



Leena Åkerblad, Kaisa Haapakoski,  
Asko Tolvanen, Mikko Mäntysaari,  
Sami Ylistö ja Sirpa Kannasoja

## Henkilökeskeisyyden ehdot

Kelan ammatillisen  
kuntoutus selvityksen arviointi





Leena Åkerblad  
Kaisa Haapakoski  
Asko Tolvanen  
Mikko Mäntysaari  
Sami Ylistö  
Sirpa Kannasoja

## Henkilökeskeisyyden ehdot

Kelan ammatillisen  
kuntoutus selvityksen arviointi

## Kirjoittajat

Leena Åkerblad, YTT, tutkijatohtori  
Jyväskylän yliopisto  
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Kaisa Haapakoski, YTT, tutkijatohtori  
Jyväskylän yliopisto  
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Asko Tolvanen, FT, professori  
Jyväskylän yliopisto  
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Mikko Mäntysaari, YTT, professori  
Jyväskylän yliopisto  
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Sami Ylistö, YTM, projektitutkija  
Jyväskylän yliopisto  
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Sirpa Kannasoja, YTT, yliopistotutkija  
Jyväskylän yliopisto  
etunimi.sukunimi@jyu.fi



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
[www.tsv.fi/tunnus](http://www.tsv.fi/tunnus)

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-054-7 (nid.)  
ISBN 978-952-284-055-4 (pdf)

ISSN-L 1238-5050  
ISSN 1238-5050 (painettu)  
ISSN 2323-7724 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018113049563>

Julkaisija: Kela, Helsinki, 2018

Kirjapaino: Erweko



Painotuote  
4041 0032



## Tiivistelmä

Åkerblad L, Haapakoski K, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. **Henkilökeskeisyyden ehdot. Kelan ammatillisen kuntoutuspalveluksen arviointi.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 154, 2018. 137 s. ISBN 978-952-284-054-7 (nid.), ISBN 978-952-284-055-4 (pdf).

Kelan ammatillinen kuntoutuspalvelus yhdistää kuntoutustarveselvityksen ja kuntoutustutkimuksen, jotka olivat aiemmin erillisiä palveluita. Tässä tutkimuksessa ammatillisen kuntoutuspalveluksen palveluprosessia tarkastellaan erityisesti palveluun ohjautumisen, oikea-aikaisuuden ja toimivuuden näkökulmista. Tutkimuksen aineiston muodostavat kysely palveluun osallistuneille (n = 352) ja tapaustutkimusaineisto, joka koostuu kuntoutujien haastatteluista ja heidän asiakirjoistaan (n = 8) sekä kuntoutujien omaohjaajien (n = 5) ja lähettävien tahojen (n = 4) haastatteluista. Kuntoutuspalvelukseen osallistuneiden työ- ja opiskelukyky vaikuttivat yleisesti heikoilta. Osallistujat ohjautuivat palveluun useimmiten Kelan, TE-toimiston tai työvoiman palvelupisteen aloitteesta, harvemmin omaehtoisesti. Noin puolet kyselyyn vastanneista koki osallistuneensa palveluun itselleen sopivaan aikaan. Kokemus sopivasta ajoituksesta oli yhteydessä positiiviseen arvioon kuntoutusyksikön onnistumisesta sekä suunnitelmien parempaan toteutumiseen. Palvelun toimivuuden ja henkilökeskeisyyden toteutumisen kannalta olennaista oli se, että kuntoutuspalveluksella oli myös osallistujien elämänlaatua tai työelämäosallisuutta parantava käyttöarvo, ei ainoastaan järjestelmälähtöinen itseisarvo. Tässä keskeistä oli ymmärrettävän tiedon välittäminen, palvelun vastaaminen kuntoutujan tarpeisiin, ammatillisen kuntoutussuunnitelman käyttöarvo, kuulluksi tulemisen kokemus sekä tuen jatkuvuus. Tulosten mukaan huomiota tulee kiinnittää seuraaviin kysymyksiin: Miten voidaan varmistaa, että kuntoutuspalvelus on helposti lähestyttävä palvelu, josta osallistujat saavat tietoa etukäteen? Miten palvelu saadaan vastaamaan kuntoutujien erilaisiin tarpeisiin siten, että he kokevat sen henkilökohtaisesti merkitykselliseksi? Miten voidaan varmistaa järjestelmä- ja organisaatorajat ylittävä tuki ammatillisen kuntoutuspalveluksen jälkeen siten, että palvelulla olisi myös pitkäaikaisvaikutuksia?

**Avainsanat:** ammatillinen kuntoutus, kuntoutujat, työkyky, opiskelukyky, arviointi, interventio, prosessit, kokemukset, osallisuus, elämänlaatu, saavutettavuus

## Sammandrag

Åkerblad L, Haapakoski K, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. **Personcentrerings villkor. Utvärdering av FPA:s yrkesinriktade rehabiliteringsutredning.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa, undersökningar 154, 2018. 137 s. ISBN 978-952-284-054-7 (hft.), 978-952-284-055-4 (pdf).

I denna undersökning utvärderades FPA:s yrkesinriktade rehabiliteringsutredning. I tjänsten, som trädde i kraft år 2015, kombinerades de tidigare separata tjänsterna utredning av rehabiliteringsbehovet och rehabiliteringsundersökning. Tjänsteprocessen granskades i synnerhet med tanke på hänvisning till tjänsten, tjänst i rätt tid och funktionalitet. Undersökningen utgjorde en del av FPA:s projekt Muutos. Materialet bestod av en enkät bland deltagarna i tjänsten (n = 352) och fallstudiematerial som bestod av intervjuer med klienterna och dokumentmaterial (n = 8) samt intervjuer med klienternas egna handledare (n = 5) och remissinstanserna (n = 4). Arbets- och studieförmågan hos de personer som deltog i rehabiliteringsutredning visade sig vara allmänt svag. Oftast deltog de i tjänsten på initiativ av FPA eller TE-centralen/ Syssestättningsfrämjande sektorsövergripande samservice (TYP), mera sällan på eget initiativ. Omkring hälften av dem som deltog i enkäten upplevde att de deltog i tjänsten vid en tidpunkt som passade dem. Rätt tajming var kopplad till en positiv bedömning av rehabiliteringsenhetens framgång samt till bättre förverkligande av planer. Det kritiska med tanke på tjänstens effektivitet och processens personcentrering visade sig vara när rehabiliteringsutredningen blev definierad som rituell, systemorienterat egenvärde i stället för att den skulle ha ett bruksvärde som förbättrar livskvaliteten eller medverkan i arbetslivet. Det centrala var informationsförmedling, hur ändamålsenlig tjänsten var för varje rehabiliteringsklient, den yrkesinriktade rehabiliteringsplanens bruksvärde, upplevelsen av att bli hörd samt kontinuitet. Resultaten visar att det är viktigt att uppmärksamma följande frågor när tjänsten utvecklas: Hur kan man försäkra sig om att rehabiliteringsutredningen framstår som en tjänst som det är lätt att anlita och som deltagarna blir informerade om på förhand? Hur kan man få tjänsten att tillgodose rehabiliteringsklienternas olika behov så att de känner att den är personligen viktig. Hur kan man se till att det system- och organisationsgränsöverskridande stödet efter tjänsten är sådant att tjänsten också har långtidseffekter.

**Nyckelord:** yrkesinriktad rehabilitering, rehabiliteringspatienter, arbetsförmåga, studieförmåga, utvärdering, intervention, processer, erfarenheter, delaktighet, livskvalitet, åtkomlighet

## Abstract

Åkerblad L, Haapakoski K, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. **Conditions for a person-centred approach. Evaluation of Kela's vocational rehabilitation assessment.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 154, 2018. 137 pp. ISBN 978-952-284-054-7 (print), 978-952-284-055-4 (pdf).

The purpose of this study was to evaluate Kela's (The Social Insurance Institution of Finland) vocational rehabilitation assessment service on offer since 2015. This service combines two previously separate services – the evaluation of rehabilitation needs and the rehabilitation examination. The service process was examined particularly from the perspectives of referral to the service, its correct timing and functionality. The data were collected through a questionnaire sent to the service users (n = 352) and case study materials. The latter comprised interviews with rehabilitees, their documents (n = 8) as well as interviews with the rehabilitees' individual coaches (n = 5) and with referring parties (n = 4). In general, the rehabilitation assessment participants manifested low ability to work or study. Participation in the service was mostly based on referral by Kela or employment services, usually not on the participants' own initiative. Approximately half of the questionnaire respondents found that their participation in the service was well timed. Correct timing correlated with a positive evaluation of how the rehabilitation unit succeeded and with a better realisation of plans. For the functioning of the service and the individual approach of the process, it seemed critical whether the rehabilitation assessment was determined to have a ritualistic, system-based intrinsic value instead of utility value in enhancing one's quality of life or inclusion in the world of work. Essential factors were the provision of information, matching the service with the needs of each rehabilitee, the utility value of the vocational rehabilitation plan, the experience of being heard, and continuity. The results challenge the developers of the service to consider the following questions: How do we ensure that the rehabilitation assessment is an easily approachable service, on which the participants receive advance information? How do we make the service meet the rehabilitees' diverse needs so that the experience is personally meaningful? How do we ensure cross-sectoral support after the service to guarantee its long-term effects?

**Keywords:** vocational rehabilitation, rehabilitation patients, work ability, ability to study, assessment, intervention, processes, experiences, participation, quality of life, accessibility

## Alkusanat

Tämä tutkimus on osa Kelan rahoittamaa ja johtamaa Muutos-hanketta, jossa on selvitetty Kelan kuntoutuksen uudistusten vaikutuksia. Kuntoutuksen järjestäjänä Kela on halunnut tietää, millaisia seurauksia uudistuksilla on ollut erityisesti asiakkaille, ja tuottaa tietoa Kelassa tehtävän kehittämistyön tueksi. Kelan kuntoutuksen uudistukset ovat seurausta lainsäädännön muutoksista ja poliittishallinnollisista linjauksista sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan tuloksista. Muutos-hanketta koordinoi Kelan tutkimusryhmä, ja se toteutetaan vuosina 2015–2019. Muutos-hanke – ja samalla tämä hankkeen osatutkimus – rahoitetaan Kelan kuntoutuslain (KKRL) 12 §:n mukaisin tutkimusvaroin. Tutkimus on osa ammatillisen kuntoutuksen lain ja kuntoutus selvityksen uudistus- ja toimeenpanotutkimusta (AMKU). AMKU-tutkimuskokonaisuus toteutettiin vuosina 2016–2017 Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitoksella. Tässä raportissa tarkastellaan Kelan ammatillisen kuntoutuksen palvelujen uudistusta. Uudistuksessa kuntoutustarveselvitys ja kuntoutustutkimus yhdistettiin ja luotiin uusi palvelu, ammatillinen kuntoutus selvitys.

Jyväskylän tutkimusryhmän johtajana toimi professori, YTT Mikko Mäntysaari, tutkijatohtorina YTT Kaisa Haapakoski (8/2016–12/2017), projektitutkijana YTT Leena Åkerblad (9/2016–12/2017) sekä tilastoanalyysien asiantuntijana ja toteuttajana FT Asko Tolvanen. Lisäksi ryhmän projektitutkijana toimi tutkimuksen alkuvaiheessa YTM Sami Ylistö (1–7/2016), jonka työpanos tutkimuksen aloitusvaiheessa ja kyselyn toteuttamisessa oli tärkeä. Tutkimusryhmän jäsenenä ja asiantuntijoina toimivat myös YTT, yliopistotutkija Sirpa Kannasoja sekä YTT, dosentti Tuija Kotiranta. Tämän raportin pääkirjoittaja on Leena Åkerblad ja toisena kirjoittajana toimi Kaisa Haapakoski. Tilastoanalyysien kuvauksen kirjoitti Asko Tolvanen.

Tutkimusryhmämme haluaa kiittää suuresti ensinnäkin kaikkia tutkimukseen osallistuneita kuntoutujia, omaohjaajia ja lähettävien tahojen edustajia, jotka ovat antaneet arvokasta aikaansa ja kertoneet kokemuksiaan ja näkemyksiään – tehneet tämän tutkimuksen ylipäätään mahdolliseksi. Kiitämme lämpimästi Muutos-hankkeen johtavaa tutkijaa Riitta Seppänen-Järvelää koko tutkimusprosessin ajan kestäneestä tärkeästä tuesta. Lisäksi kiitämme muita projektiryhmän jäseniä – Meeri Korhosta, Marjaana Pajusta, Leena Penttistä sekä Kirsi Vainiemeä – säännöllisistä keskusteluista ja hyödyllisistä kommentteista. Kiitokset kuuluvat myös



Kelan tutkimusassistenteille Jenna Mäkiselle ja Kristiina Dammertille, jotka ovat auttaneet moninaisten tutkimukseen liittyvien kysymysten ratkomisessa.

*Jyväskylässä marraskuussa 2018*

*Jyväskylän tutkimusryhmä*

<b>Sisältö</b>	<b>1 Johdanto</b> .....	10
	1.1 Kelan ammatillisen kuntoutuksen uudistukset.....	10
	1.2 Ammatillinen kuntoutus selvitys uutena palveluna.....	14
	1.3 Henkilökeskeisyys ammatillisen kuntoutuksen palveluissa.....	17
	1.4 Monimenetelmäinen arviointitutkimus .....	20
	<b>2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset</b> .....	23
	<b>3 Tutkimuksen toteuttaminen</b> .....	25
	3.1 Aineistot .....	25
	3.2 Analyysiprosessi .....	30
	3.3 Tutkimuksen arviointi ja rajoitukset .....	33
	3.4 Raportin rakenne ja lukuohjeet .....	35
	<b>4 Palveluun osallistuneiden kuvaus</b> .....	37
	4.1 Taustatiedot .....	37
	4.2 Tavoiteorientaatiot .....	42
	4.3 Työ- ja opiskelukyky ja kykyä haittaavat tekijät .....	43
	<b>5 Palveluun ohjautuminen ja palvelun koettu oikea-aikaisuus</b> .....	49
	5.1 Kuntoutusaloitteen tekijä ja hakemisen omaehtoisuus.....	49
	5.2 Kokemus palvelun oikea-aikaisuudesta .....	52
	<b>6 Kokemukset palvelun toteutuksesta</b> .....	56
	6.1 Tavoitteiden asettaminen ja tavoitteiden omaehtoisuus .....	56
	6.2 Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen .....	58
	6.3 Palvelun seurantavaiheen ja suunnitelman toteuttaminen.....	60
	<b>7 Palvelun koettu onnistuminen ja vaikutukset</b> .....	65
	7.1 Tyytyväisyys palveluun ja palvelun vastaaminen tarpeisiin.....	65
	7.2 Kuntoutusyksikön onnistuminen.....	66
	7.3 Palvelun vaikutukset .....	69
	<b>8 Ryhmittelyanalyysi: osallistujaryhmät työ- ja opiskelukyvyn haittojen mukaan</b> .....	75
	<b>9 Palvelun onnistumistekijät ja riskit</b> .....	80
	9.1 Kuntoutujan kokonaistilanteen huomiointi palveluun ohjautumisessa .....	80
	9.2 Prosessin läpinäkyvyys ja tietoon perustuvat odotukset.....	86
	9.3 Kuntoutujakohtaisten tarpeiden huomiointi ja palvelun joustavuus ...	88

9.4	Yksilöllinen kohtaaminen ja kuulluksi tuleminen.....	91
9.5	Ammatillisen kuntoutussuunnitelman käyttöarvo.....	93
9.6	Jatkuvuus ja vierellä kulkeminen.....	97
<b>10</b>	<b>Tapausanalyysi: palveluun osallistuvien odotushorisontit.....</b>	<b>101</b>
10.1	Ammatillisen suunnan varmistaminen .....	104
10.2	Työssä jatkaminen ja rajoitteisiin sopeutuminen .....	106
10.3	Arjessa selviytyminen.....	107
10.4	Oman työelämäpaikan etsiminen .....	109
<b>11</b>	<b>Yhteenveto ja pohdinta: ammatillisen kuntoutus selvityksen toimivuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta .....</b>	<b>112</b>
11.1	Ohjautumisen väylät ja haasteet.....	112
11.2	Oikea-aikaisuuden ulottuvuudet, toteutuminen ja vaikutukset .....	113
11.3	Palvelun kohdentuminen ja tarpeenmukaisuus.....	115
11.4	Tavoitteellisuuden paradoksit ja tavoitteiden toteutuminen .....	119
11.5	Järjestelmäraajat ylittävän tuen tarve ja itsenäisyyden ideaali.....	122
11.6	Tiedon puutteet ja prosessin läpinäkyvyyden ongelmat .....	124
11.7	Palvelun subjektiivisten vaikutusten arvon tunnistaminen.....	126
	<b>Lähteet.....</b>	<b>129</b>
	<b>Liiteluettelo.....</b>	<b>137</b>

## 1 Johdanto

### 1.1 Kelan ammatillisen kuntoutuksen uudistukset

Kuntoutusjärjestelmän uudistukset ja muutokset ovat kiinteästi sidoksissa yhteiskunnallisiin kysymyksiin ja yhteiskunnalliseen keskusteluun. Kuntoutus itsessään sijoittuu monen eri politiikan yhteiseen kenttään: niin terveys- ja sosiaalipolitiikkaan, koulutuspolitiikkaan kuin työvoima- ja eläkepolitiikkaan (Miettinen 2011). Kuntoutuksen voidaan nähdä täydentävän yhteiskunnan muuta toimintaa, ja väestön kuntoutustarpeet ja tavat vastata niihin muuttuvat väestörakenteen ja yhteiskunnallisen tilanteen mukana (STM 2015). Nimenomaan ammatillisen kuntoutuksen painoarvo on kasvanut työvoiman tarjonnan supistumisen myötä, ja koko työvoimapotentiaalin hyödyntämisestä on tullut olennainen politiikkatavoite. Tämä on johtanut uudistuksiin myös kuntoutuksen saralla. (Ylisassi ym. 2016, 153–154.) Ammatillista kuntoutusta voidaan tarkastella yhteiskunnallisena toiminta- ja sääntelyjärjestelmänä. Tästä näkökulmasta kuntoutuksen funktio on työvoiman riittävyyden säätely sekä työvoiman ulkopuolella olevan väestön toimintakyvyn ja sosiaalisen selviytymisen edistäminen. (Järvikoski ja Härkäpää 2004, 20–21.)

Kuntoutus voidaan yleisesti määritellä toiminnaksi, jolla pyritään parantamaan ihmisten toimintakykyisyyttä ja sosiaalista selviytymistä, edistämään työkykyä ja turvaamaan työuran jatkuvuutta (Järvikoski ja Härkäpää 2011, 8). *Ammatillinen kuntoutus* voidaan puolestaan Järvikosken ja Härkäpään (2004, 194–195) mukaan määritellä prosessiksi, johon sisältyy lääkinällisiä, kasvatuksellisia, sosiaalisia ja psykologisia osatekijöitä, jotka edistävät vajaakuntoisten henkilöiden integroitumista työelämään. Ammatillinen kuntoutus on yleensä suunnattu henkilöille, joiden riski syrjäytyä työmarkkinoilta joko työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikaistyöttömyyteen on tavalista suurempi. (Härkäpää ym. 2013, 14–15). Juvonen-Postin ym. (2016, 163) mukaan ammatillisella kuntoutuksella parannetaan henkilön ammatillisia valmiuksia, kohennetaan hänen työkykyisyyttään, edistetään työmahdollisuuksia ja työssä jatkamista sekä vähennetään syrjintää työpaikoilla. Ammatillisen kuntoutuksen perustavoitteet voidaan tiivistää kahteen: kuntoutujan työmarkkinallisiin valmiuksiin (esim. koulutus, työelämätaidot, työn hallinta) vaikuttamiseen sekä pyrkimykseen luoda työmarkkinoilla sellaisia olosuhteita, jotka mahdollistavat kuntoutujan työpaanoksen kysynnän (Järvikoski ja Härkäpää 2004, 195). Toisaalta on vaikea vetää rajaa sen välille, mikä on ammatillista ja mikä muuta kuntoutusta, mikä on kuntoutusta ja mikä taas hoitoa. Kuntoutuksen tavoitteet ovat aina liittyneet toisaalta fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kohentamiseen ja toisaalta työhön palaamisen edistämiseen ja työkyvyn parantamiseen. (STM 2015.) Myös Rajavaara ja Lehto (2013, 8) toteavat, että kuntoutuksen osa-alueet (lääkinällinen, ammatillinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen) eivät riittävästi jäsennä kuntoutustoimintaa, ja kaiken kattavaa kuntoutuksen määritelmää on käytännössä mahdotonta esittää.

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme erityisesti Kelan järjestämää ammatillista kuntoutusta. Arvioinnin kohteena on suhteellisen uusi tulokas ammatillisen kuntoutuksen palveluvalikoimassa, ammatillinen kuntoutuspalvelu. Siinä yhdistyivät Kelan aiemmat erilliset palvelut, kuntoutustutkimus ja kuntoutustarveselvitys. Tarkastelemme ammatillista kuntoutuspalvelusta kuntoutujalähtöisesti palveluun ohjautumisen ja oikea-aikaisuuden sekä palvelun toimivuuden ja tarkoituksenmukaisuuden näkökulmista. Tutkimuksessa hyödynnetään monimenetelmäistä lähestymistapaa. Tutkimus on osa Ammatillisen kuntoutuksen lain ja kuntoutuspalvelun uudistusta ja toimeenpanotutkimusta (AMKU-tutkimus). Tutkimus koostuu kahdesta kokonaisuudesta, joista toinen kohdistuu ensisijaisesti ammatillisen kuntoutuksen lainsäädännön muutokseen (ks. Haapakoski ym. 2018).

AMKU-tutkimus on puolestaan osa Kelan rahoittamaa ja koordinoimaa Muutos-hanketta, joka koostuu erityyppisten kuntoutusmuotojen tai -etuuksien osatutkimuksista (ks. Kela 2015a). Muutos-hankkeen tehtävänä on tutkia, millaisia vaikutuksia Kelan kuntoutuspalveluiden muutoksilla on ollut kuntoutujien saamaan palveluun ja kuinka uudet palvelut toteutuvat. Kiinnostus kohdistuu erityisesti asiakasnäkökulmaan, kuten siihen, onko kuntoutus osallistujien mukaan oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista. Uusista kuntoutuspalveluista selvitetään, miten toimivia ne ovat, millaisia hyötyjä ja vaikutuksia niillä on ja miten niitä tulisi kehittää. Kokonaisuudessaan *Muutos*-hankkeen tarkoituksena on tuottaa monimenetelmäisen ja moninäkökulmaisen implementaatiotutkimuksen keinoin soveltamiskelpoista tietoa Kelan kuntoutuksen kehittämis-, ohjaus- ja vaikuttamistyöhön. Kela on kaikkiaan toteuttanut erilaisten hankkeiden osana arviointitutkimuksia, joiden avulla on selvitetty kehitettyjen kuntoutusmuotojen toimivuutta, tuloksia ja vaikutuksia. Kuntoutusmalleja uudistetaan ja uusia malleja otetaan Kelassa käyttöön hankkeissa kertyneiden kokemusten ja tutkimustulosten perusteella. (Kela 2015a.) Rajavaaran (2006, 9) mukaan arviointi ei merkitsekään enää ainoastaan tutkimustiedon tuottamista päätöksenteon perustaksi, vaan se toimii myös toiminnan ohjauksen ja kehittämisen apuvälineenä.

Kelan järjestämällä tarkoituksenmukaisella ammatillisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään tai parantamaan siihen osallistuvien työ- ja ansiokykyä. Tavoitteena on edistää työssä jatkamista, tukea työelämään pääsyä tai sinne paluuta. (Sosiaaliturvaopas 2017.) Kelan tarjoamat ammatilliset kuntoutuspalvelut sisältävät ammatillisen kuntoutuspalvelun lisäksi ammatillisia kuntoutuskursseja sekä työssä oleville KIILA-kuntoutusta. Palveluvalikoimaan kuuluu myös työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus, joka tuli vuoden 2017 alusta uutena palveluna valikoimaan. Se korvasi aiemman työkokeilun, työhönvalmennuksen ja mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen. Lisäksi Kela tarjoaa koulutusta ja koulutuskokeiluja, erilaisia työssä ja opiskelussa tarvittavia apuvälineitä sekä elinkeinotukea yritystoimintaan. (Kela 2014a.) Kelan tuottama ammatillinen kuntoutus on suunnattu erityisesti työttömille, opiskelijoille, ammatinvaihtajille ja vähän aikaa työelämässä olleille. Tässä

suhteessa Kelan ammatillinen kuntoutus kohdistuu nimenomaan henkilöihin, joiden työvoimaura on syystä tai toisesta hapertunut.

Ammatillisen kuntoutuksen työnjako määrittää Kelan ammatillisen kuntoutuksen kohderyhmän. Työnjako määriteltiin sosiaali- ja terveystieteiden alaisessa kuntoutusasiain neuvottelukunnassa vuonna 2007, ja kohderyhmä määrittäyty ensisijaisesti potentiaalisen kuntoutusasiakkaan työmarkkina-aseman mukaisesti. (Ks. Juvonen-Posti ja Pensola 2016, 156–162.) Kelan lisäksi ammatillista kuntoutusta tarjoavat Suomessa tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset, eläkelaitokset sekä työhallinto. Tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset vastaavat niiden ammatillisesta kuntoutuksesta, joiden kuntoutuksen tarve johtuu työtapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta. Työhallinto puolestaan vastaa niiden työnhakijoiden ammatillisesta kuntoutuksesta, joilla on lääkärin toteama vamma tai sairaus, joka vähentää mahdollisuuksia saada työtä, säilyttää työ tai edetä työssä. Työeläkelaitokset tarjoavat ammatillista kuntoutusta työelämään vakiintuneille. (Sosiaaliturvaopas 2017.)

Ammatillisen kuntoutuksen työnjaon sisällä eri osajärjestelmissä kuntoutuksen tavoitteet, kuntoutukseen pääsyn kriteerit ja sisältö vaihtelevat. Esimerkiksi oikeus kuntoutukseen voi määrittäyty osajärjestelmästä riippuen joko subjektiivisena oikeutena tai tarvearvioinnin tai määrärahojen perusteella. (STM 2015.) Tämä aiheuttaa myös eriarvoisuutta. Juvonen-Posti ja Pensola (2016) toteavatkin, että erityisesti työttömien, yrittäjien ja ei-vakituisessa työsuhteessa olevien ammatillinen kuntoutus toteutuu riittämättömästi, koska näille ryhmille ei ole olemassa vakiintuneita työ- ja toimintakyvyn tuen prosesseja. Ammatilliseen kuntoutukseen pääsevät todennäköisimmin vakituisessa, kokoaikaisessa työsuhteessa keskisuurissa ja suurissa työpaikoissa työskentelevät (Juvonen-Posti ja Pensola 2016). Kuntoutusjärjestelmää on moitittu myös sirpaleisuudesta ja hajanaisuudesta. Kuntoutuksen asiakas – tai potentiaalinen sellainen – saattaa olla varsin ymmällään siitä, kuka hänen kuntoutuksestaan vastaa. Kuntoutusjärjestelmän monimutkaisuus liittyy vahvasti juuri erillisten ja itsenäisten osajärjestelmien toimintaan. (Miettinen 2011.) Tämä koskee myös ammatillista kuntoutusta ja sen hajautumista työnjaon mukaisesti monelle eri toteutustaholle. Tämänkaltaisessa toimintaympäristössä yhteistyön ja yhteistoiminnan merkitys ja problematiikka korostuvat (esim. Juvonen-Posti ja Pensola 2016).

Yhteiskunnallinen keskustelu työvoiman ylläpidosta ja työurien pidentämisestä johdatti siihen, että Kelan ammatillisen kuntoutuksen järjestämistä ja sisältöä sääteleviä lainkohtia muutettiin vuonna 2014 (Seppänen-Järvelä ym. 2015, 11). Kelan kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaetuuksia koskeva lakiuudistus lievensi ammatillisen kuntoutuksen myöntämisperusteita. Näin ollen uudistus voidaan liittää kuntoutuksen määrittämiseen yhteiskunnallisena toimintajärjestelmänä. Tässä näkökulmassa korostuvat kriteerit, jotka määrittävät oikeuksia ja mahdollisuuksia kuntoutukseen. (Ks. Järvikoski ja Härkäpää 2004, 21.) Lakimuutoksen julkilausuttuna tarkoitukseksi oli madaltaa ammatillisen kuntoutuksen kynnyksiä ja näin ehkäistä työkyvyttö-

myyseläkkeelle siirtymistä sekä pidentää työuria mahdollisimman varhaisella kuntoutuksella (Kela 2014b). Muutoksen taustalla vaikuttivat yhteiskunnalliset haasteet sekä hallitusohjelmassa esiin nostetut ongelmat. Niiden myötä syntyi tarve kiinnittää huomiota kuntoutustarpeen varhaiseen tunnistamiseen ja nähdä ammatillinen kuntoutus osana työhön paluun prosessia. Myös nuorten yhteiskuntatakuu ja osatyökykyisten työllistymisen edistäminen vaikuttivat Kelassa koettuun uudistustarpeeseen. (Vepsäläinen 2014.) AMKU-tutkimuksen toisessa osatutkimuksessa (Haapakoski ym. 2018) tarkastellaan erityisesti edellä mainittua, kuntoutuksen myöntämisperusteita lieventänyttä lakimuutosta.

Lakimuutos on käytännössä tarkoittanut sitä, että kuntoutusta myönnettäessä otetaan huomioon aiempaa laajemmin myös muut asiakkaan elämäntilanteeseen vaikuttavat asiat kuin sairaudet. Näitä ovat esimerkiksi fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, taloudelliset ja sosiaaliset seikat, asumisolosuhteet, koulutus, ammatti, aikaisempi toiminta ja ikä sekä muut vastaavat tekijät. Myöntökriteereissä painotetaan työkyvyttömyyden uhan sijasta opiskelu- tai työkyvyn olennaista heikentymistä, jota arvioidaan suhteessa sekä nykyhetkeen että lähivuosiin. (Kela 2017, 4.) Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan kokonaistilanteen lisäksi huomioon se, kykeneekö hakija haetun kuntoutuksen avulla todennäköisesti jatkamaan terveydentilaansa sopivassa työssä, palaamaan terveydentilaansa sopivaan työhön tai siirtymään työelämään. Lakimuutoksessa muuttuivat siis kuntoutuksen ensisijaista kohdetta koskevat käsitykset. Kuntoutuksen tarve määriteltiin pitkään erityisesti sairauden tai vamman aiheuttamasta työ- ja toimintakyvyn menetyksestä käsin, jolloin sairauksien hoito ja muut korjaavat toimet korostuivat. Nykyään kuntoutuksen nähdään koskevan myös arkielämässä selviytymisen vaikeuksia, hyvinvoinnin ongelmia sekä työn ja muiden elämänprojektien keskeytymisen uhkia. (Ylisassi ym. 2016, 155.) Kyse on jo pitkään käynnissä olleesta kuntoutuksen horisontaalisesta laajentumisesta eli uudenlaisten asiakasryhmien tulosta kuntoutuksen piiriin. Järvikoski ja Härkäpää (2001a, 54–56) toteavat, että horisontaaliseen laajentumiseen liittyy kuntoutuksen sairauskäsityksen laajentuminen ja kuntoutuksen varhaistuminen eli laajentuminen korjaavasta toiminnasta toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Samalla se kytkeytyy kuntoutuksen laajentumisena tilanteisiin, joissa toimintakyvyn heikkenemisen syynä ei ole diagnosoitu sairaus tai vamma. (Järvikoski ja Härkäpää 2001a, 54–56.)

Lakimuutoksen myötä Kelan ammatillista kuntoutusta saaneiden määrä on kasvanut. Vuodesta 2013 (13 890 kuntoutujaa) vuoteen 2015 (18 140 kuntoutujaa) ammatillista kuntoutusta saaneiden määrä kasvoi 36 prosenttia. Vuonna 2016 ammatillista kuntoutusta sai yhteensä 19 534 henkilöä. (Kelasto 2018.) Juvonen-Postin ja Pensolan (2016) arvion mukaan lakimuutoksen myötä yhä useampi työikäinen, erityisesti nuori, on päässyt Kelan ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutus on kohdentunut haasteellisiin asiakasryhmiin, joilla on esimerkiksi mielenterveysongelmia. Lakimuutos on myös muuttanut vuonna 2007 määriteltyjä ammatillisen kuntoutuksen

yhteistyön rajapintoja. Työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa yhteistyö on tiivistynyt TE-toimistojen ja Kelan välillä, ja samalla koordinaation tarve on kasvanut. (Juvonen-Posti ja Pensola 2016.) AMKU-tutkimuksen toisessa osatutkimuksessa (Haapakoski ym. 2018) tarkasteltiin kuntoutuksen myöntöedellytyksiin liittyneitä, vuoden 2014 keskeisiä lakimuutoksia ja selvitettiin, kuinka työ- ja opiskelukyvyyn heikkenemistä ja asiakkaan kokonaistilannetta uudistetun lain puitteissa arvioidaan. Tutkimuksessa kävi ilmi, että lain toimeenpano oli organisaation ja yksilökohtaisen työn tasoilla toimintapolitiikkaa, joka tulkitsee uusia käsitteitä ja muokkaa lain ihanteita. Keskeisenä ihanteena näyttäytyivät työelämähalu ja sen selvittäminen. Työkykyiset työlliset hakijat arvioivat Kelan kuntoutukseen hakemisen onnistuneimmaksi, ja he olivat myös tyytyväisimpiä Kelaan. Vastaavasti riittämätöntä toimeentuloa kokevat ja työttömät olivat tyytymättömiä. (Haapakoski ym. 2018.)

## 1.2 Ammatillinen kuntoutuspalvelu uutena palveluna

Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluvalikoima uudistui, kun vuoden 2015 alussa tuli voimaan uusi palvelu, ammatillinen kuntoutuspalvelu. Tämän arviointitutkimuksen kohteena on kyseinen palvelu, jossa yhdistyivät aikaisemmat kuntoutustutkimus ja kuntoutustarveselvitys. *Kuntoutustarveselvitys* oli varhaisessa vaiheessa kuntoutujan kanssa tehtävä asiantuntijoiden arvio työkyvystä, kuntoutuksen tarpeesta ja kuntoutusmahdollisuuksista. Palvelun kesto oli 1–3 päivää. *Kuntoutustutkimus* puolestaan oli asiakkaan kokonaistilanteen laaja-alainen kartoitus, jossa moniammatillinen työryhmä selvitti kuntoutujan kanssa yhteistyössä hänelle soveltuvia ammatillisia mahdollisuuksia. Palvelussa laadittiin myös ammatillinen kuntoutussuunnitelma. (Kela 2011.) Kuntoutustutkimuksen kesto oli yleensä 12 päivää ja lisäksi 1–2 seuranta päivää. Uudistuksen mukainen palvelu eli *ammatillinen kuntoutuspalvelu* on tässä vaiheessa voimassa vuoden 2018 loppuun. Siihen mennessä Kela arvioi palvelun toimivuutta ja mahdollisia kehitystarpeita. (Kela 2015c.)

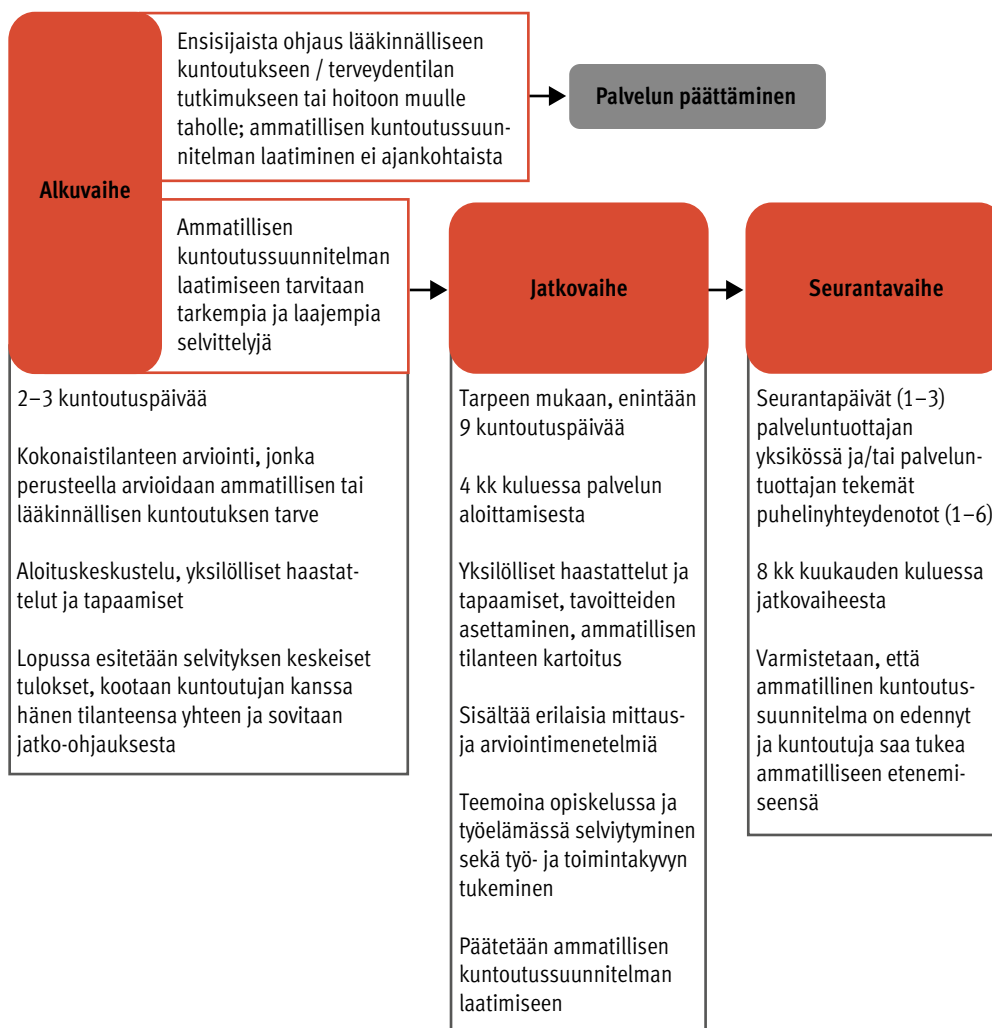
Kuntoutustutkimuksen ja kuntoutustarveselvityksen yhdistäminen ammatilliseksi kuntoutuspalvelukseksi syntyi Kelan kokemasta tarpeesta sujuvoittaa prosesseja asiakaslähtöisemmiksi. Aiemmin asiakas joutui hakemaan kuntoutustarveselvitystä ja kuntoutustutkimusta erikseen, jos kuntoutustutkimus katsottiin tarpeelliseksi kuntoutuspalveluksen jälkeen. Kelan tiedotteessa todetaan, että ammatillisen kuntoutuksen asiakkaiden katsottiin tarvitsevan helpon ja tehokkaan väylän ammatillisen kuntoutuksen palveluihin silloin, kun heillä on niukasti voimavaroja esimerkiksi sairauden tai työttömyyden vuoksi. (Kela 2015c.) Haasteena aiemmissa erillisissä palveluissa oli myös se, että lähettävä taho ei tunnistanut kuntoutustarveselvitystä ja kuntoutustutkimusta eivätkä ne vastanneet asiakkaiden tarpeita. Toimenpiteet sekoitettiin usein myös työkyvyn arviointiin. Kelan palvelukehityksessä syntyi tarve asiakasta tukevalle ja kattavalle selvitykselle, jolla ammatillinen polku aukeaisi. (Vepsäläinen 2014.)



Uudistetun palvelun, ammatillisen kuntoutus selvityksen toteuttamista ohjaamaan laadittiin uusi kuntoutus selvitys standardi eli palvelukuvaus (ks. Kela 2015b). Yleisesti kaikkea Kelan tuottaman kuntoutuksen toimeenpanoa ohjataan palvelukuvausten avulla. Näihin kuvauksiin kuuluu sekä kaikkia palvelulinjoja (myös muita kuin ammatillista kuntoutusta) koskeva yleinen osa (ks. Kela 2016) että palvelulinjakohtainen osa. Palvelukuvausten julkilausuttuna tavoitteena on turvata Kelan kuntoutujille laadullisesti hyvä kuntoutus oikea-aikaisesti sekä varmistaa kuntoutujan oikeudet (Kela 2016). Ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelukuvauksessa tavoitteeksi määritellään, että kuntoutus selvityksessä tunnistetaan ja arvioidaan kuntoutujan kanssa hänen työ- tai opiskelukykyynsä vaikuttavia tekijöitä ja selvitetään lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeet ja mahdollisuudet. Palvelun päämääränä on palvelukuvauksen mukaan tukea kuntoutujan työelämässä jatkamista, työelämään palaamista tai sinne siirtymistä. (Kela 2015b.)

Ammatillinen kuntoutus selvitys koostuu alkuvaiheesta, jatkovaiheesta ja seurantavaiheesta, ja se toteutetaan avomuotoisesti palveluntuottajan kuntoutustiloissa (ks. kuvio 1, s. 16). Palveluntuottajat valitaan kilpailutuksella. Alkuvaiheen (2–3 päivää) aikana selvitetään kuntoutujan kokonaistilanne, jonka perusteella arvioidaan ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimisen tarve. Jos suunnitelman laatimista ei koeta ajankohtaiseksi vaan ensisijaiseksi arvioidaan esimerkiksi ohjata kuntoutuja lääkinnälliseen kuntoutukseen, terveydentilan tutkimuksiin ja hoitoon tai muulle taholle, kuten TE-toimistoon, ei jatkovaihetta ja seurantavaihetta toteuteta. (Kela 2017, 17.) Jatkovaihe on puolestaan tarkoitettu niille, joiden ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen tarvitaan tarkempia ja laajempia selvittelyjä. Jatkovaiheen pituus määrittyy kuntoutujan tarpeiden mukaan, mutta enimmillään se voi kestää yhdeksän päivää. (Kela 2017, 18.) Ammatillisen kuntoutus selvityksen jatkovaihe päättyy ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen, johon osallistuvat sekä kuntoutuja että moniammatillinen työryhmä. Ammatillisen kuntoutus selvityksen seurantavaihe toteutetaan palvelukuvauksen mukaan kahdeksan kuukauden kuluessa jatkovaiheen jälkeen kuntoutujan tarpeiden mukaan joko palveluntuottajan luona toteutettavina seurantapäivinä tai puhelinyhteydenottoina. Seurantavaihe tähtää siihen, että kuntoutuja ja palveluntuottaja yhdessä varmistavat ammatillisen kuntoutussuunnitelman liikkeelle lähdön ja kuntoutuja saa tukea ammatilliseen etenemiseensä. (Kela 2015b.)

Ammatillisen kuntoutus selvityksen kohderyhmänä ovat työikäiset henkilöt, joiden sairaus, vika tai vamma ja muu kokonaistilanne aiheuttavat työ- tai opiskelukyvyyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen (Kela 2015b). Kuntoutus selvitys voidaan palvelukuvauksen mukaan järjestää ensinnäkin silloin, kun henkilön kokonaistilanne rajoittaa sopivan koulutus- tai ammattialan löytymistä ja tarvitaan selvittelyä opiskelusuunnitelman laatimiseksi. Se voidaan järjestää myös silloin, kun nuoren työ- ja opiskelumahdollisuuksia rajoittavat erilaiset tekijät tai henkilön opinnot eivät etene tai uhkaavat keskeytyä sairauden aiheuttamien vaikeuksien vuoksi.

**Kuvio 1.** Palvelun rakenne palvelukuvauksen mukaan.

Palvelu on mahdollinen myös silloin, kun henkilö tarvitsee ohjausta työllistymistä parantaviin toimenpiteisiin tai uudelleen koulutukseen pitkittyneen sairauden tai sairaudesta aiheutuvien rajoitteiden takia, hän on palaamassa työhön työkyvyttömyyseläkkeeltä, kuntoutustuelta tai pitkältä työttömyysjaksolta tai hänen työkyvyttömyyseläkkeensä tai kuntoutustukensa on hylätty. Lisäksi ammatillinen kuntoutus selvitys voidaan järjestää, jos aiemmista terveyden, opiskeluun tai työllistymiseen liittyvistä toimenpiteistä saatu tieto ei riitä ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Ammatillinen kuntoutus selvitys järjestetään myös automaattisesti, kun sairauspäivärahan suorituspäivien lukumäärä ylittää 60 päivää ja tarvitaan varhaista ammatillista kuntoutus selvitystä. (Kela 2015b.) Ensimmäisenä vuonna (2015) ammatillinen kun-

toutus selvitys kustannettiin 2 479 henkilölle. Vuonna 2016 se kustannettiin 3 089:lle ja vuonna 2017 yhteensä 3 238 henkilölle. Kaikkiaan vuonna 2017 ammatillisen kuntoutus selvityksen saajien osuus kaikista Kelan ammatillisen kuntoutuksen saajista oli noin 14 prosenttia. (Kela 2018.)

### 1.3 Henkilökeskeisyys ammatillisen kuntoutuksen palveluissa

Kelan järjestämää kuntoutusta – mukaan lukien ammatillinen kuntoutus ja ammatillinen kuntoutus selvitys sen osana – ohjataan lailla, jonka mukaan Kelan tarjoaman kuntoutuksen on oltava hyvän kuntoutuskäytännön mukaista (KKRL 566/2005 10 §). Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan laissa sitä kuntoutuskäytäntöä, jota ”Kelan ja julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä noudatetaan”. Kuntoutuksen tulee perustua vaikuttavuustuloksiin sekä käytettävissä olevaan tutkimustietoon. (Kela 2016.) Hyvän kuntoutuskäytännön ulottuvuuksia voidaan tarkastella myös eriytyneemmin. Kelan kuntoutuksen palvelukuvauksen yleisessä osassa viitataan erityisesti Paltamaan ym. (2011) tutkimukseen, jossa määritellään hyvän kuntoutuskäytännön perustana toimivia keskeisiä tekijöitä. Kirjoittajien mukaan näitä ovat seuraavat: asiakkaan yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittaminen, oikea ajoitus, asiakkaan ongelmien ja vahvuuksien tunnistaminen, tiedon ja kokemusten soveltaminen, asiakkaan ja perheen tai omaisten osallistuminen ja sitoutuminen sekä järjestelmien avoin yhteistyö. *Monialainen kuntoutus* -tilannekatsauksessa (STM 2015) puolestaan todetaan, että asiakaslähtöisyys määrittyy hyvän kuntoutuskäytännön keskeiseksi lähtökohdaksi. Sillä viitataan siirtymiseen pois järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyydestä siten, että asiakkaan tilanne ja tarve määrittävät toimintaa. Hyvän kuntoutuskäytännön keskeiset elementit ja erityisesti siirtyminen kohti henkilökohtaisempia palveluprosesseja tarjoavat tässä tutkimuksessa tarttumapintaa, jota on hyödynnetty ammatillisen kuntoutus selvityspalvelun arvioinnissa.

Kaikkiaan kuntoutuksen yhteydessä on käytetty muun muassa termejä asiakas-, henkilö-, potilas-, käyttäjä-, -orientoitunut, -lähtöinen ja -keskeinen. Asiakaslähtöisyys on eräs keskeinen ja samalla moniulotteinen käsite, jota käytetään useassa eri merkityksessä – joskus myös keskenään ristiriitaisissa sellaisissa (ks. Virtanen ym. 2011; Jesus ym. 2016). Asiakaslähtöisyyden ja -keskeisyyden lisäksi voidaan puhua kuntoutujakeskeisyydestä. Järvikosken (1994) mukaan kuntoutujakeskeiseen malliin (vs. kliiniseen malliin) pohjautuvassa kuntoutuksessa asiakas nähdään elämänsä aktiivisesti suunnittelevana subjektina, työntekijä yhteistyökumppanina ja asiakkaan ja työntekijän välinen suhde vahvuuksiin perustuvana tasa-arvoisena vuorovaikutussuhteena. Vilkkumaa (2012) mukaan asiakas keskeisyydellä ja kuntoutujakeskeisyydellä viitataan samaan asiaan eli kuntoutujan huomioon ottamiseen ja osallistamiseen. Käsitteet poikkeavat kuitenkin toisistaan siinä mielessä, että kuntoutuksen palveluntuottajalla on aina useampia asiakkaita: sekä kuntoutuja henkilöasiakkaana että kuntoutuksen tilaaja ja maksaja (Vilkkumaa 2012). Järvikosken (2013, 41) mukaan englanninkieliset termit *person-centredness* ja *client-centredness* vastaavat sisäl-

öllisesti suomenkielistä asiakaskeisyyden käsitettä. Edellisten kanssa rinnakkain on käytetty myös muun muassa termiä *individual-centredness* (Leplege ym. 2007).

Järvikoski (2013, 41) toteaa, ettei ole olemassa jonkinlaista yksinkertaista termiä, joka osoittaisi yleisesti asiakkaan (tässä tapauksessa kuntoutuspalveluihin osallistuvan) vaikutusmahdollisuuksia kuntoutuksessa. Tässä tutkimuksessa on päädytty käyttämään ensisijaisesti henkilökeskeisyys-termiä, joka ei ole lähtökohtaisesti sidoksissa institutionaaliseen asiakkaan tai kuntoutujan rooliin. Jesus ym. (2016) määrittelevät henkilökeskeisyyden ei niinkään tietyiksi toimintatavoiksi, vaan yleisemmäksi tavaksi ajatella ja tehdä asioita henkilöiden *kanssa* ja heitä *varten*, ei *heille*. Voidaankin ajatella, että henkilökeskeisyydessä on kyse tietynlaisesta normatiivisesta käsityksestä ja filosofisesta ”asenteesta”. Leplege ym. (2007) toteavat, että henkilökeskeisessä kuntoutuksessa kuntoutujaa ei redusoida hänen rajoitteisiinsa, vaan hänet nähdään subjektina omine ainutlaatuisine ominaisuuksineen ja elinympäristöineen. Hänen rajoitteitaan ei myöskään redusoida sairauksiksi, eikä sairauksia niiden näkyviksi oireiksi (Leplege ym. 2007). Entwistle ja Watt (2013) tiivistävät henkilökeskeisyyden (*person-centredness*) merkityksen siihen, että asiakkaita tai potilaita tulee ”kohdella persoonina”.

Leplege ym. (2007) ovat tarkastelleet moniulotteisen henkilökeskeisyys-käsitteen (*person-centredness*) käyttötapoja kuntoutuskirjallisuudessa. Heidän mukaansa käsitteeseen voidaan liittää neljä eri ulottuvuutta. Ensinnäkin henkilökeskeisyys voi perustua bio-psyko-sosiaaliselle lähestymistavalle ominaiseen ajatukseen siitä, että ihmiset ovat ainutlaatuisia. Näin ollen ei voida olettaa, että samoista haasteista ja rajoitteista kärsivien tarpeet olisivat väistämättä samanlaisia ja että he hyötyisivät juuri samankaltaisista interventioista. Lääketieteelliseen diagnoosiin perustuvan, niin sanotusti objektiivisen tiedon sijaan tulee kiinnittää huomiota ihmisen subjektiiviseen kokemukseen, elämäns historiaan ja tunteisiin, ja nähdä hänet osana sosiaalista yhteisöä. Toiseksi Leplegen ym. (2007) mukaan henkilökeskeisyyteen voidaan liittää oletus siitä, että erilaisten kuntouttavien interventioiden tulee heijastaa ihmisten todellisia, arkisia tarpeita ja edistää ihmisten edellytyksiä elää täysipainoista elämää heidän omassa elinympäristössään. Interventioiden vaikuttavuutta tulee aina arvioida suhteessa tähän tavoitteeseen. Koska erilaisiin rajoitteisiin liittyy aina sosiaalisia ja ympäristötekijöitä, joskus on olennaisempaa muokata ympäristöä sen sijaan, että pyrittäisiin ”sopeuttamaan” ihmistä ympäristöön. (Leplege ym. 2007.)

Kolmas henkilökeskeisyyteen liittyvä ulottuvuus koskee Leplegen ym. (2007) mukaan kuntoutujan voimaantumista tai valtautumista (*empowerment*) ja osallisuutta; kuntoutujan näkemistä hänen oman tilanteensa ja tarpeidensa asiantuntijana. Kuntoutujat tulee nähdä aktiivisina toimijoina sen sijaan, että heitä pidetään interventioiden passiivisina vastaanottajina. Heille tulee myös tarjota tarpeeksi tukea ja tietoa. Kuntoutujien tulee kokea interventiot subjektiivisesti tärkeiksi, ja niitä täytyy arvioida heille relevanteilla instrumenteilla. Interventio nähdään onnistuneeksi silloin,

kun se vaikuttaa aidosti ihmisten elämänlaatuun. Kyse on kaikkiaan kuntoutujan arvojen, preferenssien ja tarpeiden kunnioittamisesta (*recognition of personhood*). (Leplege ym. 2007.) Järvikosken (2013, 41) mukaan suomenkielisessä asiakaskeisyyden käsitteessä painottuu nimenomaan kyseinen ulottuvuus: asiakkaan näkeminen subjektina ja aktiivisena toimijana, jolla on oikeus olla mukana suunnittelemassa omaa kuntoutustaan ja tekemässä siihen liittyviä päätöksiä. Neljäs henkilökeskeisyyden ulottuvuus liittyy Leplegen ym. (2007) mukaan puolestaan siihen, että persoona nähdään ongelmien ja rajoitteiden takaa ja kuntoutujaa – kuten kaikkia muitakin ihmisiä – kohdellaan aina kunnioittaen ja arvostaen.

Jeglinsky ym. (2013) esittävät, että hoidon tai kuntoutuksen laatua arvioitaessa eräät kuntoutusprosessin ulottuvuudet ovat erityisen tärkeitä. Samalla ne voidaan nähdä osana hyvää kuntoutuskäytäntöä. Näitä ulottuvuuksia ovat kuntoutujan oma näkemys ja kokemus kuntoutusprosessin sujuvuudesta sekä sen hyödyntämisestä omassa arjessa, kokemus kuulluksi tulemisesta ja arvostamisesta sekä kuntoutuksen vastaaminen omiin tarpeisiin. (Jeglinsky ym. 2013.) Nämä ulottuvuudet voidaan liittää erityisesti niihin edellä esitettyihin henkilökeskeisyyden merkityksiin, jotka kytkeytyvät *kuntoutuksen tarvevastaavuuteen ja koettuun hyötyyn* ja toisaalta kokemukseen siitä, että henkilö on tullut prosessissa *kunnioitavasti ja arvostetusti kohdelluksi* (ks. Leplege ym. 2007). Hieman yksinkertaistaen voidaan todeta, että näissä merkityksissä on kyse sekä kunnioittamisen ja arvostuksen välittämisestä ja välittämisestä kuntoutujalle että kuntoutujan kokemuksesta siitä, että kuntoutus on ollut paitsi toteutukseltaan sujuvaa, myös juuri hänen elämäntilanteensa kannalta tarkoituksenmukaista ja tulevaisuutensa kannalta hyödyllistä. Nämä henkilökeskeisyyden merkitykset liittyvät nimenomaan siirtymään pois järjestelmä-, asiantuntija- ja rajoitteeskeisyydestä kohti tilannetta, jossa palveluihin osallistuvien henkilöiden ainutlaatuiset tarpeet ja tilanteet ohjaavat dynaamisesti palvelujen toteuttamista (vrt. STM 2015). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti mainittuja henkilökeskeisyyden ulottuvuuksia ammatillisen kuntoutuspalvelun prosessissa.

