

Antti Murtonen

PALJON MUUTTUJIA
Työkyky ja sen muutokset Toimintakykykeskusten
asiakkailla

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro Gradu -tutkielma
Toukokuu 2020

TIIVISTELMÄ

Antti Murtonen: Paljon muuttujia – Työkyky ja sen muutokset Toimintakykykeskusten asiakkailla
Pro Gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden maisterin tutkinto: sosiaalityö
Toukokuu 2020

Tässä Pro Gradu -tutkielmassa olen kartoittanut Pirkanmaan ja Etelä-pohjanmaan sairaanhoitopiireissä syksyllä 2017 toimintansa aloittaneiden Toimintakykykeskusten (Toike) asiakkaiden työkykyä. Tutkielmani empiirisessä osiossa olen analysoinut asiakkaiden itsearvioinnin kautta saatua määrällistä aineistoa. Analyysissä olen hakenut vastauksia kysymyksiin, millainen on Toike:n asiakasprofiili ja asiakkaiden lähtötilanne, millaiset tekijät ovat Toike:n asiakkailta yhteydessä koettuun työkykyyn, sekä millaisia muutoksia asiakkaiden tilanteissa on kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen näyttäytynyt.

Toimintakykykeskuksen toimintamalli perustuu matalan kynnyksen asiakkuuteen sekä työkyvyn alenemien varhaiseen havaitsemiseen ja ennaltaehkäisyyn, millä pyritään tarttumaan työkyvyn tuen ja kuntoutuksen toiminta-alueella todettuihin haasteisiin. Palvelukenttä on todettu sirpaleisiksi ja asiakkuuksiin pääsy hankalaksi, minkä vuoksi palveluihin päästessä asiakkaiden vaikeat tilanteet ovat usein pitkälle edenneitä.

Ennen Toike-asiakkaiden kyselyaineiston analyysia olen avannut teoreettisella tasolla työkyvyn ja siihen läheisesti yhteydessä olevan toimintakyvyn käsitteitä. Olen pohjannut aineistoanalyysini aiempaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, joissa työkyky on nähty monialaisena käsitteenä, mitä arvioitaessa on huomioitava ihmisen toimintakyky kokonaisvaltaisesti. Tässä tutkimuksessa työkyvyn nähdään pitävän sisällään ihmisen fyysisen ja psyykkisen voimien ohella hänen päivittäisen suoriutumisen, sosiaalisen elämäntilanteensa, kognitiiviset ominaisuudet ja taidot, sekä käsitys omasta pärjäämisestään.

Näitä tekijöitä Toike:n asiakkaat ovat arvioineet Kykyviisari-itsearviointikyselyn kautta, joka on Työterveyslaitoksen kehittämä laaja työkyvyn arviointikysely. Toike:n asiakkaat ovat täyttäneet Kykyviisari-kyselyn asiakkuuden alkaessa ja kysely on uusittu 6 kuukautta asiakkuuden alkamisen jälkeen. Tutkimuksen aineistona on 465 ensi- ja 123 toistokyselyä.

Tutkimuksen tulosten perusteella Toimintakykykeskusten asiakkaiden tilanne on asiakkuuteen tullessa ollut kokonaisvaltaisesti heikko ja haasteita näyttäytyy sekä fyysisellä, psyykkisellä, että sosiaalisella osa-alueella. Näin ollen Toike-hanke ei näytä kohdentuneen alkuperäisen suunnitelman mukaiseen varhaiseen tukeen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn. Tutkimukseen osallistuneilla Toimintakykykeskusten asiakkailta koettu työkyky on yhteydessä laajasti eri toimintakyvyn osa-alueisiin, kuten psyykkiseen vointiin, sosiaaliseen osallisuuteen, päivittäiseen suoriutumiseen, sekä kognitiivisiin ominaisuuksiin ja taitoihin. Myös asiakkaan tulevaisuususkot, käsitys omista työllistymismahdollisuuksista, sekä taloudellinen tilanne ovat yhteydessä koettuun työkykyyn. Tulokset tukevat näkemystä, jonka mukaan työkyvyn arviointi ja siihen liittyvät selvittelyt, sekä työkykyä tukevat palvelut tulisivat olla monialaisia ja ihmisen toimintakyvyn kokonaisvaltaisesti huomioivia

Tutkimuksessa havaittiin, että seuranta-ajan jälkeen Toike:n asiakkaiden tilanteissa oli havaittavissa hienoista positiivista muutosta. Eri muuttujien muutokset olivat pistemääräisesti kohtalaisen pieniä, mutta muutossuunta oli suurimmalla osalla vastaajista positiivinen. Toike:ssa toteutettuja toimenpiteitä tarkasteltaessa huomattiin, että psykologin mini-interventioihin osallistuminen oli vahvasti yhteydessä positiivisiin työ- ja toimintakyvyn muutoksiin. Tulokset antavat viitteitä siitä, että Toimintakykykeskuksen suhteellisen kevyen ja matalan kynnyksen palvelun kautta voidaan saavuttaa myönteisiä vaikutuksia työkyvyn haasteista kärsivien ihmisten tilanteissa. Lisäksi psykologin mini-interventioiden yhteys positiivisiin muutoksiin antaa ymmärtää, että matalan kynnyksen psyykkisen tuen palveluilla voitaisiin saavuttaa työkyvyn kannalta merkittäviä tuloksia.

Avainsanat: Työkyky, toimintakyky, osatyökykyisyys, kuntoutus, työkyvyn arviointi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Antti Murtonen: The work ability and it's changes on the clients of Toimintakykeskus
Master's Thesis, 98 pages, 15 appendix pages
University of Tampere
Faculty of Social Sciences, Social Work
Supervisors: Johanna Hiitola, Timo Harrikari
April 2020

In this master's thesis I have examined the work ability of the clients of Toimintakykeskus (Centre of functioning), that have started their operation in the fall of 2017. In the analysis section of this thesis I have used quantitative data from Kykyviisari-self evaluation questionnaire to examine the work ability and functioning of the clients of the Toimintakykeskus, the different factors that are connected to the self evaluated work ability and the changes in these factors after the clency at Toimintakykeskus.

The work model of Toimintakykeskus is based on low-threshold service and early detection and support of the clients with lowered work ability. The challenges that have been noticed in the area of work ability and vocational rehabilitation have been the difficulty of getting into the services of work ability support. Often this leads to a situation where a client's problems on the area of work ability and functioning are severe and comprise a broad range of areas.

Before analysing the data form Kykyviisari-questionnaire I have covered the concept of work ability theoretically. I have based my analysis to the earlier researches and literature, which see the work ability as a holistic concept covering person's physical and mental well-being, social environment, daily functioning, ability to perform tasks or applying knowledge etc.

The clients of Toimintakykeskus have evaluated these factors through Kykyviisari-questionnaire, which is a self-evaluation covering several areas of functioning. The questionnaire has been developed by Finnish Institute of Occupational Health. Clients of Toimintakykeskus have filled the questionnaire at the start of clency and again after 6 months. The data comprises of 465 questionnaires from the start of clency and 123 re-evaluations.

The results indicate that the situation of the clients of Toimintakykeskus has been difficult in several areas and mostly the clients have evaluated their work ability and functioning as low. It seems that the original model of early detection and support in Toimintakykeskus has not actualised and most of the clients are having severe problems in the physical, mental and social area of functioning.

According to results, the self-assessed work ability is connected with the different factors of physican and mental well-being, daily functioning, social support and status, cognitive skills and functioning and the clients' perception of their own abilities.

After six months of the start of clientship, some positive changes can be seen in the different areas of work ability and functioning of the clients. The changes in the means of the scores could be seen as modest, but the orientation of the change was positive with the majority of the clients. When examining the changes with the different procedures of Toimintakykeskus, it was apparent that the participation in the psychologist's mini-intervention was strongly connected with improved scores of work ability and functioning.

Keywords: work ability, functioning, work ability evaluation, rehabilitation

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	8
2 OSATYÖKYKYISYYS JA KUNTOUTUKSEN PALVELUKENTTÄ	11
2.1 OSATYÖKYKYISYYS ILMIÖNÄ	11
2.2 OSATYÖKYKYISET TYÖTTÖMÄT	13
2.3 KUNTOUTUS TYÖKYVYN TUKENA	17
2.4 TYÖKYVYN PALVELUKENTTÄ	22
2.5 TOIMINTAKYKYKESKUS-HANKE	29
3 TYÖKYKY KÄSITTEENÄ	32
3.1 TYÖKYVYN ARVIOINTI	36
3.2 TYÖKYKYYN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT	39
4 TUTKIMUSASETELMA	43
4.1 TUTKIMUSKYSYMYKSET	43
4.2 KYKYIISARI MITTARINA TYÖKYVYN ARVIOINNISSA	44
4.3 TUTKIMUSEETTISET KYSYMYKSET	45
4.4 ANALYYSIN KULKU JA MENETELMÄT	47
5 MUUTTUJIEN KUVAILU	51
5.1 TAUSTAMUUTTUJAT: IKÄ, SUKUPUOLI, KOULUTUS, TYÖELÄMÄ	51
5.2 PÄÄMUUTTUJAT: TYÖKYKY, TERVEYDENTILA, SUORIUTUMINEN	54
5.3 SUMMAMUUTTUJAT: OSALLISUUS, PSYKKINEN VOINTI, OSAAMINEN	61
5.4 MUITA KESKEISIÄ MUUTTUJIA	64
6 TYÖKYVYN YHTEYDET JA MUUTOKSET	68
6.1 TYÖKYVYN JA MUIDEN MUUTTUJIEN VÄLISET YHTEYDET	68
6.1.1 TYÖKYKY VS. MUUT PÄÄMUUTTUJAT	68
6.1.2 TYÖKYKY VS. SUMMAMUUTTUJAT	69
6.1.3 TYÖKYKY VS. MUUT KESKEISET MUUTTUJAT	70
6.2 SEURANTA-AIKANA TAPAHTUNEET MUUTOKSET	72
6.2.1 PÄÄMUUTTUJIEN MUUTOKSET	73
6.2.2 PÄÄMUUTTUJIEN MUUTOSSUUNNAT	75

6.2.3 MUIDEN MUUTTUJIEN MUUTOKSET	79
6.2.4 PSYKOLOGIN KÄYNTIEN YHTEYDET MUUTTUJIEN MUUTOKSIIN	79
7. TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	83
7.1 TOIMINTAKYKYKESKUSTEN ASIAKASPROFIILI	83
7.2 TOIKE-ASIAKKUUTEEN OHJAUTUMISEN OIKEA-AIKAISUUS	84
7.3 TYÖKYKYYN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT	86
7.4 TYÖ JA TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET TOIKE-ASIAKKUUDEN AIKANA	86
8 LOPUKSI	89
8.1 TUTKIMUKSEN HAASTEET JA JATKOTUTKIMUKSEN TARVE	89
8.2 POHDINTA	90
LÄHTEET	92
LIITE: KYKYVIISARI – KYSELYLOMAKE	99

KUVAT

Kuva 1. Työkyvyn arvioinnin ja tukemisen prosessi palveluketjuna	16
Kuva 2. Työelämän tuen palvelupolku. Polku työelämään -verkkosivusto	21
Kuva 3. Työkyvyn ulottuvuudet ”Työkyvyn talo” -mallissa	34

TAULUKOT

Taulukko 1. Vastaajien ikä sukupuolittain jaettuna	51
Taulukko 2. Vastaajien ikäluokat	52
Taulukko 3. Asiakkaiden koulutustaso	53
Taulukko 4. PSHP:n Toimintakykykeskuksen asiakkaiden työelämästatus	53
Taulukko 5. Päämuuttujien tunnusluvut sukupuolten mukaan jaoteltuna	55
Taulukko 6. Päämuuttujat eri koulutustasojen mukaan jaoteltuna	56
Taulukko 8. Työkyky pisteet (0-10), luokiteltu	58
Taulukko 9. Terveystila, luokiteltu	59
Taulukko 10. Päivittäinen suoriutuminen (0-10), luokiteltu	59
Taulukko 11. Summamuuttujien tiedot	62
Taulukko 12. Summamuuttujien tunnusluvut sukupuolten mukaan jaoteltuna	63
Taulukko 13. Oppimisen, keskittymisen tai hahmottamisen vaikeus	64
Taulukko 14. Fyysinen kunto, luokiteltu	65
Taulukko 15. Kotitalouden tulojen riittävyys, luokiteltu	66
Taulukko 16. Työttömyyden kesto, luokiteltu	66
Taulukko 17. Usko takaisin työelämään pääsemisestä, luokiteltu	67
Taulukko 18. Päämuuttujien ja työkyky pisteiden väliset yhteydet, keskiarvovertailu ja ANOVA	69

Taulukko 19. Koetun työkyvyn ja summamuuttujien väliset yhteydet korrelaatiomatriisina.....	70
Taulukko 20. Koetun työkyvyn ja eri muuttujien väliset yhteydet korrelaatiomatriisina	71
Taulukko 21. Taustamuuttujien jakaumat seurantakyselyyn vastanneilla ja ei-vastanneilla.....	73
Taulukko 22. Päämuuttujien keskiluvut eri kyselykerroilla, kaikki vastaajat.	74
Taulukko 23. Työkykyasteiden muutos vastauskertojen välillä.	75
Taulukko 24. Työkykyasteiden muutos työelämästatuksen mukaan jaoteltuna.	76
Taulukko 25. Koetun terveydentilan muutos sukupuolittain jaettuna.	76
Taulukko 26. Terveydentilan muutos työelämästatuksen mukaan jaettuna.	77
Taulukko 27. Päivittäisen suoriutumisen muutos sukupuolen mukaan jaettuna.	77
Taulukko 28. Päivittäisen suoriutumisen muutos työelämästatuksen mukaan jaettuna.....	78
Taulukko 29. Päämuuttujien muutokset psykologin tavanneilla asiakkaila.	81
Taulukko 30. Päämuuttujien keskiarvojen muutos psykologin tavanneilla Toike-asiakkaila.	82

1 JOHDANTO

Tämä Pro Gradu -tutkielma kertoo työkyvystä, siinä koetuista ongelmista, sen arvioinnista sekä sen tueksi perustetuista palveluista. Keskiössä on Pirkanmaan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä syksyllä 2017 toimintansa aloittaneet Toimintakykykeskukset (Toike), joissa tarjotaan työ- ja toimintakyvyn haasteista kärsiville asiakkaille helposti saatavilla olevaa, varhaiseen puuttumiseen ja matalan kynnyksen asiakkuuteen perustuvaa monialaista työkyvyn tuen palvelua.

Tutkielmani lähtökohtana on Toimintakykykeskusten toimintamallin arvioiminen. Olen lähtenyt purkamaan tavoitetta sekä teoreettisesti aiemman tutkimuksen kautta että empiirisen tutkimuksen ja määrällisen analyysin keinoin. Kartoittamalla kuntoutuksen toiminta-aluetta ja olemassa olevia työkyvyn tuen ja kuntoutuksen palveluita avaan sitä kenttää, jolle Toimintakykykeskus palveluna asettuu. Tutkielmani empiirisessä osiossa olen tarkastellut Toike:n asiakaskuntaa, asiakkaiden kokemusta omasta työ- ja toimintakyvystään ja asiakkuuden aikana näissä tapahtuneita muutoksia. Päästäkseni arvioimaan työkykyä ja sen muutoksia, minun on luonnollisesti täytynyt ensin avata teoreettisella tasolla työkyvyn ja siihen läheisesti yhteydessä olevan toimintakyvyn käsitteitä, jotta voin tutkia, miten niiden sisältöjä ja sitä kautta niissä tapahtuvia muutoksia voidaan todentaa ja tehdä näkyväksi. Tutkimuksessani työkyvyn ja siihen liittyvien tekijöiden kartoittamisessa ja arvioinnissa on välineenä Työterveyslaitoksen kehittämä laaja Kykyviisari-itsearviointikysely.

Erilaiset työkyvyn ongelmat koskettavat suurta osaa väestöstä. Näihin haasteisiin on pyritty pureutumaan jo vuosikymmenten ajan ja varsinkin viime vuosien aikana ilmiötä on pyritty purkamaan laajalla rintamalla erilaisten hankkeiden, lakiuudistusten, palveluiden ja etuuksien avulla. (Oivo & Kerätär 2018, 9.) Työkyvyn alenemisesta kärsivien kohtalona on kuitenkin edelleen usein työelämän ulkopuolelle päätyminen, mistä seurauksena on monesti toimintakyvyn heikkeneminen edelleen (Kerätär 2016, 54–56). Mikäli tilannetta ei saada korjattua, jää työelämän ulkopuolisuus helposti pysyväksi, henkilön hakeutuessa työkyvyttömyyseläkkeelle tai pysyessä tilanteessa epätarkoituksenmukaisesti työttömänä työnhakijana ja työttömyysetuudella (Heikkinen 2015, 182).

Eri tahoilla on todettu, että ongelmiin olisi syytä tarttua yhä laajemmin ennaltaehkäisevästi ja entistä varhaisemmassa vaiheessa. Nykyisessä palvelukentässä kuitenkin näyttää siltä, että erilaisten työkykyyn liittyvien palveluiden piiriin pääseminen on pitkän tien takana ja vaatii asiakkaalta jo valmiiksi tietämystä eri palveluista ja niihin hakeutumisen väylistä. Olemassa oleviin työkyvyn ja

palvelutarpeen arvion palveluihin saapuessa asiakkaiden tilanne onkin usein jo pitkälle edennyt ja ongelmat intensiivistä ja monialaista selvittelyä edellyttäviä. (Haukka-Wacklin 2016, 114.)

