus kaksi vastaajista (6,5 %), harvoin viisi vastaajaa (16,1 %), ja ei koskaan kuusi vastaajaa (19,4 %).

35,5 % eli yksitoista vastaajista neuvoo ja ohjaa asiakasta joskus kuntoutuspalveluiden käytössä. Usein tämän alueen neuvontaa ja ohjausta antaa lähes kolmasosa

(32,3 %), melko usein kahdeksan vastaajaa (25,8 %) ja harvoin kaksi vastaajaa (6,5 %). Ei koskaan neuvontaa ja ohjausta vaihtoehto jää ilman merkintöjä.

Toimintaterapeutin antama neuvonta ja ohjaus kohdistuvat tulosten mukaan asiakkaalle lähes kaikissa vastauksissa (87,1 %). Kuudessatoista tapauksessa (51,6 %) neuvonta kohdistuu asiakkaalle ja hänen lähiomaisilleen kymmenessä tapauksessa (32,3 %) asiakkaan työpaikalle ja kolmessa tapauksessa (9,7 %) muuhun esimerkiksi avopuolen terapeutteihin (fysioterapeutti ja toimintaterapeutti) sekä lähettäville tahoille. Tässä kysymyksessä vastaajat ovat voineet valita useamman kuin yhden vaihtoehdon.

Kolmanteen tutkimuskysymyksen, **miten laaja yhteistyö toimintaterapiainterventiossa toteutuu** saadaan vastaukset kysymyksistä 13 ja 31.

Vastaajat ilmoittavat, että työpaikkakäynti kuuluu osaksi toimintaterapiainterventiota melko usein (6,5 %), usein (9,7 %) ja joskus seitsemän vastaajaa (22 %). *Yli puolet vastaajista eli yhdeksäntoista vastaajaa (61,3 %) vastasi, ettei työpaikkakäynti kuulu koskaan osaksi toimintaterapiainterventiota.*

Tärkeänä *yhteistyön tekemistä asiakkaan työpaikan kanssa pitää erittäin tärkeänä kaksitoista (38,7 %) vastaajaa. Tärkeäksi sen laittaa melkein puolet vastaajista (48,4 %) ja melko tärkeäksi neljä (12,9 %) vastaajista. Vaihtoehto ei lainkaan tärkeää ei saa yhtään merkintää.*

Viimeiseen tutkimuskysymykseen **miten interventioita tulisi kehittää** vastaukset löytyvät kysymyksistä 32 ja 33.

Tutkimuksessa selvitettiin myös *toimintaterapiainterventioiden kehittämismahdollisuuksia*. Tällä hetkellä työhön palaajien kuntoutuksessa *toimintaterapeutin roolia* erittäin tärkeänä pitää seitsemän vastaajaa (22,6 %), *tärkeänä yli kolmasosa* vastaajista (38,7 %), melko tärkeänä yhdeksän vastaajaa (29 %) ja ei lainkaan tärkeänä 9,7 % vastaajaa.

Tutkimuksessamme halusimme myös selvittää työikäisten työhön palaajien *toimintaterapiainterventioiden kehittämismahdollisuuksia mahdollisimman laajasti*. Avoin kysymys mahdollisti vapaan sanan käytön ja tuotti runsaasti aineistoa. 31:tä vastaajasta 29 vastasi tähän avokysymykseen.

Pääluokka kysymyksessä 33 on työikäisten *työhönpalaajien toimintaterapiaintervention kehittämismahdollisuudet*. Pääluokassa toimintaterapeutti osallistuu palvelutuotannon sisällön ja uusien palvelumuotojen tutkimus- ja kehittämistyöhön. *Yläluokkana on toimintaterapiainterventioiden kehittäminen, joka jaettiin neljään alaluokkaan*. Nämä alaluokat ovat 1) *kehittämistyöhön liittyvä tiedotus ja toimintaterapia-alan tutuksi tekeminen*, 2) *yhteistyö eri toimijoiden välillä*, 3) *yhteiskunnallinen ja taloudellinen aspekti* sekä 4) *kuntoutuskäytäntöjen yhdenmukaistaminen*.