Henkilökeskeisyyttä ja sen toteutumista voi tarkastella eri merkitystasojen lisäksi erilaisilla konkreettisen toiminnan ja toimijoiden tasoilla. Laitilan (2010) mukaan asiakaslähtöisyys voi toteutua organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena sekä asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toimintana. Günther ym. (2013, 10) puolestaan näkevät, että asiakaslähtöisyyttä voidaan tarkastella asiakkaiden kokemuksina, asiakas-ammattilaiskohtaamisissa, ammattilaisten työkäytännöissä ja ammatillisuuden elementtinä sekä palvelujärjestelmän toimivuutena ja responsiivisuutena. Tämän tutkimuksen moninäkökulmainen aineisto mahdollistaa henkilökeskeisyyden tarkastelun toiminnan eri tasoilla. Ammatillista kuntoutuspalvelua arvioidaan ensinnäkin kiinnittämällä huomiota prosessin kulkuun ja sujuvuuteen kuntoutujan näkökulmasta: mitä kerrotaan tapahtuvan palveluun ohjautumisessa, palvelun toteutuksessa ja sen jälkeen, ja miten prosessi koetaan. Erilaiset asiakas-ammattilaiskohtaamiset ovat läsnä prosessin eri

vaiheissa. Tarkastelussa ovat mukana myös prosessiin osallistuvien instituutioiden ja organisaatioiden toiminta: palvelun ostaja eli Kela (joka asemoituu osaksi laajempaa, lainsäädännöllä ohjattavaa kuntoutusjärjestelmää) sekä ammatillista kuntoutuspalvelusta toteuttava yksikkö (jonka toimintaa puolestaan ohjataan Kelan hankintamenettelyllä ja yksilöidyillä palvelukuvauksilla). Kuten Ylilahti (2014, 24) toteaa, kuntoutus on aina ihmisten välistä toimintaa, jossa korostuu yksinkertaisimmillaan instituution, professioiden ja yksilön välinen kohtaaminen.

#### 1.4 Monimenetelmäinen arviointitutkimus

Tässä tutkimuksessa mukaillaan Muutos-hankkeen yleistä implementaatio- eli toimeenpanotutkimuksellista lähestymistapaa. Seppänen-Järvelän (2016) mukaan Muutos-hanke kohdistuu kuntoutuspalvelun toimeenpanoon tilanteessa, jossa palvelun sisällöt, toimintatavat tai ehdot ovat muuttuneet tai vastaavasti on luotu uusi palvelukonsepti (ks. myös Kela 2015a). Tässä tutkimuksessa on kyse jälkimmäisestä eli uudesta palvelusta – ammatillisesta kuntoutuspalveluksesta – ja sen toimeenpanon tarkastelusta. Seppänen-Järvelä (2016) toteaa, että jos implementaatiotutkimuksessa erotetaan politiikka ja toimeenpano ja tarkastellaan toimeenpanoa määritellyn politiikan toteuttamisena, voidaan erottaa erilaisia tutkimuksellisia lähestymistapoja. Muutos-hanke nojaa kokonaisuudessaan institutionaaliseen näkökulmaan, jossa tutkimuksen kiinnostus kohdistuu toimeenpanoprosessiin. Ammatillisen kuntoutuspalveluksen tapauksessa tämä tarkoittaa Kelan palvelukuvauksilla (yleinen ja palvelukohtainen osa) ja hankintamenettelyllä ohjaamaa toimeenpanoa, joka realisoituu kuntoutuksen palveluntuottajan toteuttamana palveluna kuntoutusasiakkaille. (Seppänen-Järvelä 2016.)

Toimeenpanon tarkastelussa hyödynnetään realistisen arviointitutkimuksen lähestymistapaa. Siinä realismi viittaa Pawsonin ja Tilley'n (1997, xii–xiv) mukaan kolmeen asiaan: ensinnäkin ajatukseen siitä, että todellisuus on olemassa havainnoijasta riippumatta. Sosiaalinen todellisuus on aina kerrostunutta: kaikkiin sosiaalisiin interventioihin sisältyy yksilön ja instituution, rakenteen ja toimijan välistä vuorovaikutusta ja tämä tulee ottaa tutkimuksessa huomioon. Todellisuutta koskeva, tutkimuksessa tuotettava tieto nähdään kuitenkin aina osittaiseksi ja tiettyyn perspektiiviin ja maailmankuvaan pohjautuvaksi (ks. Maxwell ja Mittapalli 2010). Toisekseen realismi liittyy Pawsonin ja Tilley'n (1997, xii–xiv) mukaan metodologiaan eli siihen, että realistisessa arvioinnissa pyritään selvittämään ilmiöiden vaikutusyhteyksiä. Kolmanneksi se viittaa siihen, että realistinen arviointitutkimus on soveltavaa tutkimusta, jonka tarkoituksena on vastata eri toimijoiden – päätöksentekijöiden, ammattilaisten, osallistujien, yleisön – tietotarpeisiin. Myös tässä tutkimuksessa tuotetaan tietoa, jota voidaan hyödyntää erityisesti Kelan ammatillisen kuntoutuksen kehittämistyössä. Toisaalta tutkimuksessa pyritään tarjoamaan näkökulmia myös muille ammatillisen kuntoutuksen palveluiden parissa toimiville tahoille. Esimerkiksi ammatillista kuntoutuspalvelusta käytännössä toteuttavat, palveluyksiköissä toimivat

ammattilaiset voivat toivottavasti hyödyntää tutkimuksen tuloksia oman työnsä reflektoinnissa ja palvelun järjestämisessä asiakkaille omissa organisaatioissaan.

Realistiselle arvioinnille onkin tyypillistä monimenetelmäisyys ja analyysin monita-soisuus (Julnes ja Mark 1998). Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty tarveperusteisesti monimenetelmäistä lähestymistapaa. Monimenetelmäinen tutkimus (*mixed-method research*<sup>1</sup>) voidaan määritellä tutkimukseksi, jossa kerätään ja analysoidaan sekä määrällistä että laadullista aineistoa (Cresswell ja Plano Clark 2006). Aineistot yhdistetään jossain tutkimusprosessin vaiheessa, viimeistään tulosten tulkinnassa (Johnson ja Onwuegbuzie 2004). Koko AMKU-tutkimuskokonaisuudessa hyödynnetään ideaa niin sanotusta metodologisesta pluralismista, moniarvoisuudesta (ks. myös Haapakoski ym. 2018). Kariston (2004) mukaan menetelmällisessä moniarvoisuudessa ei aseteta erityyppisiä tutkimusaineistoja paremmuus- tai ajalliseen järjestykseen, vaan erilaisten aineistojen käyttämisessä on pikemminkin kyse *yleis- ja lähikuvauksen vaihtelemisesta* tutkimuksen aikana. Tässä tutkimuksessa tällä vaihtelulla pyritään luomaan ammatillisen kuntoutus selvityksen toimeenpanosta mahdollisimman monipuolinen, tutkimuksen tarkoitus palveleva kokonaiskuva. Kuten Ronkainen (2009) toteaa, monimenetelmäinen tutkimus voidaan nähdä tutkimuksen toimintatapana, jonka ytimessä on erityyppisen ja eri yleisyydellä toimivan tiedon yhdistäminen tutkimuksen tavoitteeseen pääsemiseksi. Erilaiset pragmaattiset jaot eivät ole tutkimuksen käytäntöjen kannalta keskeisiä (Ronkainen 2009). Danermark ym. (2002) esittävätkin, että jako määrälliseen ja laadulliseen tutkimukseen korvattaisiin ”pragmaattisella metodien kombinaatiolla”. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa hyödynnetään juuri niitä menetelmiä, joiden avulla tutkimuskysymyksiin voidaan vastata parhaalla mahdollisella tavalla. Tutkimusasetelmaa ei lukita tiukasti etukäteen, vaan se elää tutkimusprosessin kuluessa tämän tavoitteen mukaisesti (Johnson ja Onwuegbuzie 2004).

Menetelmällisessä moniarvoisuudessa ei tarvitse olla kyse menetelmällisestä kaikkiruokaisuudesta eli siitä, että tarveperusteisuuden nojalla ”kaikki käy”. Niin sanotussa *kriittisessä pluralismissa* kiinnitetään tutkimuskysymysten lisäksi huomiota erilaisten lähestymistapojen tieteenfilosofiin perustoihin ja niiden yhteensovittamisen problematiikkaan (Danermark ym. 2002). Olennaista on se, millä tavoilla ja ennen kaikkea millä perusteilla aineistoja sovitetaan tutkimuksen eri vaiheissa yhteen. Fetters ym. (2013) toteavatkin, että monimenetelmäisiä tutkimusasetelmia erottaa toisistaan se, miten niissä asennoidutaan aineistojen väliseen suhteeseen ja koherenssiin. Tässä tutkimuksessa määrällisiin ja laadullisiin aineistoihin perustuvia tuloksia ei käsitellä suoraviivaisesti toisiaan validoiviksi tai haastaviksi vaan toisiaan täydentäviksi. Koska keskiössä on tarveperusteinen, erimuotoisten aineistojen ja erilaisten analyysi-

1 Käytännössä eri tyyppisiä aineistoja yhdistävistä tutkimusstrategioista on käytetty varsin monia nimityksiä; *mixed-methods*-nimityksen lisäksi esimerkiksi termejä *mixed methods approach/design*, *multimethod/multitrait research*, *methodological triangulation*, *mixed methods research*, *mixed methodology* ja *combined research* (ks. Creswell ja Plano Clark 2006). Suomeksi puhutaan usein joko monimenetelmällisyydestä tai kuten tässä tutkimuksessa – mahdollisimman yksinkertaisesti – monimenetelmäisyydestä.

simenetelmien mahdollistama liike eri yleisyystasojen välillä sekä vastaaminen eri luonteisiin tutkimuskysymyksiin, ei koherenssin tavoittelu ole tarkoituksenmukaista. Kriittisen pluralismin hengessä olisi myös tieteenfilosofisesti hataraa, jos esimerkiksi laadullisen aineiston tuloksia pyrittäisiin yksioikoisesti validoimaan määrällisen aineiston tuloksilla (ks. Danermark ym. 2002).

Kriittiseen pluralismiin kytkeytyy ajatus *ekstensiivisestä ja intensiivisestä lähestymistavasta* ja niihin liittyvistä empiirisistä käytännöistä, joita hyödynnetään toisiaan täydentävällä tavalla (Danermark ym. 2002). AMKU-tutkimuskokonaisuudessa molempien lähestymistapojen käyttö on mahdollistanut liikkumisen arvioinnin eri tason – kuvailun ja luokittelun, selittämisen ja ymmärtämisen – välillä. Ekstensiivisessä lähestymistavassa pyritään Danermarkin ym. (2002) mukaan tunnistamaan populaatioissa ilmeneviä säännönmukaisuuksia ja ominaispiirteitä. Lähestymistavalle tyypilliset kysymykset koskevat esimerkiksi sitä, mitkä ominaispiirteet erottavat eri ryhmiä toisistaan ja miten laajalle tietyt piirteet tai prosessit ovat levinneet. Käytetty aineisto on usein määrällistä, ja analyysi pohjautuu perusjoukon tai edustavan otoksen tarkasteluun ja tilastollisiin analyyseihin. (Danermark ym. 2002.) Tämän tutkimuksen kyselyaineisto on tarjonnut mahdollisuuden kuvata sitä, keitä ammatilliseen kuntoutusselvitykseen osallistuvat ovat, miten he ohjautuvat palveluun ja miten he palvelua arvioivat. Tulosten käyttöarvon lisäämiseksi palvelun toimivuutta on tarkasteltu erikseen erilaisilla kuntoutujaryhmillä (ks. Rostila 2001). Lisäksi AMKU-tutkimuksen toisen osatutkimuksen (Haapakoski ym. 2018) kyselyaineisto on mahdollistanut sen, että ammatillisen kuntoutusselvityksen osallistujia on voitu verrata kaikkiin ammatillista kuntoutusta hakeneisiin ja näin tarkentaa kuvaa juuri tähän palveluun osallistuvista. Tällä tasolla kyse on ollut nimenomaan kuvailuun keskittyvästä arvioinnista (ks. Patton 1997, *descriptive focus of evaluation*).

Intensiivinen lähestymistapa sisältää puolestaan Danermarkin ym. (2002) mukaan yksittäisten tai määrältään rajattujen tapausten tarkastelun kontekstissaan. Olennaiset kysymykset liittyvät esimerkiksi siihen, mitä toimijat prosessin kuluessa tekevät, miten prosessi toimii tietyssä tapauksessa tai tapauksissa ja mikä tuottaa tietyn muutoksen. Intensiivinen lähestymistapa liittyy usein laadullisen aineiston ja sille tyypillisten analyysimenetelmien käyttöön. (Danermark ym. 2002.) Tässä arviointitutkimuksessa tapaustutkimuksellisen aineiston, erityisesti haastattelujen sekä kyselyn avointen kysymysten avulla voitu analysoida yksilöllisiä prosesseja ja niihin liittyviä hyötyjä ja haittoja tuottavia toimintatapoja (ks. Patton 1997, *process focus of evaluation*). Tämä on tarkoittanut erilaisten vaikutusmekanismien käsittelyä ja pyrkimystä jäljittää palvelukokemuksen eroja selittäviä tekijöitä. Tällä tasolla on keskitytty miksi-kysymykseen: miksi palvelu mahdollisesti joidenkin kohdalla toimii, ja miksi ei? Huomiota on kiinnitetty erityisesti toiminnan kommunikatiivisiin ja prosessuaalisiin ulottuvuuksiin – kuntoutusprosessin aikana vaikuttavien merkityksellisten tekijöiden kartoittamiseen (ks. Suikkanen ja Lindh 2001).



## 2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämä Muutos-hankkeen osatutkimus toteutetaan monimenetelmällisellä lähestymistavalla. Aineiston muodostaa ammatillisessa kuntoutusselvityksessä käyneiltä kuntoutujilta kerätty kyselyaineisto sekä tapauskohtainen aineisto, joka koostui kuntoutujien haastatteluista, heidän omaohjaajiensa ja lähettävien tahojen haastatteluista sekä kuntoutujakohtaisesta asiakirja-aineistosta. Tutkimuksen tavoitteena on ensinnäkin kuvailla palvelun kohderyhmää ja toteutumista: ketä ammatilliseen kuntoutusselvitykseen ohjautuu ja miten, mitä palvelussa tapahtuu ja miten palveluprosessi koetaan. Toisaalta tutkimuksessa esitetään myös arvioivia kysymyksiä: keiden kohdalla palvelu näyttää toimivan, miksi ja missä olosuhteissa (ks. Pawson ja Tilley 1997). Tällöin kyse on realistiselle arvioinnille tyypillisestä vaikutussuhteiden ja prosessien tarkastelusta (ks. Pawson ja Tilley 1997; Lindqvist 2005; Maxwell ja Mittapalli 2010). Arvioiva tutkimusote mahdollistaa palvelun toimivuuden ja tarkoituksenmukaisuuden tarkastelun. Ennalta määritettyjä tavoitteita tai tuloskriteereitä ei aseteta palvelun onnistuneisuuden mittariksi, vaan palvelua arvioidaan suhteessa toimintamallien osuvuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen (ks. Rajavaara 2001, 60). Huomio kiinnitetään erityisesti tiettyihin kuntoutuksen henkilökeskeisyyden merkityksiin: ammatillisen kuntoutuspalvelun tarvevastaavuuteen ja subjektiiviseen hyötyyn sekä kunnioittavaan ja arvostavaan kohteluun.

Aineistoa analysoidaan suhteessa palvelun päämäärää sekä tavoitteita ja toteutusta ohjaavaan palvelukuvaukseen. Ammatillisen kuntoutusselvityksen palveluntuottaja toteuttaa palvelun sekä ammatillista kuntoutusta koskevan yleisen osan että palvelulinjakohtaisen palvelukuvauksen mukaisesti ja pyrkii samalla kuntoutuksen mahdollisimman suureen vaikuttavuuteen (Kela 2016). Voidaankin ajatella, että ammatillisen kuntoutusselvityksen toimeenpanoa ohjataan sekä yleisellä että suhteellisen yksityiskohtaisella palvelukuvauksella palvelun tasalaatuisuuden varmistamiseksi. Samanaikaisesti kuntoutusselvityksessä on kyse palveluyksiköissä tehtävästä asiakaslähtöisestä työstä – ainutlaatuisista elämäntilanteista ja ainutkertaisista kohtaamisista (ks. myös Lindqvist 2005, 13). Analyysi rakentuu näiden tasojen välisen suhteen tarkastelulle – erilaisten kohtaamisten ja kohtaamattomuuksien paikantamiseen. Kyse on siis palvelun toimivuuden tarkastelusta myös sen valossa, miten palvelun taustaoletukset ja kohderyhmän olosuhteet ja tarpeet kohtaavat (ks. Rajavaara 2001).

Tutkimuksen tarkemmat kysymykset ovat seuraavat:

1. Palveluun ohjautuminen ja palvelun oikea-aikaisuus
  - Millaisia kuntoutujia palveluun ohjautuu ja millaisissa tilanteissa?
  - Kuinka palveluun ohjautuminen tapahtuu ja miten se koetaan?
  - Mitä ulottuvuuksia palvelun oikea-aikaisuuteen liitetään? Miten oikea-aikaisuuden koetaan toteutuvan?

## 2. Palvelun toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus

- Miten kuntoutujat kokevat palvelun ja sen eri vaiheet ja elementit?
- Millaisia tavoitteita ja suunnitelmia palvelussa tehdään ja miten ne toteutuvat?
- Miten kuntoutujat arvioivat palvelun onnistumista ja vaikutuksia omalla kohdallaan?
- Mitkä tekijät palveluprosessissa vaikuttavat sen koettuun onnistumiseen ja vaikutavuuteen edistävästi tai heikentävästi?

### 3 Tutkimuksen toteuttaminen

#### 3.1 Aineistot

Tutkimuksen aineiston muodostivat kysely- ja tapaustutkimusaineistot. Lisäksi vertailupohjana käytettiin soveltuvilta osin AMKU-tutkimuskokonaisuuden toisessa osuudessa kerättyä kyselyaineistoa (ks. Haapakoski ym. 2018). Aineistot ja vertailukysely esitetään kuviossa 2. Tutkimus kävi läpi Kelan eettisen ennakoarvioinnin ennen aineistonkeruun aloittamista.

**Kuvio 2.** Aineistokokonaisuus.



#### Kyselyt

Kuntoutujille suunnatun postikyselyn perusjoukon muodostivat poistojen<sup>2</sup> jälkeen 18–64-vuotiaat henkilöt, joille oli vuonna 2015 kustannettu Kelan ammatillinen kuntoutuspalvelus. Otanta perustui ositettuun systemaattiseen otantalaskelmaan, joka suoritettiin saajien ja kustannusten tilastointitiedostosta. Kyselyssä kartoitettiin kuntoutujien kokemuksia ammatillisen kuntoutuspalveluksen hakemisesta sekä näkemyksiä kuntoutusaloitteen tekijästä ja työ- ja opiskelukykyä ja sitä häiritsevistä tekijöistä. Lisäksi kyselyllä selvitettiin osallistujien ajatuksia palvelun oikea-aikaisuudesta, sen toteuttamisesta kuntoutusyksikössä ja kuntoutusyksikön onnistumisesta, tavoitteiden asettamisesta ja suunnitelmasta sekä palvelun vaikutuksista. Kyselylomakkeeseen sisältyi sekä strukturoituja että avoimia, laadullisia kysymyksiä (ks. liite 1). Kyselylomakkeen viimeistelyvaiheessa sitä testasi kahdeksan työkyvyn arviointiin, ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen, kuntoutustutkimukseen tai kuntoutustarveselvitykseen osallistunutta henkilöä.

<sup>2</sup> Perusjoukosta poistettiin seuraavat: alaikäiset; henkilöt joiden asuinpaikka on tuntematon, poste restante, ulkomaa tai Ahvenanmaa; asiointikieltään ruotsinkieliset; henkilöt, joille on saman vuoden aikana kustannettu useamman kerran vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta; AMKU-tutkimuksen toisen osatutkimuksen (ks. Haapakoski ym. 2018) otokseen valikoituneet.

Kysely toteutettiin Muutos-hankkeen tutkimussuunnitelman mukaisesti postikyselyinä. Kyselyn perustiedot esitetään taulukossa 1. Vastausprosentti oli noin 28, jota voidaan pitää postikyselylle kohtuullisena ottaen huomioon, että uudet vastaamista helpottavat välineet, kuten sähköiset kyselyt, ovat nykyään yleisiä. Kyselyaineiston vastaavuutta perusjoukkoon analysoitiin yleisellä log-lineaarisella mallilla, jonka mukaan aineiston yleistettävyyks oli hyvä<sup>3</sup>. Tällä voidaan perustella sitä valintaa, että kyselyn tuloksia raportoitaessa viitataan kuntoutus selvityksen osallistujiin tai kuntoutujiin, ei ainoastaan kyselyn vastaajiin.

**Taulukko 1.** Kyselyjen perustiedot.

	Kysely ammatillisen kuntoutus selvityksen osallistujille	Kysely kaikille ammatillisen kuntoutuksen hakijoille 2015
Perusjoukko, rajattu	2 389	11 779
Otos	1 240	1 520
Osallistujat	352	542
Vastausprosentti (%)	28	36
Sukupuoli (%)		
Mies	45	33
Nainen	52	65
Vakuutuspiiri (%)		
Pohjoinen	20	23
Keskinen	15	19
Läntinen	15	12
Itäinen	28	20
Eteläinen	17	21
Ikäryhmä, vuotta (%)		
18–34	27	23
35–44	15	13
45–54	37	33
55–64	17	27

Kyselytuloksia verrattiin soveltuvilta osin AMKU-tutkimuskokonaisuuden toisen osatutkimuksen kyselyn tuloksiin. Kyseisessä osatutkimuksessa tarkasteltiin vuoden 2014 kuntoutuksen myöntöedellytyksiin liittyneitä lakimuutoksia (ks. Haapakoski ym. 2018). Kysely suunnattiin ennen lakimuutosta ja sen jälkeen (vuosina 2013 ja 2015) Kelan ammatillista kuntoutusta hakeneille. Kyselyn toteuttamiseksi suunnit-

3 Tarkastelun perusteena käytettiin otoskriteerejä eli vakuutuspiiriä, sukupuolta ja ikäryhmää. Peruseriaatteena pidetään sitä, että mallin korjatut jäännökset (*adjusted residuals*) voivat olla itseisarvoltaan yli kaksi satunnaisesti noin viidessä prosentissa solujen kokonaismäärästä. Kyselyaineistossa jäännökset olivat yli kaksi ainoastaan kolmessa solussa (6,3 %).

teltiin ositettu otanta<sup>4</sup>, ja vastaajat poimittiin Kelan kuntoutuksen ratkaisutilastosta. Mukana oli siis sekä hylätyn että myönnetyn kuntoutuspäätöksen saaneita hakijoita. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin vertailupohjana vuonna 2015 ammatillista kuntoutusta hakeneita vastaajia, joista 11 prosenttia kertoi hakeneensa ammatillista kuntoutusselvitystä. Kyselyn vastausprosentti oli 36 %. Aineiston vastaavuutta perusjoukkoon analysoitiin yleisellä log-lineaarisella mallilla otoskriteereittäin, ja analyysin perusteella aineistossa painottuivat jonkin verran iäkkäiden naisten vastaukset.

### *Tapaustutkimusaineisto*

Tapaustutkimuksellinen aineisto muodostui moninäkökulmaisesti kuntoutujan, ammatillisen kuntoutusselvityksen palveluntuottajan omaohjaajan ja lähettävän tahon edustajan haastatteluista sekä kuntoutujakohtaisista asiakirjoista. Tapaustutkimusosioon valittiin alustavasti kymmenen osallistujaa postikyselyyn vastanneiden joukosta. Kyselyyn liitettiin haastattelukutsu (liite 2) ja alustava suostumuslomake. Lomakkeen palautti kyselyn yhteydessä 127 henkilöä. Osallistujien valinnassa huomioitiin sukupuoli, ikä ja asuinalue. Kyselyn vastauksia ei yhdistetty tapaustutkimusaineistoon, joten esimerkiksi osallistujien työmarkkina-asemaa tai työkyvyn häirittejä koskevaa tietoa ei ollut valintavaiheessa käytössä. Haastateltavien taustat ja elämäntilanteet osoittautuivat kuitenkin vaihteleviksi. Mukana oli työuransa eri vaiheissa olevia, koulutukseltaan, työhistorialtaan ja perhetilanteeltaan erilaisia kuntoutujia. Työkyvyn vaikuttivat joko erikseen tai erilaisina yhdistelminä tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, keuhkosairaudet, silmäsairaudet ja mielenterveyden häiriöt. Osallistujien olennaisimmat taustatiedot esitetään taulukossa 2 (s. 29). Osallistujien anonymiteetin suojelemiseksi tarkempia tietoja ei esitetä.

Tutkimukseen valittuihin kuntoutujiin otettiin yhteyttä, ja heille kerrottiin lisätietoja tutkimuksesta. Jos henkilö oli edelleen kiinnostunut osallistumaan, hänelle lähetettiin tiedote tutkimuksesta (liite 2) sekä lopullinen suostumuslomake tutustuttavaksi (liite 3). Kuntoutujiin otettiin jonkin ajan kuluttua yhteyttä ja edelleen halukkaiden kanssa sovittiin heille parhaiten sopiva haastattelu-aika ja -paikka. Tässä vaiheessa kaksi ei halunnut osallistua ja yhtä ei tavoitettu. Mukaan valittiin vielä yksi kuntoutuja, joten lopulliseksi osallistujamääräksi muodostui kahdeksan. Kuntoutujien haastattelut toteutettiin vuoden 2016 loppupuolella puolistrukturoituna teemahaastatteluina. Ennen haastattelua kaikki kuntoutujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen<sup>5</sup>. Kaikissa haastatteluissa käsiteltiin suurin piirtein samat haastattelurungon teemat ja niihin liittyvät kysymykset (liite 4). Kysymysten järjestys ja tarkka muoto kuitenkin vaihtelivat. Haastattelijat havainnoi tarkasti puhetta ja saattoi esittää

4 Ositettu otanta tehtiin vuoden 2013 ja 2015 Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoista, jolloin rajausten jälkeen perusjoukosta poimittiin suhteelliset osuudet Kelan vakuutuspiireittäin uuden jaottelun mukaisesti, sukupuolittain sekä ikäryhmän mukaan kummankin otoksen osalta yhteensä.

5 Lomakkeessa pyydettiin suostumus haastatteluun ja sen tallentamiseen sekä omaohjaajan ja lähettävän tahon haastatteluihin. Lupaa pyydettiin myös siihen, että Kela saa toimittaa tutkimusryhmälle kuntoutusselvitykseen liittyvät asiakirjat, ja siihen, että kaikki aineistot yhdistetään.

täsmentäviä kysymyksiä, pyytää haastateltavaa kertomaan lisää tai tarkistaa, oliko tämä ymmärtänyt asian oikein. Tarkoituksena oli pyrkiä murtamaan kysymys–vastaus-haastattelukaavaa ja luoda tilaa runsaammalle, refleктоivalle ja merkityksiä tuottavalle keskustelulle (ks. Kvale 1996; Tracy 2012). Haastattelussa käytiin läpi ammatillisen kuntoutus selvityksen prosessi kunkin kuntoutujan kohdalla. Pääteemat olivat palveluun ohjautuminen, kuntoutujan palvelupolku ja eri toimijoiden välinen yhteistyö, palvelun toteutus ja toimivuus, kuntoutus selvityksen päätyminen sekä palvelun lopputulokset. Yksi haastatteluista toteutettiin muussa yksityisessä tilassa, loput kuntoutujien kotona. Haastattelut kestivät keskimäärin hieman alle puolitoista tuntia, lyhimmillään noin 40 minuuttia ja pisimmillään noin kaksi ja puoli tuntia. Haastattelujen jälkeen yksi tutkimusryhmän jäsenistä litteroi haastattelut sanatarkasti<sup>6</sup>. Yhteensä litteroitua materiaalia kertyi rivinvälillä 1 noin 145 sivua.

Kaikille ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuneille määritellään palveluntuottajan kuntoutus yksikössä omaohjaaja, joka palvelukuvauksen (Kela 2015b) mukaan neuvoo ja ohjaa kuntoutujaa yksilöllisten tavoitteiden laatisemisessa, seuraa niiden toteutumista ja tukee ammatillisten tavoitteiden etenemistä. Tapaustutkimusaineistoon sisältyi myös osallistujien omaohjaajien haastattelut. Yksi kuntoutuja ei osannut nimetä omaohjaajaansa, loppujen osalta omaohjaaja saatiin jäljitettyä. Haastattelua varten tavoiteltiin myös lähettävän tahon edustajia eli henkilöitä, jotka olivat toimineet kuntoutusaloitteen tekijöinä. Neljä osallistujaa ei tunnistanut varsinaista lähettävää tahoa tai lähettävänä tahona oli toiminut Kela. Muiden lähettävinä tahoina oli toiminut TE-toimiston virkailija, hoitava lääkäri tai keskussairaalan poliklinikan kuntoutusohjaaja. Kaikkiaan siis seitsemälle omaohjaajalle ja neljälle lähettävälle taholle toimitettiin sähköpostitse haastattelupyynnö ja tutkimusta koskeva tiedote (liite 5), minkä jälkeen heihin otettiin yhteyttä haastatteluajan sopimiseksi. Omaohjaajista kaksi ei halunnut osallistua haastatteluun.

Ennen sovittua haastattelu aikaa omaohjaajille ja lähettävän tahon edustajille toimitettiin asianomaisen kuntoutujan allekirjoittama suostumuslomake. Haastattelut toteutettiin yhtä omaohjaajaa lukuun ottamatta puhelinhaastatteluina, ja niiden alkusi pyydettiin nauhalle suostumus haastattelun toteuttamiseen ja nauhoittamiseen. Puolistrukturoituun teemahaastatteluun liittyi sekä yleinen että kuntoutujakohtainen osa (liitteet 6 ja 7). Yleisessä osassa käsiteltiin ammatilliseen kuntoutus selvitykseen liittyvää uudistusta ja sen toteutumista. Kuntoutujakohtaisessa osassa käsiteltiin asianomaisen henkilön lähtötilanteeseen, palvelupolkuun, kuntoutus selvityksen toteutukseen, työmenetelmiin ja tuloksiin liittyviä teemoja. Omaohjaajien haastattelut kestivät keskimäärin noin 70 minuuttia – lyhin noin tunnin ja pisin noin puolitoista tuntia. Lähettävien tahojen edustajien haastattelut kestivät keskimäärin noin tunnin, lyhimmillään noin 50 minuuttia ja pisimmillään noin puolitoista tuntia. Haastattelut

6 Erilaiset sisällön kannalta merkitysettömät täytesanat, sanojen toistot ja puhetta myötäilevät ilmaisut kuten ”joo, aivan” jätettiin litteroimatta. Pidemmät taout ja merkitykselliset tunneilmaisut kuten naurahdukset ja huokaukset merkittiin tekstiin.

litteroitiin samoilla periaatteilla kuin kuntoutujien haastattelut. Yhteensä omaohjaajien haastatteluja kertyi noin 60 sivua, ja lähetettävien tahojen edustajien noin 45 sivua.

**Taulukko 2.** Tapaustutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.

Sukupuoli	Ikäryhmä, vuotta	Vakuutuspiiri	Työmarkkina-asema kuntoutus- selvityksen aikaan 2015/haastattelu- hetkellä	Haastattelu/Aineisto
Nainen	Alle 25	Eteläinen	Sairauslomalla/Opiskelija	Kuntoutuja Asiakirjat
Mies	Alle 25	Pohjoinen	Sairauspäivärahalla, työtön/Opiskelija	Kuntoutuja Omaohjaaja Asiakirjat
Nainen	25–29	Läntinen	Työtön/Opiskelija	Kuntoutuja Lähetävä taho (työvoimahallinto) Asiakirjat
Nainen	35–39	Keskinen	Sairauspäivärahalla, työtön/ Ammatillisessa kuntoutuksessa	Kuntoutuja Omaohjaaja Lähetävä taho (terveydenhuolto) Asiakirjat
Mies	40–44	Itäinen	Työtön/Ammatillisessa kuntoutuksessa	Kuntoutuja Omaohjaaja Lähetävä taho (työvoimahallinto) Asiakirjat
Nainen	40–44	Pohjoinen	Kuntoutustuella/Kuntoutustuella	Kuntoutuja Asiakirjat
Mies	50–54	Eteläinen	Työssä/Osatyökyvyttömyyseläkkeellä	Kuntoutuja Omaohjaaja Lähetävä taho (terveydenhuolto) Asiakirjat
Mies	Yli 55	Keskinen	Työtön/Työkyvyttömyyseläkkeellä	Kuntoutuja Omaohjaaja Asiakirjat

Tapaustutkimusaineistoon sisältyivät myös kuntoutujakohtaisesti vaihtelevat, ammatilliseen kuntoutus selvitykseen liittyvät asiakirjat. Näitä olivat kuntoutushakemus, lääkärinlausunnot sekä muut mahdolliset hakemuksen yhteydessä Kelaan postitetut liitteet, kuten kopiot tutkinto- ja työtodistuksista, työllistymis- tai aktivointisuunnitelma sekä muut kuntoutus selvitykseen liittyvät lausunnot. Lisäksi asiakirjoihin sisältyi kuntoutus selvityksen palaute, joka sisälsi palvelun aikana laaditun kuntoutussuunnitelman sekä GAS-lomakkeen (*Goal Attainment Scaling*) (ks. Kela 2012). Tutkimusryhmä sai anonymisoidut asiakirjat Kelalta käyttöönsä kuntoutujan allekirjoittamaa suostumuslomaketta vastaan.

## 3.2 Analyysiprosessi

### *Aineistojen välinen suhde*

Monimenetelmäisessä tutkimuksessa erityyppisten aineistojen keruu ja analyysi voivat linkittyä toisiinsa sekä ajallisesti että metodisesti eri tavoin. Tutkimustehtävä ja -kysymykset määrittävät ensinnäkin tutkimusasetelmaa, joka puolestaan ohjaa sitä, miten erilaisia aineistoja ja analyysieja yhdistetään ja missä tutkimusprosessin vaiheissa (Fetters ym. 2013). Creswell ym. (2003) sekä Creswell ja Plano Clark (2006) toteavat, että monimenetelmäisiä tutkimusasetelmia erottaa keskeisesti toisistaan seuraavat kolme tekijää: miten erilaisten aineistojen keruut suhteutuvat ajallisesti toisiinsa, millä tavoin erityyppisiä aineistoja painotetaan ja missä vaiheissa tutkimusprosessia aineistot yhdistetään. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruun yksityiskohdat oli suunniteltu etukäteen osana laajempaa Muutos-hanketta. Näin ollen aineistot kerättiin suunnitelman mukaisesti rinnakkain ja peräkkäin, toisistaan riippumattomasti. Aineistot nähtiin lähtökohtaisesti samanarvoisiksi.

Tämän tutkimuksen kohdalla voidaan puhua *concurrent triangulation design* -tyyppiä tutkimusasetelmasta tai vastaavasti analyttisestä integraatiosta, jossa aineistot kerätään ja analysoidaan itsenäisesti kullekin aineistotyyppille ominaisilla menetelmillä ja tuodaan tämän jälkeen yhteen (ks. Creswell ja Plano Clark 2006, 66; Moran-Ellis ym. 2006). Erilaisille aineistoille tyyppisten menetelmien hyödyntäminen mahdollisti aineistoihin ja metodologisiin työväliseisiin liittyvien erityispiirteiden ja rajoitusten huomioimisen (ks. Danermark ym. 2002). Lisäksi erityyppisillä aineistoilla ja menetelmillä pystyttiin vastaamaan hieman erilaisiin kysymyksiin, riippumatta yhteisestä tutkimustehtävästä (ekstensiivinen lähestymistapa ja kuvaileva arviointi vs. intensiivinen lähestymistapa ja prosessiin keskittyvä arviointi). Toisaalta aineistot olivat rajatuilta osin keskenään vuorovaikutuksessa myös analyysin aikana. Tiedyt tapaustutkimusaineistoon, erityisesti haastatteluihin pohjautuvat havainnot – oikea-aikaisuuden ja tiedon merkitys – ohjasivat kyselyaineiston lisäanalyysieja antamalla viitteitä siitä, mistä tarvitaan fokusoidumpaa analyysieja.

### *Analyysimenetelmät*

Kyselyaineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics -tilasto-ohjelmalla (versio 24) sekä Mplus-ohjelmalla (versio 8). Analyysien tarkoituksena oli ensinnäkin tunnistaa, millaisia kuntoutujia ammatillisessa kuntoutusselvityksessä käy, miten he arvioivat palvelun oikea-aikaisuutta, hakemisprosessin sujuvuutta, palvelun toteutusta ja palveluyksikön onnistumista sekä kuntoutuksen vaikutuksia ja vastaavuutta heidän tarpeisiinsa. Lisäksi analyysissa fokuoitiin suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutumiseen. Aineistoa tiivistettiin, ja tiivistämisen yhteydessä luotiin keskeiset summamuuttujat: tavoiteorientaatio, kuntoutusyksikön onnistuminen ja palvelun vaikutukset. Tiivistämisen jälkeen aineistosta tutkittiin järjestelmällisesti otokseen liittyvän poiminnan yhteydessä käytettyjä taustamuuttujia (sukupuoli ja ikäryhmä). Lisäksi taustamuuttujina tarkasteltiin sairausryhmää ja työkykyä (ennen ammatillis-



ta kuntoutuspalvelusta ja sen jälkeen). Tässä raportissa tuodaan esiin nimenomaan tilastollisesti merkitsevät yhteydet. Tapaustutkimusaineistoon pohjautuvien havaintojen pohjalta analyysija tarkennettiin myöhemmin erityisesti siihen, millaiselta koetun oikea-aikaisuuden ja palvelua koskevan etukäteistiedon sekä palveluyksikön onnistumisen ja vaikutusten suhde näyttää. Aineistoa verrattiin soveltuvin osin myös AMKU-hankkeen toisen osatutkimuksen kyselytuloksiin (ks. taulukko 1). Kuvailevan tason vertailua tehtiin tiettyjen, tutkimustehtävän kannalta olennaisten ja kyselylomakkeiden vastaavuuden kannalta mahdollisten muuttujien suhteen. Yhteisiä, vertailtavia taustamuuttujia olivat sairausryhmä, koulutustaso, mahdolliset opintojen keskeytykset, työttömyyden kesto, työ- ja opiskelukyky sekä oppimisvaikeudet. Lisäksi vertailtiin kuntoutusaloitteen tekijää ja kuntoutukseen hakemisen tai palveluun osallistumisen koettua oikea-aikaisuutta.

Kyselyaineiston tiivistämisessä eli summamuuttujien muodostamisessa hyödynnettiin faktorianalyysijä (*principal axis factoring*, promax- ja varimax-rotatiot), joille laskettiin sisäistä yhtenevyyttä kuvaava reliabiliteetti (Cronbachin alfa). Kahden luokittelevan muuttujan välisiä yhteyksiä tutkittiin ristiintaulukoiden avulla, jossa tilastollisena testinä käytettiin Pearsonin khiin neliö -testiä ( $\chi^2$ ). Yksittäisten solujen osalta yhteyksiä tutkittiin yksityiskohtaisemmin tarkastelemalla korjattuja jäännöksiä (*adjusted residuals*). Kolmen luokittelevan muuttujan yhteyksiä tutkittiin yleisellä lineaarisella mallilla käyttäen uskottavuussuhteen testiä sekä yksittäisten solujen osalta tarkastelemalla korjattuja jäännöksiä. Jatkuvien muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin järjestyskorrelaatiolla. Luokittelevien ja jatkuvien muuttujien välisiä yhteyksiä selvitettiin yleisellä lineaarisella mallilla (GLM) ja parametrien 95 %:n luottamusvälit laskettiin bootstrap-menetelmällä<sup>7</sup>. Joissain tilanteissa laskettiin keskiarvotestiä vastaava, ei-parametrinen Kruskalin–Wallisin-testi (jos vertailtavana oli useita ryhmiä) tai Mannin–Whitneyn-testi (jos vertailtavia ryhmiä oli kaksi). Kruskalin–Wallisin-testin tulosta täydennettiin tekemällä parivertailut Mannin–Whitneyn-testillä. Lisäksi laadittiin latentti profiilianalyysi Mplus-ohjelmalla. Profiilien määrää arvioitiin Bayesin informaatiokriteerin avulla sekä laskemalla tilastollinen testi ryhmien lukumäärän vertailemiseksi bootstrap-menetelmällä. Profiilien lopullinen määrä päätettiin sisällöllisten kriteerien perusteella.

Tutkimustehtävän kannalta olennaisten avointen kysymysten vastaukset analysoitiin Atlas.ti-ohjelman avulla luokitellen sisältöjä eri kategorioihin. Kyse oli luokittelevasta analyysista, joka eroaa temaattisesta analyysista abstraktion ja tulkinnan tasoiltaan. Temaattinen analyysi vaatii laajempaa sisällöllisten kokonaisuuksien tiivistämistä ja nimeämistä kuin luokittelu ja sisältää vahvemmin vaatimuksen tulkinnasta (esim. Krippendorff 2004).

7 Alaviitteissä käytetään termiä *BCB 95% CI*, joka on lyhenne sanoista *Bias corrected and accelerated 95 % confidence intervals*.

Tapaustutkimuksellista aineistoa analysoitiin hyödyntämällä erilaisia laadullisia analyysimenetelmiä. Aineistoa käsiteltiin sekä kokonaisuutena (temaattinen analyysi) että järjestettiin ja analysoitiin tapauksittain (vertaileva analyysi). Erilaisten menetelmien käyttö saman aineiston analysoinnissa mahdollisti sen, että aineiston eri elementit voitiin sisällyttää tarkasteluun (esim. lähetettävien tahojen edustajien ja omaohjaajien haastatteluihin sisältyvät yleiset osat). Ensinnäkin aineisto järjestettiin Atlas.ti-ohjelman avulla siten, että tutkimustehtävän kannalta olennainen informaatio tiivistettiin palveluprosessin kulkua seuraileviin kategorioihin: palveluun ohjautuminen ja palvelun koettu oikea-aikaisuus, kokemukset palvelusta ja palvelun koettu onnistuminen ja vaikutukset. Tämän jälkeen siirryttiin kategorioista teematasolle hyödyntäen temaattista analyysia (ks. Braun ja Clarke 2006). Temaattisessa analyysissä lähdetään liikkeelle aineiston holistisella ja aktiivisella luennalla, jonka aikana aineistosta luodaan kokonaiskuva ja tehdään alustavia havaintoja. Tämän jälkeen edetään aineiston kysymys- ja aineistolähtöiseen teemoitteluun. Tutkimuskysymyksen kannalta olennainen tieto järjestetään teemojen alle siten, että teemat kertovat aineistosta jotain olennaista erityisesti suhteessa tutkimuskysymyksiin. Temaattisessa analyysissä ei ole kyse pelkästään koodauksesta vaan myös aineiston tulkinnasta ja merkitysten etsimisestä. (Braun ja Clarke 2006.) Tässä tutkimuksessa temaattista analyysia tehtiin nimenomaan prosessilähtöisesti yleistä tutkimustehtävää mukaillen.

Lisäksi tapaustutkimuksellista aineistoa analysoitiin ensinnäkin tapauksittain tuottamalla tapauskohtaisia tiivistelmiä. Näitä tiivistelmiä ei vielä itsessään nähty tutkimuksen tuloksina, vaan niiden tarkoitus oli auttaa perehtymään huolella yksittäisiin prosesseihin ja luoda perustaa jatkoanalyysille (ks. Sandelowski 1996). Alustavan tapauskohtaisen tarkastelun jälkeen aineistoa analysoitiin suhteuttamalla tapauksia toisiinsa ja rakentamalla aineistolähtöisen vertailevan analyysin pohjalta tyyppikuvauksia (odotushorisontit, ks. taulukko 7, s. 103). Nämä kuvaukset esitetään vasta varsinaisina tuloksina (ks. Yin 1994). Vertailevan analyysin avulla pyrittiin tavoittamaan tapausten välisen vaihtelun ”ydintä” pelkän tapauskohtaisen kuvailun sijaan (ks. Ayres ym. 2003).

### *Johtopäätösten tuottaminen*

Aineistojen erilliseen analysointiin ohjaava tutkimusasetelma määrittää osaltaan sitä, että tämän tutkimusraportin tulosluvut perustuvat ensisijaisesti joko määrälliselle tai laadulliselle aineistolle ja niille tyyppillisille analyysille. Erityisesti raportin viimeisen, tuloksia yhdistelevän luvun taustalla on kuitenkin iteratiivinen prosessi, jonka kautta on pyritty omaksumaan niin sanottu ”kolmas näkökulma” – menemään sen taakse, mitä voitaisiin tuottaa ainoastaan määrällisen tai ainoastaan laadullisen aineiston avulla (ks. Onwuegbuzie ja Johnson 2006). Tässä prosessissa käytettiin hyväksi muun muassa tutkijaryhmän yhteistä käsittekarttatyöskentelyä, jonka avulla hahmotettiin tutkimustehtävän kannalta keskeisiä teemoja ja niiden välisiä yhteyksiä aineistokokonaisuudessa. Viimeisessä luvussa aineistolähtöisiin tuloksiin pohjautuvaa pohdintaa on myös muiden kirjoittajien esittämien näkökulmien avulla laajennettu tutkimuksen

spesifin fokuksen (ammattillisen kuntoutuspalveluksen) ulkopuolelle, yleisesti ammattillisen kuntoutuksen järjestelmään ja problematiikkaan. Tämä on olennaista siinä mielessä, että ammattillinen kuntoutuspalvelus asettuu väistämättä osaksi laajempaa kuntoutusjärjestelmää ja myös erilaisia yhteiskunnallisia kehityskulkuja. Tashakkori ja Teddlie (2008) toteavatkin, että tutkimuksessa tehtävät päätelmät (*inferences*) eivät ole ainoastaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Sen sijaan ne tuottavat uutta ymmärrystä ja selityksiä erilaisille tapahtumille, ilmiöille ja suhteille. Tämän kaltainen ymmärrys on eri asia kuin kokoelma tutkimuksen yksittäisiä tuloksia.

### 3.3 Tutkimuksen arviointi ja rajoitukset

Erityisesti laadullisen tutkimuksen yhteydessä voidaan puhua tutkimustulosten uskottavuudesta (englanniksi *trustworthiness*). Uskottavuudella viitataan yleisesti siihen, miten tutkija voi perustella sekä itselleen että yleisölle, että tutkimuksen tulokset ovat huomionarvoisia. (Guba 1981; Guba ja Lincoln 1994.) Monimenetelmäisyys asettaa omat haasteensa tutkimuksen uskottavuuden kysymyksille integraation problematiikan kautta. Voidaan pohtia, onko harhaanjohtavaa yhdistellä ja vertailla laajoihin edustaviin otoksiin ja pieniin harkinnanvaraisiin näytteisiin perustuvia tuloksia? Entä miten painottaa eri tyyppisiä aineistoja ja toimia tilanteessa, jossa eri aineistoihin pohjautuvat tulokset ovat mahdollisesti ristiriidassa? (Onwuegbuzie ja Johnson 2006.) Tässä tutkimuksessa integraation problematiikkaa on ratkottu siten, että määrällistä ja laadullista aineistoa ei ole vertailtu tai ylipäänsä tavoiteltu aineistojen välistä koherenssia. Sen sijaan erityyppisiä aineistoja on käytetty kompensoimaan toistensa mahdollisia heikkouksia (ks. Onwuegbuzie ja Johnson 2007, *weakness minimization*) ja täydentämään toisiaan mahdollisimman kattavan kokonaiskuvan luomiseksi (ks. Tashakkori ja Teddlie 2008). Tavoitteena ei ole ollut tulosten validoiminen tai kumoaminen toisillaan vaan analyysin suuntaaminen siten, että tutkimuskysymysten kannalta olennaiset ulottuvuudet ja eri tekijöiden väliset yhteydet tulisivat mahdollisimman kattavasti huomioitua. Kaikkiaan tutkimuksessa on ollut kyse tarveperusteisesta perspektiivien pluralismista: pyrkimyksestä tuottaa tutkimustuloksia, jotka voivat saada painoarvoa siksi, että ne vastaavat tärkeisiin kysymyksiin ja auttavat osaltaan kehittämään toimivia ratkaisuja (ks. Onwuegbuzie ja Johnson 2006). Erään näkökulman mukaan tutkimuksen tuloksia ja niiden nojalta tehtyjä päätelmiä voidaankin arvioida siinä valossa, miten hyödyllisiä ja käyttökelpoisia ne ovat (ks. Tashakkori ja Teddlie 2008). Tämän kaltainen kriteeri korostuu erityisesti arviointitutkimuksessa, jonka tavoitteena on tuottaa soveltamiskelpoista tietoa käytännön kehittämistyön tueksi.

Tässä raportissa tutkimuksen aineistot, analyysien toteuttaminen ja erityyppisten aineistojen ja analyysien välinen suhde on kuvattu mahdollisimman huolellisesti. Lisäksi raportti sisältää runsaasti suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta. Kyseessä on omalta osaltaan pyrkimys niin sanottuun tiheään kuvaukseen. Tällä tarkoitetaan tutkimuksen kontekstin, tutkimukseen osallistuneiden ja tutkimusasetelman kuvaamista siten, että lukija voi tehdä omia päätelmiään tulosten siirrettävyydestä (Jensen

2008). Erityisesti suorat aineistolainaukset tarjoavat lukijalle mahdollisuuden arvioida tehtyjen tulkintojen johdonmukaisuutta, jota voidaan pitää eräänä monimetelmäisen tutkimuksen laatukriteerinä (ks. Tashakkori ja Teddlie 2008). Lainaukset seurailevat alkuperäispuhetta sanasta sanaan, mutta sisällön kannalta tarpeettomat täytesanat ja sanojen toistot on poistettu ja tunnistetiedot joko poistettu tai muutettu. Lisäksi murre- ja puhekielisiä ilmauksia on yleiskielistetty luettavuuden edistämiseksi ja puhujan tunnistamisen välttämiseksi. Kuten Karisto (2004, 80) toteaa, kaiken puheeseen kuuluvan tyhjäkäynnin toistaminen tekstissä ”tyhmentää” puhujan tarpeettomasti. Hiotun kommenttitekstin vierellä täsmälleen alkuperäisasussa oleva puhe saattaa näyttää hapuilevalta, jolloin huomio voi kiinnittyä liiaksi sanomiseen sanottavan sijasta (Karisto ja Seppälä 2004, 93–94).

Lainauksissa on pyritty tasapuolisuuteen ja siteerattu mahdollisimman monipuolisesti eri haastateltavia. Koska haastateltavia on vähän, haastateltavien anonymitietin suojelemiseksi lainauksia ei ole yhdistetty puhujaan esimerkiksi numerokoodilla. Haastateltavista käytetään kuitenkin roolin mukaisesti seuraavia lyhenteitä: (K) = kuntoutuja, (O) = omaohjaaja, (L) = lähettävän tahon edustaja. Jotta haastateltavan puhe ei irtoaisi harhaanjohtavasti kontekstistaan, on tarvittaessa käytetty myös pidempiä keskustelulainauksia. Näihin on sisällytetty tarpeen mukaan esimerkiksi haastattelijan esittämä kysymys tai kommentti (H). Lainauksen sisällä merkkijono – – viittaa siihen, että keskeltä on poistettu puhetta. Hakasulkeissa oleva [teksti] viittaa siihen, että jokin haastateltavan käyttämä sana tai termi on muutettu tunnistamisen välttämiseksi. Raportin tekstissä esitetään suoria lainauksia myös kyselyn avointen kysymysten vastauksista. Vastaukset esitetään täsmälleen alkuperäisessä kirjoitusasussaan, pois lukien ilmiselvät kirjoitus- ja näppäilyvirheet.

Kyselyaineiston vastaavuutta perusjoukkoon analysoitiin tilastollisella mallilla, jonka perusteella yleistettävyyden (*generability*) näyttäytyi hyvänä (ks. luku 3.2.1). Laadullisen tapaustutkimusaineiston kohdalla ei voida puhua yleistettävyydestä sen tilastollisessa mielessä. Kuten Yin (2010) toteaa, kaikki tapaustutkimuksen tapaukset pitävät sisällään juuri tiettyjä ihmisiä ja tiettyjä tapahtumia, juuri tietyssä paikassa ja ajassa – tapaukset ovat kaikkiaan aina erityisiä ja ainutlaatuisia. Tämän vuoksi myös tämä tutkimusraportti olisi väistämättä erilainen, jos tapaustutkimusaineisto olisi ollut lähtökohtaisesti sidottu erilaiseen aikaan ja paikkaan. Tashakkori ja Teddlie (2008) toteavat, että tulkintojen johdonmukaisuutta arvioitaessa voidaan kiinnittää huomiota siihen, mikä on tapahtumien tai vaikutusten raportoinnin intensiivisyyden aste – nimenomaan suhteessa aineiston laatuun ja kokoon. Vaikka laadulliseen tutkimukseen liittyy tilastollisen yleistettävyyden sijaan oma siirrettävyyden logiikkansa, on päätelmien uskottavuutta arvioitaessa ja tuloksia sovellettaessa otettava huomioon, että tämän tutkimuksen laadullinen aineisto on määrällisesti rajallinen ja kontekstiinsa sidottu. Tätä rajallisuutta on pyritty osaltaan kompensoimaan kyselytutkimuksen avulla. Vaikka toisaalta kyselytutkimuksen tilastollinen edustavuus oli hyvä, on sen sisällöllistä edustavuutta vaikea arvioida. Tilastollisten testien avulla ei ole mahdol-

lista selvittää, millaiset ammatilliseen kuntoutus selvitykseen liittyvät kokemukset ja arviot ovat jääneet kertomatta.

Tapaustutkimusaineisto asiakirja-aineistoinen tarjosi prosessuaalista ja ajallisesti eritasoista aineistoa, jonka avulla oli mahdollista havainnollistaa ja arvioida ammatillisen kuntoutus selvityspalvelun etenemistä ja etenemisen kriittisiä kohtia. Tästä huolimatta tämä tutkimus on pääosin retrospektiivinen, eli tutkimukseen osallistuneet ovat kertoneet takautuvasti kokemuksistaan Kelan ammatillisesta kuntoutus selvityksestä. Tämän kaltainen tutkimusasetelma ei tarjoa mahdollisuuksia käynnissä olevien kuntoutusprosessien ajantasaiseen seuraamiseen samalla tavoin kuin esimerkiksi havainnointia sisältävä, etnografisesti orientoitunut tutkimus.

### 3.4 Raportin rakenne ja lukuohjeet

Monimenetelmäisissä tutkimusasetelmissa voidaan valita erityyppisiä raportoinnin tapoja. Tässä tutkimuksessa on päädytty kertomaan erilaisiin aineistoihin pohjautuvat tulokset narratiivimuodossa samassa raportissa (ks. Fetters ym. 2013). Aineistot painottuvat kuitenkin eri tavoin raportin eri osioissa (ns. *contiguous approach*, ks. Fetters ym. 2013). Lukija voi joko lukea koko raportin kokonaisuutena muodostaakseen mahdollisimman monipuolisen kuvan tutkimuksen kohteesta tai keskittyä niihin näkökulmiin ja arviointitasoihin, jotka häntä erityisesti kiinnostavat.

Kysely tuotti ensinnäkin kuvailevaa tietoa ammatillisen kuntoutus selvityksen osallistujista, ja tätä esitellään luvussa 4 (palveluun osallistuneiden kuvaus). Myös raportin luvut 5, 6 ja 7 pohjautuvat kyselyaineistoon. Näissä luvuissa tarkastellaan kuvailevalla tasolla palveluun ohjautumista ja palvelun oikea-aikaisuutta, kokemuksia palvelun toteutuksesta ja arvioita palvelun onnistumisesta ja vaikutuksista. Kahdeksas luku pohjautuu niin ikään kyselyaineistoon, mutta hieman erilaiseen tilastolliseen lähestymistapaan eli ryhmittelyanalyysiin. Kyselyn tulokset esitetään kaikkiaan tarveperusteisesti valikoiden; raporttiin on sisällytetty tutkimuskysymysten kannalta olennaiset tulokset. Tuloksia havainnollistetaan prosenttijakaumien, kuvioiden ja taulukoiden avulla<sup>8</sup>. Tekstin luettavuuden lisäämiseksi käytetyn tilastollisen testin tai analyysin merkitsevyydet ilmoitetaan alaviitteissä.