Sosiaalityöntekijänä olen työskennellyt erikoissairaanhoidossa kuntoutuksen alueella, psykiatrisen sairaalan osastolla, aikuissosiaalityössä sekä työllisyyspalveluissa. Työssäni on ollut nähtävissä, että yksilöiden työkykyyn liittyvät haasteet kuormittavat palvelujärjestelmää työllisyysdenhoidon lisäksi useilla eri alueilla, kuten terveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa, sekä päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Työkyvyn alenemisen taustalla voi olla useita eri syitä, mutta on huomattavaa, että sairastumisen tai vammautumisen myötä ilmenevät työkyvyn haasteet ja niistä seuraava työelämän ulkopuolelle joutuminen johtaa usein uudenlaisiin ja hyvin moninaisiin haasteisiin ja aiheuttaa yksilölle painetta niin sosiaalisesti, taloudellisesti kuin edelleen terveydentilan alueella. (Heikkinen 2015, 38.)

Työelämäosallisuuden kysymyksiä tarkastellaan usein myös talouden viitekehyksestä, jolloin työkyvyttömyys nähdään julkisen taloudenpidon haasteena. Työelämän ulkopuolella ollessaan ihminen ei tue julkistaloutta verotuloilla, vaan on erilaisten tulonsiirtojen ja etuisuuksien varassa. Tulevina vuosina suurten ikäluokkien poistuessa työelämästä eläkkeelle ja työssä olevien määrän edelleen pienentyessä, nähdään talouden kannalta keskeisenä, että työkäisistä yhä suurempi osa olisi osallisena työelämässä. Tämän vuoksi osatyökykyisten, eli työkyvyn alenemisesta kärsivien, tilanteeseen on pyritty puuttumaan monella eri alueella ja työkyvyn ja -kyvyttömyyden problematiikkaa on pyritty tuomaan yhä näkyvämmäksi osaksi julkista keskustelua. (Lehto 2011, 83–84.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutuksen alueella on tehty työelämää tukevaa työskentelyä ja tutkimusta jo vuosikymmenten ajan. Pyrkimyksenä on ollut kuntoutuksen kokonaisvaltaisen toimintamallin ajaminen eteenpäin yhä laajemmin osaksi terveydenhuoltoa ja myös laajemmin sosiaali- ja terveystaloutta. Eri alueilla tapahtuvan käytännön toiminnan ja laajan tutkimustyön kautta on todettu palvelukentässä tarve varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisyyn perustuvalla, matalan kynnyksen työkykypalvelulle. Toimintakykykeskusten toimintamallia onkin kaavailtu täyttämään palvelukentässä olevaa puutetta ja toiminnan toivotaan muodostuvan kiinteäksi osaksi tulevien sosiaali- ja terveystaloutten kenttää. Toivon myös tämän tutkimuksen tuottavan lisätietoa Toimintakykykeskuksen työskentelymallin arvioimiseksi osana terveydenhuollon palveluita.

Tutkielman aluksi esittelen osatyökykyisyyden ilmiötä ja siihen liittyviä haasteita, sekä kartoitan työkyvyn tuen ja kuntoutuksen alueen olemassa olevaa palvelukenttää. Käyn luvussa tarkemmin läpi

myös Toimintakykykeskuksen palvelumallin. Seuraavassa osiossa tarkastelen aiemman tutkimuksen valossa työkyvyn ja toimintakyvyn käsitteitä ja sisältöjä sekä käyn läpi näiden arviointia ja siihen liittyviä haasteita.

Metodologia-osiossa käyn läpi tutkimusasetelmani ja esittelen tutkimuskysymykseni, sekä käyn läpi analyysimenetelmäni ja analyysini rakenteen. Esittelen myös aineistoni keruuseen käytetyn työ- ja toimintakyvyn itsearviointiin kehitetyn Kykyviisari-mittarin. Tämän jälkeen kuvaan tutkimukseni selitettävät ja selittävät muuttujat ja käyn läpi näiden esiintyvyyttä ja jakaumia aineistossani.

Varsinainen tulososio jakautuu kahteen eri alueeseen, joista ensimmäisessä kartoitan teorian valossa koetun työkyvyn ja muiden tekijöiden välisiä yhteyksiä. Tämän jälkeen analysoin seuranta-aineistoa hyödyntäen Toimintakeskuksen asiakkaaksi tulon myötä tapahtuneita muutoksia asiakkaiden kokonaistilanteissa. Lopuksi teen yhteenvetoa analyysin tuloksista sekä esitän pohdintoja siitä, mitä tuloksista voidaan päätellä Toimintakykykeskus-viitekehyksen ohella lisäksi myös yleisemmin työkyvyn, työkyvyttömyyden ja osatyökykyisyyden kontekstissa.

2 OSATYÖKYKYISYYS JA KUNTOUTUKSEN PALVELUKENTTÄ

Tässä luvussa käyn läpi osatyökykyisyyttä ilmiönä ja sen esiintymistä Suomessa. Koska osatyökykyisten henkilöiden kohtalona on usein päätyä työelämän ulkopuolelle ja koska tutkimuksen kohteena olevien Toimintakykykeskusten asiakaskunnasta suuri osa on työttöminä, on luvun pääpaino työelämän ulkopuolella olevissa osatyökykyisissä. Osatyökykyisyyden ohella kuvaan sitä, miten kuntoutuksen kautta on pyritty työkyvyn alueella koettuihin haasteisiin tarttumaan. Lisäksi käyn läpi erilaisia palveluita, joissa yksilön työ- ja toimintakykyä arvioidaan ja joiden kautta osatyökykyisten toimintakykyä pyritään parantamaan. Tämän luvun tarkoituksena on luoda kontekstia Toimintakykykeskuksen toiminta-alueesta. Luvun lopuksi esittelen Toimintakykykeskuksen toimintamallin.

2.1 OSATYÖKYKYISYYS ILMIÖNÄ

Suomen työikäisestä väestöstä on arviolta 1,9 miljoonalla vähintään yksi pitkäaikainen sairaus tai vamma. Sairaudella tai vammalla on työhön tai työmahdollisuuksiin vaikutusta oman arvionsa mukaan 600 000 henkilöllä, joista työelämässä on 400 000 ja työelämän ulkopuolella 200 000. Vaikka osa työkyvystä säilyisikin, johtaa työkyvyn aleneminen usein työntekijän jäämiseen pois työelämästä. (Ala-Kauhaluoma ym. 2017, 13.) Erilaisten kuntoutusten ja sairausajan etuuksien avulla on pyritty lisäämään työkyvyltään heikentyneiden henkilöiden työllistymisedellytyksiä, mutta tulokset eivät toistaiseksi ole vastanneet ilmiön laajuutta. (Lehto 2011, 83).

Aiemmin erilaisista työkyvyn alenemista kärsiviä henkilöitä on kuvattu nimityksellä vajaakuntoiset, mutta viime vuosina tämä on pitkälti korvautunut osatyökykyiset-käsitteellä. (Järvikoski 2013, 35-36). Vuorelan (2007) mukaan osatyökykyinen on henkilö, jolla on edelleen käytössään osa työkyvystään ja halua tämän hyödyntämiseen työelämässä. Osatyökykyisiä saattavat olla muun muassa pitkäaikaisesti sairastavat, vaikeasta sairaudesta toipuvat, vammaiset tai vammautuneet, sekä esimerkiksi elämänkriisin läpikäyneet. Osatyökykyisellä saattaa olla taustalla pitkittyneitä sairauslomia ja työelämän ulkopuolella olevilla näkymät työelämään paluusta voivat olla heikot. Henkilön työkyky saattaa olla terveydentilan vuoksi alentunut, vaikka hänellä ei olisi mitään lääkärin diagnosoimaa sairautta tai vammaa, eikä hän olisi hakenut mitään sairausajan etuutta. Työelämän ulkopuolella olevalla saattavat alentunut terveydentila ja toimintakyky olla myös työllistymisen esteenä. (Oivo & Kerätär 2018, 20–22.)

Osatyökykyisyys koskettaa monia eri-ikäisiä ja erilaiselta koulutus- ja ammattitaustalta tulevia henkilöitä. Kaiken kaikkiaan osatyökykyiset ovatkin hyvin heterogeeninen ryhmä. Työkyvyn aleneman taustalla olevat syyt saattavat olla hyvin moninaisia ja kietoutua toisiinsa eri tavoin ja yksilön jäljellä oleva työkyky voi vaihdella merkittävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 6.)

Osatyökykyisyys-käsitteen rinnalla on puhuttu myös osatyökyvyttömyydestä, jota on pidetty jotakuinkin samansisältöisenä käsitteenä. Voidaan kuitenkin katsoa, että osatyökykyisyys korostaa enemmän nimenomaan jäljellä olevaa työkykyä ja on sisällöltään työelämäsuuntautuneempi ja positiivisempi (Järvikoski 2013, 35).

Osatyökykyisten osallisuudesta työelämässä on viime vuosina keskusteltu laajasti. Työkykyongelmien hallintaa on pohdittu monenlaisissa eri asiantuntijaryhmissä, raporteissa ja tutkimuskirjallisuudessa. (Liukko & Kuuva 2015, 11.) Yhteiskunnan kannalta työkyvyn ongelmiin puuttuminen on nähty keskeisenä keinona kohentaa työllisyysastetta ja pidentää ihmisten työuria. Varsinkin väestön vanhetessa ja suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle on katsottu tarpeelliseksi osallistaa osatyökykyisiä yhä tehokkaammin mukaan työelämään. Työikäisen väestön työkykyongelmien helpottaminen nähdään keinona tasapainottaa julkistaloutta lisäämällä verotuloja samalla kun sairaus- ja eläke-etuuksiin liittyvät sosiaalimenot pienenevät. (Lehto 2011, 46–48.)

Osatyökykyisten asemaa työelämässä on pyritty kohentamaan erilaisin työkyvyn tuen hankkein. Kehitystyö on kuitenkin monin paikoin suuntautunut työelämässä olevien tukemiseen, esimerkiksi työterveyshuollon ja työpaikan välisen yhteistyön parantamiseen. (Liukko & Kuuva 2015, 24–25) Työterveyteen erikoistuneet lääkärit saavat koulutusta työkyvyn tuen menetelmissä ja käytännöissä ja heillä on toimessaan yhteys työelämään ja työpaikoille. Tätä kautta työterveydessä on usein käsitys osatyökykyisyyden vaikutuksista henkilön työtehtäviin ja työkyvyn tuen toimenpiteitä voidaan kohdistaa paremmin suoraan työssä suoriutumista tukeviksi.

Työkyvyn tuen palveluiden ulkopuolelle jää kuitenkin runsaasti työkyvyn alenemisesta kärsiviä työttömiä ja etenkin pitkään työttömänä olleita. Tällä asiakasryhmällä ei ole kosketusta työterveyteen ja kontaktit myös perusterveydenhuoltoon saattavat olla ohuita. On kuitenkin huomattava, että merkittävä osa alkavista työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään työelämän ulkopuolella oleville. Esimerkiksi vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 23 prosenttia oli pitkäaikaistyöttömiä ja suurella osalla eläkkeen saaneista oli taustallaan katkonainen työura (Heikkinen 2015, 63). Käyn seuraavaksi tarkemmin läpi työelämän ulkopuolella olevien osatyökykyisten tilannetta.

2.2 OSATYÖKYKYISET TYÖTTÖMÄT

Osatyökykyisten keskuudessa työttömät ovat yleisesti ottaen heikommassa asemassa verrattuna työelämässä mukana oleviin. Työttömät kokevat hyvinvointinsa työllisiä heikommaksi, heidän osallisuutensa palveluihin on vähäisempää ja he ovat monin paikoin eri palveluiden väliin putoava ryhmä (Heikkinen 2015, 45–46). Koska osatyökykyisyyden problematiikkaan pureutumisen taustalla on yleisesti tarve parantaa työllisyysastetta, on selvää, että työttömien osatyökykyisten tilanne vaatii erityistä perehtymistä.

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että työttömyydellä on yhteys henkilön yleisesti heikentyneeseen terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn. Työttömät sairastavat enemmän kuin saman ikäiset työssäkäyvät. Työttömäksi päädytään usein heikentyneen terveydentilan ja toimintakyvyn myötä, mutta myös työttömyys itsessään on terveyttä rapauttava tekijä. Työttömyys on yhteydessä useisiin tekijöihin, joilla on kielteisiä vaikutuksia terveyteen, kuten köyhyyteen, matalaan koulutustasoon, sekä epäterveellisiin elintapoihin. (Kerätär 2016, 54–56.) Työttömyys aiheuttaa myös psykososiaalista kuormitusta, jonka on todettu alentavan ihmisen puolustuskykyä. Työvoiman ulkopuolella olevien vakava psyykinen kuormittuneisuus onkin moninkertainen koko väestöön verrattuna. Koettu terveys on havaittu huomattavasti heikommaksi ja taloudellisia vaikeuksia kokevien määrä on koko väestöön verrattuna lähes kaksinkertainen. (Oivo & Kerätär 2018, 19–22.)

Työkyvyn tuen palveluiden kehitys on kuitenkin kohdistunut suurelta osin työelämässä mukana oleviin. Sekä työeläkelaitosten että Kelan järjestämä työikäisten kuntoutus on suuntautunut pääosin vakituisessa työsuhteessa oleville. Työttömien työkykypalveluiden kautta saatavat työelämäsuuntautuneet tukikeinot, kuten erilaiset kuntoutukset ja työkyvyn kartoitukset, eivät ole toteutuneet samalla tasolla kuin työsuhteessa olevilla osatyökykyisillä. (Liukko & Kuuva 2015, 25.) Suuri osa työttömien työkykyä heikentävistä sairauksista jää terveydenhuollossa todentamatta ja he jäävät hoidon ja kuntoutuksen ulkopuolelle. Esimerkiksi suurella osalla mielenterveyden häiriöistä kärsivistä työttömistä sairaus ei ole lääkärin diagnosoima eivätkä he ole lainkaan hoitosuositusten mukaisessa hoidossa. Näin ollen oikeanlaiset etuudet ja palvelut jäävät monin paikoin toteutumatta. (Oivo & Kerätär 2018, 22, 30-31.)

Tukipalveluiden ja hoidon tarpeessa olevien ihmisten tunnistaminen palvelukentässä on vaikeaa myös siksi, että ihmiset eivät välttämättä itsekään tunnista tilanteensa olevan hoitoa edellyttävä, eivätkä hakeudu terveydenhuollon palveluihin. Ongelmat vyyhtiytyvät ja kehittyvät vaikeammiksi, koska niihin ei päästä puuttumaan riittävän varhaisessa vaiheessa. Merkittävään osaan työkyvyn

alenemisistä voitaisiin kuitenkin vaikuttaa hyvällä ja riittävän aikaisella hoidolla ja kuntoutuksella. Mikäli taas toimintakyvyn selvitys ja työkyvyn alenemiseen liittyvien seikkojen selvittäminen viivästyy tai ei ole riittävän kattava, saattaa tuloksena olla epätarkoituksenmukaista ja väärään aikaan tapahtuvaa kuntoutusta. (Oivo & Kerätär 2018, 27–30.)

Alentunut terveys ja toimintakyky voidaan sinänsä havaita nopeastikin eri palveluihin liittyvillä asiointikäynneillä. Palvelu- ja kuntoutustarpeiden arviointi ja kuntoutumista edistävän palvelu- ja hoitosuunnitelman laatiminen kuitenkin edellyttää eri ammattilaisten yhdessä toteuttamaa laajaa tilannekartoitusta. Tähän olisi otettava osaa niin sosiaali-, terveys- kuin työllisyyspalveluissa, unohtamatta myöskään Kelan osuutta kokonaisuudessa. (Juvonen-Posti & Pensola 2016, 130–131.) Sekä erilaisissa tutkimuksissa ja selvityksissä, että käytännön toiminnassa on kuitenkin havaittu, että eri palvelusektorit ovat eriytyneet ja toimivat omilla tahoillaan. Palveluiden välinen ohjaaminen on usein puutteellista ja tiedonkulku eri asiantuntijoiden ja viranomaisten välillä on katkonaista. Kokonaisnäkemys asiakkaan tilanteesta puuttuu ja asiakasta pallotellaan luukulta toiselle. Varsinkin juuri osatyökykyiset työttömät ja muut vaikeasti työllistyvät uhkaavatkin pudota eri palvelukenttien väliin asiakassegmentiksi, joiden kohdalla kokonaiskuva tilanteesta ei välity kunnolla millekään taholle. (Liukko & Kuuva 2015, 27.)

Pitkään työelämästä poissa olleita myös usein stereotypisoidaan ja heidän kokemiaan ongelmia vähätellään. Asiakkaita saatetaan pitää laiskoina ja motivoitumattomina palveluihin, mikä osaltaan heikentää tarvittavien palveluiden tai etuuksien saamista. Tämä ulossulkemiseen johtava asenneilmapiiri voi puolestaan herättää asiakkaissa epäluottamusta heille tarjottuja palveluita kohtaan, mikä voi vähentää halua sitoutua yhteiseen suunnitelmalliseen työskentelyyn. Päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyviä, työskentelyyn vaikuttavia asioita saatetaan jättää kertomatta, koska pelätään niiden vaikuttavan edelleen etuuksien saamiseen. (Oivo & Kerätär 2018, 31.)