Luokittelimme sellaiset vastaukset ensimmäiseen luokkaan, joissa viitattiin toimintaterapiasta tiedottamiseen ja yleensäkin ammattikunnan ja alan tutuksi tekemiseen. Toinen luokka muodostui niiden vastausten pohjalta, joissa vastaajat kertoivat kehittämisen liittyvän kiinteästi eri tahojen välillä tehtävään yhteistyöhön. Kolmannessa luokassa vastaajat kertoivat kehittämisen liittyvän kiinteästi erilaisiin taloudellisiin tekijöihin sekä resursointiin. Neljäs luokka muodostui niistä vastauksista, joissa kerrottiin laajasti eri käytäntöjen yhdenmukaistamisesta. Vastaukset luokiteltiin neljään luokkaan siten, että sama vastaus voi olla useammassa luokassa. Vastaukset olivat laajoja ja sisälsivät usein monen tyyppisiä kehittämissideoita.

Ensimmäiseen luokkaan ”toimintaterapia-alasta ja ammatista tiedottaminen ja toimintaterapian tutuksi tekeminen” luokiteltiin kahdeksan vastaajan vastaukset. Vastauksista käy ilmi, että toimintaterapia on vieläkin varsin vieras ala muille kuin ammattihenkilöille.

Lisäksi toivottiin, että tiedotuksella toimintaterapeuttien käyttö lisääntyisi ja toimintaterapeutteja osattaisiin käyttää entistä enemmän työikäisten kuntoutuksessa.

H3: ” Tiedotusta toimintaterapian mahdollisuuksista, vielä melko tuore alue, ei osata hyödyntää...”

Vastauksista käy myös ilmi, että toimintaterapeuteilla olisi mahdollisuuksia ja osaamista työskennellä työikäisten kuntoutuksessa.

H20: ” Toimintaterapeuteilla on hyvät valmiudet ja pätevyys tähän työhön...”

Yhteistyön kehittämisen luokassa vastaajat kertoivat kehittämisen kohdaksi eri tahojen välisen yhteistyön tekemisen. Tähän luokkaan luokiteltiin 19 vastausta. Erityisesti yhteistyöstä Työterveyshuollon kanssa haluttiin kiinteämpää ja laaja-alaisempaa. Työterveyshuollon asema työikäisten työhön palaajien kuntoutuksessa nousi merkittäväksi vastauksissa.

H8: ”Työterveyshuoltoon toimintaterapeutteja töihin.”

H14: ” Toimintaterapia näkyvämmäksi työterveyshuoltoon.”

Yhteistyö tuotiin esille myös muiden kuntoutustyötekijöiden ja toimijoiden välillä.

H9: ” Yhteistyön kehittäminen eri toimijoiden välillä.”

Lisäksi vastauksissa viitattiin siihen, että toimintaterapeutin arvostaminen ammatillisena asiantuntijana lisäisi yhteistyötä.

Merkittäväksi käsillä olevan tutkimuksen kannalta nousee lähes kaikissa tämän luokan vastauksissa esille tuleva tiiviimpi yhteistyö kuin mitä tällä hetkellä on asiakkaan työpaikan kanssa sekä työpaikalla tehtävät käynnit.

H12:” Enemmän mahdollisuuksia työpaikkakäynteihin...”

H11: ”Työkykyä arvioitaessa tulisi olla mahdollisuuksia päästä arvioimaan...asiakkaan työpaikalle.”

H16:”Työnantaja ja työyhteisö...tukemaan työhön palaamista...”

Yhteiskunnallista ja kuntoutusalan taloudellista tilannetta sekä resurssointia koskevia viittauksia oli kuudessa vastauksessa. Vastauksissa kerrottiin, että toimintaterapiainterventioiden määriä on viime vuosina karsittu. Lisäksi uusia terapeutteja ei ole palkattu, vaikka niille oli ollut tarvetta. Toimintaterapeuteille toivottiin lisää työpaikkoja työikäisten kentälle, sekä laajempaa mahdollisuutta tehdä työpaikkakäyntejä maksusitoumusten turvin. Resurssointi näkyy vastausten mukaan myös erilaisten terapiatyössä käytettävien välineiden kautta. Osa vastaajista on sitä mieltä, että välineitä tarvitaan lisää, kun taas eräs vastaus kertoo tämän hetkisen kysynnän ja tarjonnan kohtaavan.