Luvussa 9 tarkastellaan edelleen palvelun onnistumisen ja vaikutusten problematiikkaa, mutta painotus on haastatteluaineistossa. Tässä luvussa hyödynnetään teemaattisen analyysin mahdollistamaa prosessilähtöistä tarkastelua ja selittävää arviointia. Kuntoutujatason lisäksi liikutaan järjestelmätasolla eli kuntoutujakohtaisia kokemuksia peilataan ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelukuvaukseen ja henkilökeskeisyyden ideaan. Kymmenes luku puolestaan pohjautuu tapaustutkimusaineiston tyyppitelevälle analyysille. Lähestymistapa on intensiivinen ja sisältää yksityiskohtai-

8 Prosentit on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun, jonka vuoksi kokonaissumma saattaa poiketa hieman sadasta prosentista.

sen kuvauksen prosesseja yhdistävistä ja erottavista piirteistä nimenomaan tietyssä kontekstissa ja tietyissä olosuhteissa (ks. Danermark ym. 2002, 167).

Raportin päättävässä Yhteenveto ja pohdinta -luvussa erityyppisten aineistojen ja erilaisten analyysien tulokset tuodaan keskeisten teemojen alle yhteen. Luvussa tiivistetään tutkimustehtävän kannalta olennaiset huomiot, pohditaan niitä suhteessa muiden empiiristen tutkimusten tuloksiin ja erilaisiin puheenvuoroihin sekä ammatillisen kuntoutus selvityksen kehittämishaasteisiin.

## 4 Palveluun osallistuneiden kuvaus

Tutkimuksen kyselyaineiston perusteella voidaan hahmotella kuvaa Kelan kuntoutuspalveluun osallistuneista: minkä ikäisiä he kuntoutuspalveluun olivat ja millaisissa perhe- ja elämäntilanteissa elivät, millainen heidän koulutustaustansa oli ja millä tavoin he olivat kiinnittyneitä työmarkkinoille. Olennaista on myös aineiston tarjoama tieto siitä, millainen osallistujien työ- ja opiskelukyky oli ja millaiset tekijät sitä häirsyttivät, mukaan lukien terveydelliset ongelmat ja oppimisvaikeudet, mutta myös laajemmin erilaiset psyykkiset ja sosiaaliset sekä elämäntilanteeseen kytkeytyvät tekijät. Kyselyn tuloksia verrataan tiettyjen tutkimustehtävän kannalta keskeisten muuttujien osalta myös AMKU-hankkeen toisen osatutkimuksen kyselyaineistoon (ks. Haapakoski ym. 2018). Näin voidaan saada käsitystä siitä, millaisen ryhmän ammatilliseen kuntoutuspalveluun osallistuvat muodostavat suhteessa kaikkiin Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoihin.

### 4.1 Taustatiedot

#### *Palvelun toteutuminen ja kesto*

Kyselyyn vastanneista 59 prosentilla kuntoutuspalvelu oli toteutunut ja päättynyt, 12 prosentilla se oli kesken<sup>9</sup>. Kaikkiaan 17 prosenttia ei joko osannut sanoa, toteutuiko kuntoutuspalvelu heidän kohdallaan, tai jätti vastaamatta kysymykseen<sup>10</sup>. Tämä saattaa kertoa osaltaan siitä, että ammatillista kuntoutusta koskeva tietämys on heikkoa tai kuntoutusterminologia epäselvää. Ammatillinen kuntoutuspalvelu on myös toteutukseltaan varsin erilainen riippuen siitä, miten pitkälle palvelussa edetään. Kuntoutuspalvelu koostuu palvelukuvauksen (Kela 2015b) mukaan alkuvaiheesta, jatkovaiheesta ja seurantavaiheesta. Alkuvaiheen aikana arvioidaan ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimisen tarve. Jos se katsotaan ajankohtaiseksi, edetään jatkovaiheeseen. Seurantavaihe puolestaan toteutetaan joko seurantapäivinä tai puhelinyhteydenottoina (ks. kuvio 1, s. 16). Vastanneista noin 30 prosentilla kuntoutuspalvelu oli kestänyt 1–3 vuorokautta. Heidän osaltaan on siis oletettavaa, että ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimista ei ollut sillä hetkellä ajankohtaiseksi. Vastaajista 28 prosenttia kertoi palvelun kestäneen 4–10 vuorokautta ja saman verran yli kymmenen vuorokautta<sup>11</sup>. Vastaajat siis jakautuivat varsin tasaisesti palvelun keston suhteen.

Kuntoutuspalvelun kesto – eli se, miten pitkälle palvelussa oli edetty – oli yhteydessä työkykyyn ennen palveluun osallistumista<sup>12</sup>: jos kuntoutuspalvelu oli päättynyt

9 Jäi kesken 8 %, ei toteutunut 4 %.

10 Kyselylomakkeessa ohjeistettiin vastaamaan kysymyksiin niiltä osin kuin mahdollista. Jatkoanalyysseissa ovat mukana kaikki kysymyksiin vastanneet, ellei toisin mainita.

11 En osaa sanoa 9 %, puuttuva tieto 5 %.

12  $F(3,315) = 30,35$  ( $p = 0,005$ ).

alkuvaiheeseen, työkykypistemäärän keskiarvo oli alhaisin eli 2,7 (asteikolla 0–10<sup>13</sup>). Jos palvelu oli kestänyt yli kymmenen vuorokautta, oli työkykypistemäärän keskiarvo 3,2 ja niillä, joilla palvelu oli kestänyt 4–10 vuorokautta, keskiarvo oli korkein eli 3,7<sup>14</sup>. Sairausryhmään palvelun kesto oli yhteydessä siten, että silmäsairauksien osalta 4–10 vuorokautta kestäviä selvityksiä oli odotettua enemmän ja muita vähemmän<sup>15</sup>. Myös kuntoutusaloitteen tekijä oli yhteydessä kuntoutus selvityksen keston: Kela aloitteen tekijänä lyhyempään<sup>16</sup> ja työvoimatoimisto tai TYP puolestaan pidempään<sup>17</sup>.

### *Sukupuoli, ikä, perhetilanne ja toimeentulo*

Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma oli suhteellisen tasainen: naisia oli 52 ja miehiä 45 prosenttia<sup>18</sup>. Vastajat luokiteltiin neljään ikäryhmään, joista suurimmaksi muodostui 44–55-vuotiaat (37 %). Toiseksi eniten kuului nuorimpaan ikäryhmään eli 18–34-vuotiaisiin (27 %). Tähän väliin sijoittuvia, 35–44-vuotiaita oli 15 prosenttia ja vanhimpaan ikäryhmään kuuluvia eli 55–64-vuotiaita 16 prosenttia<sup>19</sup>. Vastajat jakautuivat tasaisesti vakuutuspiireittäin, eikä sukupuoli- ja ikäjakaumissa ollut alueittain tilastollisesti merkitsevää eroa. Suurin osa vastaajista asui joko yksin (40 %), puolison (22 %) tai puolison ja lasten kanssa (18 %)<sup>20</sup>. Vastajien toimeentulotilannetta kuvastaa osaltaan se, miten paljon he arvioivat toimeentulon riittämättömyyden vaikuttaneen työssä tai opiskelussa selviytymiseen tai sinne siirtymiseen. Kysymykseen vastanneista varsin huomattava osa eli 39 prosenttia koki toimeentulon riittämättömyyden haitanneen melko tai erittäin paljon<sup>21</sup>. Taloudellisen tilanteen parantaminen nousi esiin myös vastaajille tärkeänä tulevaisuuden tavoitteena (ks. kuvio 5, s. 42).

### *Koulutus ja työmarkkina-asema*

Ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuneiden koulutustaso esitetään kuviossa 3 (s. 39). Miltei puolella korkein suoritettu koulutus oli ammatillinen perustutkinto tai ammattitutkinto ja vajaalla viidesosalla ei ollut ammatillista koulutusta tai se oli kesken. Ammattikorkeakoulututkintoja tai ylempiä korkeakoulututkintoja oli

13 Työkykypistemäärästä ks. Toimia-tietokanta 2017.

14 En osaa sanoa (ka = 2,0).

15  $\chi^2(2) = 31,79$  (p < 0,001).

16  $r = -0,12^*$

17  $r = 0,15^*$

18 Puuttuva tieto 3 %.

19 Puuttuva tieto 5 %.

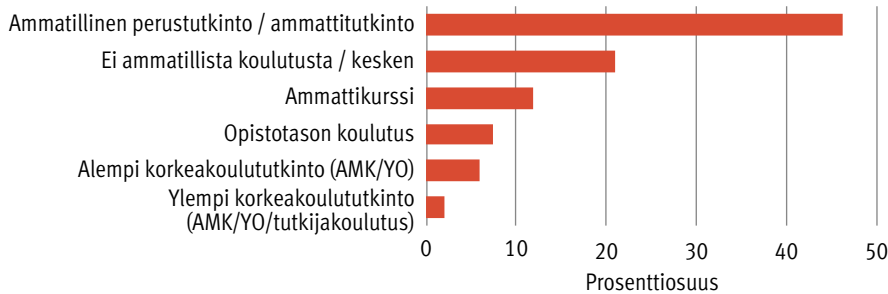
20 Yksinhuoltaja, lasten kanssa 7 %, vanhempien/huoltajien kanssa 6 %, tukiasunnossa n = 1, puuttuva tieto 7 %.

21 Ei lainkaan 20 %, haittasi vähän 19 %, haittasi kohtuullisesti 17 %, haittasi melko paljon 17 %, haittasi erittäin paljon 22 %, en osaa sanoa 1 %, puuttuva tieto 4 %.



vähemmän. Koulutuksia oli mukautettu 12 prosentille<sup>22</sup>. Kaikkiaan osallistujien koulutustaso oli hieman alhaisempi kuin kaikilla ammatillisen kuntoutuksen hakijoilla (ks. Haapakoski ym. 2018).

**Kuvio 3.** Osallistujien korkein suoritettu koulutus.



Varsin suuri osa kuntoutusselvitykseen osallistuneista oli joutunut keskeyttämään tutkintotavoitteisen koulutuksen (44 %). Kerran keskeyttäneitä oli 30 prosenttia (kaikki hakijat 22 %), kaksi kertaa tai useammin keskeyttäneitä 15 prosenttia (kaikki hakijat 7 %)<sup>23</sup>. Miehistä oli naisia enemmän niitä, jotka olivat joutuneet keskeyttämään koulutuksen kaksi kertaa<sup>24</sup>. Myös ikäryhmä oli yhteydessä keskeytyksiin<sup>25</sup>: nuorimmissa ikäryhmässä (18–44-vuotiaat) oli enemmän vähintään kahdesti koulutuksen keskeyttäneitä<sup>26</sup> ja vastaavasti vähemmän niitä, jotka eivät olleet keskeyttäneet kertaakaan<sup>27</sup>. Vanhimmassa ikäryhmässä (55–65-vuotiaat) yhteys oli päinvastainen<sup>28</sup>. Keskeyttämisten syyt jakautuivat suhteellisen tasaisesti: psyykinen sairaus/mielenterveyden ongelmat (19 %), fyysinen sairaus (14 %), ala ei ollut oikea (12 %), heikko motivaatio (12 %), oppimisvaikeudet (12 %), tuen puute (8 %) sekä muut syyt (14 %)<sup>29</sup>. Muita syitä tarkentavissa avovastauksissa nousivat esiin elämäntilanteeseen liittyvät tekijät kuten lasten hoito, raskaus sekä asuinpaikassa ja työtilanteessa tapahtuneet muutokset. Lisäksi mainittiin fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan, opintoihin ja oppimiseen sekä taloudelliseen tilanteeseen liittyviä syitä.

22 Ei 75 %, en osaa sanoa 9 %, puuttuva tieto 4 %.

23 Kuntoutusselvityksen osallistujat: ei kertaakaan 50 %, puuttuva tieto 5 %. Kaikki hakijat: ei kertaakaan 69 %, puuttuva tieto 3 %.

24  $\chi^2(2) = 6,72$  ( $p = 0,035$ ), Adj.Res. = 2,5.

25  $\chi^2(6) = 22,98$  ( $p = 0,001$ ).

26 Adj.Res. = 2,2/2,3.

27 Adj.Res. = -2,2/-2,6.

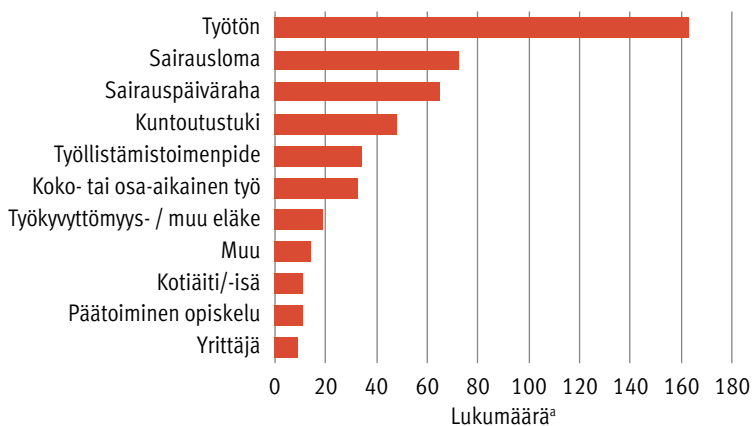
28 Adj.Res. = -2,7, Adj.Res. = 3,1.

29 Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja, mainintoja  $n = 323$ .

Kuviossa 4 havainnollistetaan ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen osallistuneiden työmarkkina-asemaa. Palveluun osallistuneista selvä valtaosa oli työmarkkinoiden ulkopuolella joko työttöminä tai sairauslomalla/sairauspäivärahalla. Varsin pieni osa oli työelämässä tai opiskeli päätoimisesti. Elämäntilanteiden monimuotoisuutta kuvastaa osaltaan se, että moni valitsi useamman kuin yhden vaihtoehdon kuvaamaan tilannettaan ennen palveluun osallistumista<sup>30</sup>. Eräs kyselyn vastaaja viittaakin tähän monimuotoisuuteen antamassaan palautteessa:

”Tähänkään kyselyyn ei sopinut monimuotoinen elämäntilanne (opiskelu kesken). Olen opiskelija + huonot tulot ja elämässä eteneminen kiinnostaa → joten työtön työnhakija + mielenterveysongelmia, joten lääkärin vinkistä sp-rahalla + toimeentulotukea joskus, joskus työkkärin rahaa, riippuen mitä milloinkin hakee tai mistä saa vihiä – ”<sup>31</sup>

**Kuvio 4.** Osallistujien tilanne ennen palvelua.



<sup>a</sup> Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja.

Kyselyssä tiedusteltiin myös mahdollisen yhtäjaksoisen työttömyyden kestoa palvelun alkaessa. Tämän suhteen ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen osallistuneet ja kaikki Kelan ammatillista kuntoutusta hakeneet vastaajat erosivat toisistaan. Kysymykseen vastanneista<sup>32</sup> ammatillisen kuntoutuspalvelukseen osallistujista 77 prosenttia oli ollut työttömänä ohjautuessaan palveluun (kaikki kysymykseen vastanneet hakijat 40 %<sup>33</sup>). Tilastokeskuksen (2017) määritelmän mukaan pitkäaikaistyöttömäksi voidaan luokitella henkilö, joka on ollut yhtäjaksoisesti työttömänä 12 kuukautta tai pidemmän ajan. Kyseisen määritelmän mukaan kysymykseen vastanneista 63 prosenttia oli pit-

<sup>30</sup> Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja, n = 479.

<sup>31</sup> Osavastaus kysymykseen: Onko jotain, mitä haluaisit vielä sanoa tai tuoda esiin?

<sup>32</sup> n = 301, puuttuva tieto n = 51.

<sup>33</sup> Kysymykseen vastanneet n = 444, puuttuva tieto n = 98.

käaikaistyöttömiä (kaikista hakijoista 29 %). Työttömyys oli kestänyt monen kohdalla myös varsin pitkään: 41 prosentilla vähintään kolme vuotta (kaikki hakijat 18 %)<sup>34</sup>. Ikä oli yhteydessä pitkäaikaistyöttömyyteen<sup>35</sup> siten, että nuorimmassa ikäryhmässä pitkäaikaistyöttömyyttä esiintyi muita ryhmiä vähemmän<sup>36</sup>. Pitkäaikaistyöttömillä oli muita enemmän tuki- ja liikuntaelinten sairauksia (65 % vs. 54 %)<sup>37</sup>, sydän- ja verisuonitauteja (27 % vs. 13 %)<sup>38</sup> sekä ulkoisten syiden aiheuttamia vammoja (12 % vs. 4 %)<sup>39</sup>. Pitkäaikaistyöttömyys ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä siihen, missä määrin terveydentilan koettiin haitanneen työ- ja opiskelukykä. Se ei myöskään ollut yhteydessä työkykyyn ennen palveluun osallistumista. Sen sijaan mielenkiintoista oli se, että pitkäaikaistyöttömät arvioivat työkykynsä muita heikommaksi nimenomaan kyselyyn vastaamisen hetkellä (ka = 3,4 vs. ka = 4,0)<sup>40</sup>.

Ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuvien työhistoriaa kartoitettiin kysymällä, kuinka monta vuotta vastaajat olivat kaikkiaan olleet töissä palvelun alkaessa. Kysymykseen vastanneilla<sup>41</sup> oli runsaasti työkokemusta. Yli kymmenen vuotta työssä olleita oli puolet, alle vuoden puolestaan 15 prosenttia<sup>42</sup>. Moni oli kuitenkin kokenut työnsä raskaaksi<sup>43</sup>: jopa 64 prosenttia<sup>44</sup> arvioi työnsä ruumiillisten vaatimusten kannalta melko tai erittäin raskaaksi<sup>45</sup> ja 54 prosenttia<sup>46</sup> henkisten vaatimusten kannalta melko tai erittäin raskaaksi<sup>47</sup>.

34 Kysymykseen vastanneista kuntoutus selvitykseen osallistuneista: en ollut työttömänä 20 %, alle vuoden 12 %, vähintään vuoden 53 %. Kysymykseen vastanneista kaikista hakijoista: en ollut työttömänä 49 %, alle vuoden 9 %.

35  $\chi^2(3) = 9,10$  (p = 0,028).

36 Adj.Res. = -2,5.

37  $\chi^2(1) = 3,89$  (p = 0,049).

38  $\chi^2(1) = 7,40$  (p = 0,007).

39  $\chi^2(1) = 4,58$  (p = 0,032).

40 BCB 95% CI.

41 n = 310, puuttuva tieto n = 42.

42 Kysymykseen vastanneista; 1–5 vuotta 22 %, 6–10 vuotta 14 %, 11–20 vuotta 18 %, yli 20 vuotta 32 %.

43 Vastaamista ohjeistettiin seuraavasti: Ruumiillisesti raskas työ voi sisältää esimerkiksi runsaasti nostamista ja hankalia työasentoja. Henkisesti raskas työ voi sisältää esimerkiksi työn sisältöön ja luonteeseen tai työyhteisöön liittyvää kuormitusta. Jos et ollut yli vuoteen työssä, voit siirtyä seuraavaan kysymykseen.

44 Kysymykseen vastanneista: n = 232, puuttuva tieto n = 120.

45 Kysymykseen vastanneista: ei lainkaan raskasta 16 %, hieman raskasta 16 %, melko raskasta 24 %, erittäin raskasta 40 %, en osaa sanoa 5 %.

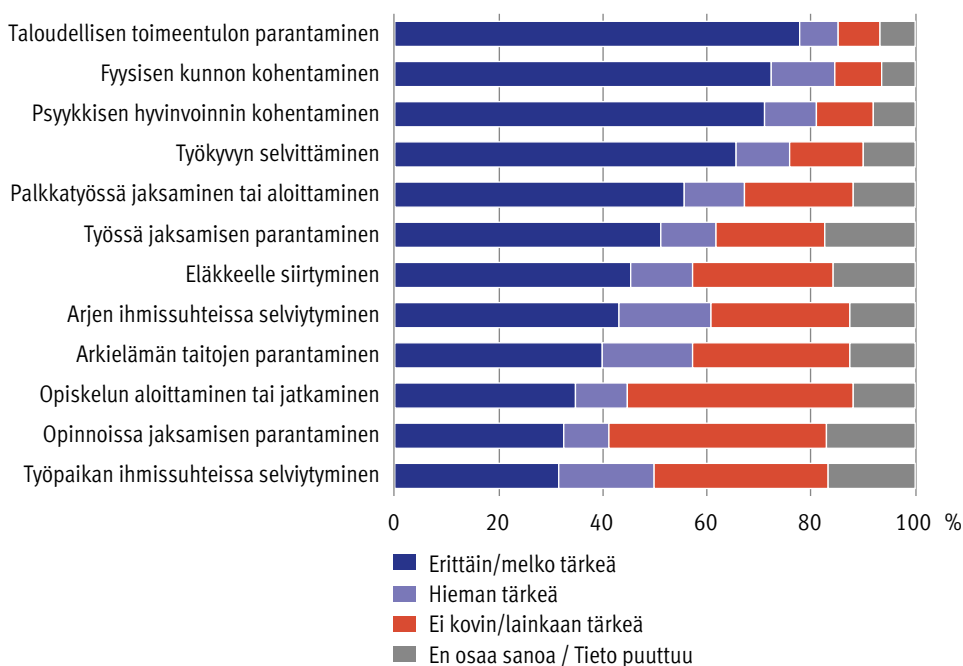
46 Kysymykseen vastanneista: n = 229, puuttuva tieto n = 123.

47 Kysymykseen vastanneista: ei lainkaan raskasta 18 %, hieman raskasta 22 %, melko raskasta 24 %, erittäin raskasta 31 %, en osaa sanoa 7 %.

## 4.2 Tavoiteorientaatiot

Kyselytutkimuksissa yleisesti käytettyjen taustamuuttujien – esim. ikä, sukupuoli ja koulutus – lisäksi tässä tutkimuksessa haluttiin tarkastella palveluun osallistuneiden niin sanottua tavoiteorientaatiota. Tällä viitataan siihen, millaisia tulevaisuuden tavoitteita ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuvilla on, ja miten nämä orientaatiot heitä mahdollisesti erottavat. Tavoiteorientaatiota kartoitettiin esittämällä kyselylomakkeessa lista tavoitteita ja pyytämällä arvioimaan niiden tärkeyttä vastaajien oman elämän kannalta. Vastausjakaumat esitetään kuviossa 5. Tärkeimmiksi tulevaisuuden tavoitteiksi koettiin taloudellisen toimeentulon parantaminen, fyysisen kunnon ja psyykkisen hyvinvoinnin kohentaminen sekä työkyvyn selvittäminen.

**Kuvio 5.** Osallistujien arvio erilaisten tulevaisuuden tavoitteiden tärkeydestä.



Tavoitteista muodostettiin faktorianalyysin avulla kaksi summamuuttujaa<sup>48</sup>. Ensimmäinen summamuuttuja kuvasi ensisijaisesti työ- ja opiskelupainotteista tavoiteorientaatiota<sup>49</sup> ja toisessa taas korostuivat erilaiset selvittämiseen, parantamiseen

48 Muuttujille tehtiin faktorianalyysi PAF, ja ne rotatoitiin sekä promaxilla että varimaxilla. Tämän perusteella tehtiin summamuuttujat, joiden Cronbachin alfat olivat 0,83 (ensimmäinen summamuuttuja) sekä 0,81 (toinen summamuuttuja).

49 Summamuuttuja sisälsi seuraavat tavoitteet: palkkatyössä jatkaminen tai aloittaminen, opiskelun aloittaminen tai jatkaminen, eläkkeelle siirtyminen (käänteisenä), opinnoissa jaksamisen parantaminen.

ja kohentamiseen liittyvät tulevaisuuden tavoitteet<sup>50</sup>. Työ- ja opiskelusuuntautunut orientaatio painottui 24 prosentilla ja selvittämiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvä puolestaan 17 prosentilla vastaajista. Jälkimmäinen tavoiteorientaatio painottui naisilla<sup>51</sup> ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmässä<sup>52</sup>. Työ- ja opiskelusuuntautunut orientaatio oli sen sijaan yhteydessä myös ikäryhmään<sup>53</sup> painottuen nuorimpiin<sup>54</sup>. Varsin monet sairausryhmät olivat yhteydessä alhaisempaan työ- ja opiskelusuuntautuneeseen tavoiteorientaatioon: tuki- ja liikuntaelinsairaudet<sup>55</sup>, hermoston sairaudet,<sup>56</sup> sydän- ja verisuonitaudit<sup>57</sup>, silmäsairaudet<sup>58</sup> sekä kuulosairaudet<sup>59</sup>. Mitä parempi työkyky oli ennen palvelua<sup>60</sup> ja vastaamishetkellä<sup>61</sup>, sitä vahvempi oli myös työ- ja opiskelusuuntautunut tavoiteorientaatio.

### 4.3 Työ- ja opiskelukyky ja kykyä haittaavat tekijät

Ammatilliseen kuntoutusselvitykseen osallistuneiden työkykyä arvioitiin työkykypistemäärällä, joka on Työterveyslaitoksessa kehitetyn työkykyindeksin osio. Työkykypistemäärää voidaan käyttää kyselytutkimuksissa myös erillisenä mittarina, ja sen katsotaan soveltuvan sekä työikäisille että jo eläkkeelle siirtyneille, työttömille ja muille ei-työssäkäyville (Toimia-tietokanta 2017). Opiskelukyvyn osalta kyselylomakkeeseen suunniteltiin työkykypistemäärää mukaileva kysymys. Arviota ohjeistettiin kyselylomakkeessa seuraavasti: ”Oletetaan, että työ- ja opiskelukykysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä ja 0 tarkoittaa ettei pysty lainkaan työhön. Minkä pistemäärän olisit antanut asteikolla 0–10 työ- ja opiskelukyvyllesi ennen ammatillisen kuntoutusselvityksen aloitusta vuonna 2015 ja tällä hetkellä?” Työ- ja opiskelukykypistemäärää voidaan luokitella karkeasti neljään: huono (0–5 pistettä), kohtalainen (6–7 pistettä), hyvä (8–9 pistettä) ja erinomainen (10 pistettä) (ks. Toimia-tietokanta 2017).

50 Summamuuttuja sisälsi seuraavat tavoitteet: työkyvyn selvittäminen, työssä jaksamisen parantaminen, taloudellisen toimeentulon parantaminen, fyysisen kunnon kohentaminen, arkielämän taitojen parantaminen, työpaikan ihmissuhteissa selviytyminen, arjen ihmissuhteissa selviytyminen.

51  $F(1,255) = 8,35$  ( $p = 0,004$ ), naiset  $ka = 3,8$ , miehet  $ka = 3,4$ .

52  $r = -0,12^*$ .

53  $F(3,242) = 26,10$  ( $p < 0,001$ ).

54 BCB 95 % CI; lisäksi keskimmäiset ikäryhmät erosivat vanhimmaasta ikäryhmästä (18–34-vuotiaat  $ka = 3,8$ ; 35–44-vuotiaat  $ka = 3,1$ ; 45–54-vuotiaat  $ka = 2,7$ ; 55–64-vuotiaat  $ka = 2,0$ ).

55  $r = -0,26^{***}$ .

56  $r = -0,13^*$ .

57  $r = -0,35^{***}$ .

58  $r = -0,17^{**}$ .

59  $r = -0,15^*$ .

60  $r = 0,27^{***}$ .

61  $r = 0,55^{***}$ .

Ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuneiden työ- ja opiskelukyky näyttäytyi varsin heikkona. Työkypistemäärän keskiarvo oli ennen palvelua 3,0<sup>62</sup> ja vastaa- mishetkellä 3,9<sup>63</sup>, opiskelukypistemäärän puolestaan 3,0<sup>64</sup> ja 3,7<sup>65</sup>. Pistemäärät esi- tetään taulukossa 3. Taulukossa esitetään vertailun vuoksi myös kaikkien Kelan am- matillista kuntoutusta hakeneiden, kyselyyn vastanneiden pistemäärät sekä työkyvyn osalta väestötason pistemäärä (ks. Gould ym. 2006)<sup>66</sup>. Joidenkin arvioiden mukaan suomalaisten työkyky on siis väestötasolla huono noin kymmenellä prosentilla – kuntoutus selvitykseen osallistuneista 74 prosentilla. Huomionarvoista on myös se, että jopa neljännes arvioi palvelua edeltävän työ- ja opiskelukyky ns. nolaksi<sup>67</sup>.

**Taulukko 3.** Osallistujien työ- ja opiskelukypistemäärät suhteessa kaikkiin hakijoihin.

	Ennen palvelua %	Vastattaessa %	Ammatillisen kuntoutuksen hakijat 2015 %	Väestö <sup>a</sup> %
Vastaajien työkyypistemäärä				
Huono	74	61	47	10
Kohtalainen	14	17	27	14
Hyvä	5	13	15	48
Erinomainen	1	2	2	29
Vastaajien opiskelukypistemäärä				
Huono	79	69	38	-
Kohtalainen	11	14	19	-
Hyvä	9	14	20	-
Erinomainen	1	3	5	-

<sup>a</sup> Lähde: Gould ym. 2006.

Verrattaessa pistemääriä ennen palvelua ja kyselyyn vastaamisen hetkellä, voidaan sekä työ- että opiskelukyvyyssä havaita tapahtuneen positiivisia muutoksia. Näitä selviteltiin tarkemmin testaamalla niiden yhteyksiä sukupuoleen ja ikäryhmään<sup>68</sup>. Muutos oli erilaista ikäryhmittäin. Sekä työ- että opiskelukyvyn muutos oli suurinta nuorimassa ikäryhmässä (18–35-vuotiaat) ja pienintä vanhimmassa ikäryhmässä

62 Puuttuva tieto 7 %, kh = 2,7.

63 Puuttuva tieto 8 %, kh = 3,0.

64 Puuttuva tieto 13 %, kh = 2,8.

65 Puuttuva tieto 13 %, kh = 3,2.

66 Opiskelukyvyyttä ei ole saatavilla väestötason vertailutietoa.

67 Työkyky nolla 25 %, opiskelukyky nolla 26 %.

68 *Generalized estimating equation* -analyysi, ”ikäryhmä: muu” asetettu puuttuvaksi tiedoksi.

(55–64-vuotiaat)<sup>69</sup>. On noudatettava kuitenkin varovaisuutta sen suhteen, missä määrin muutosta tulkitaan suhteessa ammatilliseen kuntoutusselvitykseen. Työ- ja opiskelukyvyssä tapahtunut positiivinen muutos oli keskittynyt ensisijaisesti nuorimpaan ikäryhmään. Voidaan olettaa, että tässä ikäryhmässä työ- ja opiskelukyvyyn kehitys on kaikkiaan – mahdollisesti myös muilla kuin ammatillisen kuntoutuksen hakijoilla ja palveluihin osallistuneilla – nousujohteisempaa kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Sairausryhmistä tuki- ja liikuntaelinsairaudet<sup>70</sup> ja sydän- ja verisuonitaudit<sup>71</sup> olivat yhteydessä vähäisempään työkyvyssä tapahtuneeseen muutokseen – päinvastoin kuin mielenterveyden häiriöt<sup>72</sup>. Samansuuntainen sairausryhmäkohtainen yhteys havaittiin suhteessa opiskelukyvyyn muutokseen<sup>73</sup>. Myös näiden yhteyksien tulkinnessa tulee ottaa huomioon sairausryhmien ikäryhmäkohtainen painottuminen.

Kyselyllä haluttiin saada myös syvempää tietoa kuntoutusselvitykseen osallistuvien työ- ja opiskelukyvyyn häirttekijöistä. Ensinnäkin vastaajilta tiedusteltiin, millaisia terveydellisiä ongelmia heillä oli ollut heidän hakiessaan palveluun. Sairausryhmien suhteelliset osuudet esitetään taulukossa 4 (s. 46). Selkeästi suurimmat ryhmät olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (58 %) sekä mielenterveyden häiriöt (46 %). Nämä ovatkin yleisimmät terveydelliset ongelmat työkyvyttömyyseläkkeiden taustalla (työeläke: Findikaattori 2017, kansaneläke: Tilastokeskus 2017a). Ne olivat myös yleisimmät sairausryhmät kaikille Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoille suunnatussa kyselyssä (ks. Haapakoski ym. 2018). Sairaudet kuitenkin esiintyivät vahvasti päällekkäin – erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydän- ja verisuonitaudit<sup>74</sup>. Terveydellisten ongelmien monimuotoisuudesta kertoo osaltaan myös se, että vastaajista jopa 30 prosenttia valitsi vastausvaihtoehdon *muu*. Ikäryhmä oli yhteydessä tuki- tai liikuntaelinsairauksiin<sup>75</sup>, sydän- ja verisuonitauteihin<sup>76</sup> sekä mielenterveyden häiriöihin<sup>77</sup>. Tuki- tai liikuntaelinsairauksia esiintyi nuorimmassa ikäryhmässä muita ikäryhmiä vähemmän<sup>78</sup> ja kahdessa vanhimmassa enemmän<sup>79</sup>. Myös sydän-

69 Työkyvyyn muutokset: ikäryhmä 1 = 1,554; ikäryhmä 2 = 0,780; ikäryhmä 3 = 0,642 ja ikäryhmä 4 = -0,059. Ryhmät 1, 2 ja 3 erosivat ryhmästä 4. Opiskelukyvyyn muutokset: ikäryhmä 1 = 1,520; ikäryhmä 2 = 0,536; ikäryhmä 3 = 0,199 ja ikäryhmä 4 = 0,043. Muutos erilaista ryhmien 1 ja 4 välillä.

70  $r = -0,15^{**}$ .

71  $r = -0,14^*$ .

72  $r = 0,13^*$ .

73 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet  $r = -0,14^*$ , sydän ja verisuonitaudit  $r = -0,20^{**}$ , mielenterveyden häiriöt  $r = 0,27^{***}$ .

74  $\chi^2(1) = 29,89$  ( $p < 0,001$ ).

75  $\chi^2(4) = 80,11$  ( $p < 0,001$ ).

76  $\chi^2(4) = 29,23$  ( $p < 0,001$ ).

77  $\chi^2(4) = 22,27$  ( $p < 0,001$ ).

78 Adj.Res. = -8,1.

79 Adj.Res. = 3,1 ja 5,7.

ja verisuonitautien osuus oli nuorimmassa ikäryhmässä muita ryhmiä vähäisempi<sup>80</sup> ja vanhimmissa suurempi<sup>81</sup>. Mielenterveyden häiriöitä puolestaan esiintyi nuorilla muita enemmän<sup>82</sup> ja 45–54-vuotiailla vähemmän<sup>83</sup>.

**Taulukko 4.** Osallistujien yleisimmät sairausryhmät.

Sairausryhmä (monivalintakysymys)	n	%
Tuki- tai liikuntaelinsairaus	205	58
Mielenterveyden häiriö	161	46
Muu	106	30
Sydän- ja verisuonitauti	73	21
Hermoston sairaus	49	14
Silmäsairaus	34	10
Ulkoisten syiden aiheuttamat vammat	31	9
Kuulosairaus	18	5
Synnyynnäinen epämuodostuma tai vamma	10	3

Epäiltyjä tai todettuja oppimisvaikeuksia tai -häiriöitä oli 30 prosentilla<sup>84</sup> palveluun osallistuneista (kaikki hakijavastajat 19 %<sup>85</sup>). Ikä oli yhteydessä oppimisvaikeuksiin<sup>86</sup> siten, että nuorimmassa ikäryhmässä oli muita enemmän todettuja oppimishäiriöitä<sup>87</sup> ja 45–54-vuotiaiden ryhmässä puolestaan enemmän niitä, joilla ei ollut epäiltyjä eikä todettuja oppimisvaikeuksia<sup>88</sup>. Vanhimmissa ikäryhmässä oli muita vähemmän nimenomaan todettuja oppimisvaikeuksia<sup>89</sup>. Kaikkiaan jopa puolet vastaajista koki, että oppimishäiriöt ja muut oppimisvaikeudet olivat haitanneet työssä tai opiskelussa selviytymistä tai sinne siirtymistä<sup>90</sup>.

80 Adj.Res. = -4,6.

81 Adj.Res. = 3,9.

82 Adj.Res. = 3,5.

83 Adj.Res. = -3,8.

84 Ei 50 %; kyllä, olen itse epäillyt 11 %; kyllä, joku muu on epäillyt 3 %; kyllä, lääkäri on todennut oppimishäiriön 10 %; kyllä, joku muu on todennut oppimishäiriön 6 %; en osaa sanoa 8 %; puuttuva tieto 10 %.

85 Ei 74 %; kyllä, olin itse epäillyt 7 %; kyllä, joku muu oli epäillyt 2 %; kyllä, lääkäri oli todennut oppimishäiriön 7 %; kyllä, joku muu oli todennut oppimishäiriön 4 %; en osaa sanoa 3 %; puuttuva tieto 4 %.

86  $\chi^2(6) = 25,95$  ( $p = 0,000$ ).

87 Adj.Res. = 3,8.

88 Adj.Res. = 2,8.

89 Adj.Res. = -2,8.

90 Ei lainkaan 44 %, haittasi vähän 17 %, haittasi kohtuullisesti 12 %, haittasi melko paljon 12 %, haittasi erittäin paljon 9 %, en osaa sanoa 2 %, puuttuva tieto 5 %.

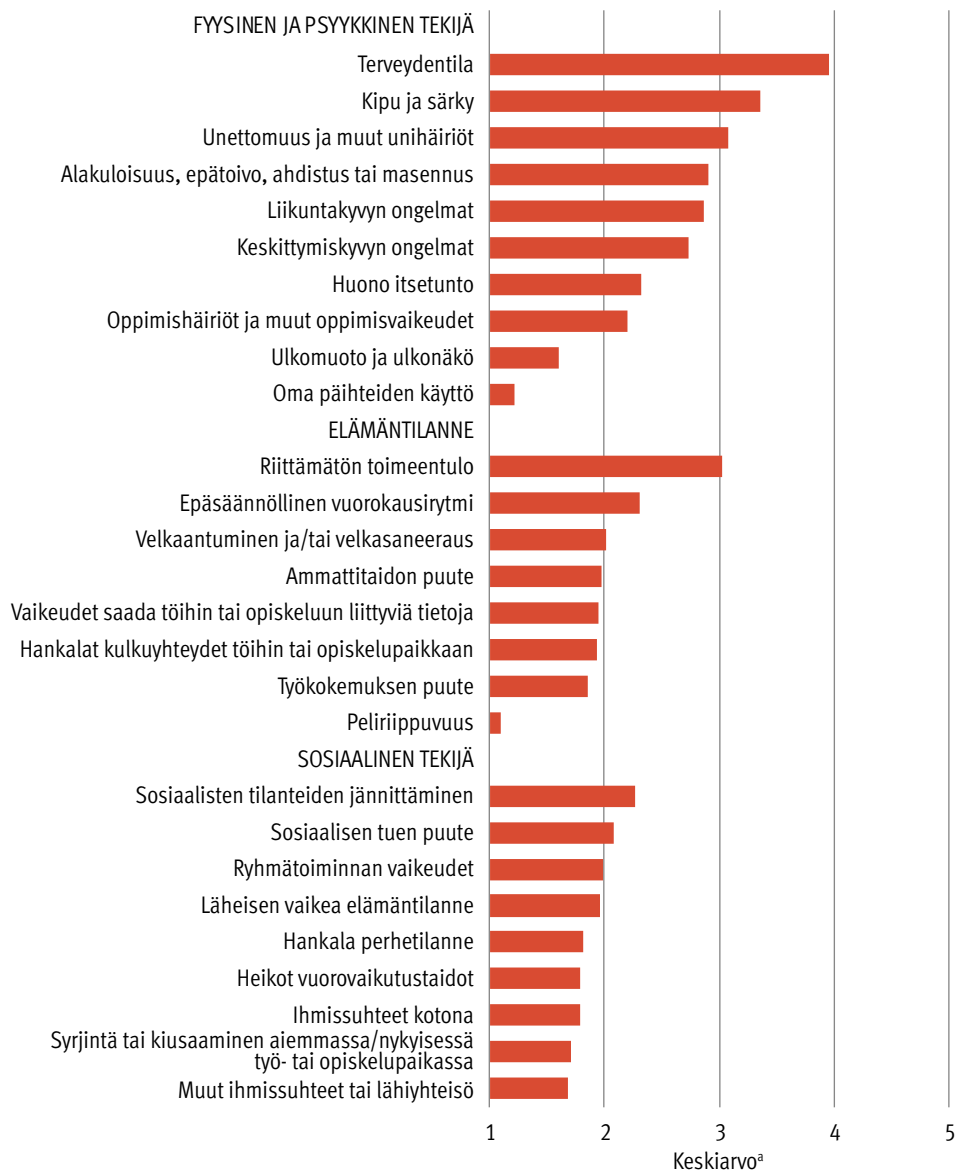


Kyselylomakkeen laatimisen lähtökohtana toimi ajatus siitä, että tutkimuksella pyritään kartoittamaan palveluun osallistuvien kokonaistilannetta eli ottamaan terveydentilan lisäksi huomioon erilaisia psyykkisiä, sosiaalisia ja elämäntilanteeseen kytkeytyviä työ- ja opiskelukyvyn häirtatekijöitä. Tämä lähtökohta liittyi osaltaan Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakimuutokseen, jossa sairauskeskeisiä hakupe-  
rusteita laajennettiin siten, että huomioon otetaan myös hakijan kokonaistilanne. Kokonaistilanteeseen kytkeytyvät häirtatekijät eivät välttämättä ilmene lääketieteellisinä diagnooseina vaan kuntoutujan omina kokemuksina ja arvioina. Samalla näiden tekijöiden tarkastelu antaa tietoa kuntoutujien resursseista. Kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa muodostettiin kysymys- ja väittämäjoukko, joka sisälsi mainittuihin kategorioihin – psyykinen ja fyysinen terveydentila, sosiaaliset ja elämäntilanne-  
tekijät – oletetusti liittyviä väittämiä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan, missä määrin nämä tekijät häirtasivat heidän työssä tai opiskelussa selviytymistään tai sinne siirtymistään ennen ammatillista kuntoutusselvitystä. Arvio esitettiin kunkin tekijän suhteen asteikolla 1–5 (1 = ei lainkaan, 5 = erittäin paljon)<sup>91</sup>. Keskiarvot esitetään kuviossa 6 (s. 48). Selvästi eniten oli häirtannut fyysinen tai psyykinen terveydentila yleisesti. Vähintään kohtuullisesti oli häirtannut fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan liittyvät kipu ja särky sekä unettomuus ja muut unihäiriöt. Elämäntilannetekijöistä yleisimmäksi – ja sinänsä varsin huomattavaksi häirtatekijäksi – nousi riittämätön toimeentulo.

---

91 1 = ei häirtannut lainkaan, 2 = häirtasi vähän, 3 = häirtasi kohtuullisesti, 4 = häirtasi melko paljon, 5 = häirtasi erittäin paljon.

**Kuvio 6.** Osallistujien arvio työ- ja opiskelukykyä haitanneista tekijöistä ennen palvelua.



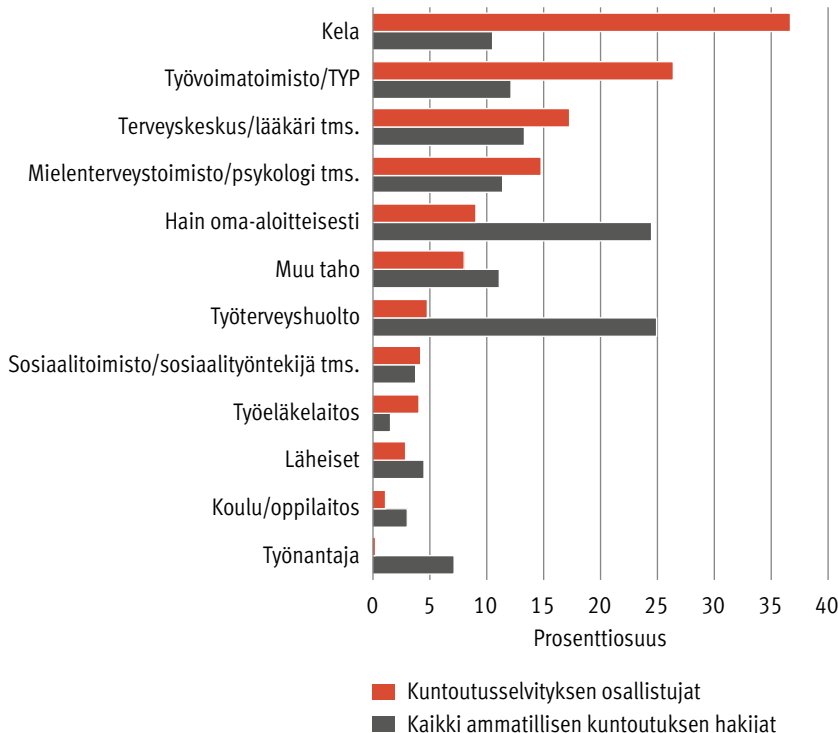
<sup>a</sup> 1 = ei haitannut lainkaan, 5 = haittasi erittäin paljon.

## 5 Palveluun ohjautuminen ja palvelun koettu oikea-aikaisuus

### 5.1 Kuntoutusaloitteen tekijä ja hakemisen omaehtoisuus

Eräs tämän tutkimuksen keskeisistä kysymyksistä on se, miten ammatilliseen kuntoutuspalveluun ohjaututaan ja miten oikea-aikaisesti palvelu toteutuu. Näitä kysymyksiä on ratkottu sekä kysely- että tapaustutkimusaineiston avulla. Kyselyssä tiedusteltiin ensinnäkin sitä, kenen aloitteesta vastaaja haki kuntoutuspalveluun ja oliko jokin taho ehdottanut hakemista. Kuviossa 7 havainnollistetaan vastauksia. Kuviossa esitetään myös kaikille Kelan ammatillista kuntoutusta hakeneille suunnatun kyselyn tulokset siitä, kenen aloitteesta he hakivat ammatillista kuntoutusta<sup>92</sup>. Ammatilliseen kuntoutuspalveluun osallistuneilla selvästi yleisin kuntoutusaloitteen tekijä oli Kela ja toiseksi yleisin työvoimatoimisto tai TYP. Varsin pieni osa oli hakenut palveluun oma-aloitteisesti. Kaikille hakijoille suunnatun kyselyn tulokset olivat hyvin erilaiset: suurin osa vastaajista oli hakenut kuntoutukseen joko työterveyshuollon kautta tai oma-aloitteisesti. Vaikuttaa siltä, että ammatillinen kuntoutuspalvelu näyttäytyy palveluna, johon ohjaututaan erityisen usein palvelua järjestävän tahon eli Kelan toimesta ja harvoin kuntoutujan omasta aloitteesta.

**Kuvio 7.** Kuntoutusaloitteen tehnyt taho<sup>a</sup>.



<sup>a</sup> Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja.

<sup>92</sup> Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja; kuntoutuspalveluun osallistujat n = 456, ammatillisen kuntoutuksen hakijat n = 693.

Kuntoutuspalveluun ohjautumista tarkasteltaessa on olennaista huomioida aloitteentekijän lisäksi se, miten omaehtoisesti tai vastentahtoisesti kuntoutujat kokevat osallistuneensa palveluun. Tätä kartoitettiin erityisesti kahden väittämän avulla. Väittämästä ”halusin kuntoutuspalveluun omasta tahdostani” samaa mieltä oli 66 prosenttia, eri mieltä 16 prosenttia<sup>93</sup>. Toisesta väittämästä – ”minua painostettiin kuntoutuspalveluun” – samaa mieltä oli 15 prosenttia, eri mieltä 67 prosenttia<sup>94</sup>. Väittämät olivat yhteydessä sairausryhmään: ne, joilla on synnynnäinen epämuodostuma tai vamma, halusivat palveluun omasta tahdostaan muita harvemmin<sup>95</sup> ja painostusta kokivat enemmän ne, joilla oli hermoston sairaus<sup>96</sup>, sydän- ja verisuonitauti<sup>97</sup> tai kuulosairaus<sup>98</sup>. Molemmat väittämät (”minua painostettiin kuntoutuspalveluun”<sup>99</sup> ja ”halusin kuntoutuspalveluun omasta tahdostani”<sup>100</sup>) olivat yhteydessä työkykyyn kyselyyn vastaamisen hetkellä: mitä parempi työkyky, sitä useammin koettiin, että palveluun oli haluttu omasta tahdosta ja sitä harvemmin oli koettu painostusta.

Ammatillisen kuntoutuksen palveluihin osallistumiseen saattaa liittyä myös negatiivisävytteisiä tunteita, kuten häpeää. Tämä voi osaltaan vaikuttaa siihen, haudutaanko palveluihin ylipäätään. Jonkin tasoista häpeää kuntoutuspalveluun osallistumisesta koki 15 prosenttia vastaajista<sup>101</sup>. Häpeä oli positiivisesti yhteydessä mielenterveyden häiriöihin<sup>102</sup> ja negatiivisesti silmäsairauksiin<sup>103</sup>. Samansuuntainen häpeän ja mielenterveyden häiriöiden välinen yhteys näkyi myös kaikille Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoille suunnatussa kyselyssä (ks. Haapakoski ym. 2018). Häpeän ja painostetuksi tulemisen tunteen lisäksi ja ohella palvelu saattaa herättää myös muita kielteiseksi koettuja tunteita, kuten eräs kyselyyn vastannut kuva:

”Ammatit/koulutukset on jaoteltu työllistäviin ja ei työllistäviin, vain työllistäviä tuetaan vaikka ei työllistävästä olisi hyötyä kuntoutumiselle. Kuntoutuspalveluun

93 Täysin eri mieltä 9 %, jokseenkin eri mieltä 7 %, ei samaa eikä eri mieltä 11 %, jokseenkin samaa mieltä 28 %, täysin samaa mieltä 38 %, en osaa sanoa 2 %, puuttuva tieto 5 %.

94 Täysin eri mieltä 55 %, jokseenkin eri mieltä 12 %, ei eri eikä samaa mieltä 12 %, jokseenkin samaa mieltä 7 %, täysin samaa mieltä 8 %, en osaa sanoa 1 %, puuttuva tieto 5 %.

95 Spearmanin rho = -0,15 (p = 0,005).

96 Spearmanin rho = 0,13 (p = 0,018).

97 Spearmanin rho = 0,12 (p = 0,034).

98 Spearmanin rho = 0,11 (p = 0,049).

99 Spearmanin rho = -0,17 (p = 0,003).

100 Spearmanin rho = 0,29 (p < 0,001).

101 Väite ”kuntoutuspalveluun osallistumiseen liittyy häpeän tunnetta”: täysin eri mieltä 54 %, jokseenkin eri mieltä 14 %, ei samaa eikä eri mieltä 9 %, jokseenkin samaa mieltä 10 %, täysin samaa mieltä 5 %, en osaa sanoa 4 %, puuttuva tieto 4 %.

102 Spearmanin rho = 0,27 (p < 0,001).

103 Spearmanin rho = -0,15 (p = 0,008).

osallistumiseen ei liittynyt häpeän tunnetta mutta siihen liittyi ahdistusta ja turhautumista ja suoranaista pelkoa.”<sup>104</sup>

Varsin suuri osa kyselyyn vastanneista ei tiennyt kuntoutusselvitykseen ohjautumistaan, millaisesta palvelusta on kyse. Vastajille esitettiin seuraava väittämä: ”tiesin etukäteen millainen palvelu kuntoutusselvitys on”. Eri mieltä oli jopa 56 prosenttia, samaa mieltä 24 prosenttia<sup>105</sup>. Käytännössä siis vain noin neljäsosa tiesi ohjautumisvaiheessa, millaiseen palveluun he ovat osallistumassa. Kuntoutusselvitystä koskevalla etukäteistiedolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sukupuoleen, ikään, sairausryhmään tai työkykyyn. Sillä oli kuitenkin mielenkiintoinen yhteys hakeutumisen omaehtoisuuteen<sup>106</sup>: etukäteistieto ja omaehtoisuus kulkivat käsi kädessä. Tarkemmat analyysit osoittivat, että etukäteistiedolla oli yhteys myös arvioon palveluyksikön onnistumisesta ja palvelun koettuun vaikuttavuuteen. Näitä yhteyksiä käsitellään tarkemmin luvussa 7.

Valtaosa kyselyn vastaajista<sup>107</sup> kuvaili avoimesti motiivejaan eli sitä, miksi he olivat hakeneet ammatilliseen kuntoutusselvitykseen. Vastauksissa viitattiin ensinnäkin eri tasoiseen omaehtoisuuteen: vastaajat kertoivat, että heidät oli lähetetty, heille oli suositeltu tai heidät oli määrätty palveluun. Osa myös mainitsi, että he eivät olleet hakeneet lainkaan:

”En mielestäni hakenut jos hain luulin että pääsen kuntoutukseen.”

”En hakenut itse, vaan minulta vaadittiin menemään sinne.”

Lähettävänä tahoina mainittiin useimmiten lääkäri tai jokin muu hoitotaho, Kela ja työvoimatoimisto sekä joissain tapauksissa sosiaalityöntekijä. Monet palveluun osallistumisen motiivit liittyivät selvittämiseen ja kartoittamiseen: vastaajat olivat halunneet selvittää työkykyään, itselleen sopivaa uutta alaa tai omaa tilannettaan ja vaihtoehtojaan yleisesti:

”Jotta löytäisin koulutusalan, jonka parissa jaksaisin terveenä pitkään.”

”Toivoin saavani kokonaisnäkömyksen tilanteestani ja selkeän ja realistisen toimintasuunnitelman.”

---

104 Vastaus kysymykseen: ”Onko jotain, mitä haluaisit vielä tuoda esiin?”

105 Täysin eri mieltä 32 %, jokseenkin eri mieltä 24 %, ei eri eikä samaa mieltä 13 %, jokseenkin samaa mieltä 14 %, täysin samaa mieltä 11 %, en osaa sanoa 2 %, puuttuva tieto 5 %.

106  $r = 0,12^*$ .

107  $n = 315$ .

”Halusin tietää mihin todella pystyn työelämässä. Mitä minulla on annettavaa. Mitä työtä pystyn tekemään.”

Pienessä osassa vastauksia viitattiin sairauksiin, terveydentilan selvittämiseen tai avun saamiseen terveydellisiin ongelmiin. Toisaalta kuntoutusselvitykseen oli haettu siksi, että haluttiin muutosta elämään, esimerkiksi työttömyyden katkaisua tai eläkkeelle pääsyä. Varsin usein motiivina oli toiminut toive kuntoutumisesta ja avun saamisesta, elämässä eteenpäin pääsemisestä ja syrjäytymisen välttämisestä:

”Jotta pääsisin eteenpäin ja sain tunteen että pystyn kun vain yritän.”

”Halusin tuntea itseni tarpeelliseksi, ihmiseksi, hyväksytyksi.”

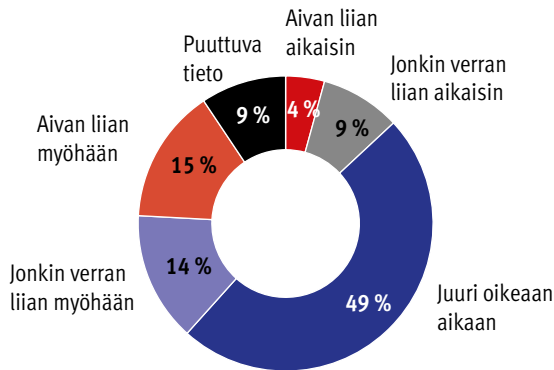
”Halusin apua ja neuvoja parempaan tulevaisuuteen.”

”Halusin itse selvittää onko minusta mihinkään tässä yhteiskunnassa. Omat vahvuudet hukassa. Tarvitsin tukea, jotta löytäis omat vahvuuteni työelämään.”

## 5.2 Kokemus palvelun oikea-aikaisuudesta

Palvelun koettua oikea-aikaisuutta selvitettiin tiedustelemalla, osallistuivatko kyselyn vastaajat ammatilliseen kuntoutusselvitykseen itselleen oikeaan aikaan. Prosenttijakaumat esitetään kuviossa 8 (s. 53). Juuri itselleen oikeaan aikaan koki osallistuneensa noin puolet, liian myöhään reilu kolmannes ja liian aikaisin 13 prosenttia. Kaikkien kuntoutuksen hakijoiden keskuudessa juuri oikeaan aikaan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden määrä oli hieman suurempi (60 %)<sup>108</sup>. On kuitenkin huomattava, että tässä yhteydessä on kyse nimenomaan itse arvioidusta oikea-aikaisuudesta yksilökohtaisesti tarkasteltuna. Lisäksi osa vastaajista ilmaisi epävarmuuttaan sen suhteen, mitä *ajankohdalla* tässä yhteydessä tarkoitettiin. Valmiit vastausvaihtoehdot eivät myöskään mahdollista sen erittelyä, mihin oikea-aikaisuuden ulottuvuuteen ja henkilökohtaiseen merkitykseen perustuen kysymykseen on vastattu. Tämän vuoksi oikea-aikaisuuden moniulotteisuutta ja tilannesidonnaisuutta tarkasteltiin myös laadullisen aineiston avulla.