Työttömien osatyökykyisten kohdalla ongelmana on myös tarkoituksenmukaisten etuuksien alikäyttö. Suuri osa työttömistä osatyökykyisistä eivät hae heidän kohdallaan ensisijaista etuutta, kuten sairauspäivärahaa (Heikkinen 2015, 58). Vaikka sairauspäivärahan ensisijaisuutta on pyritty nostamaan keskusteluun myös työttömien kohdalla, on edelleen osalla lääkäreistä näkemys, että työttömälle ei tarvitse kirjoittaa sairauslomaa tai hakea sairauspäivärahaa. Sairausajan etuutta ei myöskään välttämättä haeta taloudellisen tilanteen heikkenemisen pelossa. Näin ollen osatyökykyiseltä työttömältä saattaa jäädä todentamatta useita sairausjaksoja, minkä vuoksi

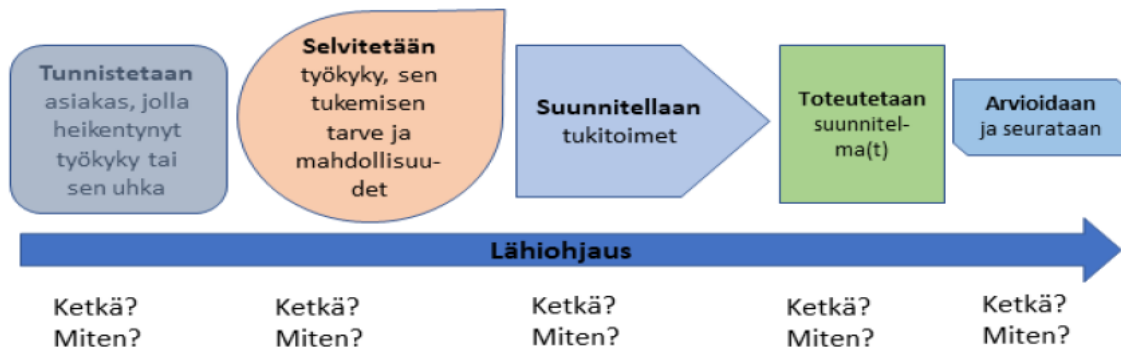
esimerkiksi erilaisten kuntoutusten tai myöhempien eläke-etuuksien edellyttämä näyttö sairaustautista jää dokumentoimatta. (Liukko & Kuuva 2015, 25.)

On myös havaittu, että työttömien työkyvyttömyyseläkkeistä hylätään huomattavasti suurempi osa kuin työllisillä. Mitä pitempään työttömyys on jatkunut, sitä suurempi hylkäysprosentti on (Oivo & Kerätär 2018, 24). Näin ollen työttömän osatyökykyisen pääasiallisena etuutena on usein työmarkkinatuki, vaikka tämä etuus tosiasiasa edellyttää kykyä ottaa vastaan täysiaikaisesti työtä tai osallistua työllistymistä edistäviin palveluihin. Mikäli työmarkkinatuen edellyttämiin toimenpiteisiin osallistuminen ei osatyökykyiseltä onnistu, aiheuttaa tämä työttömyysetuuden katkaisemisen, jolloin henkilö saattaa pudota pitkäksikin aikaa toimeentulotuen piiriin.

Tämänhetkisen työkykypalveluiden kentän ja työkyvyn arvioinnin sekä palveluohjauksen puutteiden vuoksi on ehdotettu yhtenäisen mallin luomista työkykypalveluiden prosessiksi. Tarkoituksena olisi tunnistaa työkyvyn heikkeneminen jo varhaisessa vaiheessa ja arvioida sekä toimintakyvyn rajoitteita että yksilön voimavaroja. Tähtäimessä olisi suunnitelman luominen oikeanlaisiin hoito- ja kuntoutuspalveluihin pääsemiseksi sekä oikeiden ensisijaisten etuuksien järjestämiseksi. Prosessin olennaisina vaiheina olisivat työ- ja toimintakyvyn arvioinnin tarpeessa olevien työttömien tunnistaminen ja näiden ohjaaminen joko perustason tai vaativamman, erityistä osaamista edellyttävän, monialaisen arvioinnin piiriin. Kun arvioinnin kautta on tunnistettu tukitoimien, hoidon ja kuntoutusten tarve, tulisi asiakkaille luoda suunnitelma näiden palveluiden piiriin pääsemiseksi. Hoidon ja kuntoutusten tavoitteet tulisi muodostaa asiakaslähtöisesti ja aikataulutetusti ja prosessissa ohjaamiselle tulisi nimetä vastuullinen taho, joka olisi osallisena työskentelyssä koko sen keston ajan. Lisäksi henkilölle tulisi tehdä suunnitelma siitä, kuinka hänen toimeentulonsa on järjestetty kuntoutusprosessin aikana, sekä varmistaa oikeanlaisten etuuksien piiriin pääseminen. (Oivo & Kerätär 2018, 46–48.)

Sekä palvelutarpeen, että työ- ja toimintakyvyn arvioinnit sisältävät paljon samoja osa-alueita ja tarkoituksenmukaisinta onkin toteuttaa näitä osana yhtä prosessia. Palvelutarpeen arvioinnin tulisikin sisältää myös palveluiden piiriin ohjaamista ja niihin pääsemisen tukemista niille, jotka ilman aktiivista ohjausta eivät kykene etenemään prosessissa. (Kuva 1.)

Kuva 1. Työkyvyn arvioinnin ja tukemisen prosessi palveluketjuna (Oivo & Kerätär 2018, 31)



Osatyökykyisten nykyistä parempaa työllistymistä ja työelämäosallisuutta edesauttavat ja työttömyyttä ehkäisevät panostukset voi nähdä investointeina työvoiman yleiseen osaamiseen. Osatyökykyisillä on hallussaan paljon hiljaista tietoa, joilla työelämää ja työoloja voidaan kehittää. Mikäli yleisenä pyrkimyksenä on nostaa työllisyystasoa ja saada sosiaaliturvamenoja paremmin hallintaan, ovat osatyökykyiset työttömät avainasemassa. Osatyökykyisiä työttömiä ohjautuu kuntoutuspalveluihin kuitenkin liian vähän. Usein katsotaan, että työkyvyltään alentuneet työttömät ovat liian sairaita ja kyvyttömiä työhön, eikä heidän kuntoutumistaan kyetä edistämään tarkoituksenmukaisesti. Työvoimapalveluista näitä asiakasryhmiä pyritäänkin nykyisin siirtämään yhä useammin sosiaali- ja terveystieteiden piiriin. (Oivo & Kerätär 2018, 27–32.) Olennaista olisi kuitenkin kehittää enenevässä määrin eri palvelukenttien yhteistä, vastuullista ja koordinoitua yhteistoimintaa (Juvonen-Posti & Pensola 2016, 130–132)

2.3 KUNTOUTUS TYÖKYVYN TUKENA

Suomessa on jo pitkään pyritty muodostamaan erilaisia työkykyä tukevia ja kuntouttavia toimintamalleja, joiden avulla sairauden tai vamman vuoksi aikaisempiin työtehtäviinsä kykenemätön ihminen voisi jatkaa työelämässä. Kuntoutusta on tutkittu ja erilaisia työnantajien vastuulla olevia tai yhteiskunnan toimintana järjestettyjä kuntoutuspalveluita on pyritty toteuttamaan monin eri tavoin jo vuosikymmenten ajan. (Järvikoski 2013, 8-10, 64-65.) Samalla on kuitenkin havaittu, että kuntoutusjärjestelmä ei edelleenkään kohtaa riittävässä määrin työkyvyn alenemisesta kärsiviä ihmisiä (Lehto 2011, 7). Pysyväksi ongelmaksi on havaittu kuntoutuspalveluiden piiriin pääsemisen sattumanvaraisuus ja hankaluus sekä palvelukentän pirstaleisuus ja monitoimijaisuus. Ongelman ratkaisemiseksi on ehdotettu tiiviimpää monialaista yhteistyötä eri organisaatioiden välille, sekä pyrkimystä työkykyongelmien varhaisempaan havaitsemiseen. (Mt., 39–41; Järvikoski 2013, 60–62.)

Tavallisimmin kuntoutus käsitetään korjaavana toimintona sairauden tai vammautumisen jälkeen, jonka päämääränä on vammasta toipuminen. Kuntoutus nähdään usein terveydenhuollon osa-alueena ja sen toimintoja pidetään lähinnä lääketieteellisinä. Tällainen lääkinnällinen kuntoutus onkin luonnollisesti tärkeä osa kuntoutuksen kokonaisuutta ja kuntoutusta suoritetaan paljolti osana terveydenhuollon palveluita.

Lääkinnällisen näkökulman ohella kuntoutuspalveluissa korostuu usein yhteys työelämään ja työkykyyn. Alun perin kuntoutusta onkin pidetty pääasiassa toimintana, jonka tarkoituksena on tukea henkilön työelämäosallisuutta ja ehkäistä pysyvää työkyvyttömyyttä. Tällaisen ammatillisen kuntoutustoiminnan taustalla voidaan nähdä vammasta kärsivän ihmisen tilanteen helpottamisen ohella myös taloudelliset tekijät, kun pitkäaikaissairaasta tai muuten työkyvyttömästä ihmisestä tulee omillaan pärjäävä, yhteiskuntaa hyödyttävä kansalainen. Kuntoutuksen taustalla voidaankin osaltaan nähdä pyrkimys supistaa huoltomenoja ja lisätä kykeneväistä työvoimaa. (Järvikoski 2013, 11.)

Kuntoutuksen toimialan voidaan katsoa koskettavan yksilöiden elämää laajemminkin kuin ainoastaan työelämään palauttavana ja vaurioita korjaavana työskentelynä. Näiden ohella kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää sosiaalisen integraation saavuttamista. On pyritty siihen, että vammaisilla ja pitkään sairastaneilla ihmisillä olisi *“samat mahdollisuudet osallistua yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin, oikeuksiin sekä palveluihin ja resursseihin kuin muilla yhteiskunnan jäsenillä”* (Järvikoski 2013, 11). Kuntoutuksen kautta on siis pyritty turvaamaan ja edistämään niiden henkilöiden sosiaalista osallisuutta, joiden toiminta- ja työkyky ovat alentuneet. Tällöin

kuntoutustoiminnan kautta voidaan saavuttaa tilanne, jossa vammaisuus tai toimintakyvyn heikkeneminen eivät rajoita henkilön osallisuutta ja tämä pystyy elämään ympäristössään täysipainoista elämää. Tällainen painotus löytyy jo valtioneuvoston vuoden 2002 kuntoutuslonteosta, jonka määritelmän mukaan *“kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa”* (Valtioneuvosto 2002, 3).

Kuntoutus voidaan lisäksi käsittää myös rakenteellisena ja yhteiskunnallisena toimintana, jonka kautta pyritään vaikuttamaan niihin rajoitteisiin, joita yhteiskunta asettaa vammaisen laajalle kansalaisuudelle. Tällaisen yhteiskunnallisen käsityksen mukaan sairastavien tai vammaisten ihmisten vajaakuntoisuus johtuu siitä, että yhteiskunta ei kykene vastaamaan sairaudesta tai vammasta johtuviin erityisiin tarpeisiin. (Suikkanen & Lindh 2008, 65.) Tästä johtuen kuntoutustyössä tulisi osaltaan olla mukana myös pyrkimys yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen.

Kuntoutuksen rajanvedot eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä, sillä jokainen osa-alue pitää sisällään elementtejä myös toisista ja ne kietoutuvat toisiinsa monin eri tavoin. Esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen onnistumiseksi pitää varmistua kuntoutujan sosiaalisten tukitoimien riittävydestä. Samoin ammatillisen kuntoutuksen tulee pitää sisällään riittävästi lääkinnällistä kuntoutusta, mikäli työkyvyttömyyden pohjalla on jokin sairaus tai vammautuminen. Voidaankin todeta, että kuntoutus on lähes aina luonteeltaan monialaista ja kuntoutujan elämäntilanteeseen pyritään vaikuttamaan kokonaisvaltaisesti. Kuntoutus ei myöskään seuraa ammatillisia rajoja, vaan työskentelyssä on aina mukana usean erityisalueen työntekijöitä. (Järvikoski 2013, 53.)

Kuntoutuksessa pyritään siis huomioimaan asiakkaan elämänpiiri laajasti, sillä pitkäaikaiseen sairastavuuteen ja vammaisuuteen kietoutuu biolääketieteellisten elementtien lisäksi niin psykologisia ja sosiaalisia, kuin elinympäristöön ja -olosuhteisiin liittyviä tekijöitä. Näin ollen kokonaisvaltaisen kuntoutumisen toteutumiseksi huomioidaan työskentelyssä alusta lähtien myös näiden tekijöiden vaikutukset toimintakykyyn ja niiden mukanaan tuomat tarpeet. Tämä tuleekin ottaa huomioon myös kuntoutusta varten tehtävissä selvityksissä ja arvioinneissa, kuten työ- ja toimintakyvyn arvioissa.

KUNTOUTUSLAIN UUDISTUS

Vuoden 2014 alusta astui voimaan kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaetuuksia koskevan lain (15.7.2005/566) uudistus, jossa ammatillisen kuntoutuksen järjestämisvastuuta siirrettiin selkeämmin Kelalle varsinkin niiden työttömien kohdalla, joilla työkyky on olennaisesti heikentynyt. Lain avulla pyrittiin helpottamaan ammatilliseen kuntoutukseen pääsemistä lieventämällä kuntoutuksen myöntöedellytyksiä. Uudistetussa kuntoutuslaissa painotetaan entistä vahvemmin henkilön tilanteen kokonaisvaltaista arvioimista. (Liukko & Kuuva 2015, 24.) Lain mukaan kuntoutuksen tavoitteena ei myöskään tarvitse olla työkyvyn parantaminen, vaan myös olemassa olevan työkyvyn tukemisen katsotaan olevan riittävä peruste kuntoutuksen myöntämiselle. (Haapakoski ym. 2018, 15)

Olellaisena lähtökohtana lakimuutoksessa olivat myös eri instituutioiden (Kela, työeläkelaitokset, TE-hallinto) vastuiden ja palveluiden täsmentäminen sekä kuntoutukseen pääsemisen helpottaminen aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa. Taustalla voidaan nähdä aiempi kuntoutuslain uudistus vuodelta 2004, jolloin pyrittiin yhtenäistämään käytäntöjä Kelan ja Työeläkelaitosten järjestämien kuntoutusten pääsykriteerien välillä. Seurantatutkimuksissa kuitenkin havaittiin, että kuntoutuksen piiriin pääsi yhä harvempi hakija ja työkyvyttömyyden uhka näyttäytyi usein rajaavana tekijänä kuntoutukseen pääsemisessä. Varsinkin nuorten, työelämään vielä kiinnittymättömien hakijoiden kohdalla kuntoutus toteutui tosiasiallisesti yhä harvemmin. (Haapakoski ym. 2018, 10–11.)

Tilastojen valossa ammatillisen kuntoutuksen myöntämismäärät ovat 2014 lakiuudistuksen jälkeen kasvaneet, vaikkakin myös hylättyjen hakemusten osuus on noussut. Varsinkin nuorten osuus ammatilliseen kuntoutukseen päässeissä on noussut, joten lukujen perusteella lakiuudistus näyttääkin vastanneen aikaisemmin ongelmallisiksi koettuihin kohtiin. (Heino & Seppänen-Järvelä 2017.) Kuntoutukseen hakeutumisen prosesseissa koetaan kuitenkin edelleen haasteita varsinkin nuorten ja työkyvyttömiä keskuudessa. Kelan toiminta ammatilliseen kuntoutukseen hakeutumisessa on koettu epäonnistuneeksi varsinkin nuorten sekä niiden hakijoiden keskuudessa, joilla työkyky on heikko, joilla on toimeentulon ongelmia ja jotka ovat työttömiä. Vaikuttaakin siltä, että ammatillisen kuntoutuksen hakuprosessi koetaan toimivimmaksi niiden keskuudessa, joilla on valmiiksi tietoa ja ymmärrystä kuntoutuspalveluista ja -järjestelmistä, sekä toimintakykyä ja tarvittavaa tukea esimerkiksi kuntoutushakuun liittyvien asiakirjojen täyttämässä ja hankkimisessa. (Haapakoski ym. 2018, 92–94.) Onkin todettava, että heikoimmassa asemassa olevat, työ- ja toimintakyvyltään

rajoittuneimmat hakijat ovat kuntoutukseen pääsemisen prosesseissa edelleen eriarvoisessa asemassa verrattuna parempikuntoisiin hakijoihin.