H11: ”...tulisi olla mahdollisuuksia päästä arvioimaan asiakkaan... työpaikallaan.”

H14: ” aiempi interventio tarpeen...”

Neljännessä käytäntöjen yhdenmukaistamisen-luokassa vastaajat kertovat, että *Suomessa on tällä hetkellä hyvin kirjavaa käytäntöjä työikäisten työhön palaajien*

interventioissa. Vastauksissa toivottiin muun muassa yhdenmukaisia hoitopolkuja sekä valtakunnallista linjaa. Vastauksista käy ilmi, että alueellisesti palvelut vaihtelevat suuresti ja ovat osin päällekkäisiä muiden toimijoiden kanssa.

H15: ”Tarkistamalla alueelliset palvelut, niiden mahdolliset päällekkäisyydet...”

Yhdenmukaistamisen lisäksi toivottiin aikaisempia interventioita.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa on selvitetty työikäisten työhönpalaajien toimintaterapiainterventioiden nykykäytäntöjä Suomessa. Tutkimukseen vastasi työikäisten työhönpalaajien kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja varsin vähän. Tästä kertoo muun muassa tutkimuksen kokonaisvastaajien määrä (N 51). Kato voi johtua vastaajien passiivisuudesta tai ikäryhmän kanssa työskentelevien toimintaterapeuttien vähäisyydestä. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna työikäisten työhönpalaajien toimintaterapia painottuu pääkaupunkiseudulle ja suurelta osin julkiselle sektorille (37/51).

Asiakasryhmät, joiden kanssa toimintaterapeutit pääasiassa työskentelevät työikäisten kentällä,

jakaantuvat tasaisesti neurologian ja psykiatrian sekä muu-vaihtoehdon kesken. Muu-vaihtoehdosta merkittävämpänä on käsikirurgia (N 51).

Vuoden 2008 työhön palaavat asiakkaat olivat 35-44-vuotiaita. Asiakkaat tulivat toimintaterapiainterventioihin useimmiten keskussairaalan läheteellä. Myös vakuutusyhtiöt ja kunnat ovat merkittäviä lähettäjätahoja. Toimintaterapeutti on usein merkittävä osa kuntoutustyöryhmää. Silti intervention alkaessa toimintaterapeutilla ei ole käytössään kuntoutussuunnitelmaa, jossa terapian tavoitteet olisi ennalta määritelty.

Tutkimuksen kannalta merkityksellinen tulos on, että työpaikkakäynti ei suurimmassa osassa koskaan kuulu osaksi toimintaterapiainterventiota (19/31, 61,3 %). Merkittävin menetelmä, jolla selvitetään asiakkaan elämäntilanne ennen toimintaterapiainterventiota, on haastattelu. Vastaajat arvioivat asiakkaan mahdollisuuksia selviytyä ja toteuttaa hänelle merkityksellisiä toimintoja huomattavan usein itsestä huolehtimisen alueella. Samalla painoarvolla vastaajat arvioivat myös asioimiseen ja kotielämään liittyviä toimintoja, työkyvyn ja työssä selviytymiseen liittyviä asioita sekä lepoa edistäviä toimintoja. Vastaajat arvioivat harvoin ainoastaan yhteiskunnalliseen osallistumiseen liittyviä toimintoja.

Toimintaterapiassa käytettävissä arviointimittareissa ja testeissä sekä toimintaterapeuttiin työn pohjana olevassa viitekehyksessä näkyi selkeä yhteys. Käytetyin viitekehys on amerikkalainen MOHO (Model of Human Occupation)

ja käytetyimmät arviointimittarit ovat tämän viitekehyksen pohjalta luotuja: WRI (Worker Role Interview) sekä AMPS (Assessment of Motor and Process Skills).