<sup>108</sup> Kaikki hakijavastaajat: osallistuin aivan liian aikaisin 5 %, osallistuin jonkin verran liian aikaisin 5 %, osallistuin aivan liian myöhään 9 %, osallistuin jonkin verran liian myöhään 11 %, puuttuva tieto 11 %.

**Kuvio 8.** Osallistujien arvio palvelun ajoituksesta.

Myös erään avoimen kysymyksen vastaukset auttavat hahmottamaan oikea-aikaisuuden ulottuvuuksia: ”Jos ammatillisen kuntoutus selvityksen ajankohta ei ollut oikea, kerro miksi ajankohta ei sopinut<sup>109</sup>”. Varsin huomattava osa kysymykseen vastanneista kertoi kuntoutus selvityksen toteutuneen heidän kohdallaan liian myöhään. Vastauksissa nostettiin esiin ongelmien kasaantumiseen, omaan huonokuntoisuuteen ja ikään liittyviä huomioita sekä palvelua koskevaa tietämättömyyttä:

”11 vuotta työttömänä kertoo kaiken.”

”Jos olisin päässyt tai minut olisi ohjattu sinne aiemmin voisi kokonaistilanteeni olla paljon positiivisempi.”

”Pitkäaikainen työttömyysjakso oli jo ehtinyt alkaa vaikuttamaan mielialaani ja itsetuntooni. Alakuloisuutta ja toiminnallista aloitekykyä uhkasi liikunnan puute ja huonot ravintotottumukset. Taloudellinen tuki riittämätön ja välillä jouduimme turvautumaan diakonia-apuun.”

”Olisi pitänyt paljon aikaisemmin jos olisi tiennyt että tällainen mahdollista.”

Suhteellisen pienessä osassa vastauksia viitattiin siihen, että ammatillinen kuntoutus selvitys oli toteutunut liian aikaisin. Sairausten selvittely tai hoito oli kesken tai vastaaja koki olevansa edelleen liian sairas. Lisäksi kerrottiin voimavarojen riittämättömyydestä sekä tilanteen epäselvyydestä:

”En mielestäni ollut/ole täysin valmis työhön paluuseen, kun selvitys loppuu. Mielestäni minulla ei ole ollut riittävästi voimavaroja ja motivaatiota osallistua täysillä kaikkeen ja olla hyvin oma-aloitteinen.”

109 n = 140.

”En oikein itsekään tiennyt ’mitä tehdä’, päättämisvaikeus, epäselvä tilanne.”

Liian varhain tai liian myöhään osallistumisen lisäksi tai ohella vastauksissa viitattiin väärällä hetkellä toteutuneeseen palveluun. Kuntoutus selvityksen ajankohta ei ollut osunut kohdalleen esimerkiksi vaikean perhe- ja elämäntilanteen ja sen aiheuttaman voimavarapulan vuoksi. Vastauksissa viitattiin tietynlaiseen muuttuvaan, tilanteiseen toimintakykyyn:

”Minulla on pienet lapset kotona ja psyykinen kuntoni ei ollut tarpeeksi hyvä.”

”Perheen tilanne haastava, oma tilanne vaikea.”

Palvelun koettu oikea-aikaisuus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ikään<sup>110</sup>, sairausryhmään<sup>111</sup>, työkykyyn (ennen palvelua<sup>112</sup> ja vastaamishetkellä<sup>113</sup>) sekä kuntoutusaloitteen tekijään<sup>114</sup>. Toiseksi nuorimmassa ikäryhmässä (35–44-vuotiaat) oli muita ryhmiä enemmän liian aikaisin osallistuneita<sup>115</sup> ja keskimmaisissa ikäryhmissä (45–54- ja 55–64-vuotiaat) puolestaan vähemmän<sup>116</sup>. Vanhimmissa ikäryhmässä (55–64-vuotiaat) painottui kokemus liian myöhään osallistumisesta<sup>117</sup>. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta korostui liian myöhään<sup>118</sup> ja mielenterveyden häiriöiden osalta<sup>119</sup> puolestaan liian aikaisin osallistuminen<sup>120</sup>. Ne, joilla ei ollut mielenterveyden häiriöitä, kokivatkin muita useammin osallistuneensa palveluun juuri oikeaan aikaan<sup>121</sup>. Ulkoisten syiden aiheuttamien vammojen ryhmässä<sup>122</sup> oli muita sairausryhmiä vähemmän juuri oikeaan aikaan osallistuneita<sup>123</sup> ja enemmän niitä, jotka kokivat osallistuneensa liian myöhään<sup>124</sup>.

110  $\chi^2 (6) = 17,08$  ( $p = 0,009$ ).

111  $\chi^2 (4) = 13,12$  ( $p = 0,011$ ).

112  $F(2,302) = 8,98$  ( $p < 0,001$ ).

113  $F(2,300) = 8,14$  ( $p < 0,001$ ).

114 Analyysia varten yhdistettiin vastausluokat *osallistuin aivan liian aikaisin* ja *osallistuin jonkin verran liian aikaisin* (= osallistuin liian aikaisin) sekä luokat *osallistuin jonkin verran liian myöhään* ja *osallistuin aivan liian myöhään* (= osallistuin liian myöhään).

115 Adj. Res. = 2,4.

116 Adj. Res. = -2,0/-2,0.

117 Adj. Res. = 2,3.

118 Adj.Res. = 3,5.

119  $\chi^2 (2) = 8,43$  ( $p = 0,015$ ).

120 Adj.Res. = 2,5.

121 Adj.Res. = 2,4.

122  $\chi^2 (2) = 19,57$  ( $p = 0,008$ ).

123 Adj.Res. = -2,9.

124 Adj. Res. = 2,8.



Työkykypistemäärien keskiarvot<sup>125</sup> erosivat toisistaan sen suhteen, oliko kuntoutus- selvitykseen osallistuttu itselle oikeaan aikaan, liian myöhään vai liian aikaisin<sup>126</sup>. Liian aikaisin osallistuneilla keskiarvo ennen palvelua oli 2,6, liian myöhään osallistuneilla 2,4 ja oikeaan aikaan osallistuneilla 3,7. Myös työkyky kyselyyn vastaamisen hetkellä oli yhteydessä oikea-aikaisuuden kokemukseen. Palveluun liian aikaisin osallistuneilla keskiarvo oli 3,1 ja liian myöhään osallistuneilla jopa hieman suurempi eli 3,3. Sekä liian aikaisin että liian myöhään osallistuneet erosivat itselleen sopivaan aikaan osallistuneista, joilla työkykypistemäärän keskiarvo vastaamishetkellä oli selvästi korkein eli 4,6<sup>127</sup>.

Myös oikea-aikaisuuden ja kuntoutusaloitteen tekijän suhdetta analysoitiin tarkemmin. Työeläkelaitos<sup>128</sup> kuntoutusaloitteen tekijänä oli yhteydessä sekä juuri oikeaan aikaan<sup>129</sup> että liian myöhään<sup>130</sup> osallistumiseen. Mielenterveystoimisto tai psykologi tms. kuntoutusaloitteen tekijänä oli puolestaan yhteydessä liian aikaisin osallistumiseen<sup>131</sup>. Tämä havainto on linjassa aiemmin mainittujen sairausryhmäkohtaisten yhteyksien kanssa. Erityisesti mielenterveyden häiriöistä kärsivien kohdalla kuntoutus selvityksen oikea-aikaisuuden arviointi ja toteutuminen näyttäytyy haasteellisena. Muita sairausryhmiä suurempana riskinä on palveluun osallistuminen liian varhain toisin kuin esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, joissa riskinä on ennemminkin liian myöhään osallistuminen. Oikea-aikaisuudella oli yhteys myös arvioon palveluyksikön onnistumisesta ja palvelun vaikutuksista. Tätä käsitellään tarkemmin luvussa 7.

---

125 Asteikolla 0–10 (ks. Toimia-tietokanta 2017).

126 BCB 95 % CI.

127 BCB 95 % CI.

128  $\chi^2(2) = 6,18$  ( $p = 0,046$ ).

129 Adj.Res. = 2,5.

130 Adj.Res. = -2,0.

131 Adj.Res. = 2,3.

## 6 Kokemukset palvelun toteutuksesta

### 6.1 Tavoitteiden asettaminen ja tavoitteiden omaehtoisuus

Tässä tutkimuksessa haluttiin kartoittaa sitä, millaisia yksilöllisiä tavoitteita vastaajille oli ammatillisen kuntoutus selvityksen yhteydessä laadittu, millaiseksi he olivat kokeneet tavoitteiden laatimisen prosessin ja oman roolinsa siinä, ja miten he arvioivat tavoitteiden toteutumista. Ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelukuvauksessa (Kela 2015b) todetaan, että kuntoutuja ja omaohjaaja laativat palvelun tavoitteet hyödyntäen GAS-menetelmää (*Goal Attainment Scaling*) (ks. Kela 2012). Tavoitteita tarkennetaan ja täsmennetään palvelun kuluessa, niille laaditaan realistinen aikataulu ja niiden toteutumista arvioidaan palvelun lopussa. Erityisesti kuntoutusyksikössä toimiva kuntoutujan omaohjaaja neuvoo ja ohjaa kuntoutujaa tavoitteiden laatimisessa, seuraa niiden toteutumista ja tukee tavoitteiden etenemisessä. GAS-menetelmän avulla laaditut yksilölliset tavoitteet ovat osa ammatillista kuntoutussuunnitelmaa, joka laaditaan ammatillisen kuntoutus selvityksen jatkovaiheeseen osallistuville. (Kela 2015b.)

Tämän tutkimuksen kyselyssä tiedusteltiin ensinnäkin yleisesti, mitä tavoitteita palvelun yhteydessä laadittiin. Tässä yhteydessä ei siis tarkennettu, koskivatko tavoitteet nimenomaan GAS-menetelmän avulla laadittuja tavoitteita vai esimerkiksi yleisempiä, ehkä myös kirjaamattomia tavoitteita. Vastausjakauma esitetään kuviossa 9<sup>132</sup> (s. 57). Kuten kuvio havainnollistaa, erityisesti työkyvyn selvittämiseen liittyvät tavoitteet korostuivat. Lisäksi esiin nousivat fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tavoitteet. Palvelun yhteydessä oli laadittu suhteellisen usein myös työelämäorientoituneita tavoitteita, kuten opiskelujen tai palkkatyön jatkamista tai aloittamista. Varsin olennaista on kuitenkin se, missä määrin vastaajat kokivat asetetut tavoitteet itselleen ja omaan elämäntilanteeseensa sopiviksi. Tavoitteiden koki sopivan itselleen täysin/paljon/melko paljon 59 prosenttia, jonkin verran 19 prosenttia ja ei lainkaan 7 prosenttia<sup>133</sup>. Arviot kallistuivat siis jossain määrin positiivisiksi, ja täysin epäsoviviksi tavoitteet koettiin harvoin.

---

132 Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja, n = 962.

133 Vastaukset kysymykseen: Missä määrin koit asetetut tavoitteet itsellesi / omaan elämäntilanteeseesi sopiviksi? Melko paljon 23 %, täysin 18 %, paljon 18 %, en osaa sanoa 8 %, puuttuva tieto 7 %.

**Kuvio 9.** Palvelun yhteydessä laaditut tavoitteet.

<sup>a</sup>Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja.

Kiinnostavaa on tarkastella myös sitä, millaiseksi kuntoutujat kokevat oman roolinsa tavoitteiden asettamisen prosessissa. Alanko ym. (2017) tutkivat kuntoutujan osallistamista kuntoutumistavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden seurantaan GAS-menetelmällä. He totesivat, että kuntoutujan osallistuminen omien tavoitteiden asettamiseen sekä motivoi että sitouttaa kuntoutumisprosessiin. Osallisuus on olennaista myös sen kannalta, miten kuntoutumista edistävät toimet nivoutuvat osaksi kuntoutujan arkea. (Alanko ym. 2017.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa esitettiin seuraava väite: ”osallistuin aktiivisesti kuntoutus selvityksen aikana kuntoutusta koskevien tavoitteiden laitimiseen”. Selvä valtaosa oli väitteestä joko täysin (47 %) tai jokseenkin samaa mieltä (28 %) <sup>134</sup>. Osallisuuteen voidaan liittää myös kokemus siitä, kokeeko henkilö tullessa tavoitteiden asettamisessa kuulluksi. Vastaajia pyydettiin arvioimaan kuntoutusyksikön onnistumista heidän omien, kuntoutuksensa liittyvien tavoitteidensa huomioimisessa. Reilu puolet koki kuntoutusyksikön onnistuneen joko erittäin (19 %) tai melko hyvin (39 %). Negatiivisen arvion antoi 14 prosenttia (ei lainkaan 5 %, melko huonosti 9 %). Kaikkiaan 18 prosenttia arvioi kuntoutusyksikön onnistuneen ei hyvin eikä huonosti <sup>135</sup>. Mielenkiintoista on se, että mitä vahvempia edellä mainitut kokemukset olivat – asetettujen tavoitteiden sopivuus itselle ja omaan elämäntilanteeseen <sup>136</sup>, aktiivinen osallistuminen kuntoutusta

<sup>134</sup> Täysin eri mieltä 3 %, jokseenkin eri mieltä 3 %, ei samaa eikä eri mieltä 11 %, en osaa sanoa 4 %, puuttuva tieto 4 %.

<sup>135</sup> En osaa sanoa 5 %, puuttuva tieto 5 %.

<sup>136</sup> Spearmanin rho = 0,41 (p < 0,001).

koskevien tavoitteiden laatimiseen<sup>137</sup> sekä kuntoutujan omien tavoitteiden huomioiminen prosessissa<sup>138</sup> – sitä paremmin suunnitelman mukaiset tavoitteet toteutuivat.

Tavoitteiden omaehtoisuutta tarkasteltiin myös esittämällä kyselyn vastaajille seuraava väittäjä: ”kuntoutusta koskevat tavoitteet saneltiin minulle”. Arviot vaihtelivat selvästi edellisiä enemmän: eri mieltä oli 40 prosenttia ja samaa mieltä 36 prosenttia<sup>139</sup>. Kaikkiaan siis reilu kolmannes palveluun osallistuneista koki vähintään jossain määrin, että kuntoutusta koskevat tavoitteet saneltiin heille. Tämä kokemus ei ollut yhteydessä siihen, miten hyvin suunnitelman mukaiset tavoitteet toteutuivat.

## 6.2 Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen

Jos ammatillisessa kuntoutuspalveluksessa edetään jatkovaiheeseen, johtaa palvelu ammatilliseen kuntoutussuunnitelmaan. Palvelukuvauksen mukaan ammatillinen kuntoutussuunnitelma tehdään kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä, ja siihen kirjataan seuraavat asiat: ammatillinen kuntoutussuunnitelma ja sen vaihtoehdot, kuntoutujan mahdolliset eriävät näkemykset, mahdollinen tarvittava muu kuntoutus sekä vastaukset Kelan esittämiin kysymyksiin. Lisäksi suunnitelmaan kirjataan keskeiset tutkimustulokset, jäljellä oleva työkyky ja sen rajoitteet, lisätutkimukseen ja jatkohoitoon ohjaaminen sekä konsultaatio- ja asiantuntijalausunnat. Ammatillinen kuntoutussuunnitelma sisältää myös kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden toteutumisen (GAS / Omat tavoitteeni -lomake) sekä seurantakäyntien tai yhteydenottojen tavoitteet ja niiden toteutuksen. Ammatillisen kuntoutuspalveluksen seurantavaiheen aikana kuntoutujan ja palveluntuottajan on tarkoitus yhdessä varmistaa, että ammatillinen kuntoutussuunnitelma lähtee liikkeelle ja kuntoutuja saa tukea sen toteuttamiseen. (Kela 2015b.)

Kyselyssä tiedusteltiin, laadittiinko vastaajien kanssa ammatillinen kuntoutussuunnitelma kuntoutuspalveluksen aikana. Kaikkiaan 52 prosenttia vastasi myöntävästi, kieltävästi 17 prosenttia. Jopa 25 prosenttia ei osannut sanoa, laadittiinko heidän kanssaan suunnitelmaa<sup>140</sup>. Vaikuttaa siltä, että ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen liittyvät termit – kuten juuri ammatillinen kuntoutussuunnitelma – eivät osallistujille läheskään aina avaudu. Tämä näkyi myös avointen kysymysten vastauksissa:

”Tähän mennessä olen jo tosiaan sekaisin termeistä.”<sup>141</sup>

---

137 Spearmanin rho = 0,21 (p < 0,001).

138 Spearmanin rho = 0,39 (p < 0,001).

139 Täysin eri mieltä 22 %, jokseenkin eri mieltä 17 %, ei samaa eikä eri mieltä 15 %, jokseenkin samaa mieltä 19 %, täysin samaa mieltä 17 %, en osaa sanoa 6 %, puuttuva tieto 4 %.

140 Puuttuva tieto 6 %.

141 Osavastaus kysymykseen: Missä määrin ammatillisen kuntoutussuunnitelmasi mukaiset tavoitteet toteutuivat?

”En, uskomatonta kyllä, VIELÄKÄÄN ymmärrä mikä on ’ammattillinen kuntoutus’, ’kuntoutussuunnitelma’ jne. Liian monta samankaltaista termiä! Selvitysjakson aikana minulle tehty toimintasuunnitelma lienee tämä ’ammattillinen suunnitelma?’”<sup>142</sup>

Vastaajilta kysyttiin myös, laadittiinko ammatillista kuntoutuspalvelusta varten alustavat tavoitteet jo hakemusvaiheessa. Tavoitteiden ja suunnitelmien epäselvyys näkyi myös tämän kysymyksen vastauksissa: kolmannes (35 %) valitsi en osaa sanoa -vaihtoehdon. Myöntävästi vastasi 34 prosenttia, kieltävästi 28 prosenttia.<sup>143</sup>

Taulukossa 5 tarkastellaan ristiintaulukoinnin avulla kuntoutuspalveluksen keston ja ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimisen välistä suhdetta<sup>144</sup>. Kieltävästi vastanneiden suhteellinen osuus näyttää vähenevän sitä mukaa, mitä pidemmälle palvelussa edetään. Tämä on loogista siitä näkökulmasta, että palvelukuvauksen mukaan suunnitelma laaditaan vasta palvelun jatkovaiheessa. Toisaalta ainoastaan alkuvaiheeseen osallistuneistakin kohtuullisen suuri osa on sitä mieltä, että heidän kanssaan on laadittu ammatillinen kuntoutussuunnitelma palvelun aikana tai ei osaa vastata kysymykseen.

**Taulukko 5.** Palvelun kesto ja ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen.

		Laadittiinko sinun kanssasi ammatillinen kuntoutussuunnitelma kuntoutuspalveluksen aikana?		
		Kyllä (n)	Ei (n)	En osaa sanoa (n)
Kuinka kauan kuntoutuspalvelus kesti?	1–3 vrk	39	35	29
	4–10 vrk	55	13	29
	Yli 10 vrk	69	9	18
	En osaa sanoa	16	2	10
Yhteensä		179	59	86

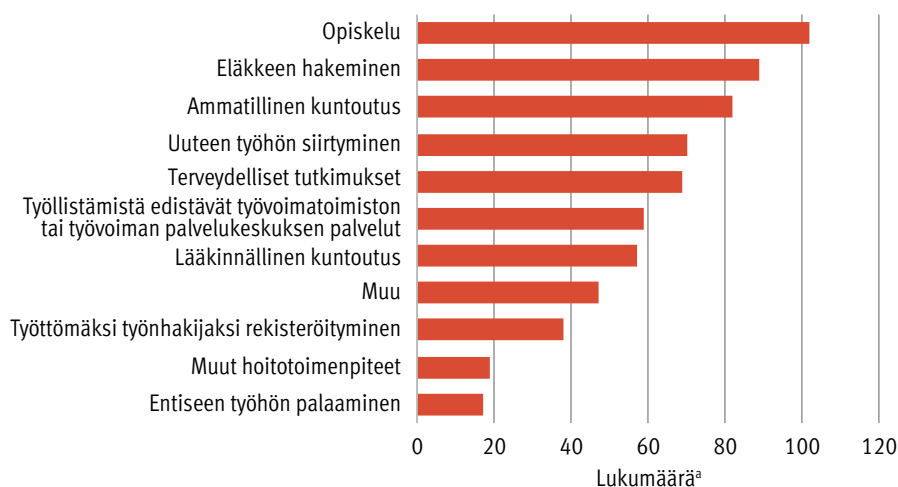
Vastaajilta tiedusteltiin myös, millaisia palveluita heille suositeltiin kuntoutuspalveluksen päätteeksi<sup>145</sup>. Tämän voidaan katsoa osaltaan kuvaavan tehtyjen ammatillisten kuntoutussuunnitelmien sisältöä. Kuten kuvio 10 (s. 60) osoittaa, suositellut palvelut jakaantuivat varsin tasaisesti. Useimmiten oli suositeltu opiskelua, eläkkeen hakemista ja ammatillista kuntoutusta.

<sup>142</sup> Osavastaus kysymykseen: Miltä taholta ja millaista tukea olisit tarvinnut ammatillisen suunnitelman toteuttamisessa?

<sup>143</sup> Puuttuva tieto 4 %.

<sup>144</sup> Puuttuva tieto 8 %.

<sup>145</sup> Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja, n = 649.

**Kuvio 10.** Kuntoutusselvityksen päätteeksi suositellut palvelut.

<sup>a</sup> Vastaja sai valita useampia vaihtoehtoja.

### 6.3 Palvelun seurantavaiheen ja suunnitelman toteutuminen

Eräs tämän tutkimuksen kysymyksistä liittyy siihen, missä määrin palvelun puitteissa tehtävät suunnitelmat toteutuvat. Ammatillisen kuntoutussuunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutumista havainnollistetaan kuviossa 11 (s. 61). Kuviossa ovat mukana ne, jotka vastasivat myönteisesti kysymykseen ”laadittiinko sinulle ammatillinen kuntoutussuunnitelma kuntoutus selvityksen aikana”<sup>146</sup>. Tavoitteiden toteutuminen oli vaihtelevaa: noin puolet vastaajista arvioi tavoitteiden toteutuneen hyvin, 20 prosenttia huonosti ja 24 prosenttia ei hyvin eikä huonosti. Mikäli mukaan otetaan kaikki tavoitteiden toteutumista koskevaan kysymykseen vastanneet<sup>147</sup>, arviot ovat hie-man kriittisempiä<sup>148</sup>.

Aineisto osoitti, että suunnitelmia ja tavoitteita koskevat kysymykset saattoivat olla vastaajille haasteellisia. Tämä kertonee osaltaan epäselvyydestä liittyen siihen, mitä tavoitteita palvelussa on asetettu tai mitä tavoitteita ja suunnitelmia kyselylomakkeessa kulloinkin tarkoitetaan (esim. ammatillisen kuntoutussuunnitelman tavoitteet, kuntoutuspalautteeseen kirjatut suositukset, GAS-menetelmällä hahmotellut yksilölliset tavoitteet). Tämän vuoksi jatkoanalyysiin otettiin mukaan kaikki ne, jotka olivat vastanneet ammatillisen kuntoutussuunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutumista koskevaan kysymykseen<sup>149</sup>. Tekstissä viitataan yleisesti suunnitelman

146 n = 183.

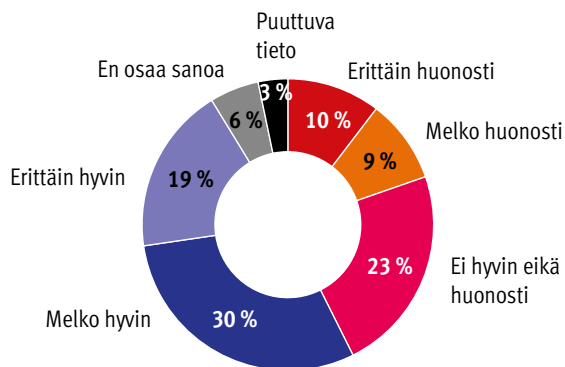
147 n = 332.

148 Erittäin hyvin 12 %, melko hyvin 21 %, ei hyvin eikä huonosti 21 %, melko huonosti 11 %, erittäin huonosti 17 %, en osaa sanoa 11 %, puuttuva tieto 7 %.

149 Missä määrin ammatillisen kuntoutussuunnitelmasi mukaiset tavoitteet toteutuivat? n = 332.

mukaisten tavoitteiden toteutumiseen silloin, kun analyysissa ovat olleet mukana kaikki kysymykseen vastanneet. Analyysit osoittivat, että suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutuminen oli yhteydessä sairausryhmään: tuki- ja liikuntaelinsairaudet<sup>150</sup> tavoitteiden huonompaan toteutumiseen ja kuulosairaudet<sup>151</sup> puolestaan parempaan. Toteutumisella oli yhteys myös työkykyyn sekä ennen kuntoutus selvitykseen osallistumista<sup>152</sup> että vastaamishetkellä<sup>153</sup>: mitä paremmaksi työkyky arvioitiin, sitä todennäköisemmin tavoitteet toteutuivat. Suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutuminen oli yhteydessä myös kuntoutuksen koettuun oikea-aikaisuuteen<sup>154</sup>. Tavoitteiden koettiin toteutuneen paremmin, jos palveluun osallistuttiin joko oikeaan aikaan (ka = 3,3<sup>155</sup>) tai liian myöhään (ka = 2,8) suhteessa liian aikaisin osallistumiseen (ka = 2,6). Tämä voi selittyä osittain sillä, että liian myöhään osallistuneiden tavoitteet ovat saattaneet liittyä esimerkiksi eläkkeen hakemiseen.

**Kuvio 11.** Ammatillisen kuntoutussuunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutuminen.



Vastaajille annettiin myös mahdollisuus perustella arviotaan tavoitteiden toteutumisesta<sup>156</sup>. Nämä perustelut avaavat suunnitelmien mukaisten tavoitteiden toteutumisen esteitä. Osa kysymykseen vastanneista viittasi joko osittain tai kokonaan toteutuneisiin suunnitelmiin: opiskelu tai ammatillinen kuntoutus on alkanut, työkyky oli selvitetty tai oltiin yleisesti saatu apua:

”Päysin opiskelemaan alaa joka minua kiinnostaa.”

150 Spearmanin rho = -0,56 (p = 0,009).

151 Spearmanin rho = 0,14 (p = 0,020).

152 Spearmanin rho = 0,12 (p = 0,040).

153 Spearmanin rho = 0,38 (p < 0,001).

154  $\chi^2(2) = 14,98$  (p = 0,001).

155 Asteikko 1–5: 1 = erittäin huonosti, 2 = huonosti, 3 = ei hyvin eikä huonosti, 4 = melko hyvin, 5 = erittäin hyvin.

156 Missä määrin ammatillisen kuntoutussuunnitelmasi mukaiset tavoitteet toteutuivat? Perustele lyhyesti edelliseen kysymykseen antamasi vastaus. n = 259.

”Löytyi mielenkiintoinen ala, johon olen työllistynyt hyvin.”

”Sain elämän hallinnan takaisin.”

Tavoitteiden toteutumisen esteiksi muodostui ensinnäkin kokemus siitä, että on edelleen liian sairas työelämään:

”Terveystilani ei kohene työkuntoa vaativalle tasolle.”

Toisaalta kerrottiin siitä, että pitkän tähtäimen suunnitelma puuttui, suunnitelma oli jäänyt epäselväksi tai tavoitteet olivat olleet liian korkeita:

”Mielestäni pidemmän aikavälin kuntoutussuunnitelmaa ei ole tehty. Ainoastaan lyhyen aikavälin suunnitelmia.”

”Tavoitteet eivät tulleet minulle selviksi.”

”Vaikea sanoa, koska minulle jäi epäselväksi mitkä tavoitteet olivat.”

Suhteellisen moni vastaaja totesi, että heidän tilanteensa ei ollut muuttunut. Työttömyys oli jatkunut, eläkettä ei ollut myönnetty, terveydentila ei ollut parantunut. Usein olisi kaivattu enemmän neuvoja ja tukea:

”Olen yhtä samassa tilanteessa, ja mikään ei ole muuttunut.”

”En ole yhtään viisaampi, mitä tehdä kuin ennen selvitystä. Ratkaisuja ei konkreettisesti löytynyt.”

”En saanut sellaisia neuvoja mitä olisin tarvinnut.”

”Valmistuin koulusta. Nyt tosin olen neuvoton ja pelkään, etten saa apua.”

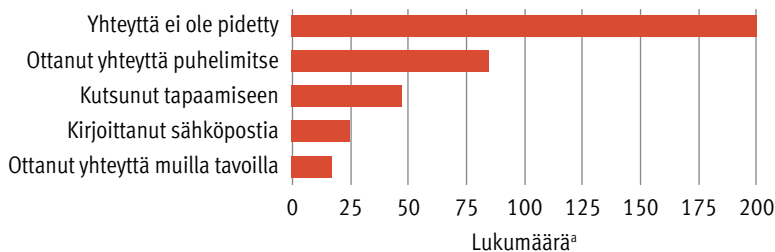
Jonkin verran kommentoitiin myös sitä, että kuntoutus selvityksen jälkeiset toimenpiteet olivat vielä kesken.

Ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelukuvauksessa todetaan, että palvelun jatkovaiheen jälkeen toteutettavan seurantavaiheen aikana kuntoutuja ja palveluntuottaja yhdessä varmistavat, että ammatillinen kuntoutussuunnitelma on lähtenyt tai lähtee liikkeelle ja kuntoutuja saa tukea ammatilliseen etenemiseensä. Seurantavaihe toteutetaan kahdeksan kuukauden kuluessa jatkovaiheen jälkeen joko palveluntuottajan luona toteutettavina seurantapäivinä tai palveluntuottajan puhelinyhteydenottoina. (Kela 2015b.) Kyselyssä tiedusteltiin, onko kuntoutus selvityksen päättymisen jälkeen omaohjaaja tai joku muu selvityksen toteuttamiseen osallistunut henkilö ollut yh-



teydessä vastaajaan<sup>157</sup>. Vastausjakaumat esitetään kuviossa 12. Useimmiten yhteyttä ei ollut pidetty. Jos oli pidetty, suosituin yhteydenotto muoto oli ollut puhelinsoitto. Tulosten tulkinnassa on otettava huomioon, että seurantavaihe on palvelukuvauksen mukaan yhteydessä kuntoutus selvityksen keston: 1–3 vuorokautta kestävään alkuvaiheeseen ei liity varsinaista seurantavaihetta. Alkuvaiheeseen osallistuneista 45 prosenttia mainitseekin, että yhteyttä ei ollut pidetty. Sama koskee kuitenkin myös osaa pidempään palvelussa olleista. Niistä, joilla palvelu oli kestänyt yli kymmenen vuorokautta, 26 prosenttia ja 1–10 vuorokautta palvelussa olleista 19 prosenttia toteaa, että yhteyttä ei ollut pidetty kuntoutus selvityksen päättymisen jälkeen. Tässä on kuitenkin huomioitava, että vastaajien joukossa saattaa olla henkilöitä, joiden osalta seurantavaiheen kahdeksan kuukauden aikaraja ei ole tullut vielä vastaan.

**Kuvio 12.** Omaohjaajan tai muun selvitykseen osallistuneen henkilön yhteydenotto palvelun jälkeen.



<sup>a</sup>Vastaaja sai valita useampia vaihtoehtoja.

Vastaajilta tiedusteltiin, olivatko he saaneet tukea ammatillisen kuntoutussuunnitelman toteuttamisessa. Niistä, jotka olivat vastanneet myöntävästi ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimista koskevaan kysymykseen<sup>158</sup>, tuen saantia koskevaan kysymykseen vastasi myöntävästi 30 prosenttia, kieltävästi 35 prosenttia ja 30 prosenttia ei osannut sanoa<sup>159</sup>. Kaikista kysymykseen vastanneista<sup>160</sup> 21 prosenttia vastasi myöntävästi, 39 prosenttia kieltävästi ja 32 prosenttia ei osannut sanoa<sup>161</sup>. Suunnitelman toteuttamisessa saatu tuki oli yhteydessä suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutumiseen<sup>162</sup>: mitä enemmän tukea, sitä todennäköisemmin tavoitteiden koettiin toteutuneen.

157 Vastaaja sai valita useamman vaihtoehdon, n = 377.

158 Laadittiinko sinun kanssasi ammatillinen kuntoutussuunnitelma kuntoutus selvityksen aikana? Kyllä, n = 183.

159 Puuttuva tieto 3 %.

160 Oletko saanut tukea ammatillisen kuntoutussuunnitelman toteuttamisessa? n = 326.

161 Puuttuva tieto 7 %.

162 Spearmanin rho = 0,48 (p < 0,001).

Vastaajat saivat kertoa myös avoimesti siitä, miltä taholta ja millaista tukea he olisivat tarvinneet ammatillisen suunnitelman toteuttamisessa<sup>163</sup>. Ensinnäkin olisi kaivattu apua opiskelu- tai työpaikan hankintaan, tietoa niistä tai ohjausta ja tukea ”oman jutun” löytämiseen:

”Ehkä olisin kaivannut mahdollisuutta keskustella sellaisen henkilön kanssa, jolla oli tietoa oman koulutusalani työllistymismahdollisuuksista ja mahdollisista työpaikoista sekä osaamisvaatimuksista alalla.”

”Kartoittaa omia vahvuuksiani sekä avustaa opiskelupaikan tai työpaikan saannin kanssa. Eli kun kuntoutus loppui, loppui yhteydenpito myös.”

”Paikallista työtietoa tai opiskelumahdollisuuksista.”

Lisäksi hieman harvemmin olisi toivottu apua eläkkeelle pääsyyn tai taloudellista tukea. Hajamainintoja saivat byrokraatiaan liittyvä tuki, psyykkinen tuki sekä yleinen käytännön tuki:

”Lomakeviidakko, byrokraatia, liitteiden kokoaminen, perustelujen miettiminen ja kirjoittaminen on toipumisvaiheessa TOSI RANKKAA. Olisin todella kaivannut apua hakemusten ja muiden ’virallisten’ asioiden selvittelyssä.”

Tukea toivottiin suunnilleen yhtä usein Kelalta, kuntoutusyksiköstä ja hoitotahoilta. Lisäksi mainintoja sai työvoimatoimisto ja TYP.

## 7 Palvelun koettu onnistuminen ja vaikutukset

### 7.1 Tyytyväisyys palveluun ja palvelun vastaaminen tarpeisiin

Kyselylomakkeessa vastaajia pyydettiin arvioimaan yleisesti, missä määrin he olivat tyytyväisiä ammatillisen kuntoutusselvityksen toteuttamiseen kuntoutusyksikössä. Tässä fokus oli nimenomaan palvelun toteutusvaiheessa, joka tapahtuu kilpailutuksen pohjalta valitussa palveluyksikössä. Toteutusta ohjataan kuitenkin Kelan tuottamilla yleisillä ammatillista kuntoutusta koskevilla ja palvelukohtaisilla palvelukuvauksilla. Vastaajat olivat kaikkiaan suhteellisen tyytyväisiä palvelun toteuttamiseen: erittäin tyytyväisiä 23 prosenttia, melko tyytyväisiä 38 prosenttia. Ei tyytyväisiä eikä tyytymättömiä oli 14 prosenttia. Tyytymättömien osuus oli pienehkö eli 15 prosenttia (erittäin tyytymättömiä 7 %, melko tyytymättömiä 8 %) <sup>164</sup>. Hermoston sairauksien ryhmässä oli enemmän tyytymättömyyttä <sup>165</sup> ja silmäsairauksien ryhmässä oltiin puolestaan tyytyväisempiä <sup>166</sup>. Palvelun toteuttamiseen olivat tyytyväisempiä myös ne, joilla oli parempi työkyky kuntoutusselvitykseen osallistuessa <sup>167</sup>.

Miten hyvin ammatillisen kuntoutusselvityksen sitten koettiin vastanneen osallistujien omiin, yksilöllisiin tarpeisiin? Vastaajat arvioivat väittämää ”kuntoutusselvitys vastasi tarpeitani”. Noin puolet oli väittämästä samaa mieltä ja eri mieltä oli vajaa kolmannes <sup>168</sup>. Kokemus palvelun vastaavuudesta tarpeisiin oli tilastollisesti merkittävästi yhteydessä ikäryhmään <sup>169</sup>: nuorimmissa oli muita vähemmän <sup>170</sup> niitä, jotka olivat täysin samaa mieltä ja enemmän niitä, jotka eivät olleet eri eivätkä samaa mieltä <sup>171</sup>. Vanhimmassa ikäryhmässä oli muita enemmän täysin samaa mieltä <sup>172</sup> ja vähemmän jokseenkin samaa mieltä <sup>173</sup> olevia. Sairausryhmistä tarvevastaavuus oli yhteydessä ainoastaan silmäsairauksiin <sup>174</sup>: jokseenkin eri mieltä olleita oli muihin ryhmiin verrattuna vähemmän <sup>175</sup> ja täysin samaa mieltä olleita enemmän <sup>176</sup>. Mitä

164 En osaa sanoa 5 %, puuttuva tieto 5 %.

165  $r = -0,13^*$ .

166  $r = 0,13^*$ .

167  $r = 0,18^{**}$ .

168 Täysin eri mieltä 13 %, jokseenkin eri mieltä 15 %, ei samaa eikä eri mieltä 13 %, jokseenkin samaa mieltä 25 %, täysin samaa mieltä 23 %, en osaa sanoa 5 %, puuttuva tieto 7 %.

169  $\chi^2 (12) = 21,37 (p = 0,045)$ .

170 Adj.Res. = -2,7.

171 Adj.Res. = 2,6.

172 Adj.Res. = 2,4.

173 Adj.Res. = -2,2.

174  $\chi^2 (5) = 11,38 (p = 0,044)$ .

175 Adj.Res. = -2,1.

176 Adj.Res. = 2,6.

parempi työkyky sekä ennen kuntoutusta<sup>177</sup> että kyselyyn vastaamisen hetkellä<sup>178</sup>, sitä paremmin kuntoutus selvityksen koettiin vastanneen omiin tarpeisiin.

## 7.2 Kuntoutusyksikön onnistuminen

Kokemuksia palvelun toteutusvaiheesta selvitettiin esittämällä joukko ammatilliseen kuntoutus selvitykseen liittyviä tehtäviä ja pyytämällä vastaajia arvioimaan, kuinka hyvin kuntoutus yksikkö niissä onnistui. Väittämistä muodostettiin faktorianalyysin avulla summamuuttuja<sup>179</sup>, jonka voidaan katsoa kuvaavan yleisarviota kuntoutus yksikön onnistumisesta. Arvio oli yhteydessä sairausryhmään, ja tuki- ja liikuntaelin ten sairauksien<sup>180</sup>, mielenterveyden häiriöiden,<sup>181</sup> kuulosairauksien<sup>182</sup> sekä ulkoisten syiden aiheuttamien vammojen ryhmissä<sup>183</sup> arviot olivat muita huonompia. Työkyky ennen kuntoutus selvitystä ei ollut yhteydessä arvioon, mutta työkyky vastaamishet kellä oli siihen positiivisesti yhteydessä<sup>184</sup>. Mielenkiintoinen yhteys löytyi myös kun toutus yksikön onnistumista koskevan arvion ja palvelua koskevan etukäteistiedon välillä<sup>185</sup>: mitä paremmin kuntoutujat tiesivät etukäteen, millainen palvelu amma tillinen kuntoutus selvitys on, sitä paremmin kuntoutus yksikkö heidän mielestään onnistui. Myös palvelun koettu oikea-aikaisuus oli yhteydessä arvioon<sup>186</sup>. Itselleen sopivaan aikaan osallistuneet (ka = 3,7) kokivat palvelu yksikön onnistuneen parem min kuin ne, jotka arvioivat osallistuneensa palveluun joko liian aikaisin (ka = 3,1) tai liian myöhään (ka = 3,2).

Palvelua toteuttavan yksikön ilmapiirin koki kannustavaksi 69 prosenttia vastaajis ta<sup>187</sup>. Vastaajilta kysyttiin myös avoimesti, miten kuntoutus selvitykseen osallistuneet eri työntekijät tekivät yhteistyötä keskenään ja miten yhteistyö sujui<sup>188</sup>. Selvä valtaosa koki yhteistyön sujuneen erinomaisesti tai hyvin:

”Hyvin sujui. Ei ollut epäselvyyttä. Tiedettiin kokonaistilanne.”

---

177 Spearmanin rho = 0,112 (p = 0,051).

178 Spearmanin rho = 0,193 (p = 0,001).

179 Kyselylomakkeen kysymyksen 27 muuttujat, kysymyksen 28 muuttujat (lukuun ottamatta 28a). Cronbachin alfa = 0,96.

180 Spearmanin rho = -0,12 (p = 0,028).

181 Spearmanin rho = -0,14 (p = 0,010).

182 Spearmanin rho = -0,15 (p = 0,007).

183 Spearmanin rho = -0,11 (p = 0,044).

184 Spearmanin rho = 0,16 (p = 0,004).

185 r = 0,17\*\*.

186  $\chi^2(2) = 30,82$  (p < 0,001).

187 Vastaukset väittämään: Kuntoutus yksikön ilmapiiri oli kannustava. Täysin eri mieltä 4 %, jokseenkin eri mieltä 7 %, ei samaa eikä eri mieltä 12 %, jokseenkin samaa mieltä 26 %, täysin samaa mieltä 43 %, en osaa sanoa 4 %, puuttuva tieto 4 %.

188 n = 300.

”Yhteistyö oli sujuvaa eikä tiedonkulussa ollut ongelmia.”

”Loistavasti. Palvelu oli ammattimaista ja kouluarvosanoin antaisin 10+.”

Suhteellisen moni ei osannut erityisesti sanoa tai esitti jonkin neutraalin ilmaisun. Pieni osa kysymykseen vastanneista toi esiin yhteistyöhön liittyvää problematiikkaa. Tämä liittyi usein tiedonkulun ongelmiin ja siihen, että samat asiat oli kerrottava useammalle henkilölle:

”Pakolliset asiat tuli selvitettyä jokaiselle työntekijälle erikseen vaikka keskustelivat asioista keskenään niin silti kerrottava jokaiselle työntekijälle erikseen samat asiat.”

”Mielestäni hyvin, välillä tosin turhautti kertoa samoja asioita uudelleen eri työntekijöille – –.”

Myös eri tahojen tai työntekijöiden välisiin näkemyseroihin tai ristiriitaisiin viesteihin viitattiin muutamassa kommentissa:

”Osittain huonosti. Välillä tuntui, että yksi sanoi yhtä ja toinen toista. Tiedot eivät aina kulkeneet.”

Kaikkiaan 16 prosenttia vastaajista kertoi kokeneensa erimielisyyksiä kuntoutusyksikön työntekijöiden kanssa<sup>189</sup>. Tarkentavissa avoimissa vastauksissa<sup>190</sup> viitattiin yleisesti yhteistyön toimimattomuuteen ja siihen, että omat ja työntekijöitten/työntekijän näkemykset erosivat:

”Ajatukset eivät välillä synkanneet.”

”Esim. siitä millainen koulutus olisi juuri minulle sopivaa. Tavoitteita asetettiin liian korkealle.”

”Siitä miksi olen siellä, siitä minkälaiseen opiskeluun annetaan tukea, ammattien jaottelu työllistäviin ja ei työllistäviin.”

Jotkut kommentit liittyivät kokemukseen siitä, että ei ollut tullut kuulluksi tai ymmärretyksi:

”Eivät ymmärtäneet todellisia tarpeita.”

---

189 Vastaukset kysymykseen: Syntyikö ammatillisen kuntoutusselvityksen aikana Sinun ja kuntoutusyksikön työntekijöiden välillä erimielisyyksiä? Ei 79 %, puuttuva tieto 5 %.

190 n = 58.

”Sairauteni tilasta, vakavuudesta. Koin että minua ei täysin oteta todesta. (Se että hymyilen ja olen iloinen, on luonteeni. Se on miinus, koska ei uskota sairaaksi.)”

Myös tämä kysymys kirvoitti joitain tiedonkulun ongelmiin ja näkemyseroihin liittyviä huomioita:

”Lääkäri ja ohjaajani olivat eri mieltä työkyvykkyydestäni.”

”Testien tekijät olivat samaa mieltä kanssani huonosta kunnostani, mutta silti viime kädessä päätöksentekijät olivat kuitenkin toista mieltä.”

Yksittäisissä vastauksissa mainittiin palvelun käytännön toteutukseen liittyviä ongelmia sekä kommentoitiin, ettei terveydentilan selvitys ollut tarpeeksi kattava.

Vastaajat antoivat myös avoimesti palautetta ammatillisen kuntoutus selvityksen toteuttamisesta kuntoutusyksikössä<sup>191</sup>. Selvästi suurimmassa osassa vastauksia palaute oli varsin positiivista. Palvelu oli koettu kaikkiaan toimivaksi ja henkilökunta ammattitaitoiseksi ja ystävälliseksi:

”Tosi ammattitaitoisia, kannustavia työntekijöitä! Voisin suositella kaikille tätä paikkaa jotka tarvitsevat ponnahduslaudan päästäkseen elämässä eteenpäin.”

”Kiitos ymmärtäväisyydestänne ja ystävällisyydestänne – olin teille ihminen, enkä ongelma.”

Joissain vastauksissa viitattiin osallistujan kuuntelemiseen ja huomioon ottamiseen:

”Siellä sinä tunnet olosi hyväksi. Ihmiset ajattelevat vain sinun parasta. Erittäin tyytyväinen.”

”Kuntoutus selvitys tehtiin todella kannustavassa ilmapiirissä, tunsin että minua kuunneltiin ja kuultiin. Olen erittäin tyytyväinen selvitykseen.”

Negatiivista palautetta palvelun toteuttamisesta annettiin vähemmän. Se liittyi ensinnäkin jonkinlaisiin käytännön ongelmiin kuten palvelun lyhyeen kesto, käytettyihin testeihin, lausuntoihin tai tulkin puutteeseen. Useampi vastaaja viittasi tarpeettomaan odotteluun kuntoutuspäivien aikana. Pieni osa tähänkin kysymykseen vastanneista koki, ettei heitä ollut kuunneltu, ymmärretty tai uskottu:

”Tahtoisin, että asiakkaisiin suhtauduttaisiin kunnioittavammin ja luottamusta herättävämmiin. Toivoisin että asiakasta kuunneltaisiin aidosti.”

---

191 Millaista palautetta haluat antaa ammatillisen kuntoutus selvityksen toteuttamisesta kuntoutusyksikössä? n = 203.

Joissain tapauksissa kuntoutus selvitys oli koettu omalla kohdalla merkityksettömäksi. Myös palvelun räätälöintiä ja henkilökohtaisuutta olisi kaivattu:

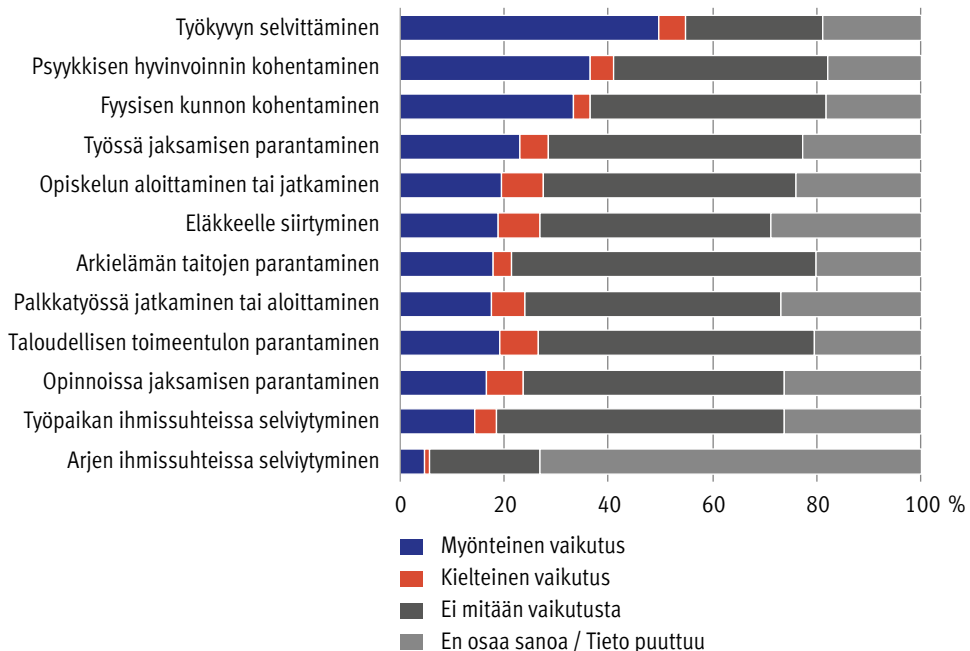
”Kohdennetumpaa. Nyt oli liian laajaa ja haulikkotyylisiä (vähän kaikkea). Tarkempaa ja henkilökohtaisempaa saisi olla. Muuten toteutus hyvä.”

”Ohjelma voisi olla paljon tiiviimpi. Henkilökohtaista ohjausta voisi olla enemmän. Työpaikkoja ja neuvoja olisi pitänyt enemmän saada/selvittää.”

### 7.3 Palvelun vaikutukset

Vastaajat arvioivat myös ammatillisen kuntoutus selvityksen vaikutuksia omassa elämässään. Vastausjakaumat esitetään kuviossa 13. Eniten myönteisiä vaikutuksia koettiin liittyen työkyvyn selvittämiseen (puolet vastaajista). Noin kolmasosa vastaajista näki palvelulla olleen myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin ja fyysiseen kuntoon. Palvelun työelämäpainotteinen päämäärä huomioiden palkkatyöhön ja opiskeluun liittyvät positiiviset vaikutukset näyttäytyvät suhteellisen vaatimattomina. Kaikkiaan pieni osa näki palvelulla olleen myös kielteisiä vaikutuksia, ja varsin suuri osa ei osannut esittää arviotaan. Arvioinnin hankaluus saattaa liittyä siihen, että esimerkiksi ainoastaan alkuvaiheeseen osallistuneella palvelu ei välttämättä ole jättänyt kovin vahvaa muistijälkeä.

**Kuvio 13.** Palvelun koetut vaikutukset eri osa-alueilla.



Kuntoutusselvityksen koettuja vaikutuksia voidaan verrata vastaajien tulevaisuuden tavoitteisiin, joista tärkeimmiksi arvioitiin toimeentulon parantaminen sekä fyysisen kunnon ja psyykkisen hyvinvoinnin kohentaminen. Tärkeiksi nähtiin myös työkyvyn selvittäminen, palkkatyössä jatkaminen tai aloittaminen sekä työssä jaksamisen parantaminen (ks. kuvio 5, s. 42). Työkyvyn selvittämisen, fyysisen kunnon ja psyykkisen hyvinvoinnin kohentamisen osalta tulevaisuuden tavoitteet ja palvelun myönteiset vaikutukset kohtasivat parhaiten. Toimeentulon parantamiseen liittyvät vaikutukset jäivät suhteellisen vähäisiksi suhteessa tavoitteen tärkeyteen, samoin palkkatyöhön sekä työssä jaksamiseen liittyvät. Samansuuntaisia eroja havaitaan, kun verrataan palvelun koettuja vaikutuksia palvelun yhteydessä laadittuihin tavoitteisiin (ks. kuvio 9, s. 57).

Palvelun vaikutuksia kuvaavia muuttujia analysoitiin faktorianalyysin avulla, jonka pohjalta muodostettiin kaksi summamuuttujaa<sup>192</sup>. Ensimmäinen summamuuttuja sisälsi erilaisia selviytymiseen, kohentamiseen ja parantamiseen liittyviä muuttujia<sup>193</sup>, toinen puolestaan palkkatyöhön ja opiskeluun liittyviä<sup>194</sup>. Palkkatyöhön ja opiskeluun liittyvän summamuuttujan keskiarvo oli naisilla hieman miehiä korkeampi<sup>195</sup>. Myös ikäryhmällä oli yhteys sekä selviytymiseen, kohentamiseen ja parantamiseen<sup>196</sup> että palkkatyöhön ja opiskeluun liittyviin<sup>197</sup> vaikutuksiin. Selviytymiseen ym. liittyvän summamuuttujan keskiarvo oli 45–55-vuotiailla (ka = 2,2) hieman pienempi kuin 55–65-vuotiailla (ka = 2,3). Palkkatyöhön ja opiskeluun liittyvän summamuuttujan keskiarvo oli nuorimmassa ikäryhmässä eli 18–34-vuotiailla suurempi (ka = 2,4) kuin 35–44- ja 45–55-vuotiailla (ka = 2,1) sekä 55–65-vuotiailla (ka = 2,1). Palvelun koetuilla vaikutuksilla oli yhteys myös sairausryhmään. Hermoston sairauksien<sup>198</sup>, kuulosairauksien<sup>199</sup> ja ulkoisten syiden aiheuttamien vammojen<sup>200</sup> ryhmissä kuntoutus selvityksellä nähtiin olleen vähemmän selviytymiseen, kohentamiseen ja parantamiseen liittyviä vaikutuksia. Palkkatyöhön ja opiskeluun liittyvät vaikutukset koet-

---

192 Faktorointi tehtiin PAF-menetelmällä käyttäen promax-rotatointia. Tuloksen perusteella muodostettiin kaksi summamuuttujaa joista ensimmäisen Cronbachin alfa = 0,87 ja toisen = 0,84.

193 Työkyvyn selvittäminen, eläkkeelle siirtyminen, taloudellisen toimeentulon parantaminen, fyysisen kunnon kohentaminen, psyykkisen hyvinvoinnin kohentaminen, työpaikan ihmissuhteissa selviytyminen, arjen ihmissuhteissa selviytyminen.

194 Palkkatyössä jatkaminen tai aloittaminen, opintojen aloittaminen tai jatkaminen, työssä ja opinnoissa jaksamisen parantaminen.

195 Mannin–Whitneyn testi:  $Z = -2,20$  ( $p = 0,028$ ).

196  $\chi^2(3) = 8,01$  ( $p = 0,046$ ).

197  $\chi^2(3) = 21,19$  ( $p < 0,001$ ).

198 Spearmanin rho =  $-0,12$  ( $p = 0,029$ ).

199 Spearmanin rho =  $-0,11$  ( $p = 0,045$ ).

200 Spearmanin rho =  $-0,11$  ( $p = 0,043$ ).



tiin vähäisemmiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien<sup>201</sup>, hermoston sairauksien<sup>202</sup> sekä sydän- ja verisuonitautien ryhmissä<sup>203</sup> ja suuremmiksi mielenterveyden häiriöiden ryhmässä<sup>204</sup>.

Työkyky oli yhteydessä palvelun palkkatyöhön ja opiskeluun liittyviin vaikutuksiin. Mitä parempi työkyky (ennen palvelua<sup>205</sup> ja vastaamishetkellä<sup>206</sup>), sitä useammin ammatillisella kuntoutuspalveluksella nähtiin olleen vaikutuksia tällä ulottuvuudella. Haastatteluaineisto antoi viitteitä siitä, että tietämys kuntoutuspalveluksesta saattaa olla palveluun osallistuvilla horjuvaa. Tämä havainto ohjasi tarkastelemaan tietämyksen ja palvelun vaikutusten yhteyttä tarkemmin myös kyselyaineistossa. Analyysi osoitti, että mitä paremmin henkilö tiesi etukäteen, millainen palvelu ammatillinen kuntoutuspalvelus on, sitä enemmän palvelulla koettiin olleen vaikutuksia molemmilla ulottuvuuksilla<sup>207</sup>. Yhteys oli siis samansuuntainen kuin etukäteistiedon ja palveluyksikön onnistumista koskevan arvion välillä.