OTE-KÄRKIHANKE

Osatyökykyisten asema työelämässä nousi valtakunnallisesti yhä keskeisempään asemaan erilaisissa työelämäpalveluissa, kun pääministeri Juha Sipilän hallitus muodosti osatyökykyisten työelämäosallisuudesta yhden keskeisistä kärkihankkeistaan. Osatyökykyisten ajautuminen työelämän ulkopuolelle tunnistettiin laajaksi ongelmaksi, johon puuttumalla voitaisiin lisätä työllisten määrää, ehkäistä sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyydestä aiheutuvia kustannuksia sekä paikata väestön vanhenemisesta aiheutuvaa huoltovajetta. Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) -kärkihanketta toimeenpantiin vuosina 2015–2018. OTE-hankkeen tavoitteena oli parantaa osatyökykyisten mahdollisuuksia työelämässä niin, että heidän työssä jatkaminen ja työllistyminen olisi aiempaa helpompaa. Lisäksi pyrkimyksenä oli muuttaa asenteita osatyökykyisten työelämäosallisuutta kohtaan myönteisemmiksi. (Mattila-Wiro & Tiainen 2019, 9–10)

Osatyökykyisten asemaa työelämässä ja laajemmin yhteiskunnassa pyrittiin kohentamaan erilaisten alueellisten kokeilujen, selvitysten ja tutkimusten kautta, parantamalla yhteistyötä työnantajien ja työpaikkojen kanssa, sekä lisäämällä yhteistyötä työmarkkinakeskusjärjestöjen ja vammaisjärjestöjen välillä. Lisäksi järjestettiin lukuisia seminaareja ja tapahtumia ja pyrittiin eri organisaatioiden välisen viestinnän ja medianäkyvyyden avulla nostamaan tietoisuutta osatyökykyisten asemasta. Osatyökykyisten asemaan yhteiskunnassa pyrittiin vaikuttamaan laajemmin erilaisten lainsäädäntötoimien kautta ja tiedon välittämistä ja etsimistä varten perustettiin ”Tie työelämään” -verkkopalvelu. (Mattila-wiro & Tiainen 2019, 11.) Eräs OTE-hankkeen keskeisiä toimintoja oli työkykykoordinaattori-toimintamallin luomien ja näiden kouluttaminen. Osatyökykyisten tilanteiden tunnistamista varten koulutettiin 700 työkykykoordinaattoria, joiden tehtävänä on toimia ”*eri palveluissa ja työpaikoilla asiakkaiden henkilökohtaisena apuna ja tukena sekä palvelujen ja yhteistyöverkoston koordinoijina.*” (mt. 13, 28-30.)

OTE-kärkihankkeen eri toimintojen myötä tehtiin sama havainto kuin kuntoutuskentällä aiemmin on todettu. Eri palveluiden ja etuuksien kirjo on niin laaja ja pirstaleinen, että palveluissa toimivat ammattilaisetkin saattavat olla epätietoisia oikeasta etenemisväylästä. Lisäksi palvelut ovat usein siiloutuneet niin, että toiminnan kattava koordinaatio on haastavaa ja asiakkaat jäävät helposti ilman

tarvittavaa henkilökohtaista ohjausta ja tukea. Varsinkin erilaiset palveluiden nivelvaiheet, kuten työn ja kuntoutuksen tai terveydenhuollon väliset siirtymät on havaittu raskaiksi. (Mt. 27-28.)

Kärkihankkeen myötä palvelujärjestelmän ongelmapaikkoihin pyrittiin vaikuttamaan tuottamalla toimintamalleja erityistä työllistymisen ja osallisuuden tukea tarvitseville, luomalla erilaisia mallinnuksia mahdollisista hoito- ja kuntoutuspoluista sekä rakentamalla avoin verkkopalvelu, joka mahdollistaisi informaation löytämisen matalalla kynnyksellä. Verkkopalvelusta on mm. löydettävissä työkyvyn tuen palvelupolku, jonka avulla pyritään tekemään näkyväksi työkyvyn tukemisen kannalta tärkeät toiminta-alueet, palvelutarpeen tunnistaminen, tuen tarpeen selvittäminen, tavoitteiden asettaminen toiminnalle, eri palveluiden ja toimintojen konkreettinen suunnittelu ja yhteistyön koordinointi eri palveluiden välillä, työkykyä tukevat keinot ja menetelmät, sekä tukityöskentelyn prosessin koordinointi ja arviointi. (Kuva 2.)

Kuva 2. Työelämän tuen palvelupolku. Polku työelämään -verkkosivusto.



2.4 TYÖKYVYN PALVELUKENTTÄ

Osatyökykyisten toimintakyvyn haasteisiin pyritään siis pureutumaan tällä hetkellä useiden erilaisten kuntoutus- ja työkykypalveluiden kautta. Työkyvyn tuen palveluiden kehittäminen on kuitenkin suuntautunut lähinnä työssä olevien työkyvyn tukemiseen ja vasta viime vuosina on alettu herätä myös työelämän ulkopuolella olevien työkyvyn ja palvelutarpeen arviointiin.

Työelämässä olevien työkyvyn alentuminen havaitaan perinteisesti työterveydessä, jolloin tilanteeseen päästään puuttumaan kohtalaisen aikaisessa vaiheessa. Työpaikkojen henkilöstöhallinnossa ja työterveyshuollossa on tunnistettu varhaisten tukitoimien tärkeys työpaikoilla, sekä yhteistyön merkitys esimiesten, työterveyshuollon ja työntekijöiden välillä. (Liukko & Kuuva 2015, 28.) Työllisillä tilannetta selkeyttää myös se, että heillä on olemassaoleva ammatti ja työtehtävät, joihin työkyvyn alenemaa voidaan verrata ja suunnitella näitä silmällä pitäen erilaisia kuntoutustoimenpiteitä.

Suuri osa työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään kuitenkin työttömille, joilla usein on katkonainen työura ja runsaasti sairausjaksoja jo ennen eläkkeelle hakeutumista. Näin ollen työkyvyn arvioinnin ja tuen tulisi kohdistua ennaltaehkäisevästi myös työelämän ulkopuolella oleville. Erityisesti työ- ja toimintakyvyn ongelmista kärsivät pitkäaikaistyöttömät ja osatyökykyiset työnhakijat jäävät kuitenkin helposti erilaisten palveluiden katveeseen. Heidän työkyvyn alentumisensa jää usein terveydenhuollossa tunnistamatta, eikä työ- ja toimintakykyä arvioida riittävän kokonaisvaltaisesti asiakkaan runsaistakaan sairausjaksoista huolimatta. (Liukko & Kuuva 2015, 24–25.)

Koska terveydenhuollossa asiakkaan työkyvyn kattava arviointi jää usein paitsioon keskityttäessä yksittäisten sairauksien tehokkaaseen diagnostiikkaan ja hoitoon, on kehittynyt tarve monialaisille työkyvyn selvittelyyn, arvioinnin ja palveluohjauksen yksiköille. Näitä ovat mm. sairaaloiden kuntoutustutkimuspoliklinikat, sekä erilaiset kuntoutusyksiköt, jotka tarjoavat kuntoutuspalvelua osana Kelan ammatillista kuntoutusta. Näiden palveluiden piiriin pääsemisen on kuitenkin havaittu olevan haasteellista ja edellyttävän työkyvyn aleneman havainneen lääkärin ohjausta palvelun piiriin, mikä pitkittää edelleen palveluun pääsyä. Lisäksi esimerkiksi ammatillisen kuntoutuspalveluselvitysprosessin alkamiseen tarvitaan Kelan päätös, jonka saaminen on usein pitkällisen prosessin takana. Onkin selvää, että matalamman kynnyksen palveluille on tarvetta ja tämän vuoksi viime vuosina on kehitetty useita työkyvyn arvioinnin ja tuen palvelumalleja (Ks. Juvonen-Posti & Pensola 2016, 35-42). Seuraavassa käyn lävitse tällä hetkellä olemassaolevia työ- ja toimintakyvyn arvioinnin palveluita, joilla osatyökykyisten ihmisten tilanteeseen on mahdollista puuttua.

KUNTOUTUSTUTKIMUSPOLIKLINIKAT

Kuntoutustutkimuspoliklinikat ovat erikoissairaanhoidon poliklinikoita, joissa kartoitetaan asiakkaiden työ- ja toimintakykyä ja niihin vaikuttavia terveydellisiä tekijöitä. Kuntoutustutkimuspoliklinikoita on tällä hetkellä Suomessa pääasiassa suurempien sairaaloiden yhteydessä

Kuntoutustutkimus on lääkinällisen kuntoutuksen palvelu, jossa tavoitteena on kartoittaa asiakkaan työ- ja toimintakykyä sekä niihin vaikuttavia terveydellisiä tekijöitä ja laatia kuntoutussuunnitelma. Arvioinnissa huomioidaan asiakkaan voimavarat ja vahvuudet, sekä elämäntilanteessa vaikuttavat ympäristötekijät. Työ- ja toimintakyvyn alenemisen taustalla olevien sairauksien toteaminen ja diagnosointi ei tapahdu kuntoutustutkimuspoliklinikalla, vaan niitä varten tarpeelliset selvitykset on edeltävästi tehty terveydenhuollossa. Selvityksiä voidaan käynnistää myös kuntoutustutkimusjakson aikana, mutta näitä ei toteuteta poliklinikan toimintana. Kuntoutustutkimuksen lopputuloksena on asiakkaan kanssa yhteistyössä laadittava lääkinällisen ja ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma. (Palomäki 2012, 16.)

Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaaksi tullaan lääkärin läheteellä, joka voidaan laatia esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Kuntoutustutkimuspoliklinikalla asiakkaan tilannetta arvioi kokonaisvaltaisesti moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu yleensä kuntoutuksen erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi ja kuntoutusohjaaja. Tarkoituksena on kartoittaa asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavat somaattiset ja fyysiset, psyykkiset, sekä sosiaaliset tekijät ja muodostaa arvio tarvittavista kuntoutuspalveluista. Tarvittaessa poliklinikan oman työryhmän lisäksi voidaan konsultoida eri erikoisalojen asiantuntijoita. (Mt. 20–21.)

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla kartoitetaan siis asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja moniammatillisesti ja laaditaan kattava kuntoutussuunnitelma ja suositukset asiakkaan tarvitsemista kuntoutuspalveluista. On kuitenkin havaittu, että poliklinikoiden asiakkaaksi päästään yleensä kuntoutuksen toimenpiteisiin nähden liian myöhään. Asiakkaan toimintakyvyn aleneminen saattaa olla jo kohtalaisen pitkälle edennyt ja tilanteen korjaaminen edellyttää hyvinkin monialaisia toimenpiteitä ja pitkiä kuntoutusprosesseja. Jo kuntoutustutkimuspoliklinikan oma asiakasprosessi esimerkiksi TAYSissä on yleensä vuoden kestoinen. Poliklinikalle ohjautumista on arvioitu sattumanvaraiseksi ja varsinaisen asiakkuuden alkaminen saattaa olla pitkän odotuksen takana, minä aikana tilanne ja toimintakyky usein edelleen laskevat. Kuntoutustutkimusasiakkaalla toimintakyvyn ongelmat ovatkin asiakkuuden alkaessa usein hyvinkin monialaisia ja vyyhtytyneitä. (Haukka-Wacklin 2016, 112–116.)

AMMATILLINEN KUNTOUTUSSELVITYS

Kelan ammatillinen kuntoutusselvitys on kuntoutuspalvelu, jonka alle on vuonna 2015 yhdistetty aiemmat kuntoutuksen arviointipalvelut, kuntoutustarveselvitys ja kuntoutustutkimus. Pyrkimyksenä oli korjata edellämainituissa palveluissa todettuja sudenkuoppia ja varmistaa palveluiden toimivuutta ja oikea-aikaisuutta. Ammatillista kuntoutusselvitystä järjestetään Kelan tai työeläkelaitosten toimesta ja sitä tuottavat pääasiassa yksityiset kuntoutuslaitokset.

Ammatillinen kuntoutusselvitys voidaan järjestää, kun henkilön toimintakykyä ja terveydentilaa on jo arvioitu perusterveydenhuollossa, mutta tilanne edellyttää vielä laajempaa arviointia ja työelämää koskevien tavoitteiden ja suunnitelman tarkentamista. Kuntoutusselvitys toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluvat lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä tai sosionomi sekä työelämän asiantuntija. Palvelun aikana arvioidaan henkilön lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeita. Tavoitteena on kartoittaa asiakkaan kanssa yhteistyössä hänen työ- ja opiskelukyvyyn rajoitteitaan ja selvittää eri kuntoutusmahdollisuuksia, sekä tukea kokonaisvaltaisesti asiakkaan työ- ja toimintakykyä. Laajempaan pyrkimykseen on tukea kuntoutujan työelämäosallisuutta ja ehkäistä työkyvyttömyyttä. Kuntoutusselvitysjaksolla laaditaan ammatillinen kuntoutussuunnitelma eri kuntoutusvaihtoehtoineen. (Kela 2015, 1–3.)

Kelan vuonna 2018 julkaisemassa arviointitutkimuksessa on tarkasteltu ammatillisen kuntoutuspalveluksen palveluun ohjautumista, palvelun oikea-aikaisuutta, toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Tutkimuksessa havaittiin kuntoutustutkimuspoliikkien tapaan myös ammatillisen kuntoutuspalveluksen haasteeksi asiakkaan oikea-aikainen ja riittävän varhaisessa vaiheessa tapahtuva palveluun ohjautuminen. Ohjautumista saattaa vaikeuttaa se, että asiakkaalla tai kuntoutusaloitteen tekijöillä ei ole riittävää tietämystä ammatillisen kuntoutuksen eri toimintamuodoista ja siihen kuuluvista palveluista. (Haapakoski ym. 2018, 113–114.) Asiakkaan tietämys ammatillisen kuntoutuspalveluksen palvelun tarkoituksesta ja tavoitteista on nähty pieneenä, eli asiakkaalla ei ole selkeää kuvaa siitä, miksi palveluun on ylipäätään hakeuduttu (mt. 124-125).

Tutkimuksessa on yleisesti nähty kuntoutuksen palvelukenttä sirpaleisena ja eri toimijoiden yhteistyö puutteellisena, mikä on vaikeuttanut ammatillisen kuntoutuksen toimintojen käynnistämistä. Lisäksi haasteena on nähty resurssipula, josta johtuen asiakkaan tilanteeseen ei ole voitu perehtyä riittävän kokonaisvaltaisesti. (Haapakoski ym. 2018, 114.) Ongelmallisena on nähty myös ammatillisen kuntoutuksen vastuun jakautuminen Kelan ja työeläkelaitosten välillä, mikä saattaa johtaa siihen, ettei asiakkaan tilannetta oteta tarkoituksenmukaisesti haltuun millään taholla (mt. 123).

Niin kuntoutusselvityksen, kuntoutustutkimusten ja yleisesti ammatillisen kuntoutuksen kentällä voidaan nähdä yleisenä haasteena asiakaskunnan heterogeisuus. Asiakkaat saattavat tulla hyvin erilaisista taustoista ja heidän toimintakykyään määrittävät hyvin erilaiset ympäristö- ja henkilökohtaiset tekijät. Näin ollen ei voidakaan ajatella, että samanlaiset rajoitteet tuottaisivat ihmisille samanlaisen palvelutarpeen. (Haapakoski ym. 2018, 116.) Onkin huomattava, että Kelan palvelukuvauksen kuntoutusselvitykselle antamat suhteellisen tiukat raamit saattavat aiheuttaa kuntoutujalle kokemuksen palvelun epätarkoituksenmukaisuudesta suhteessa heidän omiin tarpeisiinsa ja kokemuksiinsa. Mikäli palvelun rakenne on tarkkaan ennalta määritelty ja varaa palvelun joustolle suhteessa asiakkaan tarpeisiin ei juuri ole, voi asiakas jäädä palvelussa helposti ulkopuoliseksi omassa asiassaan. Tunnetta saattaa vahvistaa se, että suuri osa kuntoutusselvityksen asiakkaista ei ohjaudu palveluun omaehtoisesti, vaan esimerkiksi terveydenhuollon tai työvoimaviranomaisen ohjaamana. Onkin havaittu, että osalla asiakkaista on tunne siitä, että heidät on pakotettu osallistumaan palveluun. (mt. 112-113.)

TYP JA TYÖKYKYPALVELU

Työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu (TYP) on TE-palveluiden, kunnan ja Kelan välinen yhteistoimintamalli, joka on pidempään työttömänä olleiden työnhakijoiden intensiivisempi työllisyyspalvelun malli. Yhteispalvelusta tuli lakisääteinen vuoden 2015 alussa. Monialaisen yhteispalvelun tarkoituksena on arvioida työttömän palvelutarve, suunnitella työllistymisen kannalta sopiva palvelukokonaisuus sekä koordinoida ja seurata työllistymisprosessin etenemistä. Henkilön tarvetta TYP-palveluun tulisi arvioida TE-toimistossa, Kelassa tai kunnan sosiaalitoimessa kun hän on täyttänyt 25 vuotta ja ollut yhtäjaksoisesti työttömänä vähintään 12 kuukauden ajan, sekä saanut työmarkkinatukea työttömyyden perusteella vähintään 300 päivää. (Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta 1369/2014.)

Monialainen palvelu alkaa asiakkaan kartoitusjaksolla, jonka aikana kartoitetaan tämän ammatillinen osaaminen sekä työllistymiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten terveydentilaa, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista tilannetta. Kartoituksen aikana asiakasta pyritään ohjaamaan työllistymisen kannalta tarkoituksenmukaisiin palveluihin, kuten kuntouttavaan työtoimintaan, työkokeiluun, ammatilliseen kuntoutukseen tai tarkempaan terveydentilan ja työkyvyn selvittelyihin. Kartoitusjakson aikana laaditaan asiakkaan kanssa monialainen työllistymissuunnitelma, johon kirjataan asiakkaan tilanne, työllistymiseen vaikuttavat tekijät ja asiakkaan palvelutarve. Lisäksi asiakkaalle tehdään

konkreettinen suunnitelma hänelle soveltuvista palveluista sekä sovitaan näihin hakeutumiseen liittyvistä käytännöistä. Suunnitelma voi pitää sisällään julkisten työvoimapalveluiden lisäksi esimerkiksi sosiaali-, terveys ja kuntoutuspalveluita. Suunnitelma on lain mukaan uusittava kuuden kuukauden välein, ellei tämä ole asiakkaan tilanteen huomioiden selkeästi tarpeetonta. (Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta 1369/2014.)