Vastaajien mukaan toimintaterapiassa ei ole tyypillistä toimintaterapiainterventiota. Interventiot sisältävät arviointia, keskustelua, erilaisia kartoituksia, omatoimisen harjoittelun ohjausta, ergonomiohjausta sekä työpaikkakokeiluja. Työikäisiin työhön palaajiin kohdistuvat interventiot ovat varsin kirjavia eikä yhteistä sisällöllistä linjaa ole. Silti interventiot ovat ammatillisesti hyvin suunniteltuja. Terapeutit tekevät interventiosuunnitelman ja tavoitteiden asettelun yhdessä asiakkaan kanssa melkein aina (26, N31).

Työpaikalle kohdistuvia interventioita Suomessa tehdään varsin vähän. Terapeutit eivät useikaan osallistu esimerkiksi asiakkaan työympäristössä selviytymistä edistäviin muutoksiin (16, N31). Mikäli terapeutti osallistuu edistäviin muutoksiin, kohdistuvat ne useimmiten työtehtävien muokkauksiin tai ergonomiamuutoksiin (8, N31).

Neuvonta ja ohjaus, jota interventiot sisältävät, kohdistuu lähes aina asiakkaalle (27, N31). Joissakin tapauksissa sitä tarjotaan myös asiakkaan omaisille (16, N31). *Työpaikoille ohjausta ja neuvontaa annetaan varsin vähän (10, N31).*

Vastaajat kokevat, että toimintaterapiainterventio ja sen tiimoilta tehtävä yhteistyö asiakkaan työpaikan kanssa olisi

erittäin tärkeää (27, N31). Toimintaterapeutin rooli nähdään tärkeänä työikäisten työhön palaajien toimintaterapiassa ja sitä ollaan valmiita kehittämään.

8 POHDINTA

Toimintaterapialla tulee tulevaisuudessa olla välineitä vastata yhteiskunnan työvoiman tarpeeseen ja toimintaterapian tulee olla tietoinen uusista alaan kohdistuvista paineista yhteiskunnan työväestön saatavuuden turvaamiseksi.

Työllisen iällä, sukupuolella ja työstä poissaoloajalla on erittäin suuri vaikutus työhön paluuseen (Joy ym. 2001, Lidal ym. 2007, Schene ym. 2007, Ilmarinen 2006). Kun nämä tekijät huomioidaan kuntoutuksessa, voidaan tulevaisuudessa vastata työllisten vähenevään määrään ja sen tuomiin haasteisiin. Toimintaterapeutti toiminnan asiantuntijana on avainasemassa tarkasteltaessa työtä toimintana (Joss 2007). Yhteistyö ja vuorovaikutus asiakkaan, muun kuntouttavan henkilöstön, asiakkaan omaisten ja erityisesti työnantajatahon kanssa ovat merkityksellinen osa onnistunutta interventiota (Kielhofner 2002, 252-256, 415, Shaw ym. 2007).

Nyky-yhteiskunnassa työurien pidentäminen sekä alusta että lopusta on monien kiinnostuksen kohteena (Ilmarinen 2006). Tämä oleva pro gradu-tutkimus tarjoaa mahdollisuuden tarkastella toimintaterapiainterventioita ja

niiden käytäntöjä Suomessa ja täyttää tutkimuksellista vajetta.

Suomessa ei ole ennen tehty yliopistotason tutkimuksia työikäisten työhönpalaajien toimintaterapiasta. Me pohdimme, mitkä voisivat olla syyt siihen, että alue ei ole kiinnostanut. Miten tuloksissakin esille tullut työikäisten työhönpalaajien toimintaterapian kysynnän ja tarjonnan välinen epäsuhta vaikuttaa edellä esitettyihin? Koska työikäisten työhönpalaajien kentällä työskentelviä toimintaterapeutteja on vähän, ja heitä on ympäri Suomea, on terapeuttien varmasti vaikea verkostoitua ja löytää yhteistä aikaa ja paikkaa yhteisten linjausten tekemiseen. Syvempien ajatusten ja omien työvälineiden esille tuominen nettipalstoilla voi tuntua liian pinnalliselta.