Myös kuntoutuspalveluksen koettu oikea-aikaisuus oli yhteydessä palvelun vaikutuksiin. Kokemus itselle sopivaan aikaan osallistumisesta oli yhteydessä sekä selviytymiseen, kohentamiseen ja parantamiseen<sup>208</sup> että opiskeluun ja työhön liittyvään vaikutusulottuvuuteen<sup>209</sup>. Liian myöhään osallistuneet ( $ka = 2,3$ ) kokivat kuntoutuksen selviytymiseen ym. liittyvät vaikutukset vähäisemmiksi verrattuna liian aikaisin ( $ka = 2,4$ ) tai oikeaan aikaan ( $ka = 2,4$ ) osallistuneisiin. Liian myöhään osallistuneet ( $ka = 2,1$ ) kokivat puolestaan kuntoutuksen palkkatyöhön ja opiskeluun liittyvät vaikutukset vähäisemmiksi kuin ne, jotka kokivat osallistuneensa itselleen sopivaan aikaan ( $ka = 2,3$ )<sup>210</sup>. Lisäksi suunnitelman toteuttamisessa saatu tuki oli positiivisesti yhteydessä molempiin vaikutusulottuvuuksiin<sup>211</sup>.

Ammatillisen kuntoutuspalveluksen koettuja vaikutuksia voidaan peilata myös siihen, mitkä tekijät osallistujien mielestä olivat joko edistäneet tai haitanneet heidän

---

201 Spearmanin rho = -0,18 (p = 0,002).

202 Spearmanin rho = -0,13 (p = 0,022).

203 Spearmanin rho = -0,18 (p = 0,002).

204 Spearmanin rho = 0,14 (p = 0,015).

205 Spearmanin rho = 0,20 (p = 0,001).

206 Spearmanin rho = 0,47 (p < 0,001).

207 Selviytymiseen, kohentamiseen ja parantamiseen liittyvät vaikutukset  $r = 0,15^{**}$ , palkkatyöhön ja opiskeluun liittyvät vaikutukset  $r = 0,16^{**}$ .

208  $\chi^2(2) = 11,71$  (p = 0,003).

209  $\chi^2(2) = 10,98$  (p = 0,004).

210 BCB 95 % CI.

211 Selviytymiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvät vaikutukset Spearmanin rho = 0,36 (p < 0,001), palkkatyöhön ja opiskeluun liittyvät vaikutukset Spearmanin rho = 0,45 (p < 0,001).

kuntoutumistaan. Kyselyssä pyydettiin ensinnäkin kertomaan avoimesti, millaisista asioista on ollut eniten hyötyä kuntoutumisen kannalta<sup>212</sup>. Vastauksissa esiin nostetut tekijät kiinnittyivät eri tasoisesti kuntoutuspalveluun. Osa kytkeytyi siihen varsin suoraan (esim. työntekijöiden tarjoama kannustus ja tuki, työkyvyn selvittäminen) ja osa voidaan tulkita palvelun epäsuoriksi seurauksiksi (esim. itsetunnon ja -varmuuden kasvu). Varsin usein kuntoutumista oli edistänyt terveydentilan tai psyykkisen hyvinvoinnin koheneminen tai hoitoon pääseminen. Monissa vastauksissa viitattiin myös tavoitteellisuuteen ja toivoon: tulevaisuuden vaihtoehtojen selkiytymiseen ja tulevaisuuden suunnitelmien mahdollistumiseen. Tähän liittyi tunne eteenpäin menemisestä ja uusista asioista elämässä:

”Olen alkanut todella miettiä tulevaisuuden vaihtoehtoja.”

”Usko parempaan huomiseen.”

”Pientä toivon kipinää ja ainakin hetken helpompaa.”

”Minulla saattaa olla mahdollisuus päästä elämään kiinni ja voittaa masennus.”

Omaan asenteeseen ja tunteisiin liittyvät tekijät koettiin myös kuntoutumista edistäviksi. Vastauksissa viitattiin omaan haluun ja aktiivisuuteen, itsetunnon ja -varmuuden kasvamiseen ja toisaalta omien rajoitteiden hyväksymiseen:

”Omasta halusta tehdä ja toteuttaa asioita”

”Itsevarmuus lisääntyi ja rohkeus kokeilla uusia asioita esim. opiskelu.”

Vastauksissa nousi esiin myös elämän- ja arjenhallinnan tunne kuntoutumista edistävänä tekijänä. Tähän liittyivät esimerkiksi sosiaaliset suhteet, harrastukset ja mielekäs tekeminen, terveelliset elämäntavat, arjen rytmi sekä taloudellisen tilanteen parantuminen:

”Rytmit arkeen ja sosiaalisoituminen.”

”Kun pääsin ylipäättänsä kuntoutukseen ja näin ollen sain jotain tekemistä päiviin enkä tarvinnut olla vain kotona.”

Myös sosiaalisesta tuesta eli kannustuksesta, kanssaelämisestä ja vertaistuesta katsottiin olleen kuntoutumisen kannalta hyötyä:

”Ihmisten tuesta ja kanssaelämisestä. Omasta kasvamisen projektista.”

Jonkin verran – joskin selvästi edellisiä vähemmän – viitattiin konkreettisiin kuntoutumista edistäviin tekijöihin kuten työllistymiseen, tiedonsaantiin tai työn mukauttamiseen.

Entä sitten kuntoutumista eniten haitanneet asiat<sup>213</sup>? Valtaosassa vastauksia viitattiin fyysiseen tai psyykkiseen terveydentilaan ja sen muutokseen, yleiseen jaksamiseen ja sairauksien hoitoon liittyviin ongelmiin. Myös järjestelmiin liittyviä ongelmia mainittiin suhteellisen usein: byrokratia, järjestelmien päällekkäisyydet, tiedonkulun ongelmat ja viivästyksset:

”Jatkuva paperiruljanssi, Kelaan, sossuun, opintotoimistoon, lakimiehelle ym. byrokratia. Jatkuva taistelemine ja huolehtiminen omista ja lapseni oikeuksista. Jatkuva huoli toimeentulosta.”

”Kelan ja kunnan yhteistyö. Siinä vaiheessa, kun ihmisen pitäisi itse hakea ja toimia kuntoutukseen pääsemiseksi, on paperirumbaa ym. byrokratiaa ihan liikaa, se on liian uuvuttavaa ja aikaa vievää.”

Myös työllistymiseen ja työyhteisöön liittyviä sekä ammatinvalinnallisia ongelmia mainittiin. Toisaalta myös kuntoutumisen haittatekijöitä koskevissa vastauksissa viitattiin omiin ajatuksiin ja tunteisiin:

”Oman motiivin puuttuminen, pitkän sairasloman jälkeen tuntuu, ettei saa oikein tsempattua itseään.”

Myös suuremmin kuntoutus selvitykseen liittyviä haittatekijöitä mainittiin: ongelmat palvelun käytännön toteutuksessa ja yhteistyössä sekä tehdyssä suunnitelmassa. Toisaalta esiin nousivat yksilöllisen tuen ja neuvonnan puute sekä kokemus siitä, ettei tule ymmärretyksi:

”Odotusten ja todellisuuden ristiriita, kuntoutus selvityksen lyhyt kesto, henk.koht. neuvonnan puute.”

”Jääminen yksin oman aktiivisuuden varaan.”

”Väsytys, se ettei minua ja oloani ymmärretä.”

Joissain harvemmissa tapauksissa kuntoutuksella nähtiin olleen negatiivisia vaikutuksia joko omaan fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen ja jaksamiseen tai taloudelliseen tilanteeseen:

”Vointini, niin psyykkisesti, kuin fyysisestikin oli joitain viikkoja paljon huonompi. Kuntoutus oli todella uuvuttavaa.”

Kuntoutumista haitanneiksi tekijöiksi mainittiin joskus myös elämäntilanteeseen ja -hallintaan liittyvät tekijät kuten riittämätön toimeentulo, yleiset elämäntilannetekijät tai sosiaaliset ongelmat:

”Arkielämän kaoottisuus.”

”Toimeentulovaikeudet; ei rahaa liikuntaan, harrastuksiin tai fysioterapiaan. Yksinäisyys. Ei apua/tukea/kaveria liikuntaan.”

Kaikkiaan yli puolet kyselyn vastaajista kirjoitti avoimesti erilaisista kuntoutusta edistäneistä ja haitanneista asioista, ja osa vastauksista oli hyvinkin monitahoisia. Tämä viittaa siihen, että näitä asioita myös pohdiskellaan ja omaa kuntoutumista edesauttavia ja rajoittavia tekijöitä tunnistetaan.

## 8 Ryhmittelyanalyysi: osallistujaryhmät työ- ja opiskelukyvyyn haittojen mukaan

Ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuneista haluttiin saada mahdollisimman moniulotteista tietoa. Tämän vuoksi kyselyaineistoa analysoitiin myös latentin profiilianalyysin avulla. Menetelmää voidaan käyttää tunnistamaan tiettyjen havaittujen muuttujien taustalla piileviä ryhmiä tai profiileja. Tilastollisen analyysin avulla oli mahdollista erottaa useampia ryhmiä, jotka erosivat toisistaan suhteessa työ- ja opiskelukyvyyn haittatekijöihin (fyysiset ja psyykkiset, sosiaaliset ja elämäntilanne-tekijät). Ryhmiä valittiin lopulliseen analyysiin mukaan kuusi. Tässä määrässä ilmeni vielä tulkinnallisesti kiinnostavia sisällöllisiä eroja, eivätkä ryhmäkoot jääneet tarpeettoman pieniksi. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan suhteessa sukupuoleen tai palveluun hakeutumisen omaehtoisuuteen. Sen sijaan eroja löytyi suhteessa ikäryhmään<sup>214</sup>, työ-<sup>215</sup> ja opiskelukykyyn<sup>216</sup>, opiskelukyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin<sup>217</sup> sekä sairausryhmään<sup>218</sup>. Lisäksi ryhmät erosivat toisistaan suhteessa tulevaisuutta koskevaan tavoiteorientaatioon<sup>219</sup>, kuntoutus selvityksen koettuun oikea-aikaisuuteen<sup>220</sup> sekä suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutumiseen<sup>221</sup>. Edelleen ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin suhteessa arvioon kuntoutusyksikön onnistumisesta sekä palvelun vaikutuksista, joiden osalta ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Ryhmät esitetään kuviossa 14 (s. 77).

**RYHMÄ 1: Vähän haittoja, hyvä työ- ja opiskelukyky, palvelun oikea-aikaisuus (20 %).** Ryhmässä 1 kaikki työ- ja opiskelukyvyyn haittatekijät olivat varsin vähäiset verrattuna muihin ryhmiin. Ryhmässä painottuivat iältään nuorimmat eli 18–34-vuotiaat<sup>222</sup> sekä muita ryhmiä parempi työ- ja opiskelukyky<sup>223</sup>. Sairausryhmistä ali-edustettuina olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (25 %)<sup>224</sup>, sydän- ja verisuonitaudit (7 %)<sup>225</sup> sekä mielenterveyden häiriöt (23 %)<sup>226</sup> ja yliedustettuina silmäsairaudet

214  $\chi^2 (20) = 51,34$  ( $p < 0,001$ ).

215  $\chi^2 (5) = 67,00$  ( $p < 0,001$ ).

216  $\chi^2 (5) = 63,60$  ( $p < 0,001$ ).

217  $\chi^2 (5) = 12,87$  ( $p < 0,001$ ).

218 Sydän- ja verisuonitaudit  $\chi^2 (5) = 11,75$  ( $p = 0,038$ ); hermoston sairaudet  $\chi^2 (5) = 14,36$  ( $p = 0,013$ ); mielenterveyden häiriöt  $\chi^2 (5) = 85,52$  ( $p < 0,001$ ); silmäsairaudet  $\chi^2 (5) = 17,04$  ( $p = 0,004$ ).

219 Summamuuttujien keskiarvojen vertailu ryhmittäin: työ- ja opiskelusuuntautunut orientaatio  $F(5,251) = 2,95$  ( $p = 0,013$ ) ja selvittämiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvä orientaatio  $F(5,259) = 6,79$  ( $p < 0,001$ ).

220  $\chi^2 (20) = 51,87$  ( $p < 0,001$ ).

221  $F(5,282) = 2,73$  ( $p = 0,020$ ).

222 Adj.Res. = 3,8.

223 BCB 95 % CI.

224 Adj.Res. = -7,0.

225 Adj.Res. = -3,3.

226 Adj.Res. = -4,5.

(23 %) <sup>227</sup>. Myös opiskelukyvyssä tapahtunut positiivinen muutos (ennen palveluun osallistumista vs. sen jälkeen) oli tilastollisesti merkitsevä <sup>228</sup>. Tässä ryhmässä ammatillisen kuntoutus selvityksen oikea-aikaisuuden koettiin toteutuvan hyvin: ryhmässä oli odotettua enemmän niitä, jotka kokivat osallistuneensa kuntoutus selvitykseen juuri oikeaan aikaan <sup>229</sup> ja vastaavasti vähemmän liian myöhään osallistuneita <sup>230</sup>.

Ryhmässä korostui työ- ja opiskelusuuntautunut tavoiteorientaatio (ka = 3,4); keskiarvo oli suurempi kuin ryhmissä 3 ja 6 (ka = 2,7). Vastaavasti selvittämiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvä tavoiteorientaatio oli tässä ryhmässä pienempi (ka = 3,3) kuin ryhmissä 4 (ka = 3,4), 5 (ka = 4,0) ja 6 (ka = 4,1) <sup>231</sup>. Suunnitelman mukaiset tavoitteet toteutuivat tässä ryhmässä paremmin kuin ryhmissä 3, 5 ja 6.

**RYHMÄ 2: Läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät haitat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet (9 %).** Ryhmä 2 puolestaan oli suhteellisen pieni. Kuten kuvio 14 havainnollistaa, kokemukset haitoista vaihtelivat paljon, ja ryhmässä korostuivat sekä terveydentilaan liittyvät että erityisesti tietyt sosiaaliset häiritteijät: läheisen vaikea elämäntilanne, ihmissuhteet kotona ja hankala perhetilanne. Ryhmässä oli odotettua vähemmän nuorimpia eli 18–34-vuotiaita <sup>232</sup>. Parivertailujen perusteella työkyky kyselyhetkellä <sup>233</sup> sekä opiskelukyky ennen palveluun osallistumista <sup>234</sup> olivat tässä ryhmässä parempia kuin ryhmässä 4. Opiskelukyvyssä tapahtunut positiivinen muutos oli myös tässä ryhmässä tilastollisesti merkitsevä <sup>235</sup>. Sairausryhmistä painottui tuki- ja liikuntaelinsairaudet (75 %) <sup>236</sup> ja mielenterveyden häiriöt olivat aliedustettuina (27 %) <sup>237</sup>.

**RYHMÄ 3: Terveydelliset haitat sekä kipu ja särky, tuki ja liikuntaelinsairaudet, riittämätön toimeentulo (35 %).** Tämä oli ryhmistä suurin – siihen kuului noin kolmannes kyselyyn vastanneista. Ryhmässä painottuivat erityisesti terveydentilaan liittyvät työ- ja opiskelukyvyyn häiritteijät, kipu ja särky sekä liikuntakyvyn ongelmat. Sosiaaliset häiritteijät arvioitiin puolestaan suhteellisen vähäisiksi, ja elämäntilannetekijöistä korostui riittämätön toimeentulo. Tähän ryhmään kuului odotettua

---

227 Adj.Res. = 4,0.

228 F(5,294) = 2,76 (p = 0,019).

229 Adj.Res. = 3,1.

230 Adj.Res. = -2,3.

231 Summamuuttujien keskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan: työ- ja opiskelu F(5,251) = 2,95 (p = 0,013) ja selvittäminen, parantaminen ja kohentaminen F(5,259) = 6,79 (p < 0,001), BCB 95 % CI.

232 Adj.Res. = -4,0

233 BCB 95 % CI.

234 BCB 95 % CI.

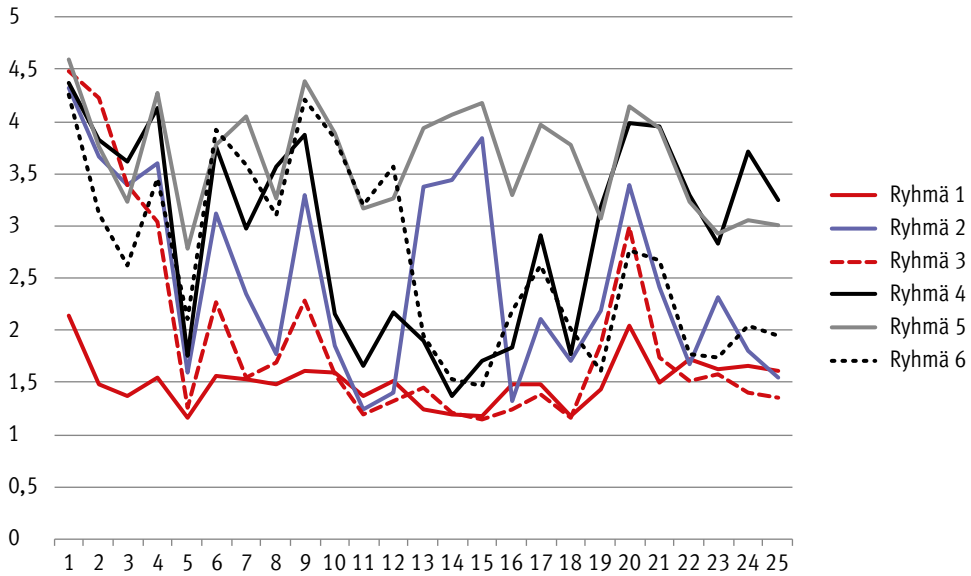
235 F(5,294) = 2,76 (p = 0,019).

236 Adj.Res. = 2,0.

237 Adj.Res. = -5,4.

enemmän 45–55-vuotiaita<sup>238</sup> ja vähemmän nuorimpaan ikäryhmään kuuluvia eli 18–34-vuotiaita<sup>239</sup>. Parivertailujen perusteella opiskelukyky oli tässä ryhmässä parempi kuin ryhmässä 6<sup>240</sup>. Sairausryhmistä painottui tuki- ja liikuntaelinsairaudet (78 %)<sup>241</sup>.

**Kuvio 14.** Latentit ryhmät kyselyaineistossa.



**Fyysinen ja psyykinen terveydentila**

- 1 = Terveydentila
- 2 = Kipu ja särky
- 3 = Liikuntakyvyn ongelmat
- 4 = Unettomuus ja muut unihäiriöt
- 5 = Ulkomuoto ja ulkonäkö
- 6 = Keskittymiskyvyn ongelmat
- 7 = Huono itsetunto
- 8 = Oppimishäiriöt ja muut oppimisvaikeudet
- 9 = Alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus

**Sosiaaliset tekijät**

- 10 = Sosiaalisten tilanteiden jännittäminen
- 11 = Heikot vuorovaikutustaidot
- 12 = Ryhmätoiminnan vaikeudet
- 13 = Läheisen vaikea elämäntilanne
- 14 = Ihmissuhteet kotona
- 15 = Hankala perhetilanne
- 16 = Muut ihmissuhteet tai lähiyhteisö
- 17 = Syrjintää tai kiusaaminen aiemmassa / nykyisessä työ- tai opiskelupaikassa
- 18 = Sosiaalisen tuen puute

**Elämäntilanteeseen liittyvät tekijät**

- 19 = Velkaantuminen ja/tai velkasaneeraus
- 20 = Toimeentulon riittämättömyys
- 21 = Epäsäännöllinen vuorokausirytm
- 22 = Vaikeudet saada töihin tai opiskeluun liittyviä tietoja
- 23 = Hankalat kulkuyhteydet töihin tai opiskelupaikkaan
- 24 = Ammattitaidon puute
- 25 = Työkokemuksen puute

238 Adj.Res. = 3,1.

239 Adj.Res. = 3,1/-4,1.

240 BCB 95 % CI.

241 Adj.Res. = 5,4.

**RYHMÄ 4: Moninaiset fyysiset, psyykkiset ja elämäntilanteeseen liittyvät haitat (7 %).** Tässä pienessä ryhmässä korostuivat moninaiset työ- ja opiskelukyvyn haittatekijät: fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan liittyvät, erityisesti unettomuus sekä alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus. Sosiaaliset haittatekijät arvioitiin kauttaaltaan suhteellisin vähäisiksi: jonkin verran enemmän haittoja liittyi syrjintään tai kiusaamiseen aiemmassa tai nykyisessä työ- tai opiskelupaikassa. Elämäntilanteeseen liittyvistä haittatekijöistä suuriksi arvioitiin erityisesti riittämätön toimeentulo, epä säännöllinen vuorokausirytmä sekä ammattitaidon puute. Tässä ryhmässä keskeisiä olivat erilaiset selvittämiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvät tulevaisuuden tavoitteet (enemmän kuin ryhmissä 1 ja 3)<sup>242</sup>.

**RYHMÄ 5: Kauttaaltaan runsaat haitat, mielenterveyden häiriöt, liian myöhään osallistuminen (12 %).** Ryhmässä 5 työ- ja opiskelukyvyn haittatekijät olivat varsin suuria kaikilla osa-alueilla (fyysinen ja psyykinen terveydentila, sosiaaliset tekijät ja elämäntilannetekijät). Ryhmään kuului odotettua vähemmän 45–55-vuotiaita<sup>243</sup>. Ryhmässä oli vähemmän niitä, jotka kokivat osallistuneensa ammatilliseen kuntoutusselvitykseen juuri oikeaan aikaan<sup>244</sup> ja odotettua enemmän niitä, jotka kokivat osallistuneensa liian myöhään<sup>245</sup>. Opiskelukyvyyssä tapahtunut positiivinen muutos oli myös tässä ryhmässä tilastollisesti merkitsevä<sup>246</sup>, ja parivertailujen perusteella muutos oli suurempaa kuin ryhmässä 3. Sairausryhmistä yliedustettuna olivat mielenterveyden häiriöt (85 %)<sup>247</sup> sekä hermoston sairaudet (27 %)<sup>248</sup>. Selvittämiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvä tavoiteorientaatio korostui (suurempi kuin ryhmissä 1 ja 3). Työ- ja opiskelusuuntautunut tavoiteorientaatio oli kuitenkin vahvempi kuin ryhmässä 3<sup>249</sup>.

**RYHMÄ 6: Terveydentilaan ja sosiaaliin tekijöihin liittyvät haitat, mielenterveyden häiriöt, liian aikaisin osallistuminen (15 %).** Ryhmässä 6 korostuivat terveydentilaan ja sosiaaliin tekijöihin liittyvät työ- ja opiskelukyvyn haittatekijät. Erityisesti esiin nousivat alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus, keskittymiskyvyn ongelmat sekä huono itsetunto. Tämän lisäksi esiintyi sosiaalisia haittoja, ku-

242 Summamuuttujien keskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan: työ- ja opiskelu  $F(5,251) = 2,95$  ( $p = 0,013$ ) ja selvittäminen, parantaminen ja kohentaminen  $F(5,259) = 6,79$  ( $p < 0,001$ ). Ryhmät: työ- ja opiskelu  $1 > 3,6$ ;  $5 > 3$  / selvittäminen, parantaminen ja kohentaminen  $2,4,5,6 > 1,3$ .

243 Adj.Res. = -2,1.

244 Adj.Res. = -3,3.

245 Adj.Res. = 2,3.

246  $F(5,294) = 2,76$  ( $p = 0,019$ ).

247 Adj.Res. = 5,3.

248 Adj.Res. = 2,5.

249 Summamuuttujien keskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan: työ- ja opiskelu  $F(5,251) = 2,95$  ( $p = 0,013$ ) ja selvittäminen, parantaminen ja kohentaminen  $F(5,259) = 6,79$  ( $p < 0,001$ ). Ryhmät: työ- ja opiskelu  $1 > 3,6$ ;  $5 > 3$  – selvittäminen, parantaminen ja kohentaminen  $2,4,5,6 > 1,3$ .



ten sosiaalisten tilanteiden jännittämistä ja ryhmätoiminnan vaikeuksia. Ihmis- ja perhesuhteisiin sekä elämäntilanteeseen liittyvät häiritsevät tekijät olivat vähäisempiä kuin edellä mainitut. Tässä ryhmässä oli odotettua enemmän nuorimpaan ikäryhmään kuuluvia eli 18–34-vuotiaita ja odotettua vähemmän keskimmäisen ikäryhmän edustajia eli 45–55-vuotiaita<sup>250</sup>. Opiskelukyvyyssä tapahtunut positiivinen muutos oli tilastollisesti merkitsevä myös tässä ryhmässä<sup>251</sup>. Sairausrhymistä oli ylliedustettuna mielenterveyden häiriöt (78 %)<sup>252</sup>. Tässä ryhmässä oli myös odotettua enemmän niitä, jotka arvioivat osallistuneensa ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen liian aikaisin<sup>253</sup>. Selvittämiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvä tavoiteorientaatio korostui (vahvempi kuin ryhmässä 1 ja 3)<sup>254</sup>.

---

250 Adj.Res. = -2,7.

251  $F(5,294) = 2,76$  ( $p = 0,019$ )

252 Adj.Res. = 5,0.

253 Adj.Res. = 3,8.

254 Summamuuttujien keskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan: työ- ja opiskelusuuntautunut orientaatio  $F(5,251) = 2,95$  ( $p = 0,013$ ) ja selvittämiseen, parantamiseen ja kohentamiseen liittyvä orientaatio  $F(5,259) = 6,79$  ( $p < 0,001$ ). Ryhmien välinen vertailu: työ- ja opiskelu 1 > 3,6,5 > 3 – selvittäminen, parantaminen ja kohentaminen 2,4,5,6 > 1,3.

## 9 Palvelun onnistumistekijät ja riskit

Edelliset luvut avasivat ammatilliseen kuntoutuspalveluun osallistuneiden taustoja ja tarjosivat kuvailevaa tietoa palvelun oikea-aikaisuudesta, palvelukokemuksesta ja palvelun koetuista vaikutuksista. Tapaustutkimuksellisen aineisto puolestaan tarjosi mahdollisuuden etsiä myös selittäviä tekijöitä eli kartoittaa potentiaalisia syitä sille, minkä vuoksi palvelu ja sen vaikutukset koetaan eri tavoin. Aineiston analyysissä hyödynnettiin ensisijaisesti prosessilähtöistä näkökulmaa fokusoiden palveluprosessin onnistumistekijöihin ja riskeihin. Analyysin tulokset esitetään tiivistetysti kuviossa 15 (s. 82), ja niitä käsitellään yksityiskohtaisemmin seuraavissa luvuissa.

### 9.1 Kuntoutujan kokonaistilanteen huomiointi palveluun ohjautumisessa

Tapausaineiston perusteella ammatillisen kuntoutuspalvelun toimivuuden kannalta kaksi kysymystä näyttävät olennaisilta: onko kuntoutuspalvelu oikea kuntoutusmuoto suhteessa kuntoutujan tarpeisiin ja palvelukuvauksessa määriteltyyn kuntoutuspalvelun päämäärään (*palvelun kohdentuminen*) ja ohjautuuko hän kuntoutuspalveluun oikeaan aikaan (*palvelun oikea-aikaisuus*). Näyttää siltä, että näiden seikkojen arviointi edellyttää potentiaaliselta lähettävältä taholta monipuolista tietoa sekä eri kuntoutusmuodoista että kuntoutujan kokonaistilanteesta. Terveystieteiden tekijöiden lisäksi on otettava huomioon kuntoutujan asuin- ja perhetilanne, mahdollisen ammatin vaatimukset, tilanteiset voimavarat sekä yleisesti se, onko kuntoutujalla juuri sillä hetkellä edellytyksiä tulevaisuus- ja työelämäorientoituneeseen työskentelyyn – haastateltujen omaohjaajien sanoin ”vastaanottavainen mieli” ja ”ajatusmaailma”. Tämä ”vastaanottavainen mieli” saattaa kuitenkin herätä myös prosessin kuluessa tai vastaavasti hiipua, jos palvelu ei vastaa kuntoutujan odotuksia tai toiveita.

#### *Riski: Kuntoutujien tilanteiden ja palvelun päämäärän väliset ristiriidat*

Haastatellut omaohjaajat kertovat, että ammatilliseen kuntoutuspalveluun ohjautuu taustoiltaan, tilanteiltaan ja motiiveiltaan hyvin erilaisia kuntoutujia. Yleisesti osallistujien koetaan sopivan palveluun suhteellisen hyvin, mutta myös tarkempaa etukäteisseulontaa kaivataan. Kuntoutusyksikössä voidaan joidenkin palveluun ohjautuvien kohdalla pohtia, onko kuntoutuspalvelu heille juuri oikea kuntoutusmuoto. Kelan ammatillisen kuntoutuspalvelun palvelukuvauksessa palvelun päämäärä täsmennetään seuraavalla tavalla: ”Päämääränä on tukea kuntoutujan työelämässä jatkamista, työelämään palaamista tai sinne siirtymistä” (Kela 2015b, 1). Tämä on haasteellinen lähtökohta niiden kannalta, jotka kokevat työkykynsä hyvin heikoksi. Työelämäorientoitunut päämäärä kuitenkin osaltaan ohjaa työskentelyä kuntoutusyksikössä. Vaikka työkyvyn arviointi ei ole kuntoutuspalvelun julkilausuttu tavoite, palveluun osallistuu myös henkilöitä, joiden ensisijainen toive on eläke. Jos kuntoutuspalvelu edistää työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä, saattaa palvelu vastata kuntoutujan odotuksia. Palvelun päämäärän näkökulmasta tämä näyttäytyy kuitenkin ristiriitaisena. Eräs omaohjaaja kuvaa kyseistä ristiriitaa seuraavasti:

”Sitten toisaalta se on negatiivista ja positiivista, kuntoutujan näkökulmasta ihan hyvä että näin meni, toisaalta taas palvelun näkökulmasta niin, kun eihän tämä mikään työkyvyn tutkimus- ja arviointi ole nyt tässä tavoitteena mutta kuntoutujat aika usein tulee semmoisella ajatuksella että tämä on sitä.” (O)

Osaltaan kuntoutujien odotusten ja kuntoutuspalveluksen julkilausutun päämäärän ristiriita liittyy palvelua koskevan tiedon puutteeseen sekä kuntoutuja- että järjestelmätasolla. Lisäksi on mahdollista, ettei eläkkeelle suuntautuville löydy palvelujärjestelmästä muunlaisia, riittäviä tuki- ja selvityspalveluita, jolloin heidät joko ohjataan tai heidän on hakeuduttava vähintään jossain määrin heidän tarvettaan vastaavaan palveluun.

Ammatillisen kuntoutuspalveluksen standardissa todetaan myös, ettei palvelua ole tarkoitettu käytettäväksi silloin, kun henkilö on hakeutumassa eläkkeelle. Toisaalla standardissa kuitenkin listataan esimerkkitilanteita, joissa ammatillinen kuntoutuspalvelus voidaan toteuttaa. Eräs näistä tilanteista kuvataan seuraavasti: ”Henkilö on palaamassa työhön työkyvyttömyyseläkkeeltä tai kuntoutustuelta tai pitkältä työttömyysjaksolta tai kun henkilön työkyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki on hylätty.” (Kela 2015b, 2.) Tämän kaltaisia palveluun ohjautumisia synnyttää myös se, että vuoden 2015 alussa Kelan lakisääteiseksi velvollisuudeksi tuli selvittää työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiden kuntoutusmahdollisuudet aina ennen työkyvyttömyyseläkepäättökseen antamista (L 1233/2014). Näiden mahdollisuuksien selvittämiseksi voidaan henkilölle myöntää nimenomaan ammatillinen kuntoutuspalvelus. Vaikka kuntoutuspalvelus ei ole lääketieteellistä työkyvyn arviointia tai muuta terveydentilan selvitystä, voidaan sitä siis ohjeiden mukaan käyttää *poikkeuksellisesti* tilanteessa, jossa asiakkaan oikeutta kuntoutusetuuteen tai kuntoutukseen on selvitettävä ennen päätöstä työkyvyttömyyseläkkeestä (Kela 2017, 15). Eräessä omaohjaajan haastattelussa keskustellaan mainitun kaltaisista palveluun ohjautumisista:

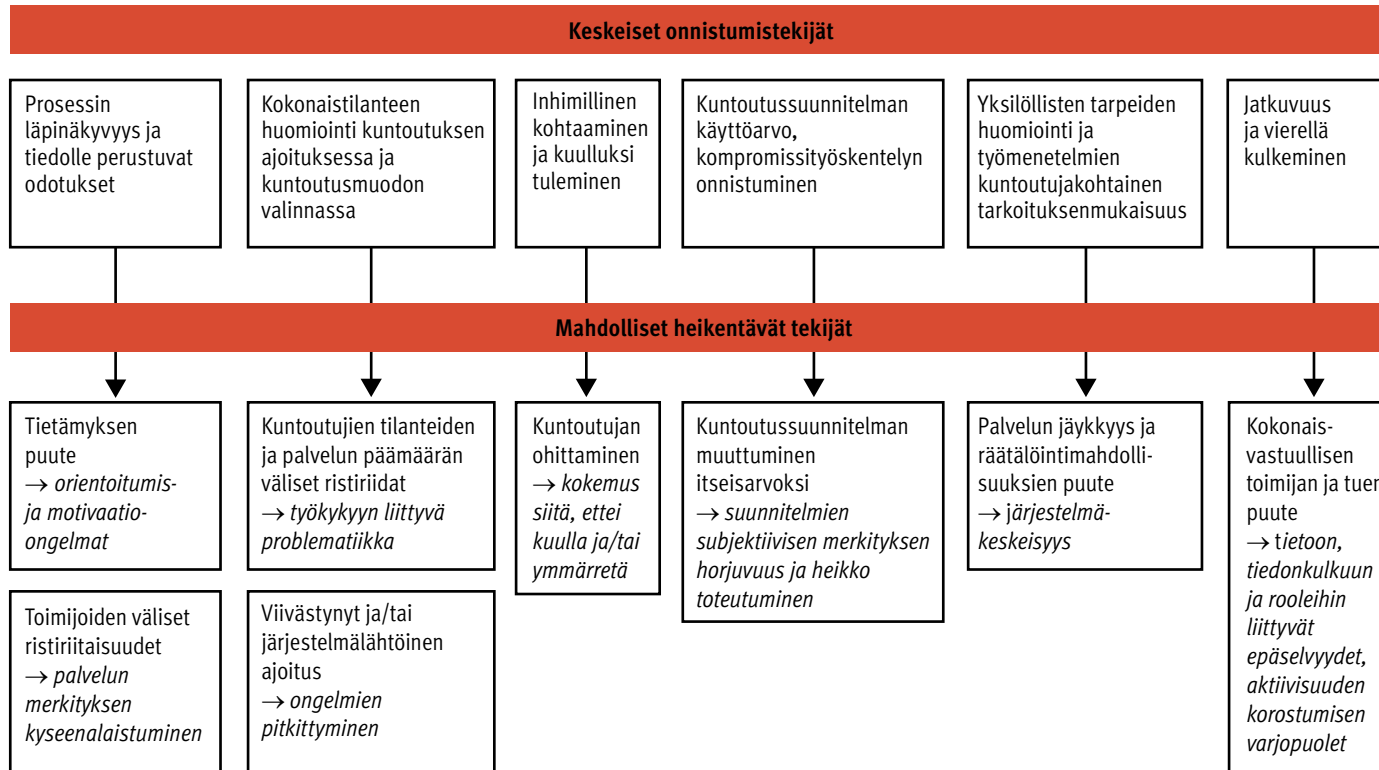
O: – – se on aika tosiaan – – yleinen se, että Kela ehdottaa tällaiselle henkilölle tämmöistä palvelua, että katottais että pystyykö hänen kanssaan tekemään jonkunlaista suunnitelmaa jatkosta.

H: Niin että tavallaan tyypillinen tilanne teidän näkökulmasta.

O: Periaatteessa joo että totta kai on sellaisiakin joilla ei tämmöistä työkyvyttömyyshylkäystä ole takana, mutta aika useilla vois sanoa että on. Ja he ovat yleensä sanoneet että joko Kela, tai joissakin tapauksissa myös lääkäri on ehdottanut että tämmöinen palvelu vois olla. Että joko joissakin tapauksissa lisäarvoa sille työkyvyttömyyseläkkeelle mikä tän palvelu tavoite ei kyllä ole, tai sitten se että mietittäis niitä vaihtoehtoja sille ammatilliselle kuntoutukselle, mikä juuri sen palvelun ideana on [naurahtaa].” (O)

Kahden lähettävän tahon edustajan haastattelussa pohditaan, onko edellä kuvatun kaltaisissa tilanteissa nimenomaan ammatillinen kuntoutuspalvelus kaikkein tarkoituksenmukaisin kuntoutusmuoto. Molemmat haastateltavat arvioivat sitä, millainen

Kuvio 15. Palveluprosessin onnistumistekijät ja riskit.



kuntoutusmuoto olisi toimivin niille henkilöille, jotka eivät ole sillä hetkellä orientoituneita tai kykeneviä jatkamaan työelämässä. Toinen haastateltava miettii, olisiko mahdollista toteuttaa jonkinlaisia ”lempeämpiä” selvityksiä juuri niin sanotuille ”väliinputoajille”:

”Pitäisikö vielä olla semmoista jotenkin lempeämpiäkin selvityksiä et semmoisille, jonne vois ohjata semmoista joista on vähän semmoinen tuntuma, että ehkä ei ne työn suunta onnistu. Niin jotenkin, että kuitenkin he on, he ei ole semmoisia jotka eläkkeelle pääsisi, just näitä väliinputoajia, mutta jotka ei oikein työssäkään pärjää.” (L)

### *Riski: Viivästynyt tai järjestelmälähtöinen ohjautuminen*

Omaohjaajat kuvaavat haastatteluissa sitä, miten ammatilliseen kuntoutus selvitykseen ohjautumisen täytyisi tapahtua silloin, kun henkilön ongelmat eivät vielä ole pitkittyneet ja työelämäorientaatio hiipunut. Näin ei kuitenkaan aina tapahdu. Eräs haastateltava toteaa, että palveluun ohjaututaan nykyään hieman entistä nopeammin. Viivästyksiä tapahtuu kuitenkin edelleen:

”Ja toki edelleenkin tulee sitä että siihen tullaan liian myöhään, et ollaan kaks vuotta odoteltu jotain ja sitten vasta tullaan. Joka ei palvele ketään sellainen. Et siinä vaiheessa asiakas on jo jämähtänyt sinne kotisohvalle ja sitä on hirveen vaikea enää saada liikkeelle sieltä.” (O)

Kuntoutus selvitykseen ohjautumisen koetaan useammin viivästyvän kuin tapahtuvan liian varhain. Potentiaaliset ammatillisesta kuntoutus selvityksestä hyötyjät saattavat hautautua järjestelmiin tai niiden väleihin ilman, että kukaan lähtee viemään kuntoutusasioita eteenpäin – siitä huolimatta, että jälkikäteen voidaan todeta ammatillisen kuntoutuksen tarpeen olleen jo pitkään olemassa. Kuntoutuksen viivästyksen koetaan johtuvan muun muassa potentiaalisen lähettävän tahon tietämättömyydestä ja resurssipulasta sekä mahdollisista virkailijavaihdoksista. Eräs kuntoutuja kertoo ohjautuneensa ammatilliseen kuntoutus selvitykseen vasta siinä vaiheessa, kun hänet siirrettiin TE-toimiston tuetun työllistämisen palvelulinjalle, jossa lyhyen, muutaman minuutin ilmoittautumiskäynnin sijaan keskusteltiin asioista ensimmäistä kertaa pidempään.

Monet haastateltavat kokevat, että ammatillinen kuntoutus selvitys on hyvä toteuttaa silloin, kun terveydentilan selvitykset on jo tehty. Toisaalta selvitykset saattavat pitkittyä, jolloin myös kuntoutus selvitykseen ohjautuminen viivästyy. Tämän kaltaisissa tilanteissa vaaditaan herkkyyttä ammatillisen kuntoutus selvityksen oikea-aikaisuuden arvioimiseksi. Lähettävä taho ei välttämättä keskity ainoastaan terveydentilan selvitysten vaiheeseen vaan kiinnittää huomiota myös elämäntilannetekijöihin ja kuntoutujan yleiseen valmiuteen ”viedä asioitaan eteenpäin”, kuten eräs lähettävän

tahon edustaja kuvaa. Joskus kuntoutus selvitys saattaa viivästyä myös siitä syystä, että palveluun hakeminen jää kuntoutujan oman aktiivisuuden ja osaamisen varaan:

”Että jotensakin [Kela] pitäisi sitkeämmin siinä yhteyttä asiakkaaseen, että voihan se olla että asiakas ei haluakaan mut sitten voi olla myös se että hän ei osannutkaan sitä paperia täyttää ja hän ei vaan oikein sitten pysty tunnustamaan [naurahtaa] tätä asiaa.” (L)

Palvelun viivästyminen lisäksi ongelmia saattaa aiheuttaa myös kuntoutus selvityksen väärä ajankohta. Jos esimerkiksi kuntoutustuki tarkastetaan vuosittain ja henkilö ohjataan tältä pohjalta ammatilliseen kuntoutus selvitykseen, palvelun ajankohta määrittyy järjestelmälähtöisesti sen sijaan, että palvelu ajoitettaisiin kuntoutumisen ja palvelun hyödyn kannalta otolliseen hetkeen. Näin ollen henkilö saattaa tulla ohjatuksi kuntoutus selvitykseen myös hyvin haastavissa perhe- ja elämäntilanteissa, joissa hänen toimintakykynsä on huomattavasti – mutta mahdollisesti tilapäisesti – heikentynyt. Tällöin jo kuntoutus selvityksen alkuvaiheeseen osallistuminen saatetaan kokea ylimääräiseksi kuormitukseksi. Eräs lähettävän tahon edustaja pohtii kysymystä siitä, miten oikea-aikaisesti hänen asiakkaitensa kuntoutus selvitykset toteutuvat.

”Ja jos ei kuitenkaan ole myönnetty kuntoutustukea, kun on haluttu että nyt selvitätte tarkemmin et mitä nyt oikeasti, mitä voi tehdä. Ja jos ei sitä tavallaan [hoitavan tahon] arviota ole uskottu, tai pidetty oikeana niin sitten täytyy laittaa ihminen ihan turhan takia semmoiseen selvitykseen mistä ajattelee että tässä ei ole mitään järkeä, muuta kun osoittaa se että nyt ei kerta kaikkiaan pysty. – – Mutta eihän sille nyt sitten voi mitään, se ei varsinaisesti ole ammatillisen kuntoutus selvityksen ongelma vaan se ongelma on siellä jossain muualla.” (L)

Ammatillisen kuntoutus selvityksen standardissa todetaan, että ammatillista kuntoutus selvitystä ei voida järjestää esimerkiksi silloin, jos ”henkilöllä on akuutti päihde-ongelma, akuutti psyykinen tai somaattinen sairaus, jonka hoitoa ei ole vielä aloitettu tai hoito on sellaisessa vaiheessa, että henkilön on vaikea sitoutua kuntoutukseen” (Kela 2015b, 2). Esimerkiksi hoivavastuut ja vaikeat perhetilanteet eivät siis standardin mukaan ole varsinaisesti esteenä ammatilliselle kuntoutus selvitykselle, vaikka ne voivat vaikuttaa huomattavasti henkilön toimintakykyyn ja mahdollisuuksiin orientoitua tulevaisuuteen. Kyse on tilanteisesta toimintakyvystä, johon vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin terveydentila. Palvelun hyödyn kannalta nimenomaan tilanteiden toimintakyky on olennainen. Eräs lähettävän tahon edustaja kertookin ajattellevansa, että ihmisen ei tarvitse olla psyykkisesti täysin terve kyetäkseen tekemään työtä ja miettimään ammatillisia suunnitelmia, mutta hänen täytyy olla ”toimintakykyinen sillai että pystyy jotain tekemään.”

Toisaalta Kelan etuusohjeissa (2017, 17) todetaan, että ammatillista kuntoutus selvitystä ei voida myöskään toteuttaa tilanteessa, jossa ”henkilön on vaikea sitoutua kun-

toutukseen”. Tämän kaltaisen määritelmän voidaan ajatella kattavan myös tilanteisen toimintakyvyn. Seuraavassa haastattelusitaatissa eräs kuntoutuja kuvaa kuntoutus-selvitykseen ohjautumistaan. Huolimatta hänen tulevaisuutta koskevista toiveistaan hänellä ei juuri sillä hetkellä riittäneet ”rahkeet” eikä ”aika” sen enempää ammatillisen kuntoutussuunnitelman miettimiseen kuin sen toteuttamiseen:

”Kyllä se lääkäri sano heti että, ei sekään oikein ymmärtänyt miksi minä olen siellä [naurahtaa]. Se sanoi että, näin se muistaakseni sanoi että tietenkin jossakin vaiheessa tulee ajankohtaseksi koulutus mulle, ja minä sen saisinkin. Mutta että tämä aika ei varmasti ole kypsä. Minä sanoinkin että enkä minä ole työtä vieroksuva enkä mitään semmoista, mutta mulla ei vaan riitä rahkeet ei aika.” (K)

Ammatillisen kuntoutuksen oikea-aikaisuus ei näytä haastattelujen perusteella tarkoittavan sitä, että kaikkien asioiden tulisi lokahtaa paikoilleen. Jos henkilöllä on tarvittava määrä voimavaroja osallistua kuntoutusselvitykseen ja ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen, hän saattaa hyötyä palvelusta ja ammatillisen suunnitelman hahmottelemisesta siitä huolimatta, että suunnitelman toteuttaminen ei ole välittömästi ajankohtaista. Eräs omaohjaaja toteaa:

”Mutta tavallaan silti siihen jatkovaiheeseen pystyi tulemaan, jos kumminkin oli muuten semmoinen, semmoisissa voimissa ja muuta että se onnistui niin. Ettei se sitä aina tarkoittanut että heti pitää lähteä toteuttamaan sitten sen jälkeen, vaikka totta kai se nyt ihanteellista olisi mutta.” (O)

Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen edellä kuvatun kaltaisessa tilanteessa on erään omaohjaajan sanoin ”tavallaan ihan hyvä lopputulos” – henkilöllä on suunnitelma olemassa tulevaa käyttöä varten, vaikka se ei heti realisoituisikaan. Edellä siteerattu omaohjaaja jatkaa pohdintaansa:

”Ja jotakin, kun monestihan se saattoi olla että oli vähän aika moni jo luovuttanutkin kokonaan sen suhteen että, tyyliin että ei varmaan ikinä enää mitään löydy semmoista ratkaisua. Niin kyllähän se nyt varmasti oikeasti kannusti taas eteenpäin.” (O)

Kuntoutujan tulee kuitenkin olla nimenomaan ”semmoisissa voimissa”, jotta palvelun hyöty olisi mahdollisimman hyvä. Jos palvelu ajoittuu järjestelmälähtöisesti, nämä voimavarat saattavat olla tilanteisesti heikentyneitä, mutta tätä on vaikea tunnistaa palveluun ohjautumisen prosessissa. Kuntoutusselvityksestä saattaa siis olla hyötyä tulevaisuuteen orientoivana palveluna riippumatta siitä, voidaanko ammatillista kuntoutussuunnitelmaa juuri sillä hetkellä laatia, tai onko laaditun suunnitelman toteuttaminen ajankohtaista. Voidaan kuitenkin pohtia, onko ammatillinen kuntoutus-selvitys näissä tapauksissa kuntoutujan tarpeita parhaiten palveleva kuntoutusmuoto. Vaikka ammatillinen kuntoutusselvitys näyttäisi kuntoutujasta heikosti soveltuvalta kuntoutusmuodolta juuri tietyssä hetkessä, olisi jonkinlaisen tuen ja ohjauksen

saaminen tärkeää. Eräs haastateltu kuntoutuja ei halua tulla määritellyksi ”eläkkeelle heitettäväksi” vaan näkee tulevaisuudessa orastavia ”valonpilkahduksia”. Hän haluaa orientoitua tulevaisuuteen omien voimavarojensa puitteissa. Kuntoutuja kuitenkin toivoo, että hänellä olisi enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, minkä muotoista annettu tuki ja ohjaus kullakin hetkellä olisi:

” – siihen pitäisi saada asiakas itsekin vaikuttaa minkä muotoista, ottaen huomioon sitten minun kohdalla voimavarat, perhetilanne. Kun taas en minä oikein niele sitäkään että okei, tässä pompotellaan, sitten heitetään eläkkeelle. Koska kuitenkin lapset kasvaa, olenko minä jonakin päivänä tyhjän sylin syndroomassa, alan juopottelemaan mitä, mitä minun elämässä silloin on? Että kuitenkin lääkeshoidot, nämä tämmöiset nehän auttaa minua siinä, että minä näen kuitenkin sitä tulevaisuutta mitä ei ollut yhdessä välissä muuta kuin se että kuhan minä saan lapset isoksi, niin sitten se on aivan. Mutta nyt kun on niitä valonpilkahduksia ollut että niin, minäkin saatan nauttia jostakin tekemisestä.” (K)

## 9.2 Prosessin läpinäkyvyys ja tietoon perustuvat odotukset

Palvelukokemuksen ja palvelun hyödyn kannalta yksi tärkeä tekijä näyttää olevan se, missä määrin, millaista ja miten oikea-aikaisesti kuntoutuja saa tietoa ammatillisesta kuntoutuksesta ja ammatillisesta kuntoutus selvityksestä. Kuntoutujalle tulee jo palveluun ohjautumisvaiheessa tarjota tarpeeksi ymmärrettävää tietoa sekä ammatillisen kuntoutus selvityksen toteutuksesta ja tavoitteista että ammatillisen kuntoutuksen päämääristä laajemmin. Kun palvelu ja palveluprosessi ovat kuntoutujalle mahdollisimman läpinäkyviä, hän pystyy peilaamaan omia odotuksiaan ja mahdollisia epäilyksiään tietoon ja orientoitumaan tämän tiedon pohjalta kuntoutus selvitykseen. Näin ollen hänen on mahdollista jo ohjautumisvaiheessa sovittaa omia oletuksiaan palvelun julkilausuttuihin tavoitteisiin. Tämä edesauttaa palvelun hyötyä ja vähentää keskeyttämisen riskiä. Jos selkeästi kommunikointua tietoa on tarpeeksi, orientoituminen voi tapahtua jo palveluun ohjautumisvaiheessa, jolloin siihen ei tarvitse käyttää tarpeettomasti aikaa varsinaisten kuntoutuspäivien aikana.

### *Riski: Etukäteistiedon ja kommunikaation puute*

Monien haastateltujen kuntoutujien tietämys ammatillisesta kuntoutuksesta ja ammatillisesta kuntoutus selvityksestä oli hyvin vähäistä ennen palveluun ohjautumista, sen aikana ja jopa sen jälkeen. Erilaiset ammatillisen kuntoutus selvityksen peruskäsitteet, kuten ammatillinen kuntoutussuunnitelma, saattoivat jäädä varsin epäselviksi. Vaikeasti avautuvan hallinnollisen kielen käyttö hämärtää osaltaan käsitystä siitä, mihin ammatillisella kuntoutus selvityksellä pyritään ja mitä siltä voi odottaa. Lisätiedon hankinta oli sekä kuntoutujan omasta halusta että tiedonhankintakyvyistä kiinni. Kuntoutuja ei välttämättä tiennyt ammatillisesta kuntoutuksesta mitään ennen kuin lähettävä taho otti asian ensimmäisen kerran puheeksi.



Joissain tapauksissa kuntoutuja ei ollut edes keskustellut palvelusta etukäteen kenenkään kanssa, vaan hän oli saanut ammatillista kuntoutuspalvelusta koskevan kirjeen ja hakulomakkeen postitse. Jos kuntoutuja ei saa riittävästi tietoa tai hänelle ei tarjota keskustelumahdollisuutta palveluun ohjautumisvaiheessa, hän saattaa torjua ajatuksen kuntoutuspalvelukseen osallistumisesta. Tiedolle pohjautuvan kommunikation puute johtaa osaltaan siihen, että ennako-oletuksia ja -odotuksia sekä mahdollisia palveluun kohdistuvia epäilyksiä ei voida käsitellä. Potentiaalinen kuntoutuja saattaa vaikuttaa harhaanjohtavasti ”motivoitumattomalta” ja jäädä tästä syystä jopa palvelun ulkopuolelle. Kelan (2017) mukaan kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan huomioon kuntoutujan yksilöllinen kokonaistilanne, jossa huomioidaan *esimerkiksi* henkilön motivaatio ja sitoutuminen ammatillisen kuntoutuksen tavoitteisiin. Tämän tutkimuksen aineiston perusteella olennaista on se, että tämä motivaatio ja sitoutuminen ei synny tyhjiössä vaan saattaa vaatia rakentamiseen vuorovaikutuksellisesti välitettyä tietoa. Tämän edellytyksenä on myös se, että lähettävällä taholla on tarpeeksi tietoa sekä ammatillisesta kuntoutuksesta että asiakkaasta ja tämän arjesta.

Jotkut haastatellut kuntoutajat olivat palveluun ohjautumisvaiheessa epäileviä sen suhteen, voiko ammatillinen kuntoutuspalvelu tuottaa heille hyötyä ja ovatko he itse palveluun soveltuvia. Eräs ammatillisen kuntoutuspalvelun lopulta hyvin antoisaksi kokenut haastateltava kertoo, että hän ei alun alkaen ollut erityisen halukas lähtemään palveluun. Läheisen pienen painostuksen myötävaikutuksella hän kuitenkin suostui. Keskustelu jatkuu haastattelutilanteessa seuraavasti:

H: No osaatko sä sanoa minkä takia oli semmoinen olo että en mä nyt tiedä haluanko mä lähteä tai?

K: No ehkä, no se varmaan tuntui sillä tavalla että kun ei ollut käynyt niin se tuntui sillä tavalla ettei, että saanko mä siitä hyötyä. Ehkä siitä tuli sellainen olo että onko se mulle, tuottaako se mulle mitään [naurahtaa]. Et sellai siinä varmaan oli se, että onko siitä sellaista apua [naurahtaa].” (K)

Jos henkilö lähtökohtaisista epäilyksistään huolimatta ohjautuu ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen, saattaa palveluun orientoituminen ja omien odotusten mukauttaminen kuntoutuspalveluksen arkitodellisuuteen viedä aikaa. Näin siitä huolimatta, että Kelan avo- ja laitospalveluista kuntoutusta koskevassa palvelukuvauksessa (2016, 8) todetaan seuraavaa: ”Kun palveluntuottaja on saanut kuntoutuspäätöksen, se lähettää kuntoutujalle kutsukirjeen ja ennakkotietoa kuntoutuksesta. Kutsukirjeen yhtenä tarkoituksena on käynnistää kuntoutusprosessi. Siinä on kuvattu kuntoutujan oma rooli kuntoutuksessa ja hänen mahdollisuutensa vaikuttaa kuntoutumiseensa.” Kuntoutuspalvelus saattaa myös keskeytyä, jos odotuksia ei ole ollut mahdollista etukäteen työstää:

”Eihän se tietenkään heti voi olla sitä vastausta siellä selvityksessäkään siihen hänen kysymyksensä, vaan täytyy selvittää ja ehkä hän on mennyt sinne sitten toisinlaisin odotuksin kun mihin se selvitys vastaa.” (L)

Yksi haastateltu omaohjaaja kokee, että kuntoutusselvitysuudistus ja sen myötä palvelun eriytyminen kahdeksi eri kokonaisuudeksi on kuitenkin helpottanut tilannetta. Alkujakson aikana on mahdollista vielä tarkistaa ennako-odotuksia ja päästä tarkemmin perille siitä, ”mitä tämä oikein tarkoittaa”. Haastateltava kertoo nimenomaan kaksiosaisuuden palvelevan hyvin heidän palveluihinsa osallistujia:

”Moni kuntoutuja kokee sen tosi tärkeäksi, ja se että he pääsee vähän siihen että mitä tämä oikein tarkoittaa. Koska monet tulee ekaa kertaa ei he, ja yleensä kuntoutuskin voi heille olla se on ihan jotain muuta tarkoittaa mitä se nytten on. Niin tämä on ollut tosi hyvä meille kyllä.” (O)

Omaohjaajat kertovat myös siitä, miten kuntoutujan mielipide saattaa muuttua kuntoutuspäivien aikana sitä mukaa, kun tietoa tulee erilaisissa vuorovaikutustilanteissa lisää. Näin ollen alun perin ehkä ”motivoitumattomalta” vaikuttanut kuntoutuja saattaa prosessin kuluessa havaita, että palvelu onkin häntä varten ja tuottaa hänelle hyötyä:

”Joissakin tapauksissa kuntoutuja tulee tänne ja kokee ettei tämä ole hänen juttunsa, mutta sitten kun mennään eteenpäin niin sitten hän huomaakin että oli tämä kuitenkin. Että ollaan saatu asioita eteenpäin ja kuntoutussuunnitelma tehtyä. Että se on niin yksilöllistä että kun kuntoutuja niin ei välttämättä tiedä, että onko tämä hänelle se juttu vai eikö ole.” (O)

”Kyllä siellä, kun tavallaan sitä ei voi koskaan ihan etukäteenkään tietää että silloin kun ihminen riittävästi rupeaa saamaan jostain asiasta tietoa, niin se oikeasti voi ihan yllättäen kääntyäkin se oma mielipide sen asian suhteen. Että vaikka olisi tullutkin vähän silleen että ihan turha juttuja minä en tähän lähde, niin kyllä se sitten joillakin muuttui. Ja ehkä se että kun kuuli muilta vähän samassa tilanteessa olevilta kans jotain kommenttia siihen heidän tilanteisiin liittyen, niin se saattoi sitten sieltä vähän herätelläkin pohtimaan sitä omaa tilannetta vähän taas eri näkökulmasta.” (O)

### 9.3 Kuntoutujakohtaisten tarpeiden huomiointi ja palvelun joustavuus

Haastattelujen perusteella tärkeäksi määrittyy se, että sekä ammatillinen kuntoutusselvitys rakenteeltaan ja toteutukseltaan että laajempi ammatillisen kuntoutuksen palveluvalikoima mahdollistavat kuntoutujien yksilöllisten tarpeiden huomioimisen ja niihin vastaamisen parhaalla mahdollisella tavalla. Haastatellut omaohjaajat kokevat kuntoutusselvityksen uudistuksena hyväksi. Sen koetaan lisänneen prosessin joustavuutta ja vähentäneen tarpeettomia katkoksia ja byrokratiaa suhteessa aiempiin erillisiin palveluihin, kuntoutustarveselvitykseen ja kuntoutustutkimukseen. Li-

säksi sen nähdään parantaneen mahdollisuuksia palvelun ajoittamisen ja etenemistahdin kuntoutujakohtaiseen räätälöintiin. Ammatillinen kuntoutuspalvelu koetaan myös palveluna edeltäjiään selkeämmäksi.