Tampereen seudulla osana työllisyyspalveluiden omaa toimintaa toteutetaan työ- ja toimintakyvyn kartoitusta **Työkykypalvelussa**. Palvelun kohderyhmänä ovat työttömät työnhakijat, joilla on tiiviin monialaisen tuen tarve ja joilla on selkeästi havaittavissa työkykyä rajoittavia tekijöitä. Työkykypalvelun asiakkaaksi ohjaututaan yleisimmin työllisyyspalveluiden omatyöntekijän toimesta, mutta yhteydenotto asiakkaan tilanteesta voi tulla myös muista palveluista tai suoraan asiakkaalta itseltään. Työkykypalvelu on kuitenkin tarkoitettu ensisijaisesti työllisyyspalveluiden asiakkaiden tilanteiden kartoitukseen.

Työkykypalvelun moniammatillisessa tiimissä työskentelee sosiaalityöntekijöitä, terveydenhoitajia, psykologi ja lääkäri. Asiakkaan terveydentilaa kartoitetaan työkyvyn näkökulmasta monialaisesti ja arvioidaan asiakkaan kuntoutusmahdollisuuksia. Erilaisista lääketieteellisistä arvioinneista ja lausunnoista vastaa lääkäri, psykologi puolestaan toteuttaa psykologisia tutkimuksia työkyvyn näkökulmasta. Sosiaalityöntekijä arvioi laajasti asiakkaan sosiaalisen tilanteen.

Työkykypalvelu on ensisijaisesti tarkoitettu niille asiakkaille, joiden tavoitteena on kuntoutuminen kohti työelämää. Näin ollen eläke-edellytyksiä ei useimmiten lähdetä tarkemmin selvittämään työkykypalvelun kautta, vaan asiakas voidaan ohjata eteenpäin esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien eläkeselvittelyihin. Työkykypalvelun tavoitteena on laatia yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutussuunnitelma sekä käynnistää tähän sisältyviä prosesseja eri ammattiryhmien avulla. Palvelun kautta voidaan hyödyntää myös kuntouttavan työtoiminnan jaksoja toiminnallisen työkyvyn arviointiin. Yhteistyötä tehdään myös suoraan Kelan kanssa ammatillista kuntoutusta ja etuusasioita koskien.

Pirkanmaalla vuosina 2017–2018 toteutetun työllisyyskokeilun arvioreportissa on käyty lävitse myös tuolloin palveluvalikoimaan otettua työkykypalvelua sekä monialaisempaan toimintaan pyrkivää työllisyysneuvonnan palvelukenttää. Arviossa todettiin keskeiseksi yhteistyön lisääntyminen työttömien suhteen ja työkyvyn arvioinnin monipuolistuminen koskemaan terveyden ohella myös arjen hallintaa, työtä, oppimista sekä toimeentuloa. Myös toiminnallinen 3kk työkyvyn arviointijakso kuntouttavassa työtoiminnassa on koettu menetelmänä olennaiseksi osaksi asiakkaiden tilanteen

kartoitusta. (Arnkil ym. 2019, 44–47.) On kuitenkin huomattava, että Työkykypalvelu on tarkoitettu ensisijaisesti työllisyyspalveluiden asiakkaille ja asiakkuuteen pääseminen edellyttää useimmiten omatyöntekijän ohjausta ja lähetettä, jonka perusteet arvioidaan ennen asiakkuuteen ottamista. Näin ollen palvelu kohdistuu usein niille asiakkaille, joilla tilanne on jo arvioitu haastavammaksi ja asiakkuuteen pääsy ei aivan matalimmalla kynnyksellä toteudu.

TYÖTTÖMIEN TERVEYSTARKASTUKSET JA ELÄKESELVITTELYT

Työttömien terveystarkastukset ovat nimensä mukaisesti työttömille tai toistuvasti lyhyissä työsuhteissa työskenteleville henkilöille tarkoitettu ilmainen terveystarkastuspalvelu. Palvelu perustuu vuonna 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin (1326/2010), jossa todetaan, että työkäisille, joilla ei ole opiskelu- ja työterveyshuollon kontaktia, on järjestettävä kunnan toimesta terveystarkastuksia ja terveystarkastuksia. Taustalla palvelun aloittamiselle on pyrkimys sosiaali- ja terveystarkastuspalveluiden tasa-arvoisen saatavuuden ja käytön parantamiseen. Pyrkimyksenä on ehkäistä työttömien pysyvää syrjäytymistä työelämästä tukemalla heidän työ- ja toimintakykyään. (Sinervo & Hietapakka 2013, 11–12.)

Terveystarkastuksessa pyritään tunnistamaan ja ehkäisemään eri sairauksia, sekä ohjaamaan tarvittaessa oikean hoidon tai kuntoutuksen piiriin. Palveluun tullaan yleensä sosiaali- tai työllisyyspalveluissa laaditulla läheteellä tai asiakkaan oman yhteydenoton kautta. Terveydenhoitajan suorittaman terveystarkastuksen jälkeen asiakas ohjataan tarvittaessa edelleen lääkärin vastaanotolle tarkemman arvion ja lausunnon tekemiseksi työkykyrajoitteesta ja kuntoutustarpeesta. Palvelut ja lausunnot ovat asiakkaalle maksuttomia.

Työttömien terveystarkastukset on yleisesti nähty tarpeellisina. Palvelun kattavuus ja laaja-alaisuus suhteessa työttömien määrään ja heidän sairastavuuteensa sekä terveystarkastuspalveluiden tarpeeseen on kuitenkin koettu riittämättömiksi. Vuonna 2013 arvioitiin, että noin 10–12 prosenttia pitkäaikaistyöttömistä oltaisiin ohjattu tai yritetty ohjata TE-hallinnosta työttömien terveystarkastuspalveluihin. Palveluiden kysynnän on myös arvioitu kasvavan edelleen tulevaisuudessa. Terveystarkastuksen osana toteutettiin myös työ- ja toimintakyvyn kartoituksia, joissa arvioivana osapuolena oli useimmin Terveystarkastuskeskuksen yleislääkäri. Laajempien työkykyarvioiden määrän lisääntyessä resurssit koettiin kuitenkin riittämättömiksi. (Sinervo & Hietapakka 2013, 39–41.) On

myös todettu, että terveystarkastus ei yksin ole riittävä menetelmä työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioimiseksi (Oivo & Kerätär 2018, 36)

Tampereen seudulla työttömien terveystarkastukset tekevät tarvittaessa yhteistyötä myös **pitkäaikaistyöttömien eläkeselvittelyiden** kanssa. Eläkeselvittelyiden palvelut on tarkoitettu pitkäaikaistyöttömälle, jonka terveydentila rajoittaa työkykyä ja siirtyminen työelämään on epätodennäköistä ja haastavaa. Eläkeselvittelyyn tullaan muissa palveluissa laaditun lähetteen tai ohjauksen kautta. Eläkeselvittelyiden moniammatillisessa tiimissä asiakkaan tilannetta selvittelee terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi ja sosiaalityöntekijä, jotka toteuttavat kokonaisvaltaisen arvion sekä psyykkisestä, fyysisestä, että sosiaalisesta näkökulmasta. Työn tavoitteena on laatia kokonaisvaltainen työkykyarvio ja selvittää, onko asiakkaan työkyvyn aleneman taustalla kuntoutukseen, sairausajan etuuteen tai työkyvyttömyyseläkkeeseen mahdollisesti oikeuttava sairaus tai vamma. Tutkimusten jälkeen lääkäri laatii lausunnon, jolla eläkettä tai kuntoutusta voidaan hakea.

Työ- ja toimintakyvyn arvion laatimisen jälkeen asiakasta ohjataan eteenpäin joko eläkkeelle tai kuntoutukseen hakeutumisessa. Pääosin asiakkuuteen saapuu kuitenkin henkilöitä, jotka selvästi ovat eläkkeelle suuntautuneita ja työn tavoitteena onkin useimmiten sairauspäivärahaan tai eläke-etuuteen oikeuttava lääkärin B-lausunto. Eläkeselvittelyihin ohjaututaankin työkyvyn kannalta yleensä jo hyvin myöhäisessä vaiheessa, kun toimintakyky on alentunut niin voimakkaasti, että odotusta työelämään palaamisesta ei juurikaan enää ole.

2.5 TOIMINTAKYKYKESKUS-HANKE

Yhtenä OTE-hankkeen mukanaan tuomista uusista alueellisista toimintamalleista oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja TAYSin kuntoutuksen vastuualueella kehitetty Toimintakykykeskus-hanke. Pirkanmaan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä syksyllä 2017 toimintansa aloittaneet Toimintakykykeskukset (Toike) ovat matalan kynnyksen arviointi- ja palveluohjausyksiköitä, joiden asiakkaina on työkykynsä eri syistä alentuneeksi kokevat henkilöt. Toiminnan tarkoituksena on arvioida asiakkaan tilannetta monialaisesti ja kokonaisvaltaisesti, selvittää työkyvyn aleneman taustalla olevia syitä, sekä tehdä suunnitelmaa jatkotoimista. Toike:sta voidaan esimerkiksi tehdä läheteitä ja suosituksia erilaisiin palveluihin ja antaa ohjausta ja tukea erilaisten etuuksien ja palveluiden hakemisessa. Toiminnan taustalla ovat palvelukentällä havaitut haasteet osatyökykyisyyden oikea-aikaisessa tunnistamisessa ja osatyökykyisten tukemisessa osana olemassa olevia terveydenhuollon ja työkyvyn palveluita (Uitti & Heikkinen 2016, 5).

Toimintakykykeskuksen toiminta on läheteetöntä, eli asiakas itse voi ottaa yhteyttä Toike:en. Asiakkuuteen voidaan ohjata myös eri palveluista, kuten Kelasta, työllisyyspalveluista tai perusterveydenhuollosta. Periaatteessa kuka tahansa toimija voi ohjata asiakkaan ottamaan yhteyttä Toimintakykykeskukselle. Asiakkaan ensiyhteydenotto tapahtuu yleensä puhelimitse. Keskuksen moniammatilliseen tiimiin kuuluva ensilinjan työntekijä (yleensä kuntoutusohjaaja tai sosiaalityöntekijä) kartoittaa alustavasti asiakkaan tilannetta puhelimitse ja varaa tarvittaessa asiakkaalle henkilökohtaisen käyntiajan, mikäli puhelimesta annettu ohjaus ei ole riittävää.

Henkilökohtaisista asiakaskäynneistä valtaosa on ensilinjan työntekijän ja lääkärin yhteisvastaanottoja, joissa potilaan tilannetta kartoitetaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Asiakkaan työkykyä arvioidaan monialaisesti ja pyritään selvittämään osatyökykyisyyden taustalla olevia somaattisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Asiakkaan haastattelemisen lisäksi hänen tilanteestaan saadaan tietoa asiakkaan ennen ensimmäistä asiakaskäyntiä täyttämästä Kykyviisari-kyselystä sekä aikaisemmista terveydenhuollon ja mahdollisten muiden palveluiden dokumenteista. Mikäli todetaan tarvetta laajemmille terveydentilan selvityksille, ohjataan henkilö oikean tahon palveluun ennen arvioinnin jatkamista. Esimerkiksi laboratoriokokeita tai kuvantamisia ei Toimintakykykeskuksen puitteissa toteuteta. Asiakkuuden aikana asiakas saa myös lisätietoa sairaudestaan tai vammastaan ja häntä voidaan ohjata ja tukea erilaisten kuntoutusten ja mahdollisten sosiaalietuuksien hakemisessa. (Uitti & Heikkinen 2016, 9–10)

Ensilinjan työntekijän ja lääkärin palveluiden lisäksi Toike:lla on mahdollisuus psykologin tapaamisiin ns. mini-interventioissa, joissa asiakkaan kanssa käydään 1-5 käynnin aikana läpi sairauden, vamman tai yleisen toimintakyvyn heikkenemästä aiheutuvia psyykkisiä oireita ja niiden kanssa pärjäämistä. Usein nämä käsittävät mm. kipupotilaiden selviytymiskeinojen tukemista. Toimintakykykeskuksen psykologin mukaan mini-interventiossa keskeistä on sairastamiseen tai vammautumiseen liittyvän kognitiivisen ahdistuksen ja pelkojen näkyväksi tekeminen ja niistä turvallisessa tilanteessa puhuminen, jonka voi nähdä olevan merkittävässä roolissa kuntoutumisen edistymisessä. Mini-interventioon on kuulunut myös kipuoireiden hallintaan liittyvät harjoitteet, joiden tarkoituksena on tarjota työkaluja kipuun liittyvien ahdistavien tuntemuksien käsittelyyn myös kotioloissa. Lisäksi on pyritty lisäämään asiakkaan tietoisuustaitoja, eli oman sairauskokemuksen hyväksyvää kohtaamista.

Toike:n asiakkuudet pyritään pitämään pääsääntöisesti lyhyinä. Useimmilla asiakkailla riittää yksi tai muutama käynti, joiden pohjalta tehdään hoito/kuntoutussuunnitelma ja tarvittavat ohjaukset jatkohoidon tai palveluiden piiriin. Varsinaisen lähiasiakkuuden jälkeen ensilinjan työntekijä voi tarvittaessa seurata suunnitelman toteutumista. Lisäksi hankkeen arviointia varten osalle potilaista soitetaan seurantapuhelu noin kolmen kuukauden kuluttua Toike-käyntien jälkeen, minkä yhteydessä on voitu antaa tarpeen mukaan lisäohjausta.

Toimintakykykeskuksen asiakkuudelle ei ole asetettu rajoituksia esimerkiksi työelämästatuksen suhteen, mutta koska työssä käyvillä on useimmiten mahdollisuus käyttää työterveyshuollon palveluita, on Toike:n toiminta pääasiallisesti työelämän ulkopuolella oleville ja epätyypillisissä työsuhteissa oleville kohdentuvaa. Aina työterveyshuollon palveluiden kautta ei kuitenkaan ole ollut saatavissa riittävää ohjausta tai arviointia ei ole koettu riittäväksi, jolloin myös työssäkäyvä voi jäädä Toike:n asiakkaaksi.

Myöskään tauti- tai vamma- tai vammarajausta ei Toimintakykykeskuksella ole, vaan asiakkaaksi voi tulla minkä tahansa työ- ja toimintakykyä rajoittavan ongelman vuoksi. On huomattavaa, että suurella osalla työkyvyltään rajoittuneista sairastaminen ja toimintakyvyn haasteet ovat monialaisia, eikä näihin ole olemassa yhtä selkeää hoitotahoa. (Haukka-Wacklin 2016, 112–113.)

TOIKE-hankkeen taustalla on perusterveydenhuollon puutteellinen kyky arvioida riittävällä tasolla ihmisen työ- ja toimintakykyä, tunnistaa osatyökykyisyyttä ja tarjota tilanteen edellyttämää ohjausta ja tukea. Kuten edellisissä luvuissa on todettu, ovat hoitotahot eriytyneet ja kuntoutuksen ja terveydenhuollon kenttä pirstaleinen, jolloin asiakkaan palvelutarpeen arvioiminen ja eri palveluiden

välinen koordinointi on haasteellista. Lisäksi useimpiin palveluihin pääseminen edellyttää lääkärin tai muun hoito- tai palvelutahon lähetystä. Palvelut ovat usein myös ruuhkautuneita ja niiden piiriin pääseminen saattaa olla pitkän odotuksen takana. Tarve riittävän varhaiselle ja matalan kynnyksen periaatteella toimivalle palvelulle onkin tullut esille useissa eri terveydenhuollon- ja kuntoutuksen palveluissa. (Oivo & Kerätär 2019, 30.) Toimintakykykeskuksen toimintamallilla on pyritty tarjoamaan työkyvyttään alentuneille henkilöille helposti saavutettavissa oleva matalan kynnyksen palvelu, jonka kautta työkyvyn ongelmiin voitaisiin puuttua riittävän varhaisessa vaiheessa.

Myös käytännön yhteistyön ja ohjauksen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä on havaittu olevan heikkoa (Uitti & Heikkinen 2016, 4). Toimintakykykeskuksissa pyritäänkin asiakastyön ohella rakentamaan uutta verkostomaista toimintamallia, joka toimisi eri terveydenhuolto- ja kuntoutuspalveluiden rajapinnalla, muodostaen verkostoja eri toimijoiden ja rakenteiden välille. Toimintakykykeskusten perusajatuksena ei siis ole hoitotoimenpiteiden toteuttaminen, vaan asiakkaan tarpeiden riittävän varhainen havaitseminen ja oikeanlaisten kuntoutus- tai terveydenhoitopalvelujen piiriin ohjaaminen ja lähettäminen. Toimintakykykeskuksen tehtävänä on näin ollen toimia arvioivana ja eteenpäin ohjaavana palveluna, jonka kautta on mahdollista tehdä nopea tilanteen arviointi, toimintakyvyn dokumentointi tulevaa toimintaa varten, sekä oikeiden palveluiden kartoittaminen ja näiden piiriin pääsemisessä tukeminen.