Voisiko kysynnän ja tarjonnan epäsuhtaan syytä olla myös toimintaterapeuttien standartoitujen arviointivälineistön luotettavuuden puute? Eikö arviointivälineistöön luoteta tarpeeksi evidence basenäytön puuttuessa?

Laatua voisi parantaa käyttämällä laajemmin kansainvälistä ICF luokitusta ja Toimintaterapianimikkeistöä. Konkreettisten välineiden käyttöönotto vaatisi koulutusta, jossa toimintaterapeutteja ohjattaisiin siinä, miten välineistä saataisiin paras hyöty esille.

Tämänhetkinen yhteiskunnallinen taloudellinen tilanne on alan kehittämisen ja tutuksi tekemisen sekä terapeuttien henkilökohtaisten taitojen kehittämisen kannalta hieman

vaikea. Tässäkin tutkimuksessa käy ilmi, että kehittämisresurssit on tällä hetkellä minimoitu. Toisaalta painotetaan laatua ja näyttöön perustuvaa työskentelyotetta. Esimerkiksi Kansaneläkelaitos määrittelee kuntoutusstandardissaan terapioiden sisällöt ja laatustandardit, joita terapeuttien tulee noudattaa. Laadukasta tutkimustyötä ei kuitenkaan tehdä lyhyessä ajassa eikä aivan olemattomilla resursseilla.

Tämä tutkimus osoittaa, että työikäisten työhönpalaajien parissa työskenteleville toimintaterapeuteille tarvittaisiin oma verkosto, jossa toimintaterapeutit voisivat jakaa kokemuksia ja vaihtaa sisäistä tietoaan. Myös kehittämistyöryhmän perustamista työikäisten työhönpalaajien kohdalla olisi hyvä miettiä. Työryhmän tarkoituksena olisi kehittää yhteisiä kuntoutuspolkuja sekä laatia laatustandardeja, joiden avulla terapeuttien olisi helpompi toimia. Paremminkin saatavilla oleva kuntoutus mahdollistuu yhdenmukaisemmin keinoin.

Lähes kaikissa vastauksissa terapeutit korostavat työpaikan roolia interventiossa. Silti vastauksista käy ilmi, ettei työpaikoilla käydä kovinkaan useasti. Työpaikkakäynti ei koskaan kuulu osaksi toimintaterapiainterventiota 19:llä vastaajista (N 31).

Tämä on erityisen merkityksellinen tulos, sillä muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa, juuri työpaikkakäynti ja siellä tehtävät interventiot ovat kaikkein tehokkaimpia ja onnistuneimpia. Miksi meillä Suomessa ei ole vakiintuneita käytänteitä, joissa työyhteisö otettaisiin osaksi työntekijän prosessia? Vastausta voisi varmasti lähteä pohtimaan

jopa kulttuurisesta näkökannasta: haluavatko suomalaiset säilyttää omana tietonaan ja yksityisasioinaan usein arkaluontoiset terveyteen liittyvät asiat.

Yksi merkittävimmistä tuloksista tässä tutkimuksessa on tieto siitä, että työikäisten työhön palaajien toimintaterapiainterventioita tulisi kehittää yhteiskunnan muuttuvia työkenttäolosuhteita paremmin palveleviksi. Tulisi löytää yhteisiä käytäntöjä ja laadullisesti parempia sekä yhtenäisempiä kuntoutuspolkuja kuntoutuksessa työskentelevien toimintaterapeuttien välineiksi. Tulevaisuudessa työtä tulisi myös tehdä sen eteen, että toimintaterapeutteja osattaisiin hyödyntää ja heidän työtään arvostettaisiin niin, että resurssointi paranisi työikäisten työhön palaajien kentällä. Paremmilla resursseilla voisimme tukea työn kehittymistä, parantaa toimintaterapiainterventioita sekä tehdä toimintaterapian mahdollisuuksia tunnetuksi.