Ammatillisen kuntoutuspalvelun standardissa todetaan, että kuntoutuspalvelu toteutetaan avomuotoisena, ja kuntoutuspäivän pituus on vähintään viisi tuntia. Päivä sisältää kuntoutuksen ammattihenkilöiden tekemät tutkimukset ja haastattelut sekä kuntoutujan ohjelmaan kuuluvat tauot, siirtymiset tiloista toiseen sekä ruokailut. (Kela 2015b.) Parhaimmillaan kuntoutuspalvelun toteutusprosessi sujuu aikataulullisesti jouhevasti ja kuntoutuja pidetään kuntoutuspäivien aikana ajan tasalla siitä, mitä tapahtuu ja tulee tapahtumaan. Suurin osa haastatelluista kuntoutujista kuvaakin, että kuntoutuspäivät ovat olleet hyvin organisoituja ja aikataulutettuja. Omaohjaaja on pitänyt roolinsa mukaisesti prosessin mahdollisimman jouhevasta etenemisestä huolta ja ratkonut mahdollisia pulmatilanteita. Palvelun koettua hyötyä lisää se, että kuntoutuspäivien sisältö, ohjelman ja aikataulujen organisointi sekä käytettävät työmenetelmät koetaan sekä yleisesti onnistuneiksi että oman tilanteen kannalta tarkoituksenmukaisiksi. Kuten eräs haastateltu kuntoutuja toteaa: ”– – ei tullut semmoinen olo että mä menen sinne vaan kuudeksi tunniksi täyttelemään lip-pulappuja.” Käytännön järjestelyihin liittyviä, kuntoutujakohtaisia tarpeita ja toiveita pyritään myös kuuntelemaan ja mahdollisia kuntoutuspäivien aikana esiin nousevia ongelmia ratkaisemaan tehokkaasti.

### *Riski: Palvelun toteutuksen rakenteellinen jäykkyys*

Ammatillisen kuntoutuspalvelun palvelukuvauksessa kuvataan suhteellisen yksityiskohtaisesti palvelun rakenne ja toteutus. Alkuvaiheen ohjelmaan kuuluvat aloituskeskustelu, yksilölliset haastattelut ja tapaamiset (lääkäri, omaohjaaja ja muu moniammatillisen tiimin jäsen) sekä lopetus. Jatkovaiheeseen sisältyy yksilöllisten haastattelujen lisäksi tavoitteiden asettaminen, ammatillisen tilanteen kartoitus ja vaiheen päättäminen ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Jatkovaiheessa kuntoutujan ohjelma koostuu seuraavista teemoista: opiskelussa ja työelämässä selviytyminen sekä työ- ja toimintakyvyn tukeminen. Jatkovaiheen jälkeen tulee seurantavaihe. (Kela 2015b.) Haastatellut omaohjaajat kertovat, että palvelukuvausta noudatetaan kuntoutusyksiköissä varsin tarkkaan – satunnaista ”ylilaatua” lukuun ottamatta. Osa haastateltavista kokee palvelukuvauksen kuitenkin joiltain osin tarpeettoman rajoittavaksi. Sen ei koeta ottavan kuntoutujien yksilöllisiä tarpeita ja kuntoutusyksikön ”arkitodellisuutta” joustavasti huomioon:

”Kelan standardeja kun ajattelee niin niissä on hirveän tarkkaan joskus laitettu tiettyjä kellonaikoja vaikka että kuinka pitkään täytyy nyt jonkun seurantapäivän tai seurantakäynnin kestää. Niin mä koen sen jotenkin hassuksi kun siihenhän käytetään se aika mitä tarvitaan. – – Jotenkin niissä standardeissa joskus kauhean sillai tiukasti tai miten sen nyt sanoisi että, jotenkin että ne ei ehkä tätä meidän arkitodellisuutta sitten ehkä [naurahtaa] sillai joustavasti ota huomioon.” (O)

Palvelukuvauksessa mainitaan ammatillisessa kuntoutus selvityksessä käytettävät mittausmenetelmät. Näistä pakollisia ovat Kelaan toimitettavat tuloksellisuuden seurantatiedot: tavoitteet (GAS-menetelmä); elämänlaatumittari (WHO QOL-BREF); työkykykysymykset (Kelan määrittämät kysymykset työkykyindeksistä ja vuosi-raportista) sekä mieliala (masennusoireiden vakavuusaste BDI 21/Beck Depression Inventory). (Kela 2015b.) Yleisesti mittausmenetelmät eivät herättäneet haastatel-luissa kuntoutujissa erityisiä mielipiteitä tai negatiivisia tuntemuksia. GAS-työs-kentely koettiin kuitenkin joissain tapauksissa haastavaksi ja myös turhauttavaksi. Se on kuitenkin palvelussa varsin olennaisessa roolissa, sillä palvelukuvauksen mu-kaan kuntoutuja laatii yhdessä omaohjaajan kanssa kuntoutus selvityksen tavoitteet nimenomaan GAS-menetelmän avulla (Kela 2015b). Menetelmää käytetään myös kuntoutuksen tuloksellisuuden seurantaan. Jos kuntoutujan tavoitteet ovat suhteelli-sen konkreettisia ja helposti eriteltävissä – liittyen esimerkiksi työn mukauttamiseen, opintojen rahoituksen varmistamiseen tai sosiaalietuuksien hakemiseen – tavoite-työskentely ja Omat tavoitteeni -lomakkeen täyttäminen on voinut tuntua luonteval-ta ja myös hyödylliseltä menetelmältä. Tällöin sillä on ollut tuloksellisuuden mittaa-misen lisäksi kuntoutujakohtaisia hyötyjä, kuten asioiden tavoitteellinen eteenpäin vieminen. [Omat tavoitteeni -lomakkeen täyttöohjeissa](#) mainitaankin, että menetel-män avulla asetettavien tavoitteiden tulee olla ”realistisia, konkreettisia, mahdollisia aikatauluttaa, merkittäviä ja mitattavia.”<sup>255</sup> Näin ollen niissä tilanteissa, joissa kun-toutujan omat tavoitteet ja odotukset ovat yleisluontoisempia ja ensisijaisesti työl-listymiseen tähtäviä, tavoitetyöskentely saattaa tuntua vaikealta ja keinotekoiselta:

”H: Mikä siinä [GASissa] oli niin ärsyttävää, tai?

K: Se just että se jonkun tavoitteen pilkkominen niin pieniin osiin, niin, se on ärsyt-tävää. Koska mä olen ainakin ihmisenä semmoinen että jos mulla on tavoitteena mennä töihin niin mähän meen töihin. En mä tyydy yhtään vähempään. Mä kyllä hoidan aina työni niin kuin mä tekisin työni itselleni, vaikken ole yrittäjä mutta sillain että siitä nyt ei tasan löydy keltään mitään valitettavaa [naurahtaa]. Niin se että, se oli hirveän vaikea keksiä just siihen pilkkomiseen niitä.” (K)

Samalla tavoin tilanteessa, jossa oma työkyky koetaan hyvin rajoittuneeksi ja ensi-sijaisena toiveena on työkyvyttömyyseläke, saattaa Omat tavoitteeni -lomakkeen täyttäminen tuntua turhauttavalta ja tarpeettomalta. Eräs haastateltu kuntoutuja to-teaakin, että ” – – kaikkiin lappuihin olisi voinut vaan kirjoittaa että toivoton tapaus ei kykene mihinkään.” Kaikkiaan kokemus erilaisista ammatillisessa kuntoutus selvityksessä käytettävistä työmenetelmistä, mukaan lukien pakolliset ja vapaaehtoiset mittarit, tuntuu siis määrittävän osaltaan kuntoutujakohtaisen tarkoituksenmukai-suuden kautta. Eräs omaohjaaja kertoo miettivänsä joskus mittareiden tarpeellisuut-ta. Toiveena olisi se, että esimerkiksi mittauksia ei tehtäisi vain ”tekemisen vuoksi”, vaan niillä olisi myös ”jotakin merkitystä”. Eräs omaohjaaja kuvaa, miten palvelussa pyritään aina yksilöllisyyteen ja esimerkiksi etenemistähtia mukautetaan kuntoutu-

255 Ks. <http://www.kela.fi/documents/10192/3861304/GAS1.pdf>.

jakohtaisesti. Välillä haastateltava on kuitenkin pohtinut, miten kuntoutujien tarpeita voitaisiin huomioida vielä paremmin:

”Mutta että ehkä varmaan sitä välillä että miten sitä vielä enemmän pystyisi huomioidaan, semmoista että jokaisen sitä yksilöllistä tarvetta tavallaan, miten siihen pystyisi kaikista parhaiten vastaamaan sen palvelun aikana.” (O)

Parin haastatellun kuntoutujan kohdalla kuntoutuspäivät olivat sisältäneet runsaasti odottelua ja tyhjäkäyntiä – hetkiä, jolloin haastateltavan sanoin yritettiin vain ”tappaa aikaa”. Kuntoutujat saattoivat suhtautua hyvinkin kärsivällisesti tämän kaltaisiin aikataulullisiin ongelmiin. Pitkät odottelut tai epätarkoituksenmukaiseksi koetut ”täyteohjelmat” aiheuttivat kuitenkin myös turhautumisen tunteita:

”Mut siinä oli paljon myös semmoista – – että siellä ei oikeastaan, siellä vaan oikeasti istui ja yritti tappaa aikaa. Koska kun just se että kun Kelalla on se vähimmäisvaatimus sille, että kuin pitkään siellä pitää olla päivässä oliko se nyt sen kuusi ja puoli tuntia. Niin sitten välillä oli just silleen, siellä vaan tavallaan istui [naurahtaa] tappamassa aikaa tai yritti jotain tehdä.” (K)

#### 9.4 Yksilöllinen kohtaaminen ja kuulluksi tuleminen

Monet haastatellut ja kyselyyn vastanneet kuvaavat vuorovaikutuksen kuntoutusyksikön henkilökunnan kanssa toimineen hyvin. Yksilölliset keskustelut omaohjaajan ja muiden oman tilanteen kannalta tärkeiden työntekijöiden kanssa koetaan merkityksellisiksi. Kokemus siitä, miten kuntoutuja kokee tulleensa kohdatuksi ja kuulluksi ammatillisen kuntoutuspalvelusprosessin eri vaiheissa on suhteessa palvelun koettuun hyötyyn. Tietetyt työmenetelmät, kuten juuri yksilölliset haastattelut ja keskustelut muodostuvat henkilökohtaisen kohtaamisen ja kuulluksi tulemisen kannalta keskeisiksi:

”Mutta se on jotenkin nuorille hirveän tärkeää, toki on se nyt ihan kaikille ihmisille mutta että jotenkin tulee kuulluksi täällä ja se tunne että mua oikeasti kuunnellaan, mitä mä ajattelen omista asioista ja mihin päin mä haluaisin mennä niin se varmaan tulee sitten enemmän niissä yksilöllisissä haastatteluissa ja keskusteluissa.” (O)

Kuten edellä siteerattu omaohjaaja kuvailee, kuulluksi tulemiseen liittyy kokemus siitä, että ”oikeasti kuunnellaan” sitä, mitä kuntoutuja ”itse ajattelee” tilanteestaan ja tulevaisuudestaan. Kyse on siis sekä kuntoutujan omien kokemusten ja näkemysten kuulemisesta, että niiden huomioimisesta – ottamisesta *tosissaan*. Sen sijaan, että keskitytään palvelemaan *systeemiä* eli ammatillisen kuntoutuspalveluksen kirjattuja tavoitteita ja päämääriä, keskiöön nostetaan kuntoutuja omine näkemyksineen ja kokemuksineen. Eräs lähettävän tahon edustaja pohtiikin, että jos maltetaan kuunnella kuntoutujan omaa ajatusta ja mennä sen mukaan, niin palvelu ”saavuttaa ehkä paremmin sen, mitä varten se on olemassa se koko systeemi”.

Erilaisissa ammatillisessa kuntoutuspalvelusprosessiin liittyvissä kohtaamisissa voidaan vahvistaa kuntoutujan uskoa siihen, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa asioihin. Näin kohtaamiset pitävät yllä myös tulevaisuudentoivoa ja orientoivat positiivisiin muutoksiin. Eräältä omaohjaajalta kysytään, millaisia työmenetelmiä ammatillisessa kuntoutuspalveluksessa heidän kuntoutusyksikössään käytetään. Haastateltava viittaa siihen, miten olennaisin työkalu liittyy sen edistämiseen, että ”ihminen itse tajuaa sen että minä olen se, joka päätän asioista, ja minä olen se joka pystyn tekemään muutoksen.” Toinen haastateltu omaohjaaja kuvaa puolestaan sitä, miten palvelun aikana voi kuntoutujissa havaita juurikin ”voimaantumista”. Kyse on näennäisesti pienistä asioista, jotka lopulta ovat kuitenkin isoja ja tärkeitä:

” – ja sitten ehkä semmoinen oli kans tosi hieno asia siinä palvelussa että kuinka näki joistakin kuntoutujista miten ne, siinä tämä voimaantuminen tapahtui sen palvelun aikana. Että saattoi olla tosi semmoinen jotenkin, varmaan ettei hirveästi sanaakaan saanut suustansa ja sitten ihan oikeasti se lähti kyllä sujumaan se yhteistyö ja sieltä rupesi hymyä tulemaan jo palvelun aikana. Siis pieniä asioita, siis sillä lailla mutta ne on isoja tärkeitä, mistä lähdetään kumminkin sitten liikkeelle ja luomaan sitä pohjaa.” (O)

Erilaiset vuorovaikutukselliset elementit eivät välttämättä kirjautu lausuntoihin tai ylipäättään taivu mitattaviksi ja raportoitaviksi, mutta ovat palvelun hyödyn kannalta joillekin kuntoutujille jopa olennaisempia kuin palvelun virallisiin asiakirjoihin kirjatut tavoitteet. Kuntoutajat ohjautuvat tilanteistaan ja tiedollisista resursseistaan riippuen kuntoutuspalvelusprosessiin eri asteisesti ”tavoitteellisina” ja ”motivoituneina”. Omia tavoitteita hahmotellaan ja tulevaisuutta koskevaa uskoa rakennetaan myös kuntoutuspalvelusprosessin kuluessa erilaisten kohtaamisten kautta. Näin ollen palvelu parhaimmillaan tuottaa pitkäaikaishyötyjä myös silloin, kun mitattavat tavoitteet eivät juuri kuntoutushetkellä täyty. Kuten eräs omaohjaaja kuvailee, olennaista on ”hienovarainen kohtaaminen”, jonka kuluessa syntyy kokemus siitä, että tulee ”kuulluksi ja ymmärretyksi”:

”Niin sitten me täällä kuunnellaankin oikeasti, että mikä se on se sun todellisuus, miltä se tuntuu – – Mutta että tämä tällainen, että siinä on se joku taika, että kun se ihminen saa edes tällaisen pienen kokemuksen siitä, että nämä ihmiset kuunteli mua, ne ymmärsi mitä mä sanoin. Niin – – mä uskon että se on semmoinen kokemus, joka tuottaa hyvää.” (O)

### *Riski: Kuntoutujan kokemusten ohittaminen*

Joillakin tapaustutkimukseen osallistuneilla kuntoutujilla kuntoutuspalveluksen toteutukseen liittyi ohitetuksi tulemisen kokemuksia ja vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia: tunnetta kiinnostuksen ja ymmärryksen puutteesta, kiirehtimisestä ja painostuksesta, sekä joidenkin henkilöiden hämmentäväksi koettua käyttäytymistä. Eräs haastateltu kuntoutuja olisi kaivannut sanojensa mukaan jonkinlaista ”läsnäolon

tunnetta” – sitä, että ”olisi oikeasti ihmisiä kiinnostanut se että mitä ihmiset tekee siellä”. Kuulluksi tulemisen ongelmat saattavat horjuttaa positiivista palvelukokemusta ja ammatillisen kuntoutusselvityksen koettua hyötyä prosessin eri vaiheissa. Joskus vuorovaikutuksen ongelmat johtavat siihen, että kuntoutusselvitys keskeytyy ennen kuin se on päässyt alkuunkaan. Jos kuntoutuja kuitenkin pysyy palvelussa, ohittamisen kokemukset saattavat johtaa ongelmiin ammatillisen kuntoutussuunnitelman toteutumisvaiheessa. Jos suunnitelman koetaan syntyneen painostuksen alla ja kuntoutujaa loppuun saakka kuulematta, saattaa suunnitelma joko jäädä toteutumatta tai pahimmassa tapauksessa tuottaa toteutuessaan tulevaisuudenuskoa nakertavia epäonnistumisen ja pettymyksen kokemuksia:

” – no ei nyt silleen sen kautta joutunut nollapisteeseen mutta ehkä jotain takapakkia tuli siinä otettua. Ja ehkä siinäkin koki sen että ehkä ei se loppujen lopuksi, se ammatillinen kuntoutus ollut joko ajankohtainen tai sitten ehkä suunnitelmassa oli [naurahtaa] vähän häikkää sen suhteen.” (K)

Joskus ammatillisen kuntoutusselvityksen voidaan kokea itsessään toteutuneen hyvin, mutta kuulluksi tulemisen kokemus rapautuu palvelun toteutuksen jälkeen. Kuntoutuja saattaa kokea, että sekä hänen että kuntoutusyksikön moniammatillisen tiimin näkemykset tulevat ohitetuiksi, jos Kelan tai työeläkevakuutusyhtiön tekemät päätökset esimerkiksi opintojen rahoittamisesta tai työkyvyttömyyseläkkeestä eivät ole linjassa kuntoutusyksikön suositusten kanssa. Tämän kaltaiset eri toimijatahojen väliset ristiriitaisuudet näyttävät kuntoutujasta perusteettomilta epäjohtonmukaisuuksilta, jotka herättävät tunteen kuntoutusjärjestelmän kasvottomuudesta ja omien vaikutusmahdollisuuksien mitättömyydestä:

”Ja teillä sitten teidän lääkärit mitkä ei ole – – ikinä mua nähnytkään saatikka sitten hoitanut mua, niin ne sanoo että mä oon täysin terve ja työkykyinen. Niin eikö tämä ole pikkasen ristiriidassa tämä homma. Että mä ajattelin että ei jumalautsi että kyllä, se söi miestä rotan lailla.” (K)

## 9.5 Ammatillisen kuntoutussuunnitelman käyttöarvo

Kelan ammatillisen kuntoutusselvityksen palvelukuvauksessa viitataan ammatilliseen kuntoutusselvitykseen ikään kuin palvelun tuloksena: ammatillinen kuntoutusselvitys tuottaa yksilöllisen ammatillisen kuntoutussuunnitelman kuntoutusvaihtoehtoineen (Kela 2015b). Ammatillinen kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutusyksikössä kuntoutusselvityksen jatkovaiheessa, jos se katsotaan ajankohittaiseksi (kuntoutussuunnitelman sisällöstä ks. luku 6.2). Palvelukuvauksen mukaan ”suunnitelmaa laadittaessa otetaan huomioon selvityksen kysymyksenasettelu, tavoitteet ja selvityksen arvioinnin aikana esille tulleet asiat” (Kela 2015b, 11). Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistuvat kuntoutuja ja moniammatillinen työryhmä (Kela 2015b). Haastattelujen perusteella suunnitelman laadinnassa pyritään ottamaan huomioon sekä kuntoutujan toiveet että toiminnan ulkopuoliset

ehdot, kuten alueelliset työmarkkinat ja Kelan linjaukset esimerkiksi opintojen rahoituksesta. Suunnitelman laadinnassa pyritään aina hakemaan yhteistä säveltä eri tahojen intressien välillä siten, että edellisessä luvussa kuvattu kuulluksi tuleminen toteutuu ja suunnitelmasta tulee henkilökohtainen ja yksilöllinen. Monessa haastattelussa viitataan kuitenkin myös ammatillisten kuntoutussuunnitelmien realistisuuteen, josta neuvotellaan sekä kuntoutujan kanssa käydyissä yksilöllisissä keskusteluissa, että moniammatillisen työryhmän kesken. Samanaikaisesti ammatillisen kuntoutussuunnitelman laadinnassa rohkaistaan kokeilemaan ja ottamaan ensimmäisiä konkreettisia askelia.

”Eli tässä nyt, kun täällä kuitenkin pitää pyrkiä siihen realistiseen ammatilliseen kuntoutuksen suunnitelmaan, eli se pitää olla nimenomaan realistinen tietysti kuntoutujan itsensä kannalta ja myös sitten tietysti yhteiskunnan kannalta.” (O)

### *Riski: Suunnitelman toimenpidekeskeisyys*

Haastateltujen kuntoutujien ammatilliset kuntoutussuunnitelmat koostuivat enimmäkseen yksittäisistä toimenpiteistä, kuten työkokeilusta tai työtä helpottavien apuvälineiden tai sosiaalietuuksien hakemisesta. Yleisesti ottaen erityisesti työkokeilu tai työhönvalmennus näytti olevan suosittu ammatillisen kuntoutussuunnitelman toimenpide. Työkokeilu näytti toimivalta ratkaisulta erityisesti niissä tapauksissa, kun uuden alan soveltuvuuden testaamiseksi oli aiheellista kokeilla työtä esimerkiksi ennen opintoja. Joskus työkokeilun toivottiin johtavan myös siihen, että kuntoutuja työllistyy työkokeiluorganisaatioon. Joissain tapauksissa työkokeilu saatettiin kuitenkin kokea lyhytnäköiseksi toimenpiteeksi. Näin oli erityisesti silloin, kun kuntoutujan henkilökohtainen tavoite liittyi laajempaan oman paikan löytämiseen ja vakiinnuttamiseen työelämässä. Työkokeilujen koettiin johtavan enintään uusiin työkokeiluihin. Kuntoutuja saattoi erään haastateltavan tavoin jäädä pohtimaan, mitä toimenpiteiden jälkeen tapahtuu – ”mitenkä monta paikkaa pitää nyt työkokeilla.”

Erityisesti silloin, kun kuntoutujan tarpeet liittyvät pitkäjänteiseen urasuunnitteluun ja ammatinvalinnallisiin kysymyksiin, korostuu Kelan ammatillisen kuntoutuspalveluksen palvelukuvauksessa määrittelemä, ammatillisen kuntoutuspalveluksen *päämäärä* eli kuntoutujan työelämässä jatkaminen, sinne palaaminen tai siirtyminen. Tämä ei kuitenkaan välttämättä näy tavassa, jolla palvelu on mahdollista toteuttaa. Erillisistä jatkotoimenpiteistä koostuva, lyhyen tähtäimen kuntoutussuunnitelma ei välttämättä orientoi tulevaisuuteen kuntoutujan toivomalla tavalla:

” – – mä sillä tavalla näen tavallaan vähän, tai näenkin näköalattomana sen. Että kun sieltä ei ole löytynyt sitä, mikä se olisi semmoinen mistä saisi, mihinkä pystyy ja tämä olisi semmoinen juttu mihinkä voisi ajatella tekevänsä työkseen sitten.” (K)

Ammatinvalinnalliset kysymykset ovat monelle kuntoutuspalvelukseen osallistuvalla keskeisiä myös siksi, että Kela vastaa nimenomaan nuorten ja työelämään vakiin-



tumattomien ammatillisesta kuntoutuksesta. Kaikkiaan ammatillisen kuntoutussuunnitelman sirpaleisuus ja toimenpidekeskeisyys saattavat hävittää tulevaisuuteen orientoivat suuret linjat yksityiskohtien sekaan. Ammatillisten kuntoutussuunnitelmien laatimiseen vaikuttaa myös se, että kuntoutus selvitys koetaan kestoltaan lyhyeksi suhteessa joidenkin kuntoutujien tarpeisiin. Kuntoutus selvityksen kuluessa informaatiota tulee valtavasti ja kuntoutuja joutuu pohtimaan varsin suuria kysymyksiä. Näiden kysymysten kääntäminen konkreettiseksi suunnitelmaksi ei välttämättä palvelun ajallisissa puitteissa onnistu. Kuntoutujilla saattaa olla taustallaan myös hyvin haasteellisia ammatillisia tilanteita, kuten pitkiä poissaoloja työelämästä.

*Riski: Suunnitelma itsetarkoituksena ja suunnitelman työelämä lähtöisyyden puute*

Moni haastatteluun osallistunut omaohjaaja viittaa siihen, että palvelun tavoitteena on saada aikaan ammatillinen kuntoutussuunnitelma. Vaikka tämä ei aina onnistuisi, erään haastatellun omaohjaajan sanoin ”pyritään aina että saatais jonkunlainen suunnitelma tehtyä”. Palvelukuvauksen (Kela 2015b) mukaan ammatillinen kuntoutussuunnitelma sisältää aina tietyt osat, ja kuntoutus selvityksen jälkeen suunnitelma liitetään kuntoutujan kuntoutus palautteeseen ja toimitetaan Kelaan. Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen määrittyy siis järjestelmätasolla palvelun olennaiseksi tavoitteeksi, jonka toteutumisesta kuntoutujan omaohjaaja kantaa ensisijaisen vastuun. Toisaalta haastattelussa kyseenalaistetaan ajatusta ammatillisesta kuntoutussuunnitelmasta palvelun *tuloksena* – nimenomaan kuntoutussuunnitelman laatimista ja olemassaoloa, ei sen realisoitumista. Eräs omaohjaaja kertoo ajattelevansa, että kuntoutus selvityksen lopputulos on käytännössä vasta se, miten ammatillinen kuntoutussuunnitelma todellisuudessa toteutuu ja kantaa suhteessa työelämään ja opintoihin:

” – kun ajatellaan sen niitä tuloksia, niin jotenkin mun on ainakin vaikea nähdä, että kun senhän tavoite sen palvelun on saada ammatillinen kuntoutussuunnitelma aikaiseksi. Niin tavallaan kyllähän niitä nyt siis syntyi, mutta sitten tavallaan se on aika hassua itse ajatella että onko se vielä tulos että se syntyi se suunnitelma, kun tavallaan sen näki vasta itse sitten tavallaan että se on se lopputulos, kun se suunnitelma oikeasti toteutuu ja nähdään että viekö se, kantaako se minnekään.” (O)

Palvelun *päämäärän* eli työelämässä jatkamisen, sinne palaamisen tai siirtymisen tarpeen mukainen edistäminen saattaa siis jäädä toissijaiseksi suhteessa ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen eli palvelukuvauksessa vaadittuun ”tuotokseen”. Riskinä on, että ammatillisesta kuntoutussuunnitelmasta tulee itseisarvo, eikä sen käyttöarvoa varmisteta. Palvelukuvauksessa todetaan, että ”amatillinen kuntoutus selvitys on selvitys- ja arviointijakso, jossa arvioidaan henkilön lääkinällisen ja erityisesti ammatillisen kuntoutuksen tarpeet” (Kela 2015b, 1). Kuntoutujat saattavat kuitenkin ohjautua kuntoutus selvitykseen sillä varsin kohtuullisella oletuksella, että palvelun tarkoitus on auttaa heitä löytämään oman ammattialansa tai pääsemään mukaan työelämään. Tällöin ammatillisen kuntoutussuunnitelman painottuminen

irralisilta tuntuviin kuntoutustoimenpiteisiin saattaa tulla yllätyksenä ja aiheuttaa myös pettymyksen tunteita. Samankaltaiset ammatilliseen kuntoutussuunnitelmaan liittyvät teemat toistuvat monissa haastatteluissa: kuntoutujan odotukset palvelua kohtaan ja kuntoutus selvityksen ”ihanteellinen lopputulos” eli työelämään integroituminen – ja toisaalta näiden suhde ammatillisessa kuntoutus selvityksessä määriteltujen, GAS-menetelmällä hahmoteltujen tavoitteiden saavuttamiseen.

Näyttää siltä, että ammatillisen kuntoutuksen käytännöissä työllistymistä ja työkykyä koskevat kysymykset näyttäytyvät helposti erillisinä. Sekä Kelan että kuntoutusyksikön edustajat joutuvat pohtimaan, milloin kunkin kuntoutujan kohdalla on kyse ”työllistymisen” ja milloin ”työkyvyn” ongelmasta. Tämän kaltaiset eronteot liittyvät osaltaan toimijoiden väliseen roolijakoon. Työkykyproblematiikka määritellään kuuluvaksi ammatillisen kuntoutuksen kenttään ja työllistymiseen liittyvät kysymykset erityisesti TE-toimiston tai työllistymistä edistävän monialaisen yhteis palvelun tehtäviin. Tapaustutkimusaineisto osoittaa kuitenkin tavan, jolla työllistymisen ongelmat ja työkyky kytkeytyvät tiiviisti yhteen. Ne muodostavat kokonaisuuden, jonka puitteissa kuntoutujat hahmottavat nykyistä ja tulevaa paikkaansa työelämässä. Myös kuntoutujat tunnistavat itse sen, millä tavoin työkyvyn psyykkiset tai fyysiset rajoitteet vaikuttavat eri tavoin työelämämahdollisuuksiin riippuen siitä, onko henkilöllä olemassa olevaa työmarkkinasidosta vai ei:

”Että se ei sitten kun menet uutena jonnekin, niin se ei olekaan niin yksinkertaista. Koska sitten voi olla että se ei ole intoa sillä työnantajalla jos on terve työntekijä siinä, niin se pitäisi olla sitten erityisen kyvykäs tai jotain muuta sitten just esimerkiksi palkkatuki tai joku semmoinen joka sitten, että semmoinen pitäisi sitten saada.” (K)

Eräs lähettävän tahon edustaja pohtii asiakaskuntaansa ja sitä, miten työkyvyn rajoitteet ja työllistymiseen tai oman ammattialan löytämiseen kytkeytyvät kysymykset limittyvät toisiinsa. Tätä ei kuitenkaan järjestelmissä tunnisteta, ja asiakkaan ammatillinen kuntoutus selvityshakemus saatetaan hylätä sillä perusteella, että kyseessä nähdään olevan ensisijaisesti työllistymisen ongelma:

” – jos on joku sellainen psyykinen sairaus, usein niillä on sitten jotain fyysistäkin rajoitetta ja fyysistäkin sairautta saattaa olla, mutta että nimenomaan tän sairauden vuoksi se työllistyminen tai sen oman uran löytäminen on ollut vaikeaa. Että joskus han se menee kyllä aika lailla ristiin tai päällekkäin miten sen nyt sanoisi sen kanssa sitten näitten työvoimapolitiittisten tilanteitten kanssa. Että ihmisellä voi olla hyvä koulutus, tavallaan hyvä koulutus ja jos sitä työtä olisi jos maailma olisi erilainen, niin sitten hänellä ei välttämättä olisi mitään ongelmaa. Mutta kun hän ei saa työtä sillä omalla alallansa, niin sekin voi olla psyykkisesti erittäin kuormittavaa. Ja sitten jos on joku psyykinen sairaus ja on työttömyys, ja silloin se tilanne on erityisen ongelmallinen, niin silloinkin mä olen ajatellut ammatillista kuntoutus selvitystä. Mutta Kela on joskus ajatellut toisin ja vastannut että ei tipu koska emme ole mikään

työvoimatoimisto [naurahdetaan]. Että siinä on vähän tällaista, näkemyseroa välillä tulee siinä asiassa.” (L)

Edellisessä haastattelusitaatissa nousevat esiin myös rakenteelliset työmarkkinoihin liittyvät tekijät – ajatus siitä, että tiettyjä työllistymiseen liittyviä ongelmia ei olisi, jos ”maailma olisi erilainen”. Näiden tekijöiden huomioiminen ammatillisten kuntoutussuunnitelmien laadinnassa saattaa aineiston perusteella olla haastavaa. Jos kuntoutusyksiköstä ei olla yhteydessä esimerkiksi paikalliseen TE-toimistoon, suunnitelmassa ei ole aina huomioitu paikallisten työmarkkinoiden ajankohtaista tilannetta. Myös työnantajien asenteet voivat vaikuttaa siihen, että edes työkokeilupaiikka on vaikea löytää. Työmarkkinoiden tarpeet muuttuvat nopeasti, ja työ vaatii konkreettisesti työtehtävästä suoriutumisen lisäksi myös muita taitoja ja kykyjä. Näiden muutuvien vaatimusten huomioiminen suunnitelmia laadittaessa olisi tärkeää, jotta niistä tulisi toteuttamiskelpoisia myös monimutkaisessa ja ”raaistuneessa” työelämässä, kuten eräs lähettävän tahon edustaja toteaa:

”Mutta sitten kun maailma ei ole nyt sellainen ideaalimaailma tällä hetkellä juuri missään niin, sitten mitä merkitystä niillä sitten käytännön tasolla on niillä tehdyillä selvityksillä, niin sitä on vähän hankala arvioida ellei sitten ole ihan sitä faktaa siitä et mitä niille ihmisille oikeasti sitten on tapahtunut.” (L)

## 9.6 Jatkuvuus ja vierellä kulkeminen

Verkostoyhteistyö on osa ammatillista kuntoutuspalvelusta. Sen tavoitteena on palvelukuvauksen (Kela 2015b, 10) mukaan ”turvata hyvä kuntoutus- ja/tai hoitoketju sekä kuntoutuksen jatkumo esimerkiksi terveydenhuollon ja/tai TE-toimiston palveluihin”. Eri toimijoiden välinen yhteistyö auttaa onnistuessaan varmistamaan oikea-aikaisen palveluun ohjautumisen, suunnitelman toimivuuden ja toteutumisen sekä yleisesti palvelun pitkäaikaishyödyn. Samalla verkostoyhteistyö auttaa välttämään tarpeettomia päällekkäisiä toimia ja suunnitelmia. Toimivan yhteistyön edellytyksenä näyttää olevan se, että kuntoutuspalvelusprosessiin osallistuvat toimijatahot ja heidän roolinsa prosessissa ovat selkeitä ja läpinäkyviä. Verkostoyhteistyöllä voidaan parhaimmillaan varmistaa pitkäkestoinen, järjestelmäraajat ylittävä tarpeenmukainen tuki, jonka avulla voidaan ajoissa tunnistaa myös kuntoutusprosessin kuluessa lisätukea tarvitsevat kuntoutuajat. Näin ollen pitkäjänteinen tuki varmistaa myös palvelun hyödyn realisoitumisen.

### *Riski: Järjestelmien väliset kuilut ja pitkäjänteisen tuen puute*

Monissa haastatteluissa kerrotaan verkostoyhteistyön puutteista tai olemattomuudesta. Vaikka verkostoyhteistyön potentiaalinen hyöty tunnustetaan, sitä ei eri syistä ainakaan täysimääräisesti tehdä. Palveluntuottaja saattaa esimerkiksi kokea, että kaikilla kuntoutujilla ei ole olemassa tahoja, joka voisi olla mukana kuntoutuspalveluksessa – tai jonka kuntoutuja haluaisi olevan mukana. Verkostoyhteistyön puute on yh-

teydessä myös tiedonkulun ongelmiin eri toimijoiden välillä. Tiedonkulun haasteita kerrotaan aiheuttavan toimijoiden epäselvät roolit, kuntoutujan yksityisyyden kunnioittamisen kysymykset sekä konkreettiset yhteydenpidon ongelmat. Esimerkiksi yhteydenpito Kelaan koetaan usein ongelmalliseksi Kelan paikallisten palveluiden puutteen vuoksi. Erityisesti haastatellut lähettävien tahon edustajat kertovat saavansa hyvin niukasti tai ei lainkaan tietoa siitä, onko henkilö ylipäätään ohjautunut kuntoutusvelvitykseen ja jos on, millainen ammatillinen kuntoutussuunnitelma hänelle on laadittu ja miten se on toteutunut. Lähettävän tahon rooli vaihtelee huomattavasti suhteessa siihen, miten aktiivisesti taho on mukana kuntoutusvelvitysprosessissa ja sen jälkeen. Joissain tapauksissa lähettävän tahon edustaja saattaa olla nimenomaan se toimija, joka seuraa kuntoutujaa pisimpään. Tässä mielessä lähettävällä taholla – esimerkiksi hoitavan tahon edustajalla tai TE-toimiston virkailijalla – saattaa olla aitiopaikka, josta seurata ammatillisen kuntoutussuunnitelman toteutumista. Tämä potentiaali jää kuitenkin hyödyntämättä, jos tieto ei kulje lähettävälle taholle asti:

”Että mä olen ohjannut hänet sinne kuntoutuksen puolelle mutta sitten mulle ei enää tulekaan tietoa sen jälkeen. Koska mä en ole maksajataho niin sitä palautetta sitten ei tule tänne automaattisesti.” (L)

”Mutta tietysti se että sen kuntoutujan, että miten se sitten sen elämä siitä jatkuu että onko se sitten, jatkaako se vielä työelämässä vai onko se sitten eläkevaihtoetohto, työkyvyttömyyseläke vai mikä se sitten onkaan kenenkään kohdalla niin tietysti se semmoinen, tieto tännepäin ei välttämättä aina kulje niin, sitä tietysti toivoisi että vähän kuulisi että mitenkä kenelläkin sitten menee ja miten se jakso on toteutunut.” (L)

”Että esimerkiksi mä en tiedä tämän [kuntoutujan] kohdalta, että kun täällä on näitä suunnitelmia että miten niin näistä silloin tehdyistä suunnitelmista on päädytty siihen tilanteeseen missä nyt ollaan, kun mä täältä nyt näitä [tietoja] katson ja katson sitä, että mitä tässä on sitten tapahtunut sen jälkeen. Niin mietin että siinä on kuitenkin aikamoinen, niin sanottu musta aukko.” (L)

Ongelmia synnyttää myös niin sanotun lähettävän tahon epämääräisyys. Virallisiin hakupapereihin saatetaan kirjata, että Kela on ohjannut kuntoutujan ammatilliseen kuntoutusvelvitykseen. Mutta kuten eräs omaohjaaja toteaa, tämä on vain ”sana-helinää ja silmälumetta”. Varsinainen alkusysäyksen antaja saattaa olla esimerkiksi TE-toimiston virkailija, joka on ohjannut kuntoutujan lääkärille – joka puolestaan on ohjannut ammatilliseen kuntoutusvelvitykseen, jota kuntoutuja on mahdollisesti hakenut itsenäisesti. Aina palveluntuottaja ei siis pelkästään hakupapereiden perusteella pysty tunnistamaan alkusysäyksen antajaa, joka on saattanut olla aktiivisessa roolissa palveluun ohjautumisvaiheessa ja jolla saattaisi olla mahdollisuus ja intressi kuntoutusprosessin pitkäjänteiseen seurantaan.

Ammatillista kuntoutuspalvelusta koskevan palvelukuvauksen (Kela 2015b, 10) mukaan ensisijainen vastuu verkostoyhteistyön toteuttamisesta on palveluntuottajalla: ”Palveluntuottaja on kuntoutujan luvalla yhteydessä kuntoutumisen kannalta tarpeelliseen toimijatahoon ja sopii tapaamisen tai yhteydenoton. Samalla palveluntuottaja välittää kuntoutujan kannalta tärkeää tietoa eri toimijatahojen välillä.” Ongelmia syntyy silloin, kun palveluntuottajan on vaikea hahmottaa mainittuja ”tärkeitä toimijatahoja”. Myös Kelan rooli vaihtelee tapausittain aktiivisesta prosessin alullepanijasta ja organisoijasta passiiviseksi maksajaksi tai reunaehtojen määrittäjäksi. Myös kuntoutujan kannalta on ongelmallista, jos vastuullisia toimijoita ei tunnusteta tai vastuu esimerkiksi ammatillisen kuntoutussuunnitelman toteutuksen seurannasta sirpaloituu kasvottomille ”tahoille”. Haastatellut kuntoutujat kuvailevatkin erityisen onnistuneiksi kuntoutusprosesseja, joissa on ollut pitkäjänteisesti mukana nimenomaan sama henkilö, kuten TE-toimiston omavirkailija. Tällä hetkellä ainakin ammatillisen kuntoutuspalveluksen prosessissa vastuu verkostoyhteistyöstä ja tiedonvälityksestä – ja täten myös jatkuvuuden turvaamisesta – asettuu palvelukuvauksen mukaan kuitenkin palveluntuottajalle eli käytännössä kuntoutujan omaohjaajalle.

Tiedonkulun ja rooliin ongelmat saattavat johtaa siihen, että ihminen jää erään haastateltavan sanoin ”tavallaan leijumaan” eri toimijoiden ja järjestelmien väliin. Tämä voi tapahtua jo palveluun ohjautumisvaiheessa, jos kuntoutujaa ei tueta hakuprosessissa. Eräs omaohjaaja mainitseekin, että kuntoutuja tarvitsisi jonkinlaista ”vierellä kulkijaa”, jotta prosessi saataisiin optimaalisesti käyntiin:

”Ehkä siellä tarttis jonkun ihan semmoisen vierellä kulkijan siihen alkuun että vois vaikka viikoittain ihan vaihtaa niitä kuulumisia, miten tämä viikko on siellä mennyt ja mitä on ja onko vastannut hänen toiveita ja mitä pitäisi tehdä että suunta olisi oikea ja näin.” (L)

Toisaalta järjestelmien väliin voi tipahtaa myös kuntoutuspalveluksen jälkeen, jos kuntoutujan kanssa jatkossa työskentelevä toimija – usein siis niin sanottu lähettävä taho – ei saa tietoa suunnitelmasta ja sen toteutumisesta. Vaikka ammatillinen kuntoutuspalvelus olisi toteutettu palvelukuvauksen mukaisesti ja sisällöllisesti laadukkaasti, palvelun pitkäkestoinen hyöty saattaa jäädä toteutumatta, jos sitä ei onnistuta nivomaan osaksi kuntoutujan laajempaa palvelukokonaisuutta. Suunnitelman toteutuminen ja muu jatko voivat jäädä asiakkaan oman toimeliaisuuden varaan. Erityisesti lähettävän tahon edustajat viittaavat myös kuntoutujan vastuuttamiseen siinä, että tieto kulkee kuntoutuspalveluksen jälkeen hänelle tärkeille toimijatahoille. Kuten seuraava haastateltava kuvaa, jonkinlainen ”saattaen vaihtaminen” ja ”perään katsominen” voisi olla tarpeen:

”Että ehkä sillä tavalla voisi kuitenkin – – saattaen vaihtaa sitten siinä vaiheessa kun esimerkiksi asiakas siirtyy Kelan toimista ulos, niin siinä on ehkä asiakkaalla aika iso rooli siinä tiedonkulussa että vastuutetaan varmaan asiakasta. Että en tiedä

ehkä siinä joku semmoinen perään katsominen olisi ihan paikallaan, että soittaisi vaikka jonkun ajan kuluttua että onko asiakas ollut yhteydessä ja onko hän hoitanut asiansa eteenpäin.” (L)

Aineiston perusteella näyttää siltä, että verkostoyhteistyön puute ja tiedonkulun aukot aiheuttavatkin eniten ongelmia niille kuntoutujille, joilla ei ole syytä tai toisesta resurssista hoitaa asioitaan aktiivisesti eteenpäin. Lisätuen tarve saattaa jäädä tunnistamatta, jolloin kuntoutus selvityksen täyttää hyötyä ei koskaan sen enempää kuntoutujan kuin järjestelmän tasolla saavuteta:

”No tämän kohdalla tietysti tämä oli, kun on tämmöisestä aktiivisesta ihmisestä kysymys ja muuta niin tämä on mennyt mun mielestä tosi hienosti. Mutta sitten on tietysti niitä ihmisiä jotka sitten ei otakaan [lähettävään tahoon] enää yhteyttä ja mä en tiedä että onko hän ollut kursilla vai eikö hän ole ollut ja meillä ei mitään palautetta tule tänne. Se voi ehkä jossakin vaiheessa sitten – – sieltä taas pyörähtää sitten mulle että sitten mä jotakin vähän kuulen, että miten ne asiat on ollut. Että joittenkin asiat voi olla että jää kyllä rempallensa sitten että jos ei ole semmoisia, itse aktiivisesti asioita hoitavia. Niin että voi jäädä sinne jonnekin kotiin odottelemaan ja ihmettelemään ja, tai muuta.” (L)

Kelan ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelukuvauksessa määritellään, että kuntoutus selvitykseen liittyy aina palveluntuottajan suorittama seuranta, joka toteutetaan joko seurantasoittoina tai -käynteinä. Kuvauksessa myös mainitaan, että ” – – tarvittaessa kuntoutuja ja omaohjaaja ovat yhteydessä seurantapäivänä eri viranomaisiin ammatillisen kuntoutussuunnitelman etenemiseksi ja kuntoutusprosessin jatkumisen varmistamiseksi” (Kela 2015b, 12). Haastattelujen perusteella näyttää siltä, että erityisesti palveluntuottajan ja kuntoutujalle tärkeiden toimijoiden – mainittujen ”eri viranomaisten” – välinen yhteistyö kaipaisi kehittämistä. Ainakaan lähettävän tahon näkökulmasta palvelukuvaukseen kirjatut, palveluntuottajan toteuttamat seurantasoitot tai -tapaamiset (minimissään yksi) eivät aina ole riittäviä jatkuvuuden takeita. Palveluntuottajan rooli saattaa jäädä etäiseksi ja eri palvelut toisistaan irrallisiksi. Tämä irrallisuus ja tiedonkulun ongelmat voivat johtaa myös ristiriitaisiin päätöksiin, jotka näyttävät kuntoutujalle vaikeasti ymmärrettäviltä epä johdonmukaisuuksilta ja vesittävät palvelusta koettua hyötyä.

## 10 Tapausanalyysi: palveluun osallistuvien odotushorisontit

Edellä esitetyissä luvuissa tarkasteltiin laadullisen aineiston avulla palveluprosessin onnistumistekijöitä ja riskejä koko haastatteluaineistossa yleisesti. Tämän lisäksi aineistoa analysoitiin tapauksittain mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi. Tapauksista muodostettiin ensinnäkin haastattelujen ja palveluun liittyvien, kuntoutujakohtaisten asiakirjojen pohjalta tiivistelmät, joista hahmoteltiin tutkimukseen osallistuneiden kuntoutuspolut: mitä kautta he olivat ohjautuneet kuntoutuspalveluun ja millä perusteilla, miten kauan palvelu oli heidän kohdallaan kestänyt, millaisia suunnitelmia heille oli palvelun kuluessa tehty ja mikä heidän tilanteensa oli haastatteluhetkellä. Kuntoutuspolut esitetään tiivistetysti taulukossa 6 (s. 102). Taulukko havainnollistaa sitä, miten eri tavoin ammatilliseen kuntoutuspalveluun osallistuvien prosessi voi edetä.

Tutkimuksessa haluttiin tarkastella myös tapausten välisen vertailun ”ydintä” yksittäisten tapausten kuvailun lisäksi. Tässä vaiheessa tarkastelukohteena eivät olleet yksittäisten kuntoutujien haastatteluissa tai asiakirjoissa ilmenevät seikat vaan sisällöt koko tapaustutkimusaineistossa. Tämän vuoksi tapaustutkimuksellinen aineisto analysoitiin vertailevan analyysin avulla. Vertailevan analyysin pohjalta aineistosta hahmottui neljä erilaista *odotushorisonttia* (taulukko 7, s. 103). Tässä yhteydessä odotushorisontti määrittyy aineistolähtöisesti ja sillä tarkoitetaan sekä kuntoutujien 1) ammatilliselle kuntoutuspalvelukselle asettamia odotuksia että 2) yleisiä työelämä-odotuksia (ts. missä määrin ja missä vaiheessa kuntoutuja itse ajattelee jatkavansa työelämässä tai siirtyvänsä tai palaavansa sinne; vrt. Kelan ammatillisen kuntoutuspalveluksen palvelukuvauksessa esitetyt palvelun päämäärät). Nämä odotukset ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Vertailevan analyysin pohjalta odotushorisonttiin voidaan taustatekijöinä sisällyttää myös kuntoutujan 3) työmarkkina-asema ja koettu työllistettävyys sekä 4) koettu työkyky. Nämä ovat puolestaan yhteydessä yleisiin työelämäodotuksiin. Kuvailevat odotushorisontit tarjoavat kokoavaa ja edellisiä lukuja täydentävää tietoa ammatillisen kuntoutuspalveluksen toimivuudesta suhteessa kuntoutujien erilaisiin taustoihin ja odotuksiin. Odotuksilla ja tavoitteilla ei tässä yhteydessä tarkoiteta Kelan palvelukuvauksen mukaisia, kuntoutuspalveluksen loppulausuntoon kirjattuja tavoitteita, jotka laaditaan kuntoutuspalveluksen kuluessa GAS-menetelmällä. Odotushorisontilla viitataan laajempaan, kuntoutujan lähtökohtien monitahoiseen kokonaisuuteen, joka määrittää osaltaan sitä, mitkä tekijät kuntoutuspalvelusprosessissa ovat sen onnistumisen kannalta olennaisia ja miten toimivaksi palvelu koetaan.

Taulukko 6. Kuntoutuspolut tapaustutkimusaineistossa.

	Tilanne ennen palvelua 2015	Kuntoutusaloitteen tekijä	Tarve kuntoutukselle	Palvelun kesto	Kuntoutussuunnitelma, jatkosuositukset tai alkujakson yhteenveto	Tilanne haastattelu-hetkellä 2016
Nainen Alle 25	Sairauslomalla	Terveystenhoito	AmmatINVALinnanohjaus ja ammattisuunnitelman laatiminen	12 vrk	Mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennus – eri alojen kiinnostavuuden mittaaminen, ajankohtainen tieto käytännön työkyvystä, tietoa työllistymis- ja jatkokouluttautumismahdollisuuksista ja tukea niihin	Kelan työhönvalmennus, sen jälkeen opiskelu, ei Kelan rahoitusta opinnoille
Mies Alle 25	Sairauspäivärahan saaja, työtön	Omaehtoinen	Terveysongelmia, suositellaan ammatillista kuntoutusta työkyvyn tukemiseksi	7 vrk	Oppisopimuskoulutus ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteenä, opintojen ajalle kuntoutusraha	Oppisopimuskoulutuksessa, ei Kelan rahoitusta opinnoille
Nainen 25–29	Työtön	Työvoimahallinto	Nykyinen työ terveydellisistä syistä mahdoton, ammatinvaihdon tarve	3 vrk	Uuden ammattitutkinnon loppuun suorittaminen Kelan ammatillisena kuntoutuksena	Opiskelu, Kelan rahoitus opinnoille
Nainen 35–39	Sairauspäivärahan saaja, työtön	Terveystenhoito	Työkyvytön, suositellaan ammatillista kuntoutusta	14 vrk	Ensisijaisena suunnitelmana löytää töitä tietyltä alalta, Kelan työhönvalmennus. Varasuunnitelmana toisenlaiset työtehtävät	Kelan työhönvalmennuksessa, jatkaa samassa työssä palkkatuna
Mies 40–44	Työtön	Työvoimahallinto	Työkyky koulutusta vastaavaan työhön heikentynyt terveydellisistä syistä	8 vrk	Suunnitelmana vaihtaa alaa käytännöllä-heisiin työtehtäviin. Alan varmistamiseksi TE-toimiston ammatinvalintatestit, työkokeilut sekä palkkatuki	Työkokeilussa, ammatinvalinnallinen tilanne auki
Nainen 40–44	Kuntoutustuen saaja	Kela	Työkyvytön, suositellaan työkyvyttömyyseläkettä	3 vrk	Ammatillisen kuntoutuksen tarve, mutta ammatillisten suunnitelmien tekeminen ei tällä hetkellä realistista kuormittavan elämäntilanteen ja heikkojen voimavarojen takia	Kuntoutustuen saaja, tilanne sama
Mies 50–54	Työssä	Terveystenhoito	Työssä jatkamisen mahdollisuus, työolosuhteiden järjestely, toimenkuvan muokkaaminen	8 vrk	Kuljetuspalvelu työmatkoille, TE-toimiston työolosuhteiden järjestelytuen hakeminen työympäristön parantamiseksi, työtehtävien jatkaminen muokatulla työnkuvalla, myöhemmin jatkokuntoutus	Osatyökyvyttömyyseläkkeellä, työtä mukautettu
Mies Yli 55	Työtön	Kela	Toiminut fyysisesti raskaissa töissä, työkyvytön, ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet heikot	2 + 3 vrk eri aikoina, keskeytynyt	Työkyvytön, ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu keskeytetään ja kirjoitetaan sairauslomaa	Työkyvyttömyyseläkkeellä



Taulukko 7. Odotushorisontit tapaustutkimusaineistossa.