3 TYÖKYKY KÄSITTEENÄ

Työkyvyn käsitettä on pyritty määrittelemään usein eri tavoin, mutta yksiselitteisen, kaikkiin tilanteisiin sopivan käsitteen muodostaminen on tuottanut vaikeuksia. Työkyvyn määrittelyä vaikeuttaa sen sisällään pitämät monenlaiset merkitykset ja näkökulmat. Työkykyä määritellään useissa eri yhteyksissä ja eri tarkoituksia varten, jolloin siinä painottuvat eri konteksteissa ja tilannekohtaisesti erilaiset sisällöt. (Ilmarinen ym. 2006, 19; Heikkinen 2015, 52–53; Järvikoski ym 2018, 8–9.) Esimerkiksi sosiaalietuuksia, kuten sairauspäivärahaa tai eläkettä varten työkyvyn arviointi painottaa yleisimmin fyysistä tai psyykkistä sairautta tai vammaa, kun taas kuntoutuspalveluiden piirissä työkyky käsitetään useimmiten kokonaisvaltaisemmin. Tällöin työkykyä määriteltäessä otetaan usein laajemmin huomioon yksilön elämäntilanne ja toimintakyky, sekä niihin vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. (Kerätär 2014, 34–35; Oivo & Kerätär 2018, 12.)

Työkyvyn määrittelyssä voidaan erottaa kaksi selkeästi erilaista viitekehystä sen suhteen, onko kyse työkyvyn arvioinnista vai työkyvyn edistämisestä. Arvioinnin kontekstissa on painottunut usein lääketieteellinen ja lainsäädännöllinen terveys/sairauserioitunut näkökulma. Työkyvyn edistämisessä puolestaan näkökulma on usein laajemmin ihmisen voimavaroissa ja niiden tukemisessa. (Mäkitalo & Palonen 1994, 156–157.)

Työkykyä myös määritellään ja arvioidaan useiden eri toimijoiden toimesta, joilla on arvioinnille omat tarkoituksensa ja päämääränsä. Näin ollen yhtenäisen käsityksen muodostaminen voi olla hyvinkin haasteellista. Tämän voi nähdä konkreettisesti esimerkiksi erilaisten sairausetuuksien myöntämisessä, kun lausunnon laatineella lääkärillä ja Kelalla on erilainen näkemys asiakkaan tai potilaan työkyvystä suhteessa etuuksien määräytymisperusteisiin.

Perinteinen lääketieteellinen käsitys työkyvystä painottaa terveyttä ja fyysistä toimintakykyä. Tällöin katsotaan, että erilaiset sairaudet ja vammat heikentävät ihmisen kykyä tehdä työtään ja mikäli sairaus hoidetaan, on ihminen työkykyinen. Työkykyä määritellään usein erilaisten diagnoosien ja vamma- tai sairausluokitusten pohjalta ja arviointia tekevä asiantuntija on useimmiten lääkäri. Tällaisen sairauskeskeisen näkökulman voi nähdä olevan pohjana useiden lakien määritelmissä ja erilaisissa sosiaalietuuksissa (Heikkinen 2015, 54-55).

Puhtaasti lääketieteellisen käsityksen, jossa työkyky tai -kyvyttömyys on sidottu pääasiallisesti vamma- tai sairausdiagnoosiin, voi nähdä ongelmallisena, koska siinä sivuutetaan kokonaisuudessaan ihmisen kyky toimia omassa ympäristössään. Mielekkäämpää onkin suhteuttaa työkykyä yksilön

ammattilliseen ympäristöön. Yleisesti työkykyä määritelläänkin ns. tasapainomallin mukaisesti, jossa ihmisen olemassaolevia voimavaroja suhteutetaan ammatin ja työtehtävien vaatimuksiin. (Mäkitalo & Palonen 1994, 158–159)

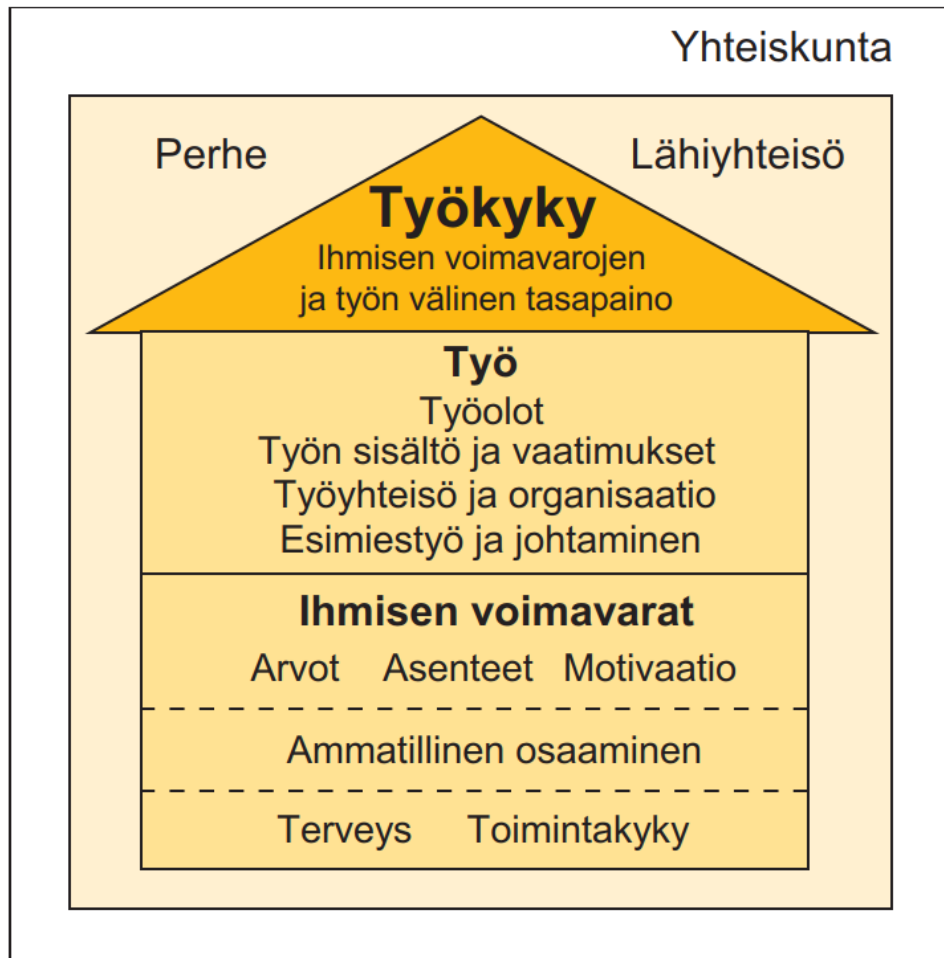
Työelämään suhteuttaen henkilön työkykyä voidaan käsitteellistää useammallakin tavalla. Yksilön työkykyä voidaan arvioida suhteessa töihin, joissa tarvitaan jonkin tietyn alueen erityisosaamista tai toisaalta töihin, joista useimmat ihmiset voivat suoriutua suhteellisen lyhyen perehtymisajan jälkeen. Ensimmäisessä tapauksessa työkyvyn voi nähdä pitävän sisällään ammatillisen osaamisen, terveydentilan, joka tukee tätä osaamista, sekä työn sisältämien tehtävien hallintaan tarvittavat kyvyt ja ominaisuudet. Jälkimmäisen näkemyksen mukaan ajatellaan, että työkyky pitää sisällään riittävän terveydentilan työstä suoriutumiseen ja yleisen perustason osaamisen. (Tengland 2010, 275.)

Esimerkiksi kätensä vammauttanut henkilö saattaa olla kyvytön suoriutumaan kirvesmiehen työstä, johon hänellä on koulutus ja vuosien varrella kehittynyt osaaminen, mutta voisi olla täysin työkykyinen jossain toisessa, kevyemmässä tehtävässä. Näin ollen työkykyä ei voida määrittää kaiken kattavasti ottamatta huomioon henkilön työympäristöä ja millaisissa tehtävissä hän toimii. Työkykyä henkilön työhön suhteutettaessa tulisi ottaa työympäristön ja ammatin ohella huomioon myös laajemminkin työelämän vaatimukset. Kokonaisvaltaisemmissa työkyvyn käsitteellistyksissä onkin edetty kohti moniulotteisempia mallinnuksia, joissa otetaan laajasti huomioon yksilön toimintakyvyn eri osa-alueet, sekä yksilön ja ympäristön vuorovaikutus. (Järvikoski ym. 2018, 21–25; Oivo & Kerätär 2018, 13.)

Yksi yleisimmin käytetyistä työkyvyn moniulotteisista malleista on Työterveyslaitoksella kehitetty ns. **Työkyvyn talo** jossa työkyvyn kokonaisuus rakentuu yksilön voimavaroista, työelämään liittyvistä tekijöistä, sekä työn ulkopuolella olevista mikro- ja makrotason ympäristöistä. (Ilmarinen ym. 2006, 23–24.) Työkyvyn talo -mallinnuksessa työkyvyn eri alueita kuvataan talon eri kerrosten ja niiden ympärillä olevan lähiympäristön ja yhteiskunnan avulla (Kuva 3). Työkyvyn talon perustan muodostavat yksilön voimavarat, kuten terveys, toimintakyky, osaaminen, sekä asenteet ja motivaatio. Näiden yläpuolella ovat työelämään liittyvät asiat, kuten työn sisällöt ja vaatimukset, työolosuhteet ja työyhteisö, jotka muodostavat yhdessä voimavarojen kanssa varsinaisen työkyvyn kehikon. Työkykyyn vaikuttavina ja työkyvyn taloa ympäröivinä tekijöinä mallissa nähdään ihmisen lähiympäristö, kuten perhe ja muu lähiyhteisö, sekä laajemmin koko yhteiskunta, sen rakenteet, säädökset ja muut inhimilliselle toiminnalle asettamat reunaehdot. Tällaisen laajan ja moniulotteisen mallin sisällöt eivät siis enää asetu ainoastaan yksilön omien ominaisuuksien ympärille. Mallin kautta

onkin mahdollista hahmottaa työkyvyn alueelle asettuvia hyvin monenlaisia sisältöjä, joiden kartoittaminen on keskeisessä osassa myös tämän tutkimuksen empiiristä osiota.

Kuva 3. Työkyvyn ulottuvuudet ”Työkyvyn talo” -mallissa.



Lähde: Ilmarinen ym. 2006

TYÖKYKY VAI TOIMINTAKYKY?

Työkyvyn ohella ihmisen tilannetta arvioidaan usein myös sisällöltään laajemman käsitteen, toimintakyvyn, kontekstissa. Työkyvyn ollessa sidottu työelämään, on toimintakyky kokonaisvaltaisempi kuvaus yksilön tilanteesta. Toimintakyky on merkityksellinen käsite silloin, kun yksilön kohdalla ei arvioida ainoastaan hänen kykyään tehdä jotain työtä, vaan tarkastelun keskiössä on laajempi yksilöllisen tilanteen kartoitus.

Toimintakyvyn voi katsoa koostuvan fyysisen ja psyykkisen terveyden ohella ihmisen tilanteessa vaikuttavien yksilö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksesta. Toimintakyvyn tärkeinä osa-alueina nähdään terveyden ohella esimerkiksi sosiaalinen osallisuus sekä omassa lähiyhteisössä että laajemmin yhteiskunnassa, suoriutuminen omassa arjessa, taidot ja osaaminen, sekä yksilön toimintaa eri tavoin rajaavat ympäristötekijät.

Kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksella (International Classification of Functioning, ICF) on pyritty muodostamaan toimintakyvystä kokonaisvaltainen ja systemaattinen malli, jota voitaisiin käyttää hyväksi monilla ammattialueilla yksilön toimintakyvyn arvioinnissa. Sen avulla pyritään muodostamaan käsitys yksilön toimintakyvyn ja –rajoitteiden, sekä terveydentilan taustalla olevista tekijöistä ja siitä, millaisilla toimilla niihin voidaan vaikuttaa. ICF:n kautta kuvattuna toimintakyky pitää sisällään yksilön fyysisen toimintakyvyn, eri käytännöistä suoriutumisen sekä yhteiskunnallisen osallisuuden. Toimintakyky kuvautuu moniulotteisena tilana, joka koostuu ihmisen fyysisen ja psyykkisen terveydentilan, muiden ominaisuuksien sekä ympäristötekijöiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Paltamaa & Perttinen (toim.) 2015, 15–17.)

Työkyvyn arvioinnin kannalta laajemman toimintakyvyn käsitteen ymmärtäminen on tärkeää, koska työkykyä ei voida yksiselitteisesti määrittää ainoastaan fyysisten tekijöiden perusteella. Myöskään työtehtävistä suoriutumisen ei voida katsoa määrittävän riittävällä tasolla ihmisen työkyvyn kokonaisuutta. Tämä on huomioitava varsinkin silloin kun arvioidaan työelämän ulkopuolella olevia ja erityisesti pitkään työttömänä olleita.

3.1 TYÖKYVYN ARVIOINTI

Työkykykäsityksen ollessa moninainen ja usein eri tavoin määritelty, tuottaa työkyvyn objektiivinen arviointi ongelmia. Esimerkiksi lääkäri voi arvioida ihmisen somaattisia ongelmia ja fyysikaalisia toimintarajoitteita tietyllä tavalla, mutta tämä arvio ei välttämättä ota huomioon yksilön psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia, joilla myös on vaikutuksensa ihmisen työkykyyn ja työssä jaksamiseen. Tästäkin johtuen sairauslähtöisen työkyvyn arvioinnin osaksi on pyritty tuomaan laajempaa toimintakyvyn käsitettä, joka ottaa monialaisesti huomioon ihmisen biopsykososiaalisen kokonaisuuden. (Kerätär ym. 2014, 495-496, 501.)

Työkyvyn arviointia tehdään useimmiten jotain tiettyä päämäärää varten, joka osaltaan määrittää sitä, mitä arvioinnissa otetaan huomioon ja miten työkyky ylipäätään käsitetään. Esimerkiksi sairausajan etuuspäätökset perustuvat pääosin lääkärin tekemään arvioon fyysisestä työkyvystä. Sosiaaliturvan viitekehysessä työkyvyn arviointia sidotaan erilaisiin lakeihin ja asetuksiin, kuten sairausvakuutuslakiin, työntekijän eläkelakiin tai kansaneläkelakiin, joiden perusteella erilaisia etuuksia voidaan myöntää. Sen sijaan erilaisia kuntoutustoimenpiteitä suunniteltaessa tulisi työtehtäviin liittyvien tekijöiden ja rajoitteiden ohella ottaa huomioon ihmisen toimintakyky laajemmassa muodossa. Tällä varmistetaan, että kuntoutus kohdistuu oikein ja riittävän monialaisesti ihmisen toimintakykyyn sisältyviin lääketieteellisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. (Paltamaa & Perttinen (toim.) 2015, 18.)

On myös huomioitava, että kokonaisvaltaisen lääkärintoiminnan ei välitä potilaan todellisuutta sellaisenaan, vaan lausunnoissa on aina kysymys tilanteen tulkinnoista, jotka saattavat olla virheellisiä tai puutteellisia. On myös otettava huomioon, että kyse on usein yksittäisen ihmisen suorittamasta arvioinnista, jossa inhimilliset tekijät vaikuttavat välttämättä arvioinnin lopputulokseen. (Nokso-Koivisto 2001, 29). Onkin havaittu, että eri alojen edustajilla voi olla keskenään hyvin erilaiset näkemykset saman ihmisen työkyvystä. Luonnollisesti myös saman alan edustajat, eli kaksi lääkäriä voivat olla hyvinkin eri mieltä yksilön työ- ja toimintakyvystä, riippuen siitä millaisista näkökulmista he yksilöä arvioivat. (Torén & Järholm 2015.)

Työkyvyn käsite on työskentelyn pohjana useissa eri organisaatioissa ja eri tahoilla, joilla on usein erilainen käsitys siitä, mitä tekijöitä työkyvyn käsite pitää sisällään. On huomattu, että terveydenhuollon edustajilla on yleisesti kokonaisvaltaisempi käsitys työkyvystä, kun taas sosiaalietuuksista vastaavat tahot pohjaavat käsityksensä työkyvystä pääasiassa terveydelliseen tilanteeseen ja sairauteen tai vammaan, sitoen työkyvyn pitkälti henkilölle määriteltyyn diagnoosiin.

Tällöin sairauden tai vamman ulkopuolelle laskettavia asioita ei välttämättä oteta juurikaan huomioon työkykyä määriteltäessä. Tämän voi nähdä aiheuttavan kitkaa eri toimijoiden välillä yksilön työkykyä arvioitaessa. (Ståhl ym. 2009, 268–271.)

Kapeampi, ainoastaan fyysiseen sairastavuuteen tai vammaisuuteen sidoksissa oleva työkykykäsitte jättää huomioimatta kokonaisuudessa vaikuttavia erilaisia psykososiaalisia ja elinympäristöön liittyviä tekijöitä (Kerätär ym. 2014, 501). Tämä saattaa johtaa erilaisten etuuksien tai palveluiden epäämiseen, mikäli henkilön diagnosoitavissa oleva sairaus ei selitä kokonaisuudessaan työ- ja toimintakyvyn alenemaa. Kapeaan näkökulmaan perustuva arviointi saattaa myös johtaa puutteellisiin tai vääränlaisiin kuntoutustoimenpiteisiin, kun kaikkia tekijöitä ei ole riittävässä määrin otettu huomioon kuntoutuskokonaisuutta rakennettaessa.