Suomessa on paljon kehitettävää toimintaterapian työkentän työskentelymahdollisuuksista. Esimerkiksi Ruotsissa työikäisten toimintaterapia on pitkälle kehitettyä ja yhteiskunnallisesti merkittävässä asemassa. Työikäisen työhön palaajan kuntoutuspolut ovat selkeät ja päämäärätietoiset – asiakas palaa työelämään. Tukijärjestelmät ja ohjelmat, joilla henkilöä tuetaan, opastetaan, ohjataan ja neuvotaan, on luotu osaksi yhteiskunnallista rakennetta. Resursoinnissa ja eri ammattikuntien välisessä yhteistyössä on otettu huomioon rajat ylittävä moniammatillinen osaaminen. Parhaaseen ja tilastoissakin näkyvään tulokseen on päästy.

Työikäisten työhön palaajien toimintaterapiainterventioiden kehittäminen on tulevaisuuden työhaaste suomalaisessa toimintaterapiassa. Suomen Toimintaterapeuttiliiton ylläpitämää kehittämistoimintaa tulisi tukea. Yhteiset toimintamallit ja asiantuntijoiden välisen yhteistyön paraneminen ovat avainasemassa työikäisten työhön palaajien kuntoutumisessa. Toimintaterapeuttien haasteena on kehittää työtään yhä yhteiskunnallisesti merkittävämmäksi.

Eettisten päätösten takana ovat usein yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja asenteet. On sääli, että nyky-yhteiskunnassa näyttävät olevan vallalla arvot, jotka korostavat tehokkuutta, tuloksellisuutta ja tuottavuutta. Arvojen ja eettisten periaatteiden yhdistäminen tuloksellisuuteen ja tuottavuuteen vaatii muun muassa tutkimusten tekijöiden ja sponsoreiden omaksuneen terveyttä edistävät arvot.

Toimintaterapiainterventiokäytännöt vaihtelevat suuresti koko maassa. Yhteisiä interventiolinjauksia ei ole ennen määritetty. Tämän tutkimuksen mukaan toimintaterapeutit toivoisivat entistä avoimempaa keskustelua yhteisten suuntaviivojen löytymiseksi. Linjauksia ja avointa keskustelua sekä välineistön kehittelyä voitaisiin lähteä tekemään jo toimintaterapeuttien peruskoulutuksessa, jossa luotaisiin perusta yhtenäisemmälle työikäisten toimintaterapialle. Nostaisiko työikäisten toimintaterapian arvostusta, jos peruskoulutukseen hakija joutuisi tarkemmin pohtimaan suuntautumisaluettaan jo tässä vaiheessa? Näkemyksemme mukaan työikäisten työhönpalaajien toimintaterapian arvostuksen puute nousee edelleen siitä, että työikäisten kuntoutujien parissa

työskentelevät yhteistyötahot eivät tiedä, mitä keinoja toimintaterapialla on annettavanaan. Osataanko toimintaterapiainterventioita käyttää terveydenhuollon piirissä?

Jatkotutkimushaasteena on tutkia toimintaterapiainterventioiden sisältöjä tarkemmin, tarkastella sitä, miten yhtenäisiä käytäntöjä voitaisiin luoda sekä millaisia esteitä toimintaterapeutin ja työyhteisöjen välisen yhteistyön toteuttamiseen on ja miten nämä esteet voitaisiin poistaa.

LÄHTEET

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015.

Baker P., Goodman G., Ekelman B. & Bonder B. The effectiveness of a comprehensive work hardening programme as measured by lifting capacity, pain scales, and depression scores. *Work* 2005; 24: 21-31.

Bazyk S. Exploring the development of meaningful work for children and youth in Western contexts. *Work* 2005; 24: 11-20.

Bisiker J. & Millinchip K. Developing a work rehabilitation project: Equal pathways to work. *Brit Jour Occ Ther* 2007; 70:6:259-263.

Brewin J. & Hazell A. How successful are we at getting our clients back to work? The results of an Audit. *Brit Jour Occ Ther* 2004; 67:4:149-152.