	<b>Ammatillisen suunnan varmistaminen</b>	<b>Työssä jatkaminen ja rajoitteisiin sopeutuminen</b>	<b>Arjessa selviytyminen</b>	<b>Oman työelämäpaikan löytäminen</b>
Kuvaus	Ei työmarkkinasidosta mutta suhteellisen selvä ammatillinen suunta ja opiskelu- tai työllistymisorientaatio; palvelulta odotetaan vahvistusta omiin suunnitelmiin.	Työmarkkinasidos ja halu jatkaa nykyisessä työssä, mutta terveydelliset ongelmat vaativat työn mukauttamista. Kaivataan myös tietoa sairaudesta ja tukea sairauteen sopeutumiseksi.	Työvoiman ulkopuolella vaikeiden työkyvyn rajoitteiden vuoksi; työelämään paluuta ei koeta subjektiivisesti mahdolliseksi tai ajankohtaiseksi.	Ei pysyvää työmarkkinasidosta mutta lähtökohtainen halu työelämään. Nykyinen koulutus tai ammatti terveydellisistä ja/tai työllistymiseen liittyvistä syistä haastava.
Ohjautuminen ja oikea-aikaisuus	Olennaista saada asioita liikkeelle nopeasti, odottelun ja viivästyksen tai ongelmien kasaantumisen välttäminen.	Olennaista terveydentilan ja vastaanottavuuden kannalta oikea hetki. Tarvitaan tietoa ja tukea tulevaisuuteen orientoitumiseksi, mutta täytyy olla myös tietty valmius. Tärkeää oikea-aikaisuus myös suhteessa ammatin vaatimuksiin.	Ristiriidat tilanteisen työ- tai toimintakyvyn ja järjestelmälähtöisen ajoituksen välillä. Palvelu saattaa tulla ammatillisesti liian myöhään (rajoitteet monimutkaistuneet ja pitkittyneet, ikä); ristiriita suhteessa palvelun työelämätavoitteisiin.	Toimijoilla voi olla ristiriitaisia tulkintoja kuntoutujan työkyvystä ja terveydentilan selvityksistä ja näin ollen myös palvelun oikea-aikaisuudesta. Olennaista kuntoutujan kokema oikea-aikaisuus.
Ammatillinen kuntoutussuunnitelma	Jos tarvitaan ainoastaan vahvistusta suunnitelmille, saadaanko neuvoteltua yhteinen ja johdonmukainen tavoite? Toimenpidekeskeinen suunnitelma saattaa toimia, jos tavoitteet selkeitä ja konkretisoitavissa.	Ammatillisen kuntoutussuunnitelman konkreettisuus voi palvella kuntoutujaa, jos kyseessä on esim. työn mukauttaminen ja etuusasiat. Kuntoutussuunnitelman lisäksi prosessi sisältää ”piilotavoitteita”, jotka eivät kirjaudu esim. GAS-lomakkeeseen (vertaistuki, sairauden hyväksyminen).	Koska ammatillisen kuntoutussuunnitelman tekeminen ei ole ajankohtaista, palvelun tarkoituksenmukaisuus horjuu. Palvelu voi silti herättää tulevaisuustoivoa. Jos ajatus työelämään paluusta koetaan epärealistisena ja tavoitteena on eläke, syntyy ristiriita suhteessa palvelun päämäärään.	Jos ammatillinen suunta hyvin hahmottumaton ja työkyvyn rajoitteet runsaita, ammatillinen kuntoutussuunnitelma ei aina vastaa kuntoutujan odotuksia ja tarpeita liittyen laajempaan elämänsuunnitteluun ja ”oman jutun” löytämiseen.
Prosessin onnistumisen kannalta keskeiset elementit tai hyöty	Sisältää varsin vähän ambivalenssia; ensisijaisesti välineellinen merkitys, jossain määrin tiedon saaminen ja oman ammatillisen suunnan vahvistuminen. Toive konkreettisesta hyödystä (opintojen rahoittaminen, työllistyminen). Aina ei toteudu.	Olennaista konkreettisen tiedon saaminen, vertaistuki. ”Piilotavoitteiden” saavuttaminen tukee palvelun päämäärää eli työssä jatkamista.	Jos suunnitelman laatiminen ei ajankohtaista (nyt tai tulevaisuudessa), kuntoutusta voidaan hyödyntää lepoon ja palautumiseen. Toisaalta osallistumisesta saattaa olla haittaa, koska se kuluttaa vähäisiä voimavaroja.	Olennaista kuntoutujan kokemien työkyvyn rajoitteiden tunnistaminen ja tunnustaminen sekä tavoitteiden yhteensovittaminen siten, että kuntoutuja kokee sekä tullessa kuulluksi että hyötyvänsä palvelusta.

Odotushorisontti ei ole yksilöllinen ja stabiili asiointi, vaan aineiston perusteella se elää aina suhteessa ympäristöön; kuntoutujan elämän- ja asuintilanteiden, voimavarojen, terveydentilan, ihmissuhteiden ja myös laajempien yhteiskunnallisten muutosten mukana. Tässä raportissa esitetty ryhmittely toteutuu juuri tämän tutkimuksen aineistossa ja juuri aineiston keruuhetkellä. Näin ollen ympäristön ja tilanteiden muuttuessa kuntoutujat voisivat liikkua odotushorisontista toiseen tai jäädä niiden välille. Odotushorisontit voidaan ajatella enemmän tietynlaisena jatkumona kuin tarkkarajaisina, erillisinä ryhminä. Kuntoutuspalvelusprosesseja olisi voinut tyypitellä myös muista lähtökohdista kuin suhteessa odotushorisonttiin; prosessit eroavat toisistaan esimerkiksi oikea-aikaisuudessa ja suunnitelmien toteutumisessa. Aineiston analyysin perusteella odotushorisontti kattaa kuitenkin parhaiten ne lähtökohdat, joilla on merkitystä myös edellä mainittuihin seikkoihin.

## 10.1 Ammatillisen suunnan varmistaminen

### *Kuvaus*

Tässä odotushorisontissa sekä työelämään että ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen liittyvät henkilökohtaiset tavoitteet ovat lähtökohtaisesti selkeitä ja ensisijaisesti työelämäorientoituneita. Pysyvää työmarkkinasidosta ei ole, mutta pitkän tähtäimen tavoitteena on työllistyminen omien terveydellisten rajoitteiden puitteissa. Tavoitteena on ammatillisen suunnan vahvistuminen tai opintojen rahoittaminen, ja pidemmän ajan tavoitteena vakaa työllistyminen. Ammatillinen suunta on vähintään alustavasti selvillä. Tässä ryhmässä oikea-aikaisuuteen liittyvät ”motivaation” merkitykset ovat vahvoja: kuntoutukseen lähdetään erityisesti siksi, että päästäisiin mahdollisimman tehokkaasti ja nopeasti kiinni opintoihin tai työelämään.

### *Palvelun oikea-aikaisuus ja toimivuus*

Odotukset ammatillisesta kuntoutuspalveluksesta voivat olla ensinnäkin varsin konkreettisia ja välineellisiä. Tavoitteena voi olla esimerkiksi lausunnon saaminen Kelaa varten, jotta opintojen rahoittaminen mahdollistuisi. Tämän kaltaisissa tilanteissa olennaista palvelun toimivuuden kannalta on se, että palvelu toteutuu ilman tarpeettomia viivytyksiä ja turhauttavaksi koettua odottelua:

” – – siinä meni useampi kuukausi taisi mennä kun mä sain Kelasta sen että he kustantaa mulle sen kuntoutuspalveluksen, niin ja mä saan mennä sinne, niin siinä taisi mennä useampi kuukausi ennenkö mä sain sitten sen ajan.” (K)

Jos kuntoutuspalvelukseen kohdistuvat tavoitteet ovat hyvin konkreettisia, esimerkiksi erilaisiin sosiaalietuuksiin liittyviä, saattaa erillisiin, lyhyellä tähtämellä toteutettaviin toimenpiteisiin nojaava ammatillinen kuntoutussuunnitelma palvelulla kuntoutujaa hyvin. Toisaalta ammatilliselta kuntoutuspalvelukselta voidaan hakea vahvistusta omille alustaville ammatillisille suunnitelmille ja jonkinlaista alkusysäystä sille, että asioita alkaa tapahtua. Tämän kaltaista vahvistusta voidaan kaivata myös silloin, kun

kuntoutujalla itsellään on vähintään jonkinlainen näkemys tulevaisuuden suunnasta. Tällöin palvelun oikea-aikaisuus kytkeytyy niin ikään viivästysten välttämiseen eli siihen, että asioihin pystytään ammatillisella kuntoutuspalveluksella yhdessä tarttumaan ennen kuin motivaatio hiipuu ja ongelmat kasaantuvat – jäädään erään haasteltavan sanoin ”notkumaan himaan”.

”H: No mites sitten, ajatellaan jotenkin sitä selvitystä yleisesti niin mikä vaikutus sillä oli sun elämään jos sillä oli? Jos sä ihan yleisesti ajattelet.

K: No tietysti sinne kun lähti niin sitten sen jälkeen rupesi ajattelemaan vähän enemmän sitä että mitä sitä tekisi, opiskelun kannalta ja sitten päädyin tähän oppisopimushommaan. Ehkä se, en tiedä olisinko lähtenyt sitten että olisiko sitä vaan [harrastanut] ja ollut vaan. Jossain vaiheessa olisi tietysti pitänyt lähteä kun ei olisi saanut enää, ammattiliitoltakaan rahaa – – sitten sekin olisi loppunut jossain vaiheessa niin sitten olisi pitänyt kuitenkin tehdä jotain niin ei, se oli ihan hyvä.” (K)

”H: No sitten vähän siitä että halusitko sä itse siihen selvitykseen, siis lähteä siihen kuntoutuspalvelukseen, kun sulle sitä ehdotettiin?

K: No kyllä varmaan halusin koska sinne tuli lähdeyttä. Että ehkä mulla oli se just että ihan mitä tahansa niin minähän lähdin ettei tarvi jäädä tähän, enää notkumaan himaan. Koska sitten mä aloin tunnistaan itsestäni jo niitäkin merkkejä että minähän en sitten muuten oikeasti liiku täältä yhtään mihinkään. Että soittelin yhdelle kaverille, että tuo mulle ruokaa jääkaappiin niin sehän toi ja siis, menikö mulla pisimmällä varmaan ehkä joku kolmisen viikkoa etten mä liikkunut himasta yhtään mihinkään.” (K)

Ammatillisen suunnan varmistamiseen tähtäävässä odotushorisontissa on viivästysten välttämisen lisäksi olennaista se, miten linjassa kuntoutuspalvelukseen osallistuvien eri tahojen tavoitteet ovat. Tavoitteiden yhteneväisyys tai hajanaisuus kytkeytyy myös kuntoutuspalvelusprosessin ja jatkosuunnitelmien tehokkaaseen etenemiseen ja toteutumiseen. Kokemus kuntoutuspalveluksen toteutuksen onnistumisesta ja palvelun laadusta ei välttämättä ole kuntoutujalle merkityksellisin seikka. Olennaisempaa saattaa olla se, mitä tapahtuu kuntoutuspalveluksen jälkeen ja sen pohjalta. Prosessin lopputulos voi tyydyttää kaikkia osapuolia, jos kuntoutujan tavoitteet, kuntoutuspalveluksen toteuttaneen yksikön moniammatillisen tiimin näkemykset, kuntoutujan hoitotahojen suositukset sekä Kelan tekemät päätökset ovat olleet keskenään johdonmukaisia. Aina näin ei kuitenkaan ole, vaan Kela ei esimerkiksi ole tehnyt myönteistä päätöstä opintojen rahoituksesta kuntoutusyksikön suosituksista huolimatta. Kuntoutujan voi olla vaikea ymmärtää tämänkaltaisia ristiriitoja. Ne vaikuttavat siihen, millaiseksi ammatillisen kuntoutuspalveluksen hyöty koetaan – riippumatta siitä, että kuntoutuksen sisällössä tai kuntoutusyksikössä ei ole ollut moitittavaa.

Jos ammatillinen suunta on suhteellisen selvillä ja kuntoutujalla on henkilökohtainen valmius ja tavoite päästä opintoihin tai työelämään kiinni, voidaan kuntoutuspalvelusprosessissa edetä varsin rivakasti:

”Eliikkä taisi olla että siinä tuli ansioluettelo tehtyä sen selvityksen aikana, että vähän vietiin jo pidemmälle sitä prosessia kuin mitä nyt monen kohdalla selvityksen aikana keretään just ja just se suunta saamaan selville ja siihen sitten niitä ensiaskeleita. Niin hänen kans pestyttiin siis viemään jo pidemmälle asioita.” (O)

Erityisesti niissä tapauksissa, kun kuntoutujalla on suhteellisen selkeät tulevaisuudensuunnitelmat – erään omaohjaajan sanoin ”lähtötilanne niin paljon valmiimpi kuin mitä monien muiden kohdalla” – saattaa kuntoutuspalvelusprosessin alkujakso riittää. Tämän jälkeen edetään suoraan esimerkiksi opintoihin tai työkokeiluun.

## 10.2 Työssä jatkaminen ja rajoitteisiin sopeutuminen

### *Kuvaus*

Tässä odotushorisontissa kuntoutujalla on työmarkkinasidos ja halu jatkaa nykyisessä työssä. Selkeät terveydelliset ongelmat vaativat kuitenkin työn mukauttamista. Kokemuksellisesti kaivataan myös tietoa sairaudesta ja tukea sairauden kanssa elämiseen ja tulevaisuuden hahmottamiseen.

### *Palvelun oikea-aikaisuus ja toimivuus*

Omanlaisensa odotushorisontin muodostaa tilanne, jossa kuntoutujalla on olemassa työmarkkinasidos, mutta sairaus estää työn tekemisen nykyisessä muodossaan. Oikea-aikaisuuden kannalta on tällöin olennaista palvelun ajoitus suhteessa ammatin vaatimuksiin, eli asioihin tarttuminen ennen kuin työn tekeminen on muuttunut liian haasteelliseksi. Olennaista on kuitenkin myös se, että kuntoutujalla on valmiutta kohdata olemassa oleva sairaus ja siihen liittyvät rajoitukset. Jos kyseessä on suhteellisen tuore sairastuminen, kuntoutuja kaipaa sekä tietoa sairaudesta että tukea rajoitteisiin sopeutumiseksi. Eräs haastateltava kuvaa sitä, mitä ammatillisessa kuntoutuspalvelusprosessissa tapahtui:

H: Ja sitten, no tietysti sitä sellaista jaksamistahan siellä tietysti sitten selvitetiin että mitenkä tulee juttuun sitten sellaisen asian, sairauden kanssa. – – No siellä oli kaikkia niitä – – ryhmätehtäviä että puhuttiin sitten, oliko meitä aina kuusi siinä ryhmässä oli niitä ryhmätehtäviä että puhuttiin siitä omasta elämäntilanteesta siellä. Se oli hirveän hyvä että siellä tapasi muita, vastaavanlaisia siis sillä tavalla ne ryhmät oli koottu että siellä oli ympäri Suomea, että kenelle oli tullut sellainen nopea muutos.

K: Niin just, niin että muut oli ikään kun samassa tilanteessa.

H: Niin, niin. Niin sillä tavalla se oli hirveän hyvä se, ensimmäinen vaihe sitten. Että siellä sitten sai [naurahtaa] sitä perspektiiviä sillä tavalla.” (K)

Kuten edellä siteerattu haastateltava kuvaa, konkreettisen tiedon saamisen lisäksi olennaista on vertaistuki, joka antaa ”perspektiiviä” omaan tilanteeseen. Näin ollen kuntoutus selvityksen hyöty ei rajoitu ammatillisiin seikkoihin, vaan myös sairauteen sopeutuminen ja tulevaisuuteen orientoituminen ovat tärkeitä odotuksia palvelulle. Tämänkaltaiset odotukset eivät kuitenkaan käänny helposti palvelun virallisiksi, kirjatuiksi tavoitteiksi. Sen sijaan GAS-menetelmän avulla hahmotellut tavoitteet voivat liittyä konkreettisempiin yksityiskohtiin, kuten erilaisten etuuksien hakemiseen uudessa tilanteessa. Tässä mielessä konkreettiset tavoitteet ja konkreettinen ammatillinen kuntoutussuunnitelma voivat olla kuntoutujan kannalta toimivia. Ne eivät kuitenkaan kata laajempia palvelulle asetettavia ”piilotavoitteita”, joiden toteutuminen tukee osaltaan myös työssä jatkamista ja työssä jaksamista, joka on tämän kaltaisissa tilanteissa kuntoutujalle tärkeä päämäärä. Samalla tavoin olennaista on tulevaisuudentoivo, jota voidaan herätellä sekä sairautta ja työn mukauttamista koskevan tiedon että vertaistuen avulla.

### 10.3 Arjessa selviytyminen

#### *Kuvaus*

Tähän odotushorisonttiin voidaan lukea ne lähtötilanteet, joissa kuntoutuja on työvoiman ulkopuolella vaikeiden työkyvyn rajoitteiden vuoksi eikä työelämään paluuta koeta subjektiivisesti mahdolliseksi tai ajankohtaiseksi. Kuntoutus selvitykseen ohjautuminen on tapahtunut sen perusteella, että määräaikainen kuntoutustuki on päättymässä tai työkyvyttömyyseläkehakemus on hylätty. Ammatillista kuntoutus selvitystä koskevat henkilökohtaiset odotukset ovat epäselviä, koska kuntoutukseen osallistuminen koetaan pakotettuna tai ei-ajankohtaisena suhteessa koettuun työkykyyn ja elämäntilanteeseen. Kuntoutujat näkevät sen hetkisen toiminta- ja työkyvynsä hyvin rajoittuneeksi, ja tämä näkemys on ristiriidassa palvelun työelämätavoitteiden kanssa.

#### *Palvelun oikea-aikaisuus ja toimivuus*

Aineisto antaa viitteitä siitä, että kuntoutujat, joilla on edellä kuvatun kaltainen lähtökohta palveluun ohjautuessa, muodostavat oman ryhmänsä suhteessa sekä ammatillisen kuntoutus selvityksen oikea-aikaisuuteen että toimivuuteen. Kuntoutus selvitykseen ohjautuminen ja sen tavoitteet saavat erilaisia merkityksiä kuin niissä tapauksissa, joissa orientaatio on vielä ja juuri sillä hetkellä ainakin jollain tavoin työelämässä ja koettua työkykyä on olemassa. Haastattelija kysyy, muistaako haastateltava, minkä takia Kela ohjasi hänet kuntoutus selvitykseen. Vuosia työkyvyttömyyseläkettä tuloksetta hakenut kuntoutuja vastaa ironiseen sävyyn:

”Just sen takia että kun mulla oli pikkasen vaivoja ja mä hain sitä työkyvyttömyyseläkettä ja ne oli sitä mieltä että mä en ole vielä työkyvytön. Että mua kun vähän kuntoutettas niin mut saataisiin kondikseen. Että se oli semmoinen taka-ajatus.” (K)

Edellä kuvatun kaltaisissa tapauksissa tieto ammatillisesta kuntoutuspalveluksesta saattaa tulla Kelasta kuntoutujalle kirjeitse, eikä palvelun merkityksestä tai tavoitteista käydä keskustelua etukäteen. Palveluun ohjautuminen on tavoitteiltaan epäselvä, järjestelmälähtöinen toimenpide enemmänkin kuin lähettävän tahon ja kuntoutujan yhdessä neuvottelema ratkaisu. Tämänkaltaisissa tapauksissa palveluun osallistuminen koetaan velvoitteena, joka ei herätä välitöntä motivaatiota. Keskeistä on palvelun ajoittamisen problemaattisuus. Jos kyseessä on kuntoutuja, joka ikänsä ja työkyvyn rajoitteidensa puolesta on lähellä työkyvyttömyyseläkkeen kriteerien täyttymistä ja kokee työkykynsä erittäin huonoksi, on palvelun ammatillisesta oikea-aikaisuudesta puhuminen ristiriitaista. Jos otetaan huomioon Kelan palvelukuvauksissa määritelty ammatillisen kuntoutuspalveluksen kuntoutus- ja työelämäorientaatio, kuntoutuspalvelus toteutuu näissä tapauksissa selvästi liian myöhään – huolimatta siitä, että kuntoutujan työkyvyttömyyseläkehakemus on hylätty ja järjestelmä määrittää ihmisen ikään kuin työkykyiseksi. Toisaalta ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen voidaan osallistua innokkaasti silloin, kun sen toivotaan edistävän työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä:

” – – kaikkeen mitä nyt vaan kysyttiin ja piti täyttää ja tämmöistä niin mä itse asiassa innolla täytin niitä. Just siinä toivossa, että nyt kun mä oon täällä tän ekan jakson jo ja eläkehakemus on sisällä ja kun täältä lähtee lausunto työeläkelaitokseen niin sieltähän tulee eläke että napsahtaa.” (K)

Tämä kuntoutujan ”piilotavoite” voidaan tunnistaa kuntoutuspalveluksen kuluessa. Jos kuntoutuspalvelukseen osallistuvan moniammatillisen tiimin jäsenet ovat kuntoutujan kanssa hänen työkyvyttömyydestään samaa mieltä, ei ammatillista kuntoutussuunnitelmaa laadita. Toisaalta jos ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen nähdään palvelun tarkoituksena, voivat työntekijät kokea tilanteen ristiriitaisena:

”Että kuntoutujan tarpeita varmaan vastasi että hän varmaan sai sen mitä hakikin. Mutta toisaalta jos ajattelee palvelun tarkoitusta, eli ammatillisen kuntoutuksen suunnitelman tekeminen eihän siinä tietenkään vastannut sitten. Että ei pystytty tekemään hänelle sitä suunnitelmaa.” (O)

Kuntoutujan kannalta varsin kuormittavia tilanteita syntyy kuitenkin silloin, kun työkyvyttömyyseläkehakemus hylätään ammatillisen kuntoutuspalveluksen jälkeen kuntoutusyksikön puoltavasta näkemyksestä huolimatta:

” – – ja sitten kun siellä vielä kaikki sanoi, kaikki ne henkilökunta sanoi että juu että eihän tämän on ihan selvä tapaus että eläkkeellehän sut pistetään, että ei susta enää [työntekijää] saada millään ja näin. Ja sitten kun tulee vielä sen jälkeen bumerangina eläkehakemus takaisin niin, oli pikkasen, se oli kaikista kovin pettymys.” (K)

Jos kuntoutujalla on vielä realistisesti työvuosia jäljellä sekä vähintään orastava ajatus työelämään siirtymisestä jossain vaiheessa, ammatillinen kuntoutuspalvelu voi avata vaihtoehtoisia näkymiä ja herättää tulevaisuususkkoa. Tällöin kyse voi olla esimerkiksi määräaikaisen eläkkeen eli kuntoutustuen tarkistamisesta. Näissä tilanteissa kuntoutuspalveluksella voi olla potentiaalia kuntoutujan työelämäorientaation löytämisessä ja vahvistamisessa, mutta palvelun ajoittaminen on erityisen kriittistä. Jos kuntoutuspalvelu toteutetaan kuntoutujan elämäntilanteen ollessa erityisen kuormittava, saattaa jo palvelun alkuvaiheeseen osallistuminen – esimerkiksi taloudellisten seurausten uhalla, kuten seuraavaksi siteeratun haastateltavan kohdalla – verottaa muutenkin vähäisiä voimavaroja.

H: No sä jaksot kuitenkin sen kolme päivää siellä olla.

K: No pakko, no pakkohan se oli [naurahtaa]. Jos minä olisin lähtenyt kesken sieltä niin ei minun kuntoutushakemusta oltaisi käsitelty enää. Että tällä lailla yhteiskunta pystyy sinut laittamaan selkä seinää vasten sulla ei ole vaihtoehtoa. Ja jos minä vastaisinkin itse omasta elämästä mutta kun minä vastaan neljän muun. Niin se on, sehän on pakko olla se säännöllinen tulo, että pystyy hoitamaan sitten kaikki muut.” (K)

Eräs kuntoutuja kuvailee tapaa, jolla ristiriidat työelämään paluun vaateen ja erityislasten yksinhuoltaja-arjen välillä tekivät kuntoutuspalveluksesta juuri sillä hetkellä hänelle ”järjenvastaisen”. Samalla kuntoutuja joutui miettimään, miten hän ylipäänsä kykenee osallistumaan palveluun. Tästä huolimatta hän ei halua nähdä itseään tai tulla kohdelluksi ”toivottomana tapauksena”, joka ”heitetään eläkkeelle”, vaan toivoo elämäntilanteeseensa paremmin sopivia, räätälöityjä palveluja.

#### 10.4 Oman työelämäpaikan etsiminen

##### *Kuvaus*

Osalla haastatelluista kuntoutujista ei ole pysyvää työmarkkinasidosta, ja heidän nykyinen koulutuksensa tai ammattinsa on osoittautunut terveydellisistä tai työllistymiseen liittyvistä syistä haasteelliseksi. Ammatillinen suunta ei ole selvillä, omat terveydelliset ongelmat koetaan rajoittaviksi tai ongelmien vaikutus työkykyyn on epäselvä. Ammatillisen kuntoutuspalveluksen tavoite on pohtia omaa työelämäpaikkaa suhteessa työkyvyn rajoitteisiin.

##### *Palvelun oikea-aikaisuus ja toimivuus*

Tapaustutkimuksen aineistossa kuntoutujat saattoivat olla ensisijaisesti työelämään suuntautuneita mutta odotushorizontti oli suhteellisen avoin ja jäsentymätön. Keskeisiä olivat kysymykset ammatinvalinnasta ja työllistymisestä mutta myös laajemat urasuunnittelun haasteet. Kuten seuraavaksi siteerattu haastateltava toteaa, ammatilliselle kuntoutuspalvelukselle asetettiin odotuksia siitä, että ”itsessä jotenkin joku

avautuisi” suhteessa omiin ammatillisiin haluihin ja mahdollisuuksiin, ja ”tajuaisi oikeasti”:

”H: Mutta että halusitko sä lähteä sinne selvitykseen, ja minkä vuoksi halusit tai et halunnut? – –

K: No, kuten mä tavallaan aikaisemmin sanoin niin ehkä tavallaan osasy oli että tavallaan ainakin itse koki että vähän painostettiin siihen. Mutta sitten tavallaan, että itsekin halusi kuitenkin yrittää että jos siitä oikeasti jotenkin itsessä jotenkin joku avautuisi tai tajuaisi oikeasti.” (K)

Odotukset pitkäjänteisestä urasuunnittelusta tai työmarkkinatilanteen vakauttamisesta eivät aina ammatillisen kuntoutus selvityksen puitteissa täyty. Joidenkin kuntoutujien kohdalla on havaittavissa ristiriitaa kuntoutujan laajempien, ammatillisen suunnan löytymistä koskevien tavoitteiden ja ammatillisessa kuntoutus selvityksessä GAS-menetelmällä määriteltävien, konkreettisten tavoitteiden ja toimenpidekeskeisen ammatillisen kuntoutussuunnitelman välillä. Jos ammatillisen kuntoutus selvityksen tarkoitus ja tavoitteet jäävät kuntoutujalle epäselviksi, ei omia odotuksia voi myöskään peilata palvelun julkilausuttuihin tavoitteisiin. Kun kuntoutujan omat toiveet ja tavoitteet liittyvät laajempaan elämän ja uran suunnitteluun ja haasteet tulevaisuuden hahmottomuuteen, erilaiset kuntoutustoimenpiteet voidaan kokea lyhytjänteisiksi ratkaisuksiksi:

”Mutta se just kun, ärsyttää kun se aina, tavallaan se mitä ne vaihtoehdot että kapeutuu kapeutuu tavallaan se, mikä siellä on todellinen se, mitä nyt voisi ajatella pysty tekevänsä. Niin sitten se menee pikkuhiljaa semmoiseen tavallaan suoja työ-tyyppiseen työhön että sitten se ei ole tavallaan oikeaa työtä. Että se rupeaa ärsyttämään. Ja sitten että, tässä kuviossakin tämä pyörii siltä, että ei tavallaan sitten tule sitäkään ratkaisua että riittäisi että nyt pistetään vaikka eläkkeelle. Jonka minä nyt uskoisin että minä pystyisin sen kanssa olemaan, sen tilanteen kanssa, että nyt ei ole enää. Mutta sitten kun sitä vaan pitää pyörii ja pyörii ja tavallaan siinä, semmoisia vähän, se ärsyttää sitten että kun ei tiedä että miten pitkään tässä taas ja mitä kaikkea semmoista tulee. Se siinä taustalla on että, mitenkä monta paikkaa pitää nyt työkokeilla.” (K)

Ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuvat kuntoutujat, joilla on sekä ammatillisen suunnan hahmottumattomuutta että kokemuksellisia, harvinaisia tai vaikeasti määriteltäviä työkyvyn rajoitteita, voivat näyttää palveluprosessin näkökulmasta haasteellisilta. Kuntoutujien omia, kipuihin ja voimavaroihin liittyviä kokemuksia ja näkemyksiä – erään haastateltavan sanoin esimerkiksi ”omaa varovaisuutta” – ei aina kirjata lääkärintodistuksiin tai muihin virallisiin lausuntoihin. Ne vaikuttavat kuitenkin vahvasti siihen, mitkä vaihtoehdot kuntoutuja voi omalla kohdallaan nähdä mahdollisiksi ja mitkä itselleen jopa haitallisiksi. Ne vaikuttavat myös siihen, milloin ammatillinen kuntoutus selvitys koetaan omalla kohdalla ajankohtaiseksi riippumatta siitä, miten oikea-aikaiselta palvelu ulkopuolisen silmin vaikuttaa. Keskeistä on se,



millä tavoin sekä kuntoutujan ammatillista suuntaa koskevat toiveet että kuntoutujan kokemuksellinen käsitys pystytään ottamaan huomioon – ja kuten eräs haastateltava kuvaa, ”tosissaan” – ammatilliseen kuntoutusselvitykseen ohjattaessa, suunnitelmia laadittaessa ja yleisesti kuntoutujan tulevaisuutta pohdittaessa. Eri osapuolten näkemyksiä tulee pyrkiä sovittamaan yhteen niin, että kuntoutuja kokee sekä tulleeensa kuulluksi että pääsevänsä palvelun avulla eteenpäin. Aina kuulluksi tulemisen kokemus ei kuitenkaan toteudu, vaan kuntoutuja voi kokea tulleeensa ohitetuksi ja painostetuksi:

”K: Mitä – – he olisi voineet tehdä toisin sun näkökulmasta? Ja jos ajattelee sitä sun tilannetta mikä siinä on?

H: No, ehkä mä olisin toivonut että ne olisi ehkä jollain tavalla ottanut ehkä enemmän tosissaan sen mitä itse sanoi siitä just omien kokemusten kautta siitä [tietynlaisesta] työstä. Että ehkä olisi vaan toivonut että siinä olisi ehkä voitu ottaa ehkä enemmän sitten mua jotenkin huomioon. Vaikka se kuulostaa tosi tyhmältä tai silleen että, kuka nyt ei semmoista työtä nyt muka voi tehdä mutta.” (K)

## 11 Yhteenveto ja pohdinta: ammatillisen kuntoutus selvityksen toimivuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta

Tässä tutkimuksessa arvioitiin Kelan uutta palvelua, ammatillista kuntoutus selvitystä erityisesti kuntoutujan näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkasteltiin palveluun ohjautumista, palvelun oikea-aikaisuutta, toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Tutkimuksessa hyödynnettiin sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Erityyppisten aineistojen ja analyysien avulla tuotettiin ensinnäkin kuvailevaa tietoa palvelu-proessin eri vaiheista ja niihin liittyvistä kokemuksista. Tutkimuksessa selvitettiin myös, millaisia tavoitteita palveluun liittyy – käsittäen kuntoutujien henkilökohtaiset tavoitteet, palvelun yhteydessä laaditut tavoitteet, palvelun yleiset tavoitteet sekä näiden väliset suhteet. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, millaisia suunnitelmia kuntoutus selvityksessä tehdään, miten ne toteutuvat ja millaisia vaikutuksia palvelulla koetaan olevan. Aineiston analyysin avulla pyrittiin löytämään vastauksia myös sellittäviin kysymyksiin: kenen kohdalla ammatillinen kuntoutus selvitys näyttää toimivan, miksi ja missä olosuhteissa. Tavoitteena oli tunnistaa erityisesti ne tekijät, jotka edistävät tai heikentävät palveluprosessin onnistumista sen kuntoutujalähtöisen toimivuuden ja tarkoituksenmukaisuuden näkökulmasta.

Määrällinen ja laadullinen aineisto ja niille tyypilliset analyysit painottuivat eri kysymysten tarkastelussa ja arviointitasoissa hieman eri tavoin. Nämä painotuserot heijastuivat myös tämän raportin rakenteeseen siten, että luvut nojaavat ensisijaisesti joko kysely- tai tapaustutkimukselliseen aineistoon. Tässä viimeisessä luvussa eri aineistoihin ja erityyppisiin analyyseihin pohjautuvat olennaiset tulokset tiivistetään ja tuodaan yhteen keskeisten teemojen alle. Peilauspintana käytetään myös AMKU-tutkimuskokonaisuuden toisen osatutkimuksen tuloksia (ks. Haapakoski ym. 2018). Tässä luvussa esitellyt teemat liittyvät palvelun kohdentumisen ja oikea-aikaisuuden monimuotoisuuteen, palvelun ritualistisuuden riskiin, tuen ja tiedon tarpeeseen sekä palvelun subjektiivisten vaikutusten tunnistamiseen. Teemat kytkeytyvät osaltaan laajempaan kysymykseen siitä, miten henkilökeskeisyys toteutuu ammatillisen kuntoutus selvityksen prosessin eri vaiheissa, erityisesti suhteessa palvelun kuntoutuja kohtaiseen tarpeenmukaisuuteen ja subjektiiviseen hyötyyn (ks. Leplege ym. 2007).

### 11.1 Ohjautumisen väylät ja haasteet

Ammatilliseen kuntoutus selvitykseen ohjaututaan esimerkiksi tilanteessa, jossa kaivataan selvitystä ja kartoitusta omasta tilanteesta, työkyvystä, tulevaisuuden mahdollisuuksista ja vaihtoehdoista. Palvelulta voidaan toivoa sitä, että oma tilanne lähtisi jollain tavoin aukeamaan. Joskus kuntoutus selvitykseen osallistumisen toivotaan katkaisevan epätydyttävän arjen, tarjoavan uusia näkökulmia ja ympäristöjä. Toisaalta palveluun voidaan osallistua koetusta pakosta esimerkiksi toimeentulon turvaamiseksi. Nämä palveluun kohdistuvat toiveet, odotukset ja epäilyt ovat (usein hiljaisesti) läsnä tilanteessa, jossa henkilöitä ohjataan tai he itse hakeutuvat ammatilliseen kuntoutus selvitykseen.

Ammatillisessa kuntoutuspalveluksessa kuntoutusaloitteen tekijä on useimmiten Kela tai TE-toimisto/työvoiman palvelukeskus. Huomattavan pieni osa kuntoutuspalvelukseen osallistuvista hakeutuu kuntoutuspalvelukseen oma-aloitteisesti. Kuntoutusaloitteen tekijä on yhteydessä siihen, miten pitkälle palvelussa edetään eli miten ajankohtaiseksi ammatillisen kuntoutussuunnitelman laadinta koetaan. Jos Kela on toiminut kuntoutusaloitteen tekijänä, päättyy palvelu usein alkuvaiheeseen toisin kuin TE-toimiston tai työelämän palvelukeskuksen toimiessa aloitteentekijänä. Tämä heijastaa osaltaan toimijakohtaisia eroja siinä, millaisissa tilanteissa ja millaisiin tarpeisiin lähettävät tahot kuntoutuspalvelusta käyttävät. Keskeistä on kokemus palveluun hakeutumisen omaehtoisuudesta tai vastentahtoisuudesta: valtaosa kokee hakeutuneensa palveluun omasta tahdostaan, mutta pieni osa kokee tullessa tavalla tai toisella painostetuksi.

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistumiseen voi liittyä painostuksen tunteen lisäksi myös häpeää tai muita negatiivisävytteisiä tunteita, esimerkiksi turhautumista tai jopa pelkoa. Tämän tutkimuksen aineistossa häpeän kokemus oli yhteydessä erityisesti mielenterveyden häiriöihin, ja sama yhteys näkyi AMKU-tutkimuksen toisen osatutkimuksen aineistossa (Haapakoski ym. 2018). Painostuksen ja vastentahtoisuuden kokemukset olivat yhteydessä myös heikoksi arvioituun työkykyyn. Näiden negatiivisten tunteiden tunnistaminen on tärkeää siksi, että ne vaikuttavat osaltaan palveluun hakeutumiseen ja palvelun oikeaan ajoitukseen. Näyttää siltä, että mahdollisuutta ammatilliseen kuntoutukseen ja sen palveluihin – kuten ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen – ja palveluiden sisältöä ja tarkoitusta ei ole aina mahdollista jäsentää ymmärrettävän tiedon avulla ja vuorovaikutuksessa. Tämä saattaa johtaa siihen, että palveluihin hakeutuminen viivästyy tai jää kokonaan väliin. Näin tietyt ryhmät – kuten mielenterveyden häiriöistä kärsivät, jotka kokevat työkykynsä heikoksi – saattavat jäädä palvelun ulkopuolelle huolimatta sen potentiaalisista hyödyistä.

## 11.2 Oikea-aikaisuuden ulottuvuudet, toteutuminen ja vaikutukset

Kelan kuntoutuksen kehittämissuunnitelmassa (Kela 2015d) eräänä kuntoutuksen haasteena esitetään kuntoutustarpeen varhainen havaitseminen ja kuntoutuksen oikea-aikainen aloittaminen. Tämän tutkimuksen mukaan reilu puolet ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen osallistuneista kokee osallistuvansa palveluun itselleen sopivaan aikaan. Joukossa on myös niitä, jotka kokevat osallistuvansa liian aikaisin ja erityisesti niitä, jotka arvioivat osallistuvansa liian myöhään. Koettu oikea-aikaisuus näyttää olevan yhteydessä palvelukokemukseen. Mitä vahvemmin kuntoutuspalveluksen koetaan toteutuvan itselle sopivaan aikaan, sitä paremmin kuntoutusyksikön arvioidaan onnistuvan palvelun toteutuksessa, sitä enemmän palvelulla nähdään olevan vaikutuksia ja sitä todennäköisemmin suunnitelman mukaiset tavoitteet toteutuvat. Itselle sopivaan aikaan osallistuminen on yhteydessä myös hyvään työkykyyn.

Jos ammatillinen kuntoutuspalvelus toteutuu liian myöhään, ongelmat ovat voineet kasaantua ja kunto heikentyä. Kokemus liian myöhään osallistumisesta liittyy van-

hempaan ikään, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, ulkoisten syiden aiheuttamiin vammoihin sekä huonoon työkykyyn. Palveluun ohjautuminen saattaa viivästyä esimerkiksi siitä syystä, että ihmisellä itsellään tai potentiaalisilla kuntoutusaloitteen tekijöillä ei ole tarvittavaa tietämystä ammatillisesta kuntoutuksesta ja sen muodoista. Kyse voi olla myös palvelujärjestelmän sirpaleisuudesta, eri toimijoiden välisen yhteistyön puutteesta sekä resurssipulasta, jonka vuoksi ihmisten tilanteeseen ei ole aina mahdollista kokonaisvaltaisesti perehtyä. Kyse voi olla myös ammatillisen kuntoutuspalveluksen luonteesta ja käyttötarkoituksista. Kuntoutuspalvelukseen voidaan osallistua myös liian varhain, jolloin henkilöllä ei ole palvelun läpikäymiseen tarvittavia voimavaroja ja resursseja. Kyse on aina lääketieteellisten arvioiden lisäksi ihmisen omasta kokemuksesta. Liian varhain osallistuminen liittyy muun muassa mielenterveyden häiriöihin ja heikkoon työkykyyn. Näyttääkin siltä, että erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla palvelun ajoittaminen on erityisen herkkää ja kriittistä. Tässä ryhmässä kuntoutuspalveluksella nähdään kuitenkin olevan vaikutusta työhön ja opiskeluun. Näin ollen palvelun oikea ajoitus on olennaista, jotta osallistujat saisivat palvelusta parhaan mahdollisen hyödyn.

Ammatillisen kuntoutuksen järjestelmässä työllistymistä ja työkykyä koskevat kysymykset näyttävät helposti erillisiltä, vaikka ne ihmisten elämäntilanteissa kietoutuvat erottamattomasti yhteen. Jaottelu saattaa johtaa siihen, että ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisesta vastuutahosta on epäselvyyttä Kelan ja työvoimahallinnon välillä. Ihminen saattaa jäädä järjestelmien väliin tai sisään näkymättömiin siten, että mikään taho ei ota hänen tilannettaan oikea-aikaisesti haltuun. Tilanne suosii jo lähtökohtaisesti tiedollisia ja muita resursseja omaavia, joilla on mahdollisuus hakeutua ammatillisen kuntoutuksen palveluihin omaehtoisesti. Työkyvyn ja työllistymisen kysymysten erottaminen toisistaan on keinotekoista erityisesti nykytyön kontekstissa. Kuten Suikkanen ja Lindh (2010, 56) toteavat, työnjakoon perustuvan selkeän työn ja stabiilin työympäristön sijaan työ on nykyään epävarmaa, siirtymät työmarkkinapositioneissa toistuvia ja työtehtävät vaihtuvia. Myös Juvonen-Postin ja Pensolan (2016, 137–138) mukaan työelämän monimuotoistuminen ja työurien pirstaloituminen tuovat ratkaistaviksi uudenlaisia työuran jatkamistilanteita. Näissä tilanteissa yksittäistä vastuutahoa ei ole nimettävissä. Kirjoittajien mukaan tämänkaltaisissa tilanteissa tulisi olla uskallusta rakentaa entistä joustavampia ratkaisuja myös kuntoutuksen rahoitukseen. Vuoden 2014 lakimuutoksen myötä TE-toimistojen ja Kelan välinen yhteistyö tiivistyi. (Juvonen-Posti ja Pensola 2016, 137–138.) Juvonen-Postin ja Pensolan (2016) näkemyksen mukaan nimenomaan TE-hallinnon tulisi ottaa vastuu työttömien ammatillisen kuntoutuksen etenemisestä. Vastuunjaon selkiyttäminen Kelan ja työvoimahallinnon välillä olisi ammatillisen kuntoutuspalveluksen kohderyhmän kannalta olennaista ottaen huomioon, että hyvin suuri osa palveluun osallistuvista on myös työvoimahallinnon usein pitkäaikaisiakin asiakkaita. Sekä kuntoutuspalveluksen oikea-aikaisuuden että sen tuottaman kestävä hyödyn kannalta olisi todennäköisesti kannattavaa, että palvelu integroituisi mahdollisim-

man luontevasti jo olemassa oleviin ja palvelun jälkeen jatkuviin asiakkuuksiin ja henkilökohtaisiin asiakas-työntekijäsuhteisiin.

Kyselylomakkeen valmiit vastausvaihtoehdot eivät anna mahdollisuutta tarkastella sitä, millaisia oikea-aikaisuuden ulottuvuuksia löytyy kategorisen ja lineaarisen *liian aikaisin, sopivaan aikaan, liian myöhään* -jaottelun ulkopuolelta. Tämän tutkimuksen laadullinen aineisto osoittaa, että ammatilliseen kuntoutus selvitykseen saatetaan osallistua myös oikealla tai väärällä hetkellä. Hetki määrittyy suhteessa ihmisen elämäntilanteeseen eli esimerkiksi perhe- ja asuintilanteeseen, erilaisiin hoivavastuisiin ja näihin liittyviin vaihteleviin voimavaroihin. Kyse on muuttuvasta, tilanteista toimintakyvystä. Tämän toimintakyvyn huomioiminen on kuntoutus selvitykseen ohjatessa sekä keskeistä että haasteellista. Erityisesti järjestelmälähtöinen ohjaaminen – kuten kuntoutustuen tarkistaminen juuri tiettyinä ajankohtana – näyttää tästä näkökulmasta riskialttiilta. Olisi tärkeää varmistaa henkilön tilanteisen toimintakyvyn olevan sellainen, että hänen on mahdollista hyötyä palvelusta, tai että palveluun osallistumisesta ei olisi hänelle ainakaan haittaa. Seppänen-Järvelä ym. (2015) toteavatkin palvelujärjestelmän kriittisen kohdan olevan se, kohtaako palvelujen institutionaalinen aika ihmisten kokemuksellisen ajan. Rakenteiden määrittämä oikea-aikaisuus ei aina tavoita ihmisen omaa oikea-aikaisuuden tunnetta ja avoimuutta kuntoutumiselle. Hyvätkin kuntoutuspalvelut voivat kääntyä toimimattomiksi väärin ajoitettuna. (Seppänen-Järvelä ym. 2015.) Myös tämän tutkimuksen tulokset tukevat tätä ajatusta. Sen lisäksi että palvelut voivat kääntyä toimimattomiksi, näyttää siltä, että ne voivat pahimmillaan kääntyä haitallisiksi, jos niihin liittyy pakottamisen kokemus.

### 11.3 Palvelun kohdentuminen ja tarpeenmukaisuus

Peltomaa (2005, 39) toteaa kuntoutuksen oikea-aikaisuuden olevan osaltaan sitä, että kuntoutustoimenpiteet vastaavat kuntoutujan tarpeita. Myös henkilökeskeisyyden ideaaliin voidaan liittää ajatus siitä, että erilaisten kuntouttavien interventioiden tulee aina vastata ihmisten todellisiin tarpeisiin (ks. Leplege ym. 2007). Tässä mielessä palvelun oikea-aikaisuus ja tarvevastaavuus ovat osa samaa ilmiötä. Tässä tutkimuksessa kyse on osaltaan siitä, miten osallistujien tarpeet suhteutuvat ammatillisen kuntoutus selvityksen tavoitteisiin ja toteutustapaan juuri tiettyssä hetkessä. Tämä suhde vaikuttaa siihen, miten tarkoituksenmukaisena palvelu näyttäytyy.

Tarpeissa on kyse muun muassa toiveista, odotuksista ja orientaatioista. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä *odotushorisontti*, jolla viitataan kuntoutujan lähtökohtien monitahoiseen kokonaisuuteen. Odotushorisontti ei ole sama kuin henkilön lääketieteellinen diagnoosi tai virallinen status (esimerkiksi *työkykyinen* tai *työtön*), jolla hänet palvelujärjestelmissä tunnetaan, vaan eri tekijöiden muuttuva summa. Odotushorisontti kertoo osaltaan siitä, missä määrin työelämään paluu tai sinne siirtyminen, opiskelu tai ammatillinen kuntoutus tuntuu ihmisestä ajankohtaiselta ja hänelle mahdolliselta. Odotushorisontissa on kyse myös eri elämänalueiden priorisoinnista kussakin hetkessä. Esimerkiksi erilaiset (myös epäviralliset) hoivavastuut, kuten

pienien lasten yksinhuoltajuus, puolison tai iäkkään vanhemman omaishoitajuus, on otettava huomioon ammatillisen kuntoutuksen tarvetta, ajoitusta ja kuntoutusmuotoa kartoitettaessa. Ajatus muuttuvista odotushorisonteista kuvastaa sitä, miten ammatillisen kuntoutuspalveluksen oikea-aikaisuutta ei voi määrittää ainoastaan henkilön järjestelmälähtöisestä statuksesta käsin. Määrittäminen vaatii kokonaisvaltaisempaa käsitystä ihmisen odotuksista ja koetuista mahdollisuuksista sekä näiden välisestä suhteesta kullakin hetkellä. Juvonen-Posti ja Pensola (2016) toteavat, että kuntoutuspalveluja olisi kehitettävä uudella tavalla kohderyhmän mukaan ja kunkin ikäryhmän erityisiin tarpeisiin. Tämän tutkimuksen aineisto antaa viitteitä siitä, että kohderyhmien määrittelyssä tulisi esimerkiksi kategorisen iän lisäksi ottaa huomioon ihmisten elämäntilanteiden epästaattisuus ja näennäisesti koherenttien ryhmien sisäinen heterogeisuus. Henkilökeskeisyyteen voidaan liittää näkemys siitä, että ihmiset ovat aina ainutlaatuisia ja eroavat toisistaan. Näin ollen ei voida suoraan viivaisesti olettaa, että esimerkiksi samankaltaisista rajoitteista kärsivien tarpeet olisivat yhtäläisiä ja että he hyötyisivät juuri samankaltaisista kuntoutustoimenpiteistä. (Leplege ym. 2007.)

Sitä, missä määrin ammatillinen kuntoutuspalvelus vastaa osallistujien tarpeisiin, voidaan hahmottaa esimerkiksi tarkastelemalla osallistujien tulevaisuuden tavoitteita suhteessa palvelun koettuihin vaikutuksiin. Tavoitteet ja vaikutukset kohtaavat parhaiten työkyvyn selvittämisen sekä fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kohentamisen osalta. Heikommin ne kohtaavat toimeentulon parantamisen, palkkatyössä jatkamisen tai aloittamisen sekä työssä jaksamisen osalta. Kuntoutuspalveluksen yhteydessä laadittujen tavoitteiden ja palvelun koettujen vaikutusten suhde on samankaltainen. Ammatillisella kuntoutuspalveluksella on siis sen julkilausutusta työelämäsuuntautuneesta päämäärästä huolimatta ongelmia vastata haastavassa työmarkkina-asemassa elävien toiveisiin työelämäosallisuudesta. Tämä näkyy osaltaan myös siinä, että kokemus palvelun vaikutuksista on yhteydessä hyvään työkykyyn. Lindh (2013, 15) toteaa, että kuntoutujan näkökulmasta työllistymismahdollisuuksien, työhön paluun ja työssä selviytymisen tukeminen ovat keskeisiä tavoitteita, joita ammatilliselta kuntoutukselta odotetaan. Nämä tavoitteet ovat linjassa myös ammatillisen kuntoutuspalveluksen palvelukuvaukseen kirjattujen palvelun tavoitteiden kanssa. Näyttää kuitenkin siltä, että ammatillinen kuntoutuspalvelus pystyy horjuvasti palvelemaan sekä palvelun julkilausuttua päämäärää että vastaamaan palveluun osallistuvien omiin työelämäntavoitteisiin.

Ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen osallistuu runsaasti henkilöitä, joiden työkyky on heikko ja joilla on paljon erilaisia työkyvyn häirtatekijöitä. Työ- ja opiskelupainotteiset tulevaisuuden tavoitteet vähenevät palveluun osallistuvilla iän ja työkyvyn heikkenemisen myötä, ja varsinkin suurelle osalle suositellaan palvelun päätteeksi eläkkeelle siirtymistä. Voidaankin kysyä, onko työelämäsuuntautunut ammatillinen kuntoutuspalvelus paras palvelu silloin, kun henkilö kokee olevansa pysyvästi liian sairas työelämään ja työllistymisen realistiset mahdollisuudet näyttäytyvät pieninä. Toisaal-

ta voidaan yhtä hyvin kysyä, onko palvelun julkilausuttu päämäärä todellakin se, joka määrittää palvelun osallistujaryhmää. Toisin sanoen mikä on ideaalin ja todellisuuden, palvelun julkilausuttujen ja reaalisten käyttötarkoitusten välinen suhde? Ammatillisen kuntoutusselvityksen palvelukuvaukseen voi nähdä jo itsessään sisältyvän tiettyä ristiriitaisuutta. Palvelun päämääränä on kuvauksen mukaan tukea kuntoutujan työelämässä jatkamista, työelämään palaamista tai sinne siirtymistä. Palvelukuvauksessa mainitaan myös, että kuntoutusselvitys ei ole tarkoitettu käytettäväksi silloin, kun henkilö on hakeutumassa eläkkeelle. Toisaalla kuitenkin mainitaan, että palvelua voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun henkilön työkyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki on hylätty. (Kela 2015b, 2.) Tässä saattaa tapahtua törmäys nimenomaan ihmisten odotushorisonttien ja heidän järjestelmästatuksensa välillä. Jos työkyvyttömyyseläke on hylätty, järjestelmä määrittää henkilön työkykyiseksi. Tämä saattaa kuitenkin olla kaukana henkilön omasta kokemuksesta. Myös ammatillisen kuntoutusselvityksen ja työkyvyn arvioinnin suhde näyttää epäselvänä.

Edellä mainitun kaltaisissa ristiriitaisuuksissa saattaa olla kyse kuntoutustutkimuksen vanhoista käyttötarkoituksista ja sisällöistä, jotka ovat joiltain osin kantautuneet mukanaan uuteen palveluun. Unkila (2015, 130) toteaa, että vielä 2000-luvun alussa terveydenhuollossa Kelan kuntoutustutkimusta ei nähty niinkään työelämään tähtäävänä ammatillisena kuntoutuksena vaan viimesijaisena toimenpiteenä, jolla haettiin lopullista varmistusta eläke-edellytyksille. Kun 2000-luvun puolivälissä ammatillisen kuntoutuksen järjestämisvastuita ja -tehtäviä selvennettiin, kuntoutustutkimukseen ohjautumisen käytännöt muuttuivat. Kuntoutustutkimus alettiin vasta tässä vaiheessa mieltää työmarkkinoille suuntaavana ammatillisen kuntoutuksen aktiivisena toimenpiteenä, josta osallistajat hakivat ammatillista suunnitelmaa. (Unkila 2015, 130.) Tämän tutkimuksen tulokset saavat pohtimaan, missä määrin kuntoutustutkimuksen ”vanhaa” käyttötarkoitusta sovelletaan edelleen ja missä määrin näin tekee ohjaavana tahona erityisesti Kela – ottaen huomioon, että Kelan ohjaus on yhteydessä palvelun päättymiseen ennen ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimista. Kuntoutusselvityksen julkilausuttujen ja reaalisten käyttötarkoitusten välisen suhteen epäselvyydet saattavat vähentää palvelun läpinäkyvyyttä ja hankaloittaa sen hahmottamista, mihin ammatillisella kuntoutusselvityksellä pyritään ja mitä siihen osallistuva voi palvelulta odottaa.

Tämä tutkimus osoittaa tavan, jolla ihmisten tilanteet, tavoitteet ja resurssit ovat jatkuvassa liikkeessä. Vaikka jossain hetkessä ja elämäntilanteessa työelämään paluuta ei koettaisi mahdolliseksi, ei se tarkoita sitä, etteikö se voisi jonain toisena hetkenä sitä olla. Joskus ammatillinen kuntoutusselvitys voi toimia tulevaisuudentoivon herättelijänä: *jos vaikka minäkin vielä joskus*. Tästä näkökulmasta ei ole tarkoituksemukaista rajata joitain ryhmiä – esimerkiksi juuri niin sanotusti eläkehakuisia – oletusarvoisesti palvelun ulkopuolelle. Niin sanotun kuntoutumisvalmiuden viriämiselle voidaan luoda tietoisesti edellytyksiä myös kuntoutuksen kuluessa (ks. Härkäpää ym. 2014). Voidaan kuitenkin puntaroida, milloin pitkälle strukturoitu amma-

tillinen kuntoutus selvitys on osuvin kuntoutusmuoto suhteessa henkilön tarpeisiin ja tilanteeseen toimintakykyyn. Olisiko joissain tilanteissa kaikkien osapuolten kannalta tarkoituksenmukaisempaa tarjota rakenteellisesti joustavampia, dialogisia tuki- ja ohjauspalveluita, joista voitaisiin yhteisen arvion pohjalta edetä tarvittaessa ammatilliseen kuntoutus selvitykseen?

Autti-Rämö ja Salminen (2016, 15) toteavat, että kuntoutumista voi tapahtua ilman varsinaisia kuntoutustoimenpiteitä – mutta kuntoutustoimenpiteitä voidaan myös toteuttaa ilman kuntoutumista. Näin tapahtuu kirjoittajien mukaan esimerkiksi silloin, jos ihminen ei itse koe toimenpiteitä oman elämänsä tavoitteita tukeviksi tai niihin ei sisälly kuntoutujan omaa aktiivista toimintaa. Tässä tutkimuksessa palvelun subjektiivisten hyötyjen kannalta olennaista on se, missä määrin ja millaisissa olosuhteissa ammatillinen kuntoutus selvitys määrittyy järjestelmälähtöiseksi itseisarvoksi sen sijaan, että sillä olisi osallistujien elämänlaatua tai työelämäosallisuutta parantavaa käyttöarvoa. Tässä keskeisessä roolissa on palvelun tarpeenmukaisuus, johon kytkeytyvät kysymykset sekä edellä käsitellystä palvelun kohdentumisesta että mahdollisuuksista räätälöidä palvelua osallistujalähtöisesti. Virtanen ym. (2011, 11–12) kirjoittavat asiakaslähtöisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa ja toteavat, että asiakaslähtöisyys määrittyy edelleen usein organisaation, ei asiakkaan tarpeista käsin. Organisaatiotasolla kyse on järjestelmästä, malleista ja systeemeistä, ja asiakkaan tasolla taas kokemuksellisuudesta ja tarvevastaavuudesta: miten hän palvelun kokee ja miten se vastaa hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa (Virtanen ym. 2011, 11–12). Juvonen-Posti ja Pensola (2016, 18) puolestaan kirjoittavat:

”Kuntoutus ei ole itsetarkoitus, vaan prosessi tai tapahtuma, jolla turvataan tavanomaisen elämän edellytykset. Vaikuttava, oikea-aikainen ja kustannustehokas kuntoutus edellyttää asiakkaan ja hänen toimintakykynsä asettamista toiminnan ytimeen ja siirtymistä pois järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyydestä.”