Monet työ- ja toimintakykyä alentavat sairaudet ovat lisäksi sellaisia, että niiden diagnosoimiseen ei ole yhtenäisiä mittareita, eikä sairauksien vaikutuksesta tosiasialliseen toimintakykyyn ole riittävästi käytännön tietoa, johon työkyvyn tai -kyvyttömyyden arviota voitaisiin pohjata (Heikkinen 2015, 56–57.) Tämä saattaa johtaa esimerkiksi tilanteeseen, jossa sairautta ei nähdä riittäväksi syyksi työkyvyttömyysetuudelle, vaikka toimintakyky olisikin todetusti alentunut. Työkyvyn riittävän monialaiseen ja kattavaan arviointiin tulisikin kiinnittää huomiota yhä laajemmin.

TYÖKYVYN ARVIOINTI TYÖTTÖMILLÄ

Kuten edellä todettiin, ovat työvoiman ulkopuolella olevat työikäiset Suomessa työllisiin verrattuna työkyvyn tuen palveluiden suhteen eriarvoisessa asemassa. Palvelujärjestelmässä on kuitenkin pyritty parantamaan myös työttömien työ- ja toimintakyvyn arviointia eri elämänvaiheissa. Tämä on nähty merkityksellisenä muun muassa työllisyystason kohentamisen näkökulmasta.

Työttömien ja työelämän ulkopuolella olevien terveydentilan ja toimintakyvyn selvittäminen riittävällä tasolla tulisi nostaa keskiöön myös siksi, että työttömien terveyden on havaittu olevan yleisesti heikommalla tasolla kuin työttömien ja työttömyyden pitkittymisen ja toistumisen on havaittu edelleen heikentävän terveyttä ja toimintakykyä. Työttömien kuolleisuuden on myös havaittu olevan moninkertainen saman ikäisiin työllisiin verrattuna. Työttömyyden ja heikentyneen terveyden yhteydet on nähty monensuuntaisina. Terveyden vakava heikkeneminen johtaa usein työelämästä syrjäytymiseen, mikä puolestaan voi edelleen vaikuttaa heikentävästi yksilön terveydentilaan. (Kerätär 2016, 19; Pensola ym. 2006, 223–225)

Henkilön työelämäosallisuuden on todettu myös olevan yhteydessä siihen, minkä verran terveydentilan ongelmia ja kuntoutustarpeita terveydenhuollossa todetaan, kuinka paljon eri kuntoutuksia haetaan, sekä myönteisten kuntoutuspäätösten määriin. Yleisesti ottaen työttömien kohdalla erilaiset työelämään palaamisen tukikeinot toteutuvat heikommin työllisiin verrattuna. (Juvonen-Posti & Pensola 2016, 26)

Tällä hetkellä käytössä olevat työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmät eivät useinkaan ota huomioon riittävällä tasolla työelämän ulkopuolella olevien kokonaistilannetta. Esimerkiksi työkyvyn kattavaan arviointiin tarkoitettu työkykyindeksi pitää sisällään useita arvioitavan työsuhdetta ja työtehtäviä koskevia kysymyksiä, joihin työelämän ulkopuolella oleva ei luonnollisesti kykene vastaamaan (Gould ym. 2006, 43). Työelämän ulkopuolelle myös päädytään monista eri syistä, mikä aiheuttaa haasteita työttömien työ- ja toimintakyvyn määrittelylle ja arvioinnille, sillä yhteistä vertailupohjaa on vaikea muodostaa kohderyhmän heterogeenisyydestä johtuen. Keskeistä arvioinnissa tulisikin olla yksilön omien tulkintojen ja käsitysten peilaaminen hänestä saatavilla oleviin esitietoihin ja erilaisista asiakkuuksista ja palveluihin osallistumisesta kertyneisiin informaatioon. (Kerätär ym. 2014, 501.)

Perinteisesti työkyvyn arviointi perustuu malliin, jossa yksilön työkyky määrittyy johonkin työhön tai koulutukseen suhteutettuna. Työelämän ulkopuolella olevilla työkykyä ei kuitenkaan voida arvioida samaan tapaan, sillä työelämään liittyviä vertailukohtia ei ole välttämättä lainkaan käytettävissä. Varsinkin jos henkilö ei ole ollut lainkaan työelämässä tai edellisestä työsuhteesta tai koulutuksesta on pitkä aika, on työkykyä työelämän raameihin suhteuttava arviointi luonnollisesti haastavaa. Arvioinnin vaikeus korostuu silloin, kun työ- ja toimintakyvyn alenema ei ole suoraan johdettavissa jostain tietyistä vammasta tai sairaudesta. Näin ollen työelämän ulkopuolella olevilla arvioinnin tulisi olla monialaista ja sisältää kokonaisvaltaisesti fyysisen ja psyykkisen terveydentilan ohella myös päivittäisen suoriutumisen, sosiaalisen elämäntilanteen, työ- ja opiskeluhistorian, tulevaisuuden suunnitelmien ja yksilöllisten tarpeiden arviointia ja kartoitusta. (Airila ym. 2015, 3.)

On myös huomattava, että potilaan itsearvioinnin kautta saatujen tulosten on nähty ennustavan hyvin tulevaa työkyvyttömyyttä, joten yksilön omien kokemusten ja käsitysten huomioimista ei tulisi sivuuttaa työ- ja toimintakykyä arvioitaessa (Lundin ym. 2016, 199–200). Työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa olisikin nykyistä laajemmin oltava keskeisessä osassa monialainen arviointi, jossa yhdistyvät lääkärin arvion ohella muilta asiantuntijoilta saatu tieto henkilön omaan arvioon tilanteestaan (Ilmarinen ym. 2006, 20).

3.2 TYÖKYKYYN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Työkykyyn yhteydessä olevia tekijöitä on tunnistettu erilaisissa tutkimuksissa suuri määrä. (Ks. Braathen ym. 2015, 2–3). Tekijöitä on kartoitettu usein eri menetelmin. Yleinen tapa on työkyvyn itsearviointi, jossa on analysoitu henkilön taustatekijöiden ja muiden muuttujien yhteyttä tämän kokemaan työkykyyn. Toisissa tutkimuksissa on kartoitettu erilaisten työkykyä koskevien muuttujien yhteyksiä ihmisten sairauspoissaolojen määrää, ihmisten paluuta työelämään sairauspoissaolojen jälkeen, tai heidän siirtymistään työkyvyttömyyseläkkeelle ja muiden sairausetuuksien piiriin. äiden yhteyksiä erilaisiin muuttujiin. Jälkimmäisen kaltaisissa tutkimuksissa työkykyyn yhteydessä olevia tekijöitä ei siis ole kartoitettu ainoastaan itsearvioinnin tulosten kautta, vaan niissä on tarkasteltu konkreettisiin työkyvyttömyysjaksoihin yhteydessä olevia muuttujia. Tutkimuksiin perehtyessä on ollut merkille pantavaa, että sekä itsearvioinnin kautta että konkreettista työkyvyttömyyttä kartoittamalla saadut tulokset ovat tutkimuksissa pääsääntöisesti samansuuntaisia. Tämä korostaakin edelleen asiakkaan oman arvion merkitystä.

Käyn seuraavaksi lävitse erilaisia muuttujia, joiden on tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä joko ihmisen kokemukseen omasta työkyvystään tai erilaisiin työkyvyttömyysjaksoihin. Tällä pyrin luomaan pohjaa omalle tutkimukselleni, nähdäkseni minkä tekijöiden muutoksen seuraaminen Toimintakykykeskusten asiakkailta on tarkoituksenmukaista. Käyn näitä tekijöitä lävitse myös sen osalta, mitä teoriassa keskeisiksi nähtyjä tekijöitä on sisällytettyä myös tutkimukseni mittarina käyttämäni Kykyviisari-kyselyyn.

Keskeisenä lähteenäni on suomalainen *Työkyvyn ulottuvuudet*-julkaisu (Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen (toim.) 2006), jossa on kartoitettu laajasti työkykyyn vaikuttavia ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuskokoelmassa on käytetty hyväksi koko väestön tasolla toteutetun Terveys 2000 –tutkimuksen tuloksia. Työkyvyn ulottuvuudet –julkaisun sisältämissä tutkimuksissa on tarkasteltu 18-74 –vuotiaiden työkykyä, pääpainon ollessa 30–64–vuotiaita koskevissa tuloksissa, eli työikäisten ikäluokassa.

Tuloksissa on kartoitettu vastaajien kokeman työkyvyn vaihtelua muun muassa iän ja sukupuolen mukaan sekä eri demografisten muuttujien kautta. Lisäksi on tarkasteltu työkyvyn yhteyttä työttömyyteen ja sen kestoon. Näiden taustatekijöiden ohella on tarkasteltu mm. koetun terveyden, psyykkiseen voimien, sosiaaliseen osallisuuden, sekä kognitiivisten taitojen ja motivaation yhteyttä koettuun työkykyyn. Koetun työkyvyn mittarina tutkimuksessa on käytetty tutkittavan omaa

kolmiportaista arviota työkyvystä, asteikolle 0-10 sijoittuvaa työkykypistemäärää, sekä työkykyindeksiä.

Työkyvyn ulottuvuudet –tutkimuksessa havaittiin, että **sukupuolten välillä** oli tilastollisesti merkitsevä ero työkykypistemäärällä mitattuna niin, että naiset kokevat työkykynsä keskimäärin hieman miehiä paremmaksi sekä koko väestössä, että työssä käyvien keskuudessa. **Ikäryhmien välillä** puolestaan näkyi eroa niin, että vanhemmat vastaajat kokivat työkykynsä nuorempia heikommaksi. Työssä käyvillä vastaajilla ikäryhmittäinen heikkeneminen näyttäytyi lievempänä. (Gould & Polvinen 2006, 59-61.) Ikääntymisen yhteys työkykyyn on todettu myös useissa muissa tutkimuksissa (Esim. Ervasti ym. 2017, Dekkers-Sánchez ym. 2008, Øyeflaten ym. 2014), mutta sukupuolen suhteen tulokset ovat olleet ristiriitaisia (Esim. Cornelius ym. 2011).

Koulutuksen osalta tutkimuksissa havaittiin, että alemmin kouluttautuneiden ja varsinkin ainoastaan perus- tai kansakoulun käyneiden keskuudessa työkyky koettiin keskimäärin heikommaksi kuin korkeammin kouluttautuneiden joukossa (Martelin, Sainio, Koskinen & Gould 2006, 71-73; Pensola ym. 2006, 234). Koulutustason on nähty olevan useissa muissakin tutkimuksissa yhteydessä työkykyyn niin, että korkeammin koulutetuilla työkyky näyttäytyy keskimäärin parempana (Esim. Cornelius ym. 2011, Øyeflaten ym. 2014).

Työttömien ja työssä käyvien välillä näkyi selkeä ero koetussa työkyvyssä. Työttömät kokivat huomattavasti useammin työkykynsä rajoittuneeksi ja erinomaiseksi työkykynsä kokevien osuus oli työttömien keskuudessa huomattavasti työllisiä pienempi. Työttömyyden pidentyessä myös työkyky koettiin heikommaksi. (Pensola ym. 2006, 227-237.) Työttömyyden yhteys terveydentilaan onkin yleisesti todettu ja yhteys on nähtävissä monensuuntaisena. Toisin sanoen terveydentilaltaan heikot ajautuvat terveitä helpommin työelämän ulkopuolelle, mutta myös työttömyys itsessään on terveydentilaa heikentävä tekijä. (Heikkinen 2016, 35–36.)

Taloudellisten vaikeuksien todettiin olevan yhteydessä alentuneeseen työkykyyn (Pensola ym. 2006, 233). Yhteyden suuntaa voi tässä pohtia, mutta on helppoa nähdä, että työkyvyltään alentuneet ajautuvat usein työelämän ulkopuolelle ja erilaisten etuuksien varaan, jolloin taloudellinen tilanne luonnollisesti muuttuu heikommaksi kuin työkykyisillä. Toisaalta pitkittynyt heikko taloudellinen tilanne on omiaan heikentämään psyykkistä vointia ja siten myös työkykyä. Heikon taloudellisen tilanteen on havaittu olevan yhteydessä työkykyyn myös muissakin tutkimuksissa. Esimerkiksi Sutton ja Dunstan (2012) havaitsivat, että taloudellinen tilanne toimii mediaattorina masennuksen ja sairaudesta johtuvien työstä poissaolojen välillä.

Koetun terveydentilan ja työkyvyn yhteys on eri tutkimuksissa osoitettu vahvaksi. Suomessa väestötason tutkimuksessa terveydentilansa melko huonoksi tai huonoksi kokeneista suurin osa piti myös työkykyään rajoittuneena. Keskitasoiseksi tai sitä heikommaksi terveytensä arvioineilla myös koetun työkyvyn pistemäärät olivat selvästi alemmat kuin hyväksi tai melko hyväksi arvioineilla. (Koskinen, Martelin, Sainio & Gould 2006, 114.) Koetun terveyden on havaittu myös useissa muissa tutkimuksissa olevan yhteydessä koettuun työkykyyn. Koettu terveys on todetustyhteydessä myös työssä pysymiseen tai työhön palaamiseen sairauspoissaolon jälkeen. (Esim. de Vries ym. 2013, Josephson ym. 2008). Aiemman tutkimuksen pohjalta voidaankin sanoa, että koettu terveydentila on yksi koettua työkykyä vahvimmin määrittävistä tekijöistä.

Psyykinen vointi ja erilaiset mielenterveyden häiriöt havaittiin *Työkyvyn ulottuvuudet* -julkaisussa olevan vahvasti yhteydessä alentuneeseen työkykyyn. (Koskinen, Martelin, Sainio & Gould 2006, 124–126). Myös useissa muissa tutkimuksissa heikentyneen psyykkisen voinnin on nähty olevan yhteydessä alentuneeseen työkykyyn, lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin ja viivästyneeseen tai epäonnistuneeseen työhönpaluuseen (Brouwer ym. 2010, Amick ym. 2004, Bertilsson ym. 2015, Brouwer ym. 2010, D’Amato & Zijlstra 2010). Tästä kertovat myös Suomen työkyvyttömyyseläketilastot; lähes kolmasosa alkavista työkyvyttömyyseläkkeistä suomessa myönnetään psyykkisistä syistä ja yleisin yksittäinen syy eläkkeelle hakeutumiseen on masennus (Eläketurvakeskus 2019). Onkin todettava, että psyykinen vointi on selvästi yksi merkittävimmistä työkykyyn vaikuttavista tekijöistä.

Sosiaalisessa kanssakäymisessä vaikeuksia ilmoittaneet kokivat muita useammin myös työkykynsä alentuneeksi (Sainio, Koskinen, Martelin & Gould 2006, 143). Sosiaalista tukea (henkinen tuki tai käytännön apu) saavat kokivat työkykynsä jonkin verran paremmaksi kuin ne jotka eivät tukea saaneet. (Pensola, Järvikoski & Järvisalo 2006, 191.) Myös Brouwer ym. ovat todenneet yksilön kokeman sosiaalisen tuen olevan yhteydessä työhön palaamiseen pitkäaikaisen sairausjakson jälkeen (Brouwer ym 2010, 108–110). Suttan ja Dunstan (2012, 82–84) puolestaan havaitsivat tutkimuksessaan, että sosiaalisen tuen puute on yhteydessä lisääntyneisiin masennusoireisiin, mikä saattaa pitkittää työhönpaluuta.

Osaamisen merkitystä osana laaja-alaista työkykykäsitettä on painotettu esimerkiksi Työterveyslaitoksen Työkyvyn talo -mallissa (ks. Ilmarinen ym 2006, 23–24). Osaamisvalmiuksien ja kognitiivisten ominaisuuksien yhteyttä työkykyyn on myös todennettu erilaisissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Gould ja Polvinen (2006b, 162–168) ovat todenneet yhteyden niin, että henkilöt, jotka

kokevat osaamisvalmiutensa vahvoiksi, kokevat useammin myös työkykynsä hyväksi. Ihle ym. (2015, 137–139) puolestaan havaitsivat tutkimuksessaan, että kognitiiviset tekijät, kuten työ- ja lähimuisti sekä kognition nopeus ovat yhteydessä koettuun työkykyyn.

Tulevaisuususkon, eli yleisesti myönteisen suhtautumisen tulevaisuuteen ja omaan pärjäämiseen, on nähty olevan yhteydessä paremmaksi koettuun työkykyyn. Useissa tutkimuksissa aluetta on lähestytty minäpystyvyyks-käsitteen kautta, mikä tarkoittaa yksilön kokemusta ja tunnetta siitä, että hänen on mahdollista kyetä suoriutumaan eteen tulevista haasteista ja tehtävistä. Tutkimuksissa on havaittu, että vahva tunne omasta pärjäämisestä on yhteydessä hyväksi koettuun työkykyyn ja erilaisiin työhön palaamisen ja työssä jaksamisen mittareihin, sekä kuntoutustoimenpiteiden onnistumiseen ja vaikuttavuuteen. (Esim. Rashid ym. 2018, Brouwer ym. 2010, Cornelius ym. 2011, de Vries ym. 2013, D’Amato & Zijlstra 2010, Amick ym. 2004.)