Burger H., Marinček Č. Return to work after lower limb amputation. *Disab. and Rehab.* 2007; 29(17):1323- 29.

Cederfeldt M., Lundgren Pierre B. & Sadlo G. Occupational Status as Documented in Records for Stroke Inpatients in Sweden. *SJOT* 2003;10:2; 81-87.

Chen J.J. Functional capacity evaluation and disability. The Iowa Orthopaedic Journal 2007; 27: 127-131.

Christiansen C. H. & Baum C. M. Occupational therapy. Enabling Function ens Well-Being. Thorofare. SLACK incorporated. 1997.

Ekbladh E. Return to work – assessment of subjective psychosocial and environmental factors. [dissertation] Department of Social and Welfare Studies, Linköping University, Linköping [www-dokumentti] 2008 <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-11744> [viitattu 25.3.2009].

Fenger K. & Kramer J.M. Worker Role Interview: Testing the psychometric properties of the Icelandic version. Scan Jour Occ 2007; 14:160-172.

Fisher A.G. Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. Amer Jour Occ 1998; 52:7: 509-524.

Flinn S., Ventura D. & Bonder B. Return to work experiences for veterans with severe mental illness living in rural group home facilities. Work 2005;24;67-70.

Gibson L. & Strong J. A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. Aust Occ Ther Jour 2003; 50:64-71.

Goodman G. Work Occupations and outcomes internationally and across the lifespan. *Work* 2005; 24: 1-2.

Heijbel B. Josephson M. Jensen I. & Vingård E. Employer, insurance, and health system response to long-term sick leave in the public sector: policy implications. *Jour Occ Rehab* 2005;15:2:167-176.

Hirsjärvi S. Remes P. & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 5. painos. Tampere: Tammer-Paino oy 2000.

Holma T. (toim.) Toimintaterapianimikkeistö 2003. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: 2003.

Ilmarinen J. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2. korjattu painos. Jyväskylä: Gummerus 2006.

Ilmarinen J. Tuomi K. & Seitsamo J. New dimensions of work ability. *International Congress Series*. 2005; 1280:3-7.

Ilmarinen J. & Louhevaara V. FinnAge-Respect for the ageing: action programme to promote health, work ability and well-being of ageing workers in 1990-96. *People and Work, Research reports 26*. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 1999.

Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY,2003.

Joss M. Occupational therapy and rehabilitation for work. Brit Jour of Occ Ther 2002; 65(3):141-48.

Joss M. The importance of job analysis in occupational therapy. Brit Jour of Occ Ther 2007; 70(7):301-03.

Joy J.M., Lowy J. & Mansoor J. K. Increased pain tolerance as an indicator of return to work in low-back injuries after work hardening. Amer Jour of Occ Ther 2001; 55:200-05

Harra T., Salminen A-L. Teoksessa Joutsivuo T. (toim.) Mistä toi on tullut? Suomalaisen toimintaterapian historia. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. Helsinki: Edita, 2005:200-209.

Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R. & Pietarinen J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus, 2002.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) [www-dokumentti] (www.Kela.fi/in/internet/suomi.msf/NET/160801114531EH) [viitattu 30.1.2009]

Kennedy-Jones M., Cooper J. & Fossey E. Developing a worker role. Stories of four people with mental illness. Aust Occ Ther Jour 2005; 52:116-126.

Kielhofner G. Model of Human Occupation. Theory and Application. Third Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.

King P., M. Tuckwell N. & Barrell T.E.,. A critical review of functional capacity evaluations. Physical Therapy. 1998; 78:8; 852-866.

Li E.J.O., Li-Tsang C. W.P., Lam C.S., Hui K.Y.L. & Chan C.C.H. The effect of a training on work readiness program for workers with musculoskeletal injuries: A randomised control trial (RCT) study. J Occ Rehab 2006; 16: 529-541.

Lidal I.B., Huynh T. K. & Biering-Sørensen F. Return to work following spinal cord injury: a review. Disability & Rehabilitation 2007;29:17, 1341-1375.

Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M & Partonen T. (toim). Psykiatria. 2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 2001.

Metsämuuronen J. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Viro: Jaabes OU, 2000.

Nelson D. L. Occupational Form, Occupational Performance and Therapeutic Occupation, 2002. [www-dokumentti]

<https://mail.edu.stadia.fi/servlet/webacc/olloy0Kpbppdjn3Mm4/GWAP/AREF/1?action> [viitattu 3.3.2004].

Niiniluoto I. Pragmatismi. Teoksessa Ilkka Niiniluoto & Esa Saarinen (toim.). Nykyajan filosofia. Helsinki: WSOY 2002; 111—164.

Niskanen Vesa A. (toim.) Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Helsingin Yliopisto. Lahden koulutus- ja tutkimuskeskus. 1997.

Raatikainen P. Ihmistieteet ja filosofia. Tampere: Gaudeamus, 2004.

Russo D. & Innes E. An organizational case study of the case manager's role in a client's return to work programme in Australia. *Occ Ther Inter*, 2002; 1;57-75.

Roine J. Toiminnan teoria. "Teoksessa" Ovaska S. Aula A. & Majaranta P. (toim.) Käytettävyytutkimuksen menetelmät 2005; 99-110. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos, 2005.

Sager L. & James C. Injured workers' perspectives of their rehabilitation process under the New South Wales Worker Compensation System. *Australian Occup. Ther. Jour.* (AOTJ), 2005;52 nro.2, 127-135.

Schene A.H., Koeter M.W.J., Kikkert M.J., Swinkels J.A. & McCronen P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 2007; 37: 351-362

Shames J., Treger I., Ring H. & Giaquinto S. Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disabil. and Rehab* 2007; 29(17); 1387- 1395

Shaw L., McWilliam C., Sumsion T. & McKinnon J. (2007) Optimizing environments for consumer participation and self-direction in Finding employment. *Occ Ther Jour Research* (1981) As of 2002 OTJR re-named OTJR: Occupation, Participation and Health, 27;2;59-70

Shaw L. & Polatajko H. An application of the Occupation Competence Model to organizing factors associated with return to work. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2002; 69;3;158-167.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. STM:n selvityksiä. Helsinki. [www-dokumentti] 2001 [.http://www.etene.org/dokumentit/julkaisuyhtfin.pdf](http://www.etene.org/dokumentit/julkaisuyhtfin.pdf) [viitattu 3.4.2008]

Sosiaali- ja terveysministeriö. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015. [www-dokumentti]

www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015. [viitattu 1.11.2008]

Sihvola J. Hyvän elämän politiikka. Helsinki. Tutkijaliitto 1994 Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeisto 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [www-dokumentti]

<http://pro.tsv.fi/tenk/htkfi.pdf> [viitattu 4.2.2008]

Silverman D. Doing qualitative research. A practical handbook. London: SAGE Publications Ltd, 2005.

Schuyler J.L., Mahoney R.M. Assessing Human-Robotic performance for vocational placement. IEEE Transactions on rehabilitation engineering, 2000;8;3:394-404.

Tilastokeskus 2007: työvoimatutkimus, vajaakuntoiset [www-dokumentti]. <http://www.tilastokeskus.fi/til> [viitattu 24.4.2009]

Tilastokeskus. 2008. [www-dokumentti]. http://www.tilastokeskus.fi/til/vamuu/2008/vamuu_2008_2008-12-30_tie_001_fi.html [viitattu 1.2.2009]

Townsend E. Enabling Occupation. An Occupational therapy perspective. Ottawa. CAOT Publication ACE ,1997.

Tuomi J. & Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2002.

Vehviläinen - Julkunen K. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 1997; 26-34.

Wallstedt-Paulsson E., Erlandsson L-K. & Eklund M. Client experiences in work rehabilitation in Sweden: a one -year follow-up study. *Occ Ther Int*, 2007; 14; 1; 28-41.

Zampolini M., Bernardinello M. & Tesio L. RTW in back conditions. *Disab. and Rehab.* 2007; 29(17); 1377- 1385.