Kuntoutustarveselvityksen ja kuntoutustutkimuksen sulauttaminen yhteen ammatilliseksi kuntoutus selvitykseksi lisäsi tähän tutkimukseen osallistuneiden kuntoutus työntekijöiden mukaan prosessin joustavuutta sekä edisti palvelun etenemistahdin tarvelähtöistä määrittelyä. Kela ohjaa kuntoutus selvityksen toteuttamista kuitenkin suhteellisen yksityiskohtaisella palvelukuvauksella. Sekä yleinen että palvelulinjakohdainen palvelukuvaus sitovat palveluntuottajaa osana Kelan ja palveluntuottajan välistä sopimusta ja näin ollen rajaavat mahdollisuuksia palvelun kuntoutujakohtaiselle räätälöinnille. Palvelun toteutuksen ritualistisuuteen liittyy riski siitä, että osallistujat kokevat palvelun epätarkoituksenmukaiseksi suhteessa heidän omiin tavoitteisiinsa, tarpeisiinsa ja kokemuksiinsa. Ritualistisuus kytkeytyy myös yleisemmin kuntoutuksen henkilökeskeisyyden problematiikkaan. Härkäpää (2015) toteaa, että kuntoutuja voidaan nähdä niin sanottuna kokemusasiantuntijana, joka antaa oman panoksensa sekä kuntoutus palvelun toteutukseen että kuntoutuksen suunnitteluun. Jos palvelun



rakenne ja sisältö on tarkkaan etukäteen määritelty ja joustonvara pieni, ei tämänkaltaiselle kuntoutujan panokselle jää juurikaan tilaa.

Ammatillisen kuntoutuspalveluksen ritualistisuuteen ja järjestelmälähtöisyyteen saat-  
taa liittyä myös riski siitä, että kuntoutuja kokee tullessa ohitetuksi. Niemi (2015,  
184) kirjoittaa erilaisista aktivointitoimenpiteistä ja siitä, miten ne voivat joissain  
olosuhteissa epäonnistua autonomian tuottamisessa – eli käytännössä kääntyä alku-  
peräistä tarkoitustaan vastaan. Huonosti kohdennetut, ei-yksilölliset, byrokraattiset  
ja pakolliset aktivointitoimenpiteet edustavat Niemen mukaan todellista persoonan  
”epätunnustusta” (*misrecognition*). Myös kuntoutuksen toimenpiteet, kuten amma-  
tillinen kuntoutuspalvelus, voivat joissain tapauksissa herättää prosessin eri vaiheissa  
tunteen ei-kuulluksi tulemisesta. Palveluun ohjautumisvaiheeseen voi liittyä pakotta-  
misen kokemus ja toteutusvaiheeseen puolestaan tunne ymmärryksen puutteesta ja  
painostuksesta esimerkiksi itselle epäsovivaan suunnitelmaan. Käytännön ongelmat,  
kuten tarpeeton odottelu kuntoutuspäivien aikana, saattavat aiheuttaa turhautumista  
ja epäilyn siitä, että palvelu on olemassa aivan jotain muuta tahoa kuin osallistujaa  
itseään varten. Samankaltainen kokemus voi liittyä oman tilanteen kannalta epä-  
tarkoituksenmukaisiin arviointi- ja mittausmenetelmiin. Ristiriitaiset näkemykset  
kuntoutujan, kuntoutustyöntekijöiden ja Kelan välillä voivat saada omat vaikutus-  
mahdollisuudet tuntumaan pieniltä ja palvelun merkityksettömältä. Voimattomuutta  
saattaa herätä myös ammatillisen kuntoutuksen byrokratian edessä. Toisaalta tietyt  
kuntoutuspalveluksissa käytetyt työmenetelmät, erityisesti yksilölliset keskustelut  
kuntoutustyöntekijöiden kanssa ovat palvelukokemuksen kannalta keskeisiä. Näillä  
keskusteluilla näyttää olevan palvelun sisällä tärkeä rooli siinä, missä määrin osal-  
listujat kokevat tullessa kuulluksi ja kohdelluksi yksilöinä ja elämästään tietävinä  
subjekteina. Hyvin monet ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen osallistujat kokevat-  
kin, että työntekijöiden tarjoama tuki ja myötäeläminen on edistänyt heidän kuntou-  
tumistaan.

#### 11.4 Tavoitteellisuuden paradoksit ja tavoitteiden toteutuminen

Kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa pidetään tärkeänä tavoitteellisuutta, joka voi-  
daan sisällyttää jo kuntoutumisen lähtökohtaiseen määritelmään. Autti-Rämön ja  
Salmisen (2016, 14–15) mukaan kuntoutumisella tarkoitetaan toimintaa, jossa ”kun-  
toutuja määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet, joiden saavutta-  
miseksi välttämättömät keinot suunnitellaan asiantuntijoiden kanssa ja toteutetaan  
suurelta osin itsenäisesti tai lähiympäristön tukemana”. Tavoitteilla nähdään olevan  
olennainen merkitys kuntoutujan motivoitumisessa ja sitoutumisessa tarvittaviin  
toimenpiteisiin. Kyseinen motivoituminen ja sitoutuminen nähdään kuntoutuspro-  
sessin keskeisinä elementteinä (ks. Kela 2017, 2). Toisaalta juuri tavoitteiden asetta-  
minen, kuntoutujien sitoutuminen asettamiinsa tavoitteisiin ja tulosten seuranta on  
nähty erityisesti työelämäpainotteisen kuntoutuksen suurimpina solmukohtina. Sekä  
kuntoutukseen osallistuvat että kuntoutustyöntekijät kokevat yhteisen tavoitteiden  
määrittelyn hankalaksi. (Lindh 2007.)

Samankaltainen paradoksi nousee esiin tässä tutkimuksessa. Näyttää siltä, että ammatillisen kuntoutus selvityksen yhteydessä laadittuihin tavoitteisiin ja suunnitelmiin liittyy ensinnäkin runsaasti epätietoisuutta. Osallistujat eivät aina jälkikäteenkään tiedä, millaisia tavoitteita palvelun yhteydessä laadittiin ja miten ne suhteutuvat heidän ammatilliseen kuntoutussuunnitelmaansa. Ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelukuvauksessa todetaan, että kunkin kuntoutujan kuntoutustavoitteet laaditaan yhdessä kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän jäsenen kanssa. Tavoitteille asetetaan realistinen aikataulu, ja niiden toteutuminen arvioidaan kuntoutuksen loppussa. (Kela 2015b.) Kela uudisti tavoitteen asettamista ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia ottamalla vuodesta 2012 lähtien käyttöön GAS-menetelmän (*Goal Attainment Scaling*) (ks. Kela 2012). Menetelmää hyödynnetään myös ammatillisessa kuntoutus selvityksessä. GAS-menetelmään sisältyvän Omat tavoitteeni -lomakkeen ohjeistuksessa todetaan, että kuntoutumisen tavoitteiden laatiminen on prosessi, jonka yksi vaihe on tavoitteiden laatiminen lomakkeella. Näin ollen lomakkeen täyttäminen on ainoastaan yksi osa prosessia. Ammatilliseen kuntoutus selvitykseen osallistuneille näyttää kuitenkin jääneen joskus hämärän peittoon, miten nämä Omat tavoitteeni -lomakkeelle hahmotellut tavoitteet suhteutuvat muihin palvelun yhteydessä mahdollisesti laadittuihin tavoitteisiin ja laajempaan ammatilliseen kuntoutussuunnitelmaan (ks. myös seuraava luku).

Kelan ammatillista kuntoutusta koskevassa yleisessä palvelukuvauksessa (Kela 2016, 2) todetaan tavoitteiden asettamisen olevan tärkeää siksi, että tätä kautta saadaan välineitä toteuttaa vaikuttavaa kuntoutusta ja tapa tarkastella tavoitteiden toteutumista. Levack ym. (2006) toteavat, että tavoitteiden asettaminen saattaa kuntoutuksen kontekstissa palvella useita eri tarkoituksia. Heidän mukaansa GAS-menetelmän yhteydessä korostuu erityisesti tavoitteiden asettaminen kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin välineenä. GAS-menetelmän käyttöön ammatillisen kuntoutus selvityksen kontekstissa näyttää liittyvän tiettyä problematiikkaa. Yksittäisten tavoitteiden asettaminen ja niiden numeerinen seuranta toimivat paremmin, jos tavoitteet on helppo konkretisoida ja toteuttaa tietyssä ajassa. Tällöin tavoitetyöskentely palvelee myös kuntoutujaa siinä mielessä, että se jäsentää ajatuksia sekä havainnollistaa ja ajoittaa tarvittavia askelia. Työelämä lähtöiseen palveluun osallistuvien tavoitteet saattavat kuitenkin olla varsin laajoja ja hahmottomia, oman työelämä- ja maailmapaikan löytymiseen liittyviä. Tämä saattaa korostua Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluissa, joihin osallistuvien työvoimaura on usein syystä tai toisesta haperunut. Kyse ei monenkaan kohdalla ole siitä, että heidät pitäisi kuntouttaa ”takaisin” työelämään – koska ei ole paikkaa, johon palata, ja uuden paikan raivaaminen saattaa olla varsin mutkikasta. Levack ym. (2006, 746) toteavatkin, että tavoitteiden mitattavuuden vaade saattaa olla kuntoutujan kannalta pulmallinen ja että ristiriitaa voidaan kokea erityisesti silloin, kun kuntoutujilla on heistä itsestään lähteviä kokemusperäisiä tavoitteita. Myös Ylilahden (2014) mukaan tavoitteiden luonteessa on perustavanlaatuinen kategorinen jako. Toisaalta on kuntoutujien tapa ymmärtää tavoitteensa laajoina elämänhallinnan kokonaisuuksina ja toisaalta niiden hahmottaminen yksit-

täisinä tapahtumina tai mitattavina tuloksina. Kyse on siis yhtäältä kuntoutuskäytännön edellyttämistä tavoista ja toisaalta yksilön omasta tavasta hahmottaa oman elämänsä suunnitelmallisia elämänstrategioita. (Ylilahti 2014.) Voidaan ajatella, että tämänkaltaisissa kohtaamattomuuksissa piilee yksi työelämälähtöisen kuntoutuksen vaikuttavuuden akillenkantapää.

Kyse on osaltaan ammatilliseen kuntoutukseen laajemmin liittyvästä toimenpidekeskeisyydestä. Lindhin (2013, 53) mukaan ammatillisessa kuntoutuksessa korostuvat selvittelyt, tutkimukset ja kokeilut, joilla pyritään kuntoutujan tilanteiden ja mahdollisuuksien kartoittamiseen – mutta vähemmän uusien mahdollisuuksien luomiseen. Näin ollen suppeat toimenpidevalikoimat ovat olleet Lindhin mukaan tyypillisiä myös ammatillisen kuntoutuksen asiakastasolla. Ammatillisen kuntoutus selvityksen yhteydessä laadittujen tavoitteiden ja suunnitelmien konkreettisuuden vaade johtaa helposti toimenpidekeskeisyyteen – joka taas saattaa johtaa tulevaisuuteen orientoivien suurten linjojen häviämiseen yksityiskohtien sekaan. Toimenpide pohjaiset ammatilliset kuntoutussuunnitelmat vaikuttavat osaltaan siihen, miten ihmisten on mahdollista rytmittää ja suunnitella elämäänsä pitkällä tähtäimellä. Pohjola (1994, 104) kirjoittaa elämäkulun institutionaalistumisesta. Hän on tarkastellut tapaa, jolla nuorten aikuisten tukityöjärjestelmä johtaa siihen, että elämä rytmittyy kulloistenkin työllistämissäännösten mukaisesti etukäteen määritettäviin jaksoihin. Pohjolan mukaan tämä institutionalisoituminen rytmittää elämisen suunnittelun perspektiiviä lyhyeksi, lähiajan kuukausien tähtäimeksi. Hyvin toimenpidekeskeinen ammatillinen kuntoutussuunnitelma saattaa johtaa samankaltaiseen perspektiivin lyhenemiseen.

Kelan aikaisemman palvelun, kuntoutustutkimuksen työllistämisaikutuksia on pidetty heikkoina työelämäyhteyden puutteesta ja palvelun arvioivasta ja tutkivasta luonteesta johtuen (Suikkanen ym. 2010; Lindh 2013). Unkila (2015, 130) kokee kritiikin epäoikeudenmukaiseksi siinä mielessä, että hänen mukaansa kuntoutustutkimus on ollut vasta väline, jonka yhteydessä on tehty ammatillinen kuntoutussuunnitelma. Unkilan mukaan prosessin toimiessa tuloksellisesti työelämäyhteys toteutuu vasta kuntoutus selvityksen jälkeen, kun osallistuja siirtyy ammatillisen suunnitelman toteuttamiseen. Tämä on varsin looginen näkemys. Näyttää kuitenkin siltä, että ammatillisen kuntoutus selvityksen yhteydessä mainitussa prosessin ”tuloksellisessa toiminnassa” on häiriöitä, jos sitä tarkastellaan nimenomaan suhteessa työelämäyhteyden syntymiseen. Ensinnäkin pulmana on se, että monet osallistuvat ammatillisen kuntoutuksen palveluihin sillä oletuksella, että palvelut auttavat heitä pääsemään konkreettisesti eteenpäin työelämässä. Tämä ei kuitenkaan aina ole mahdollista, ja odotusten täyttymättä jääminen saattaa rapauttaa palvelun koettua hyötyä. Haasteena on myös se, että suunnitelmien mukaisten tavoitteiden toteutuminen näyttää olevan vaihtelevaa, eikä työelämäyhteyttä välttämättä synny palvelun jälkeenkään. Prosessin ”tuloksellista toimintaa” häirintä myös se, että iso osa palveluun osallistuneista ei tiedä, onko heille laadittu ammatillista kuntoutussuunnitelmaa. Epätietoisuus saattaa vähentää ammatillisen kuntoutussuunnitelman subjektiivista käyttöarvoa suhteessa

sen ritualistiseen merkitykseen. Järvikoski ja Härkäpää (2001b, 40) totesivat jo yli viisitoista vuotta sitten, että kuntoutussuunnitelmat ymmärretään varsin usein ensi sijassa viranomaisten välisen yhteydenpidon välineeksi sen sijaan, että ne ymmärrettäisiin kuntoutuksen ammattilaisten yhteiseksi toimintasuunnitelmaksi. Tämänkaltaista problematiikkaa näyttäisi edelleen olevan olemassa. Sen lisäksi näyttäisi olevan matkaa siihen, että kuntoutussuunnitelma voisi palvella nimenomaan kuntoutujaa ja tukea hänen tulevaisuuden tavoitteitaan.

Suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutuminen on tämän tutkimuksen mukaan yhteydessä sairausryhmään ja työkykyyn. Tämän lisäksi se on yhteydessä moniin subjektiivisiin, kokemuksellisiin tekijöihin. Suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutuminen on sitä parempaa, mitä aktiivisemmin henkilö on osallistunut tavoitteiden laadintaan ja mitä paremmin hänen omat, kuntoutukseen liittyvät tavoitteensa on prosessissa huomioitu. Toteutuminen paranee myös sitä mukaa, mitä vahvemmin asetetut tavoitteet koetaan itselle ja omaan elämäntilanteeseen sopiviksi ja mitä paremmin ammatillisen kuntoutuspalveluksen koetaan kaikkiaan vastanneen omiin tarpeisiin. Kuntoutusyksikön koetaan yleisesti onnistuneen varsin hyvin siinä, miten se on huomionnut kuntoutujan osaamisen ja vahvuudet suunnitelmaa laadittaessa. Kuntoutujat myös kokevat, että he ovat osallistuneet aktiivisesti tavoitteiden laadintaan. Kaikkiaan kuntoutuspalveluksen osallistujat tuntevat olevan keskimäärin tyytyväisiä tavoitteiden asettamisen prosessiin kuntoutusyksikössä. Tämä tyytyväisyys ei kuitenkaan väistämättä käänny suunnitelmien toteutumiseksi.

Esteitä suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutumiselle ovat muun muassa terveydelliset ja jaksamiseen liittyvät tekijät, suunnitelman puutteet (liian korkeat, epäselvät tai ainoastaan lyhyen tähtäimen tavoitteet) sekä neuvojen ja tuen puute. Suunnitelman toteutumiseen liittyvät ongelmat saattavat synnyttää kokemuksen siitä, että mikään ei oikeastaan palvelun myötä muuttunut. Voidaankin kysyä, milloin ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimisesta tulee itsessään kuntoutuspalveluksen ”tulos” riippumatta suunnitelman toteutumisesta – ja missä määrin ja missä olosuhteissa suunnitelma palvelee aidosti osallistujaa. Olennaista olisi kiinnittää huomiota sekä suunnitelman laatimiseen että ennen kaikkea sen toteutumiseen ja toteutumisen mahdollisuuksiin erityisesti niiden kohdalla, joiden työ- ja opiskelukyvyyn haasteet ovat monitahoisia. Tällä hetkellä suunnitelman tavoitteet toteutuvat sitä paremmin, mitä parempi työkyky henkilöllä on jo kuntoutuspalvelukseen ohjautuessaan.

### 11.5 Järjestelmärajat ylittävän tuen tarve ja itsenäisyyden ideaali

Suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutuminen saattaa joissain tapauksissa horjua siksi, että niiden toteuttamiseen ei saada tarpeeksi tai riittävän pitkäjänteistä, järjestelmä- ja organisaatorajat ylittävää tukea. Vain osa tähän tutkimukseen osallistuneista koki saaneensa tukea suunnitelman toteuttamisessa – ja mitä enemmän tukea, sitä paremmin suunnitelman mukaiset tavoitteet olivat toteutuneet. Palvelukuvauksen mukaan kuntoutuspalveluksen seurantavaiheen aikana kuntoutuja ja palvelun-

tuottaja yhdessä varmistavat, että ammatillinen kuntoutussuunnitelma on lähtenyt tai lähtee liikkeelle ja kuntoutuja saa tukea ammatilliseen etenemiseensä. Seuranta-vaihe toteutetaan joko seurantapäivinä tai palveluntuottajan tekeminä puhelinyhteydenottoina. (Kela 2015b.) Nämä yhteydenotot näyttävät toteutuvan vaihtelevasti. Toisaalta voidaan pohtia, onko palveluyksikön vastuuttaminen seurannasta toimin ratkaisu. Ovatko yksittäiset yhteydenotot tai seurantapäivät toteutuessaankaan riittäviä seurannan välineitä? Suurella osalla palveluun osallistuvista on taustallaan TE-toimiston tai työvoiman palvelukeskuksen asiakkuus, monissa tapauksissa pitkä sellainen. Juvonen-Posti ja Pensola (2016) näkevätkin, että TE-hallinnon tulisi ottaa ensisijainen vastuu työttömien ammatillisen kuntoutuksen etenemisestä. Ammatillisen kuntoutus selvityksen palvelukuvauksessa vastuu sekä verkostoyhteistyöstä että kuntoutussuunnitelman toteutumisen seurannasta lankeaa palveluntuottajalle, jolla ei kuitenkaan ole arkista yhteyttä osallistujaan yli palveluprosessin. Kuntoutuksen uudistamiskomitean (STM 2017, 55) näkemyksen mukaan työttömien työnhakijoiden kuntoutusprosessia on tulevaisuudessa mahdollista selkiyttää, kun sekä työttömien palveluiden että sosiaali- ja terveystyöpalveluiden järjestämistä vastuu siirtyy pääosin maakunnille.

Kuntoutusprosessien voidaan katsoa edellyttävän integroitua palvelukokonaisuutta, monialaista työtettä ja institutionaaliset raja-aidat ylittävää yhdessä toimimista – ei toimimista yhden toimenpiteen periaatteella (esim. Jakobsson 2008; Juvonen-Posti ja Pensola 2016; STM 2017). Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että ammatillisen kuntoutus selvityksen osalta riskinä on toimiminen juuri tähän yhden palvelun periaatteeseen nojaten. Tiedonkulku järjestelmien välillä ei ole ongelmatonta, ja jos kuntoutusaloitteen tekijä on jokin muu taho kuin Kela, ei tieto palveluun osallistumisesta tai suunnitelmista välttämättä kulkeudu aloitteentekijälle. Tämä saattaa aiheuttaa päällekkäisiä prosesseja ja suunnitelmia sekä tuen katkeamista. Juvonen-Posti ja Pensola (2016) näkevät, että jos ammatillisen kuntoutuksen toimivuutta ja vaikuttavuutta halutaan parantaa, pelkkä työnjaon yksityiskohtainen kehittäminen ja muuttaminen ei riitä. Heidän mukaansa tarvitaan sen sijaan asiakkaan kuntoutustarpeen pohjalta toteutuvaa, kuntoutuksen järjestäjien ja toteuttajien koordinoitua ja tavoitteellista yhteistoimintaa. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat tätä näkemystä. Yhteistoiminnan kehittämistarpeet on tunnustettu myös Kelassa. Kelan kuntoutuksen kehittämisohjelmassa (Kela 2015d) Kelan kuntoutuksen valtakunnalliseen rooliin liittyvinä haasteina pidetään kuntoutusjärjestelmän monitahoisuutta ja vaikeaselkoisuutta sekä yhteistyötä terveydenhuollon, työterveyshuollon, työeläkejärjestelmän sekä sosiaali- ja työvoimahallinnon kanssa sujuvien asiakasprosessien aikaansaamiseksi.

Kun tarkastellaan ammatillisen kuntoutuksen palveluihin osallistuvien tuen tarvetta ja tuen saatavuutta, ollaan myös ”itsenäisen” ja ”aktiivisen” kuntoutujan ideaalien äärellä. Kuntoutus voidaan kaikkiaan nähdä Juvonen-Postin ja Pensolan (2016, 161) tapaan osana aktiivista työllisyys- ja hyvinvointipolitiikkaa, jonka perusajatuksena on se, että jokaisen tulisi elättää itsensä mieluiten työllään. Ideaali itsenäisestä ja ak-

tiivisesta kuntoutujasta on muodostunut muun muassa työelämän ja yhteiskunnan ideaalien ja ideologioiden, poliittisten päätösten, linjausten ja painostuksen sekä muuttuvien materiaalien resurssien ristipaineessa. Nämä heijastuvat tapaan, jolla itsenäisyydestä ja aktiivisuudesta ammatillisen kuntoutuksen kontekstissa puhutaan, miten sitä arvotetaan ja millaisilla menetelmillä sitä arvioidaan. Julkunen (2008, 193) kirjoittaa erilaisista kannustin- ja aktivointiuudistuksiin liittyvistä ideoista ja käytännöistä. Hänen mukaansa emotionaalisesti ja ruumiillisesti tarvitseva, irrationaalisesti toimiva ihminen on siirretty sosiaalipolitiikan sivuraiteelle. Tässä kehyksessä tuen kaipuu saattaa näyttäytyä tarpeena, johon ei järjestelmän oikeastaan tulekaan vastata. Ideologisesti latautuneet ihanteet tulisi tunnistaa siten, etteivät ne vaivihkaa ohjaa toimintaa eriarvoistavaan ja sen pitkäaikaishyötyjä rapauttavaan suuntaan. Kyse on kaikkiaan hereillä olosta sen suhteen, missä pisteessä ideaali itsenäisen toimijan vastuuttamisesta muuttuu selän kääntämiseksi. Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että kokonaisvaltaisen tuen puute sekä tiedonkulun katkokset aiheuttavat eniten ongelmia niille, joilla ei ole syystä tai toisesta resursseja hoitaa asioitaan aktiivisesti eteenpäin ammatillisen kuntoutus selvityksen jälkeen. Palveluun osallistuneille voitaisiin paremmin varmistaa pitkäkestoinen tuki, jos eri toimijoiden roolit olisivat kaikille osapuolille selviä ja ensisijainen vastuu prosessin koordinoinnista ja seurannasta lankeaisi ihmisen arjessa merkitykselliselle taholle. Näin voitaisiin tunnistaa ajoissa myös ne, jotka tarvitsevat palveluprosessin eri vaiheissa lisätukea. Tässä mielessä tuen tarjoaminen edistäisi sekä palvelun oikea-aikaisuutta että sen potentiaalin täyttämistä – eli käytännössä palvelun ”vaikuttavuutta”, jos tätä termiä halutaan käyttää.

## 11.6 Tiedon puutteet ja prosessin läpinäkyvyyden ongelmat

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että jopa palveluun osallistuneiden tietämys ammatillisesta kuntoutuksesta ja ammatillisesta kuntoutus selvityksestä saattaa olla heikkoa. Palveluun liittyvät keskeiset termit, kuten ammatillinen kuntoutussuunnitelma, jäävät monille hämmäntävän hämäräksi. Osa kyselyyn vastanneista ei tiedä, ovatko he ylipäänsä osallistuneet ammatilliseen kuntoutus selvitykseen, millaisia suunnitelmia palvelun kuluessa on mahdollisesti tehty ja millaisia tavoitteita asetettu. Erityisesti kysymykset tavoitteista ja niiden asettamisesta herättävät epätietoisuutta. Tämä saattaa johtua tavoitteiden ja niiden asettamisen monitahoisuudesta tai julkilausumattomuudesta – mutta osaltaan myös kysymisen tavasta. Myös muut kirjoittajat ovat nostaneet esiin kuntoutusta koskevan tietämyksen vähäisyyden (esim. Ylilahti 2014). Juvonen-Postin ja Pensolan (2016) mukaan eri viranomaisten, toimijoiden ja asiakkaiden tulisi puhua samaa kieltä, joka mahdollistaisi kohtaamisen, yhteisen ymmärryksen. Ammatillisen kuntoutus selvityksen yhteydessä ymmärryksen mahdollistaminen korostuu myös siksi, että osa palveluun osallistuvista kokee ylipäänsä vaikeaksi saada tietoja esimerkiksi töistä ja opiskelusta. Eriarvoisuutta syntyy tilanteessa, jossa ymmärrettävän tiedon saaminen palvelusta jää ihmisen oman aktiivisuuden ja resurssien varaan (ks. myös Gould ym. 2012).

Tietämys palvelusta määrittyy kuitenkin palvelukokemuksen kannalta keskeiseksi tekijäksi. Kyselylomakkeessa tiedusteltiin, tiesivätkö vastaajat etukäteen, millainen palvelu ammatillinen kuntoutusselvitys on. Hyvin pieni osa vastasi myöntävästi. Palvelua koskeva tieto oli yhteydessä siihen, miten omaehtoisesti palveluun hakeuduttiin: mitä enemmän tietoa, sitä vahvempi omaehtoisuuden kokemus. Näin ollen palvelua koskeva tietämys vaikutti jo palveluun ohjautumisen vaiheessa. Mitä enemmän palvelusta tiedettiin etukäteen, sitä paremmin myös kuntoutusyksikön arvioitiin onnistuneen kuntoutusselvityksen toteuttamisessa ja sitä enemmän vaikutuksia palvelulla koettiin olleen. Mielenkiintoista on kuitenkin se, että kuntoutusselvitystä koskeva etukäteistieto ei ollut sidoksissa esimerkiksi sukupuoleen, ikään tai sairausryhmään. Tämän kaltaiset jakolinjat eivät siis näytä määrittävän sitä, missä määrin henkilöllä on tietoa palvelusta.

AMKU-tutkimuskokonaisuuden toisessa osatutkimuksessa kävi ilmi, että ammatillisen kuntoutuksen hakijoilta odotetaan jo hakuvaiheessa itse- ja kuntoutustietoista motivaatiota ja halua työ- ja opiskeluelämään (Haapakoski ym. 2018). Tämä vaikuttaa siihen, ketkä rajautuvat ammatillisen kuntoutuksen palveluiden ulkopuolelle. Joukko, jolla ei ole selkeitä tavoitteita, sisältää todennäköisesti monenlaisia ryhmiä. Taustalla voi olla esimerkiksi aikaisempia epäonnistumisia, syrjintää, epämääräisiä huonommuuden tunteita ja resurssien tasolla myös kokemattomuutta tai tiedon ja toimeentulon vähäisyyttä. (Haapakoski ym. 2018.) Tämän tutkimuksen aineistossa näkyy se, miten kuntoutukselle ja muutokselle avautuminen on vuorovaikutuksellinen prosessi, jossa ihmistä voidaan tiedollisesti ja muuten tukea ja joka jatkuu läpi palvelun eri vaiheiden – myös ohjautumisen jälkeen. Näin ollen sen asettaminen palvelun etukäteisehdoksi on ongelmallista ja mahdollisesti eriarvoistavaa. Jos tieto ammatillisesta kuntoutuksesta ja ammatillisen kuntoutuksen palveluista on vähäistä, voi ”valmista” kuntoutusmotivaatiota tuskin olettaa. Miten ja miksi tahtoa jotain, mistä ei tiedä mitään? Sama koskee työtä ja opiskelua koskevaa halua: ei ole helppoa synnyttää ja ylläpitää tätä halua ja orientaatiota esimerkiksi tilanteessa, jossa on pitkään elänyt työelämän marginaalissa. Osallisuus työelämässä on jotain, jota ei välttämättä edes osaa ajatella itselle mahdolliseksi.

Ammatillisen kuntoutusselvityksen tarkoitukseen ja tavoitteisiin voi liittyä epäselvyyttä ja tiedon puutetta. Potentiaalisella osallistujalla olisi hyvä olla jo ohjautumisvaiheessa mahdollisuus käsitellä mahdollisia epäilyksiään, hakea kaipaamaansa vahvistusta ja kaikkiaan saada tarpeeksi tietoa siten, että hän voi tehdä siihen pohjautuvia valintoja. Kyse on osallisuuden problematiikasta; ymmärrettävän tiedon välittäminen voidaan nähdä henkilökeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden olennaisena elementtinä (esim. Leplege ym. 2007). Härkäpää ym. (2011, 7) toteavat, että mahdollisuuksien luominen asiakkaan toimijuudelle ja osallisuudelle edellyttää läpinäkyvyyttä toiminnassa ja toimintajärjestelmässä. Monimutkainen järjestelmä voi heikentää jo rakenteidensa vuoksi palvelun käyttäjän toimintamahdollisuuksia – sisääntuloväyliä voi olla vaikea löytää, kuntoutustarpeen kriteerit vaihtelevat ja prosessin vastuuhenkilö

puuttuu (Härkäpää ym. 2011, 7). Tämän tutkimuksen valossa olennaiselta näyttääkin tilan raivaaminen avoimelle dialogille jo palveluun ohjautumisvaiheessa. Tämä edellyttää potentiaaliselta kuntoutusaloitteen tekijältä sekä ammatillisen kuntoutuksen palveluiden että henkilön tilanteen tuntemusta. Juvonen-Posti ja Pensola (2016) näkevätkin kuntoutuksessa tarvittavan vakiintuneita toimintamalleja, joiden avulla voidaan varmistaa, että eri alojen ammattilaiset tunnistavat asiakkaittensa kuntoutumistarpeet ja että heillä on riittävät tiedot ja taidot ohjata asiakas palveluihin.

Ammatillisen kuntoutuspalveluksen tarkoitus, tavoitteet ja päämäärä olisi hyvä avata siten, että prosessi olisi siihen osallistuvalla mahdollisimman läpinäkyvä eikä hämartyisi vieraan hallinnollisen kielen takia. Tämä mahdollistaisi osallistujan omien odotusten, toiveiden ja pelkojenkin peilaamisen siihen, mitä ammatillinen kuntoutuspalvelus voi tarjota ja mitä taas ei. Tämä orientoisi palveluun ja voisi vahvistaa myös sen hyötyjä. Samalla pettymysten ja palvelun keskeyttämisten riski saattaisi vähentyä. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen voidaan joissain tapauksissa ohjautua esimerkiksi sillä oletuksella, että palvelun tavoitteena on terveydentilan selvittäminen tai lääketieteellinen hoito, tai että osallistuminen takaa työkyvyttömyyseläkehakemuksen läpimenoa.

### 11.7 Palvelun subjektiivisten vaikutusten arvon tunnistaminen

Ylilahden (2014) mukaan kuntoutuksessa on eräs mielenkiintoinen piirre – nimittäin se, että se vaikuttaa kuntoutustyöntekijöiden mukaan ylipäätään ihmisiä aktiivisesti, vaikka varsinaiset kuntoutuksen kannalta mielekkäät vaikutukset voivat olla epämääräisiä tai hankalasti paikannettavia. Myös tässä tutkimuksessa kävi ilmi se, että vaikka esimerkiksi GAS-menetelmällä hahmoteltuja tavoitteita ei olisi juuri sillä hetkellä saavutettu puhumattakaan työmarkkinoille palaamisesta tai siirtymisestä, ei tämä tarkoita sitä, etteikö palvelulla olisi ollut vaikutuksia. Kiinnostavaksi muodostuukin sen jäljittäminen, mitkä ammatillisen kuntoutuspalvelusprosessin elementit Ylilahdenkin mainitsemaa aktivointia edistävät. Näyttää siltä, että toimiva ja kannustava vuorovaikutus kuntoutusyksikössä sekä hedelmälliset keskustelut kuntoutusyksikön työntekijöiden kanssa ovat keskeisiä. Erilaisissa kohtaamisissa voidaan yhdessä rakentaa uskoa ihmisen omiin vaikutusmahdollisuuksiin ja muutoksen mahdollisuuteen, tukea itsetunnon ja -varmuuden kasvua ja rajoitteiden kanssa elämistä. Palveluun osallistuminen jo itsessään saattaa toimia tarpeellisenä ja kaivattuna ”tarkistuspisteenä” ja synnyttää tunteen siitä, että joskus varsin pitkäänkin selvittämättä olleet asiat lähtevät aukeamaan. Tämän kaltaiset palveluprosessin elementit eivät helposti käänny formaaleiksi tavoitteiksi, joiden toteutumista voitaisiin numeerisesti arvioida. Joissain tapauksissa olennaisinta saattaakin olla se, miten orastavaa tunnetta positiivisen muutoksen mahdollisuudesta ruokitaan ja tuetaan sekä kuntoutuspalveluksen kuluessa että sen jälkeen.

Jos ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa keskitytään ainoastaan formaaleiden tavoitteiden saavuttamiseen, ei kuntoutuksen subjektiivista



vaikuttavuutta välttämättä tavoiteta. Kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuuden arviointi ja seuranta on asetettu erääksi kuntoutusjärjestelmän uudistamisen tavoitteeksi (STM 2017). Myös Kelan kuntoutuksen kehittämissuunnitelmassa (Kela 2015d) todetaan, että eräs Kelan kuntoutuksen haasteista on kuntoutuksen vaikuttavuuden parantaminen. Autti-Rämön ja Salmisen (2016, 16) mukaan se, miten toimenpiteiden vaikuttavuutta mitataan, vaikuttaa puolestaan siihen, miten kuntoutus järjestetään ja millaiset resurssit sille annetaan. Jos toimintaa arvioidaan väärillä mittareilla ja menetelmillä, myös niiden pohjalta tehdyt johtopäätökset ovat väärä (Autti-Rämö ja Salminen 2016, 16). Voidaankin pohtia, miten esimerkiksi GAS-menetelmä kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin välineenä suhteutuu nimenomaan *ammattillisen* kuntoutuksen tavoitteisiin. Samalla voidaan puntaroida, missä määrin ammatillisessa kuntoutus selvityksessä käytetyt menetelmät ohjaavat asettamaan juuri tietynlaisia ja tietynlaisella aikajänteellä arvioitavia tavoitteita ja tekemään tietynlaisia ammatillisia suunnitelmia.

Ammatillisen kuntoutuksen taustalla on myös erilaisia työelämään, työntekoon ja yleisesti erilaisiin elämänmuotoihin liitettäviä yhteiskunnallisia arvoja ja määreitä. Ne vaikuttavat osaltaan siihen, mihin ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteillä pyritään, millaisia tavoitteita niissä asetetaan ja miten niiden vaikuttavuutta arvioidaan. Björklund (2008, 363) kirjoittaa kannustamisen ideaalista. Hänen mukaansa ideaalilla on tavoiteltu sitä, että mahdollisimman monesta kansalaisesta tulisi työllinen ja tuottava yhteiskunnan jäsen. Nyky-yhteiskunnassa tämä voidaan kuitenkin tulkita tarpeettoman kapea-alaisesti koskemaan ainoastaan palkkatyön tekemistä ja työmarkkinoille osallistumista. Björklund (2008, 363) toteaa, että jos palkkatyön rinnalla ajatellaan olevan muitakin hyväksyttäviä toimeliaisuuden muotoja, työllistämisen etiikka laajenee kysymykseksi siitä, mikä on yhteiskunnassa hyväksyttävä tapa hankkia toimeentulonsa ja mikä on tavoiteltava elämänmuoto. Myös Saikku ja Kokko (2012, 14) pohtivat, onko palkkatyön oltava kuntoutuksen ainoa tavoite vai voiko mahdollisuus omanlaiseensa hyvään elämään ja toimeliaisuuteen olla myös arvokasta ja tavoiteltavaa. He myös esittävät kysymyksen siitä, miten tämän kaltaista näkökulmaa voisi vahvistaa kuntoutuksessa esimerkiksi silloin, kun työllistymiseen ei ole realistisia mahdollisuuksia. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä ja niiden vaikuttavuuden kriteerejä olisikin hyvä tarkastella ihmisten toimintaa rajoittavia ehtoja vasten. Kuntoutuksella voidaan tukea ihmisten toimijuutta, mutta työmarkkinoiden rakenteeseen ja kysynnän lisäämiseen voidaan kuntoutuksen keinoin vaikuttaa vain vähän (Saikku ja Kokko 2012, 14). Näiden ehtojen tunnistaminen voisi raivata tilaa myös muunlaisten toimeliaisuuden muotojen tukemiselle. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että monet ammatillisen kuntoutus selvityksen onnistumista ja vaikutuksia koskevat arviot olivat sitä parempia, mitä parempi työkyky henkilöllä oli jo palveluun ohjautuessaan. Tässä mielessä olisi olennaista pohtia, miten palvelu saataisiin vastaamaan myös työkyvyltään ja muilta resursseiltaan heikommassa asemassa olevien tarpeisiin. Yksi väylä tähän voisi olla työn tekemisen mallien ja elämänmuotojen

moninaistumisen paremmin tunnistava käsitys työelämäosallisuudesta ja työn subjektiivisten merkitysten kirjosta.

Kaikkiaan tämän tutkimuksen tulokset haastavat kiinnittämään ammatillisen kuntoutuspalvelun kehittämisessä huomiota erityisesti seuraaviin kysymyksiin: Miten voitaisiin varmistaa, että ammatillinen kuntoutuspalvelu on helposti lähestyttävä palvelu, josta kuntoutujat saavat ymmärrettävää tietoa etukäteen? Miten palvelu saataisiin vastaamaan joustavasti kuntoutujien erilaisiin tarpeisiin ja tilanteisiin siten, että se koettaisiin henkilökohtaisesti merkitykselliseksi? Entä miten voitaisiin varmistaa organisaatorajat ylittävä tuki (palveluketjun jatkuvuus) ammatillisen kuntoutuspalvelun jälkeen siten, että palvelu kannattelisi ja tuottaisi positiivisia vaikutuksia myös pitkällä aikajänteellä? Viimeinen kysymys on erityisen olennainen siksi, että monet palveluun osallistuvat elävät varsin haasteellisissa työ- ja elämäntilanteissa, jolloin tuen saamisen ei tulisi olla riippuvaista henkilön omasta aktiivisuudesta.

## Lähteet

Alanko T, Karhula M, Piirainen A, Kröger T, Nikander R. Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti. Helsinki: Kela, Työpapereita 113, 2017.

Autti-Rämö I, Salminen A-L. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 14–19.

Ayres L, Kavanaugh K, Knafelz KA. Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis. *Qualitative Health Research* 2003; 13 (6): 871–883.

Björklund L. [Kannustaminen ja moraali. Kannustamisen idea suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa 1990-luvulta alkaen](#). Helsinki: Helsingin yliopisto, 2008. Viitattu 1.12.2017.

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3 (2): 77–101.

Creswell J, Plano Clark V. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2006.

Creswell J, Plano Clark V, Gutmann M, Hanson W. Advanced mixed methods research designs. Julkaisussa: Tashakkori A, Teddlie C, toim. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003: 209–240.

Danermark B, Ekstrom M, Jakobsen L, Karlsson JC. *Explaining society. An introduction to critical realism in the social sciences*. London: Routledge, 2002.

Entwistle V, Watt S. Treating patients as persons. A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics* 2013; 13 (8): 29–39.

Fetters M, Curry L, Creswell J. Achieving integration in mixed methods designs. Principles and practices. *Health Services Research* 2013; 48: 2134–2156.

[Findikaattori 2017](#). Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 1.12.2017.

Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. [Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia](#). Helsinki: Eläketurvakeskus, 2006. Viitattu 1.12.2017.

Gould R, Härköpää K, Järvisalo A, toim. [Toimiiko työeläkekuntoutus?](#) Helsinki: Eläketurvakeskus, 2012. Viitattu 1.12.2017.

Guba E. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology* 1981; 29 (2): 75–91.

Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. Julkaisussa: Denzin N, Lincoln Y, toim. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994: 99–117.

Günther K, Raitakari S, Juhila K, Kulmala A. Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskursseilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus, 2013. [Vanhentunut linkki poistettu 15.10.2020].

Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistus. Ihanteet, toimeenpano ja harkintavalta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 12, 2018.

Härkäpää K. [Asiakkaan toimijuus ja osallisuus kuntoutuksessa. Avauspuheenvuoro. Asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden tukeminen](#). Lapin yliopisto 20.–21.4.2015. Viitattu 1.12.2017.

Härkäpää K, Lindh J, Suikkanen A. Johdanto. Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A, toim. *Kuntoutus muutoksessa*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 2011.

Härkäpää K, Harkko J, Lehikoinen T. [Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 128, 2013. Viitattu 1.12.2017.

Härkäpää K, Järvikoski A, Gould R. Motivational orientation of people participating in vocational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2014; 24: 658–669.

Jakobsson B. [Co-operation in vocational rehabilitation. Methods in multiprofessional cross-sector group meetings and effects on employment](#). Stockholm: Karolinska institutet, 2008. Viitattu 1.12.2017.

Jeglinsky I, Karhula M, Autti-Rämö I. Kuntoutusprosessi kuntoutujan arvioimana. *Kuntoutus* 2013; 36 (4): 37–42.

Jensen D. Transferability. Julkaisussa: Given L, toim. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2008: 886.

Jesus T, Bright F, Kayes N, Cott C. Person-centred rehabilitation. What exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open* 2016; 6 (7): e011959.

Johnson R, Onwuegbuzie A. Mixed methods research. A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 2004; 33 (7): 14–26.

Julkunen R. Sosiaalipolitiikan kansalainen. Aktivoitu, valtaistettu, vastuutettu, hylätty? Julkaisussa: Niemi P, Kotiranta T, toim. Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki: Helsinki University Press, 2008: 183–220.

Julnes G, Mark M. Evaluation as sensemaking. Knowledge construction in a realist world. *New Directions for Evaluation* 1998; 1998 (78): 33–52.

Juvonen-Posti P, Pensola T. [Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Ammatillisen kuntoutuksen työnjako](#). Helsinki: Työterveyslaitos, 2016. Viitattu 1.12.2017.

Juvonen-Posti P, Lamminpää A, Rajavaara M, Suoyrjö H, Tötterman P. Työikäisten kuntoutumisen monialainen järjestelmä. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 160–175.

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

Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001a: 52–62.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve. Kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001b: 30–41.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY, 2004.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOYpro, 2011.

Karisto A. Satumaa. Suomalaiseläkeläiset Espanjan aurinkorannikolla. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 2004.

Karisto A, Seppälä U. Maukas gradu. Valmistusvihjeitä tutkielman tekijöille. Tampere: Vastapaino, 2004.

Kela. Kelan järjestämä ammatillinen kuntoutus. Helsinki: Kela, 2011. [Vanhentunut linkki poistettu 15.10.2020.]

Kela. GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. [Vanhentunut linkki poistettu 15.10.2020.]

Kela. [Ammatilliset kuntoutuspalvelut](#). Päivitetty 30.12.2014a. Viitattu 1.12.2017.

Kela. [Ammatilliseen kuntoutukseen pääsy aiempaa helpompaa](#). Päivitetty 27.1.2014b. Viitattu 1.12.2017.

Kela. [Muutos-hanke/ Ammatillisen kuntoutuksen lainmuutoksen ja ammatillisen kuntoutusselvityksen osatutkimus. Alustava tutkimussuunnitelma](#). Helsinki: Kela, 2015a. Viitattu 20.10.2017.

Kela. Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillinen kuntoutus selvitys. Voimassa 1.1.2015 alkaen. Helsinki: Kela, 2015b. [Vanhentunut linkki poistettu 15.10.2020.]

Kela. [Ammatilliseen kuntoutukseen muutoksia](#). Päivitetty 18.5.2015c. Viitattu 1.12.2017.

Kela. [Kuntoutus – tie parempaan elämään. Kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015](#). Helsinki: Kela, 2015d. Viitattu 1.12.2017.

Kela. Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa. Voimassa 1.1.2016 alkaen. Helsinki: Kela, 2016. [Vanhentunut linkki poistettu 15.10.2020.]

Kela. Ammatillinen kuntoutus. Etuusohjeet. 1.10.2017. Helsinki: Kela, 2017. [Vanhentunut linkki poistettu 15.10.2020.]

Kela. [Tilastotietokanta Kelasto. Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset](#). Viitattu 16.3.2018.

Krippendorff K. Content analysis. An introduction to its methodology. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

Kvale S. InterViews. An introduction to qualitative research interviewing. London: Sage, 1996.

L 1233/2014. Laki kansaneläkelain 13 §:n muuttamisesta.

Laitila M. [Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa.](#) Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Dissertations in Health Sciences 31, 2010. Viitattu 1.12.2017.

Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefece C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness. Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation* 2007; 29: 1555–1565.

Levack W, Dean S, Siegert R, McPherson K. Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation. The need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation* 2006; 28 (12): 741–749.

Lindh J. Ammatillisen kuntoutussuunnittelun vuorovaikutteisuuden ja toteutumisen haasteet. *Kuntoutus* 2007 (4): 3–26.

Lindh J. [Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkoston rakentamiseen.](#) Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 126, 2013. Viitattu 1.12.2017.

Lindqvist T. Realistisen arvioinnin lähtökohdat. Johdatus tapauskohtaiseen ja realistiseen arviointiin. Julkaisussa: Julkunen I, Lindqvist T, Kainulainen S, toim. Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. Helsinki: Stakes, FinSoc työpapereita 3, 2005.

Maxwell J, Mittapalli K. Realism as a stance for mixed methods research. Julkaisussa: Tashakkori A, Teddlie C, toim. SAGE handbook of mixed methods in social and behavioral research. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010: 145–168.

Miettinen S. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. *Kuntoutus* 2011; 34 (3): 40–44.

Moran-Ellis J, Alexander V, Cronin A ym. Triangulation and integration. Processes, claims and implications. *Qualitative Research* 2006; 6 (1): 45–59.

Niemi P. The professional form of recognition in social work. *Studies in Social and Political Thought* 2015; 25: 174–190.

Onwuegbuzie A, Johnson R. The validity issues in mixed research. *Research in the Schools* 2006; 13 (1): 48–63.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I, toim. [Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa.](#) Helsinki: Kela, 2011. Viitattu 1.12.2017.

Patton M. Utilization-focused evaluation. The new century text. Third edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.

Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. London: Sage, 1997.

Peltomaa M. [Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana](#). Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2005. Viitattu 1.12.2017.

Pohjola A. Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämänkulku toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 5, 1994.

Rajavaara M. Realistisen arviointiotteen mahdollisuudet. Julkaisussa: Järvikoski A, Härkäpää K, Nouko-Juvonen S, toim. Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 69, 2001: 54–68.

Rajavaara M. [Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 69, 2006. Viitattu 1.12.2017.

Rajavaara M, Lehto J. Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Julkaisussa: Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M, toim. [Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?](#) Helsinki: Kela, Teemakirja 11, 2013: 6–17. Viitattu 1.12.2017.

Ronkainen S. [Vanhaa, uutta, sinistä, lainattua. Monimenetelmällinen tutkimus](#). Esitys Metodifestivaalilla 2009. Jyväskylä: Metodifestarit, 2009. Viitattu 1.12.2017.

Rostila I. Realistinen arviointitutkimus toimintamallin kehittämistyössä. Julkaisussa: Järvikoski A, Härkäpää K, Nouko-Juvonen S, toim. Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 69, 2001: 35–53.

Saikku P, Kokko R-L. Kuntoutuksen käytännöt Paltamon työkokeilussa. Toimijuuden tukeminen ammatillisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. Kuntoutus 2012; 35 (4): 5–16.

Sandelowski M. One is the liveliest number. The case orientation of qualitative research. Research in Nursing and Health 1996; 19: 525–529.

Seppänen-Järvelä R. [Implementaatiotutkimusta tarvitaan – taas!](#) Kelan tutkimusblogi 28.11.2016. Viitattu 1.12.2017.

Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P ym. [Yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja kuntoutumisen polulla. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen tapaustutkimus](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 141, 2015. Viitattu 1.12.2017.



[Sosiaaliturvaopas](#). Järjestöjen sosiaaliturvaopas 2017. Viitattu 1.12.2017.

STM. [Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus](#). Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 18, 2015. Viitattu 1.12.2017.

STM. [Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi](#). Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 41, 2017. Viitattu 1.12.2017.

Suikkanen A, Lindh J. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista kohti kehittävää arviointia. Julkaisussa: Järvikoski A, Härkäpää K, Nouko-Juvonen S, toim. Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 69, 2001: 11–27.

Suikkanen A, Lindh J. Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. Kuntoutus 2010; 33 (2): 53–62.

Suikkanen A, Lindh J, Linnakangas R. Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998–2006. Kuntoutus 2010; 33 (4): 21–37.

Tashakkori A, Teddlie C. Quality of inferences in mixed methods research. Julkaisussa: Berman M, toim. Advances in mixed methods research. Theories and application. London: Sage, 2008: 101–119.

Tilastokeskus. Kelan eläkkeet. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2017a.

Tilastokeskus. [Käsitteet – pitkäaikaistyötön](#). Helsinki: Tilastokeskus, 2017b. Viitattu 1.12.2017.

[Toimia-tietokanta. Työkyypistemäärä](#). Helsinki: THL. Päivitetty 19.3.2017. Viitattu 1.12.2017.

Tracy S. Qualitative research methods. Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2012.

Unkila K. [Voimaantumisen ammatillisessa kuntoutuksessa. Vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien kuntoutujien kertomuksia ammatilliselta kuntoutuskurssilta](#). Tampere: Tampereen yliopisto, 2015. Viitattu 1.12.2017.

Vepsäläinen M. [Ammatillisen kuntoutuksen 1.1.2015 voimaan tulevien uusien standardien sisällön koulutus. Ammatillinen kuntoutuslainsäädäntö](#). Helsinki: Kela. Päivitetty 5.12.2014. Viitattu 1.12.2017.

Vilkkumaa I. [Asiakaskeskeisyyden rajat kuntoutuksessa](#). Helsinki: Kuntoutusportti. Päivitetty 7.3.2012. Viitattu 1.12.2017.

Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P, Suokas M. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes, Tekesin katsaus 281, 2011.

Yin R. Case study research. Design and methods. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

Yin R. Analytic Generalization. Julkaisussa: Mills A, Durepos G, Wiebe E, toim. Encyclopedia of case study research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010: 21–23.

Ylilahti M. Työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen monenkirjava anti. Kuntoutus 2014; 37 (1): 23–34.

Ylisassi H, Rajavaara M, Seppänen-Järvelä R. Työn muutokset ja työkykykäsitykset kuntoutuksen lähtökohtina. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 153–159.

## Liiteluettelo

**Liite 1.** Kyselylomake, kuntoutujat

**Liite 2.** Haastattelukutsu, kuntoutujat

**Liite 3.** Suostumuslomake, kuntoutujat

**Liite 4.** Haastattelurunko, kuntoutujat

**Liite 5.** Haastattelukutsu ja tiedote, omaohjaajat ja lähettävät tahot

**Liite 6.** Haastattelurunko, omaohjaajat

**Liite 7.** Haastattelurunko, lähettävät tahot

Liitteet ovat tämän julkaisun [sähköisen version](https://helda.helsinki.fi) (helda.helsinki.fi) yhteydessä.

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 153 Appelqvist-Schmidlechner K, Lämsä R, Tuulio-Henriksson A.** Oma väylä. Kelan neuropsykiatrisen kuntoutuksen soveltuvuus, hyödyt ja koettu vaikuttavuus. 2018. ISBN 978-952-284-050-9 (nid.), ISBN 978-952-284-051-6 (pdf).
- 152 Mattila-Holappa P.** Mental health and labour market participation among young adults. 2018. ISBN 978-952-284-044-8 (nid.), 978-952-284-045-5 (pdf).
- 151 Pasternack I, Fogelholm C, Koskinen E.** Selkäydinvammapotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuus. 2018. ISBN 978-952-284-042-4 (nid.), 978-952-284-043-1 (pdf).
- 150 Koskinen H.** Pharmaceutical expenditures, the reference price system and competition in the pharmaceutical market. A register study. 2018. ISBN 978-952-284-039-4 (nid.), 978-952-284-040-0 (pdf).
- 149 Tervola J.** Supporting gender equality and integration. Immigrant families' child care choices in the Nordic policy context. 2018. ISBN 978-952-284-035-6 (nid.), 978-952-284-036-3 (pdf).
- 148 Pekola P.** The effects of competition and regulation on quality in physiotherapy. 2018. ISBN 978-952-284-033-2 (nid.), 978-952-284-034-9 (pdf).
- 147 Romakkaniemi M, Lindh J, Laitinen M.** Nuorten aikuisten osallisuus ja sosiaalinen kuntoutus Lapissa. 2018. ISBN 978-952-284-031-8 (nid.), ISBN 978-952-284-032-5 (pdf).
- 146 Aaltonen K.** Affordability of medicines from the pharmaceutical system perspective. Comparative analysis of Finland and New Zealand. 2017. ISBN 978-952-284-019-6 (nid.), 978-952-284-020-2 (pdf).
- 145 Rintala A, Hakala S, Sjögren T, toim.** Etäteknologian vaikuttavuus liikunnallisessa kuntoutuksessa. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. 2017. ISBN 978-952-284-017-2 (nid.), 978-952-284-018-9 (pdf).
- 144 Harkko J, Lehikoinen T, Lehto S, Ala-Kauhaluoma M.** Onko osa nuorista vaarassa syrjäytyä pysyvästi? Nuorten syrjäytymisriskit ja aikuisuuteen siirtymistä tukeva palvelujärjestelmä. 2016. ISBN 978-952-284-009-7 (nid.), 978-952-284-010-3 (pdf).





Kelan järjestämä ammatillinen kuntoutus selvitys yhdistää kuntoutustarveselvityksen ja kuntoutustutkimuksen, jotka olivat aiemmin erillisiä palveluita. Tässä monimenetelmällisessä tutkimuksessa tarkastellaan uuteen palveluun ohjautumista, palvelun ajoitusta ja koettua toimivuutta.

Aineiston perusteella kuntoutujat osallistuvat ammatilliseen kuntoutus selvitykseen suhteellisen harvoin omasta aloitteestaan, ja heidän tietämyksensä palvelusta saattaa olla vähäistä. Palvelun oikea-aikaisuus on moniulotteinen tilanteinen ilmiö, jonka arvioiminen eri järjestelmissä on haaste. Palvelussa luotujen suunnitelmien tavoitteet toteutuvat vaihtelevasti, ja niiden toteuttaminen saattaa vaatia pitkäkestoista tukea.

Henkilökeskeisyyden näkökulmasta olennaisia ovat palvelun ymmärrettävyys ja tarpeenmukaisuus, kuulluksi tulemisen kokemus sekä palvelu- ja järjestelmärajat ylittävä tuki. Jotta palvelu koetaan toimivaksi, on tärkeää, että ammatillinen kuntoutus selvitys ja siinä tehdyt suunnitelmat eivät ole ainoastaan järjestelmästä lähtöisin ja sitä varten, vaan niillä on merkitystä myös osallistujille.

**KELAN TUTKIMUS**

Puh. 020 634 11  
julkaisut@kela.fi

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)  
[www.fpa.fi/forskning](http://www.fpa.fi/forskning)  
[www.kela.fi/research](http://www.kela.fi/research)

ISBN 978-952-284-054-7 (nid.)  
ISBN 978-952-284-055-4 (pdf)  
ISSN-L 1238-5050  
ISSN 1238-5050 (painettu)  
ISSN 2323-7724 (verkkojulkaisu)