Päivittäinen suoriutuminen arjen toimissa ja käytännöissä on nähty keskeisenä työ- ja toimintakyvyn osa-alueena esimerkiksi ICF-luokituksen mukaisissa toimintakyvyn määritelmässä ja arvioinnissa. (Paltamaa & Perttinen 2015, 16). Varsinkin työelämän ulkopuolella olevien kohdalla voidaan ajatella päivittäisistä toimista suoriutumisen olevan tärkeä mittari sen suhteen, kuinka hyväksi ihminen kokee mahdollisuutensa selvitä muillakin alueilla, kuten työelämässä. Yleistä arjen toimintakyvyn tärkeyttä onkin nostettu esille useissa työkyvyn määritelmässä (Ks. Järvikoski ym. 2018, 18–21)

Edellä kuvatut, työkykyyn monisyisesti yhteydessä olevat tekijät tukevat sitä ajatusta, että työkyky on lähellä monialaisen toimintakyvyn käsitettä. Tältä pohjalta voidaankin edelleen todeta, että työkyvyn arvioinnin tulisi lähtökohtaisesti olla monialaista ja siinä tulee ottaa huomioon niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinen näkökulma, arjessa suoriutuminen, erilaiset kognitiiviset taidot ja osaaminen, sekä motivaatio ja tulevaisuususkko.

4 TUTKIMUSASETELMA

4.1 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä tutkimuksessa laajana tavoitteenani on kartoittaa Toimintakykykeskuksen asiakkaiden työkykyä, sekä tähän yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi pyrin tekemään näkyväksi asiakkuuden aikana mahdollisesti tapahtuneita muutoksia työ- ja toimintakyvyn eri alueilla. Tutkimuksen ja analyysin kautta saatavaa tietoa on tarkoitus hyödyntää Toimintakykykeskuksen toimintamallin arvioinnissa ja jatkokehittämisessä.

Olen purkanut tutkimukseni tavoitteet kolmeksi eritasoiseksi tutkimuskysymykseksi:

-Millaisia ovat Toimintakykykeskusten asiakkaiden työ- ja toimintakyky asiakkuuteen tullessa?

-Mitkä tekijät ovat Toimintakykykeskusten asiakkailta yhteydessä koettuun työkykyyn?

-Miten Toimintakykykeskusten asiakkaiden työ- ja toimintakyky ovat muuttuneet asiakkuuden myötä?

Vastauksia tutkimuskysymyksiin olen lähtenyt etsimään teoriaosiossa esiteltyihin työ- ja toimintakyvyn sisältöihin pohjaavan määrällisen tilastanalyysin avulla.

Määrällisten, eli kvantitatiivisten tilastomenetelmien peruslähtökohtana on numeerisen tiedon hankinta tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä ja sen analysointi tilastollisia analyysityökaluja käyttäen. Yhteiskuntatieteellistä tutkimusta tehtäessä tarkoituksena ei kuitenkaan ole ainoastaan lukuarvojen tarkastelu, vaan aineistosta pyritään saamaan laajemmin merkityksellistä tietoa yhteiskunnasta. Analyysin kautta pyritään tarkastelemaan lukujen taustalla vallitsevaa todellisuutta ja tekemään tätä koskevia päätelmiä. (Jokivuori & Hietala 2007, 11–13.) Määrällisen tutkimuksen kautta voidaan kuvata tutkittavan ilmiön rakennetta, eli sen eri osa-alueita, näiden välisiä keskinäisiä riippuvuuksia sekä näistä löytyvää systematiikkaa. Analyysin kohteena on myös tutkittavassa ilmiössä tapahtuvat muutokset. (Alkula ym. 1994, 22.)

Oma tutkimukseni nojaa näihin periaatteisiin, eli pyrin kuvaamaan työ- ja toimintakyvyn rakennetta ja sen sisältöjä sekä tarkastelemaan näistä löytyviä yhteyksiä. Analyysissani tutkin myös näissä näkyviä muutoksia. En kuitenkaan pyri löytämään ainoastaan numeraalisia yhteyksiä, vaan osallistun tutkimuksen tuottamalla informaatiolla keskusteluun työkyvyn monialaisista sisällöistä ja niiden kattavan arvioinnin merkityksestä osana työkyvyn tuen palvelukenttää.

4.2 KYKYVIISARI MITTARINA TYÖKYVYN ARVIOINNISSA

Tässä tutkimuksessa on käytetty aineiston keräämiseen Toimintakykykeskuksen asiakkailta Työterveyslaitoksen kehittämää Kykyviisari-kyselylomaketta (Ks. liite 1). Kykyviisari on työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmä, jolla voidaan kartoittaa yksilön toimintakykyä ja sen muutoksia laaja-alaisesti ottaen huomioon niin fyysisen, psyykkisen, kuin sosiaalisen toimintakyvyn. Kykyviisaria kehitetään osana työterveyslaitoksen Sosiaalinen osallisuus ja työ- ja toimintakyvyn muutos -koordinaatiohanketta (2014-2020). Solmu-hankkeen tavoitteena on edistää työelämän ulkopuolella olevien, osatyökykyisten ja muiden vaikeasti työllistyvien työ- ja toimintakykyä ja parantaa heidän työllistämisedellytyksiään.

Kykyviisari koostuu laajasta itsearviointilomakkeesta, jonka monivalintakysymykset kattavat toimintakyvyn eri osa-alueita: yleisen hyvinvoinnin, sosiaalisen osallisuuden, psyykkisen voiminnan, arjen suoriutumisen, fyysisen voiminnan ja kunnon, sekä kognitiiviset taidot, tulevaisuususkon ja motivaation. Lisäksi kykyviisarissa kartoitetaan erilaisia taustatietoja vastaajan tilanteesta, kuten kotitalouden muotoa, taloudellista tilannetta, koulutustaustaa, sekä erilaisia työelämään ja työllistymiseen liittyviä asioita ja näkemyksiä. Toisin kuin esimerkiksi yleisesti käytössä oleva työkykyindeksi, on kykyviisari tarkoitettu nimenomaan työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden tilanteen arviointiin. Sen kysymyksissä selvitetään esimerkiksi työelämään osallistumista vaikeuttavia tekijöitä ja otetaan huomioon yksilön motivaatio työllistymiseen, koulutukseen tai muuhun työelämään suuntaavaan palveluun.

Kykyviisarin kysymykset ovat suurimmaksi osaksi likert-asteikollisia monivalintakysymyksiä, joiden kautta saatavaa numeerista informaatiota voidaan käyttää hyväksi arvioitavan tilanteen seurannassa ja toimintakyvyn muutosten todentamisessa toistamalla kysely asiakkuuden päättyessä tai sopivan seuranta-ajan kuluttua. Näin Kykyviisaria voidaan käyttää hyväksi myös erilaisten hankkeiden ja toimintojen vaikuttavuuden arvioimisessa.

Kykyviisari ei kuitenkaan ole ainoastaan seurantatiedon tuottamiseen tarkoitettu kyselylomake, vaan sen tuottamaa informaatiota on tarkoitus käyttää työskentelyn pohjana erilaisissa asiakastyön tilanteissa. Kykyviisarin avulla kyetään hahmottamaan kokonaisvaltaisesti yksilön työ- ja toimintakykyä, mikä luo pohjaa vuorovaikutukselle erilaisissa asiakkaan ja asiantuntijan kohtaamistilanteissa. (Wikström & Airila 2015.) Kykyviisarin avulla arvioitava asiakas ja työntekijä saavat helposti ymmärrettävää palautetta asiakkaan toimintakyvyn vahvoista ja heikoista alueista, minkä pohjalta voidaan käydä syvällisempää keskustelua työskentelyn suunnasta ja tavoitteista.

Kykyviisari-mittarin kysymykset selvittävät laajasti työkyvyn eri tekijöitä ja osa-alueita. Tässä tutkimuksessa sen tuottama laaja työ- ja toimintakyvyn kuvaus antaa mahdollisuuden kartoittaa Toimintakykykeskuksen asiakaskunnan tilannetta kokonaisvaltaisesti. Kykyviisarin kautta saatava informaatio antaa myös mahdollisuudet analysoida laajasti erilaisten muuttujien välisiä yhteyksiä ja näissä seuranta-aikana tapahtuneita muutoksia.

4.3 TUTKIMUSETTISET KYSYMYKSET

Tutkimusta tehdessä eettiset seikat mielletään usein tutkittavien suojaamista koskeviksi asioiksi, joihin sisältyvät tutkittavien kunnioittava kohtaaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, henkisen ja fyysisen vahingon välttäminen, sekä yksityisyyden suojaaminen (Kuula 2011, 60–65). Tässä tutkimuksessa olen saanut aineiston valmiiksi kerättynä, enkä näin ole varsinaisesti ollut kosketuksessa tutkittaviin, joten tutkittavalle mahdollisesti raskasta vuorovaikutustilannetta ei ole syntynyt. Kykyviisari-järjestelmästä lataamani aineisto on ollut valmiiksi anonymisoitua niin, että Toimintakykykeskuksen asiakkaista on minulla ollut tiedossa ainoastaan heille järjestelmässä automaattisesti muodostetut henkilönumerot. Myös PSHP:n Toike-yksikössä kerättyjen esitietolomakkeiden data on toimitettu minulle anonymyminä, eli näidenkin kohdalla ainoa tieto tutkimukseen osallistuneista asiakkaista on ollut em. kykyviisarin henkilönnumero. Näin ollen aineistoani tai tutkimusta ei voida missään vaiheessa yhdistää suoraan tutkittaviin. Tutkimusaineistoani olen säilyttänyt ainoastaan salasanalla suojatulla työasemalla tai pilvipalvelussa.

Pohdittaessa tutkittavalle koituvan vahingon mahdollisuutta, voidaan kysyä, tuottaako Kykyviisari-kyselyyn osallistuminen haittaa asiakkaille. Onkin mahdollista, että kysely koskettaa vastaajalle sensitiivisiä alueita, mikä voi olla raskasta ja herättää ahdistavia tunteita (Ks. Piispa 2006, 148–149). On kuitenkin huomattava, että Kykyviisarin tehtävänä ei ainoastaan ole tutkimusdatan tuottaminen, vaan sillä on myös Toimintakykykeskuksen asiakastyötä ohjaava tarkoitus. Kyselyn kautta saatavaa tietoa käytetään hyväksi, kun asiakkaan kanssa käydään läpi hänen tilannettaan ja pyritään muodostamaan kuvaa siitä, millaisia toimenpiteitä hänen tilanteensa edellyttää. Tässä yhteydessä myös kyselyn mahdollisesti herättämiä tunteita ja Kykyviisari-järjestelmän antamaa numeraalista palautetta on mahdollista purkaa yhdessä työntekijän kanssa. Lisäksi Kykyviisarin yhtenä tarkoituksena on lisätä asiakkaan omaa ymmärrystä tilanteestaan, minkä voi nähdä asiakasta hyödyttävänä elementtinä. Kykyviisarin käyttöohjeissa suositellaankin kyselyn käyttämistä osana luottamuksellista asiakassuhdetta ja kyselystä saadun palautteen läpikäymistä jokaisen asiakkaan

kohdalla (Hakumäki ym. 2018, 7). Kykyviisarin täyttäminen ei myöskään ole edellytys Toimintakykykeskuksen asiakkuuteen pääsemiselle, joten asiakas voi halutessaan kieltäytyä vastaamasta kyselyyn.

Lisäksi on huomattava, että Kykyviisarin kautta saatava tieto on myöhemmin hyödynnettävissä laajemminkin tutkimuskäyttöön. Kaikki kyselyiden kautta saatava tieto tallentuu Kykyviisarijärjestelmän tietopankkiin, mikä mahdollistaa aineiston hyödyntämisen jälkikäteen laajemminkin työ- ja toimintakykyä käsittelevissä tutkimuksissa (Vrt. Kuula 2011, 227–230).

Asiakkaiden suojaamiseen ja anonymiteettiin liittyvien seikkojen lisäksi tutkimusetiikkaan sisältyvät hyvää tieteellistä käytäntöä noudattavat tutkimustavat, kuten aineiston huolellinen analyysi ja tutkimuksen luotettava ja totuudenmukainen raportointi. Lisäksi tutkijan on hyvä pohtia sitä, millaisia vaikutuksia tutkimuksesta saatavalla tiedolla voi olla tutkimuksen kohteena olevaan ihmisryhmään. Tutkijan on myös syytä reflektoida omaa asemaansa tutkijana suhteessa tutkimuskohteeseen. (Hirvonen 2006, 40–45.)

Olen toteuttanut tutkimukseni Toimintakykykeskukselta saatuna toimeksiantona, jolloin tutkimusasetelmani perusteet ovat tulleet minulle pitkälti valmiina. On selvää, että tämä vaikuttaa omaan asemaani tutkijana eri tavoin. Tilaustyötä tehdessä minulla saattaisi esimerkiksi olla paineita tai kiusausta esittää tuloksia siinä valossa, että Toimintakykykeskuksen asiakkuudella näyttäisi olevan myönteisiä vaikutuksia asiakkaiden toimintakykyyn.

Asemaani tutkijana liittyy myös oma esiymmärrykseni tutkimuksen kohteesta, esimerkiksi käsitykseni työkyvyn käsitteestä ja sen sisällöistä. Onkin todettava, että pidän tässä tutkimuksessa läpikäytyjä työkyvyn ja toimintakyvyn käsitteitä jo lähtökohtaisesti varsin kokonaisvaltaisina ja näen niiden sisällöt ihmisen elinpiiriä laajasti koskevinä. Tämä luonnollisesti suuntaa sitä, miten olen lähtenyt aineistoni analyysia toteuttamaan ja minkä tekijöiden esille nostamisen koen tärkeäksi.

Tutkimusta tehdessä olen kuitenkin pitkin matkaa tietoisesti reflektoinut työ- ja toimintakykyä koskevia käsityksiäni ja pureutunut aiheeseen varsin kattavasti ja objektiivisuuteen pyrkien aiemman tutkimuksen ja teorian kautta. Tutkijapositioni reflektoinnin ohella olen muutenkin noudattanut tutkimusprosessin eri vaiheissa hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvaa vastuullisuutta. Tämä tarkoittaa erityisesti sitä, että pyrin käsittelemään laajaa aineistoani aiemman tutkimuksen valossa mahdollisimman kattavasti ja tasapuolisesti. Analyysissa olen edennyt johdonmukaisesti ja huolellisesti, käsitellen eri muuttujia ja näiden välisiä välisiä yhteyksiä sen mukaisesti, mitkä tekijät

on aiemmassa tutkimuksessa nostettu työkyvyn kannalta merkityksellisiksi. Myös tulosten raportoinnin olen sitonut aiempaan tutkimukseen niin, että havaintoni ovat teorian valossa uskottavia.

Koska Toimintakykykeskuksen asiakaskunta muodostuu suurelta osin työelämän ulkopuolella olevista, on mahdollista, että tutkimuksen avulla muodostuva tieto olisi tätä ihmisryhmää leimaavaa mikäli työttömiä tai osatyökykyisiä käsiteltäisiin jollain tapaa negatiivisessa valossa (Kuula 2011, 63). Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt tarkastelemaan osatyökykyisyyttä ja työelämän ulkopuolisuutta välttämällä luomasta negatiivista kuvaa osatyökykyisyyden tai työelämän ulkopuolisuuden taustalla olevista syistä. Teorian kautta olen pyrkinyt purkamaan näitä syitä nimenomaan niin, että tutkimukseni olisi mukana monipuolistamassa työelämän ulkopuolisuudesta ja sen syistä käytävää keskustelua. (Vrt. Piispa 2006, 154–156.)

Kirjallisuuskatsaukseni pohjalta voidaan todeta, että työelämän ulkopuolelle joutumisen taustalla näyttäytyy usein runsaasti eri tekijöitä. On myös huomattava, että varsinkin pitkittynyt työttömyys on jo itsessään terveyttä ja työkykyä rapauttava tekijä, mikä heikentää edelleen henkilön mahdollisuuksia päästä takaisin työelämään. Tämä ei luonnollisesti tarkoita sitä, että kaikki työelämän ulkopuolella olevat olisivat osatyökykyisiä tai pitkäaikaistyöttömien mahdollisuudet päästä jälleen työelämään olisivat olemattomat. Tutkimukseni puhuu kuitenkin sen puolesta, että työelämän ulkopuolella olevien terveydellisiin ja hyvinvointiin liittyviin tekijöihin tulisi palvelukentässä kiinnittää entistä enemmän huomiota sen sijaan, että työelämän ulkopuolisuus olisi ainoastaan työttömien aktivoinnilla ja sanktioilla parannettavissa oleva tila.

4.4 ANALYYSIN KULKU JA MENETELMÄT

Analyysin aluksi olen hahmotellut Toimintakykykeskuksen yleistä asiakasprofiilia taustamuuttujien sekä asiakkaiden toimintakykyä ja elämäntilannetta kuvaavien muuttujien kautta. Tämän jälkeen olen analysoinut koettuun työkykyyn yhteydessä olevia muuttujia, nähdäkseni näyttäytyvätkö yhteydet myös omassa aineistossa aiemman tutkimuksen mukaisina. Tästä saatujen tulosten avulla on jatkossa mahdollista myös pohtia työskentelyn periaatteita, eli sitä, millaisiin tekijöihin asiakkaan tilanteessa tulee ensisijaisesti paneutua, mikäli työn tavoitteena on pohjimmiltaan asiakkaan parantunut työkyky.

Kolmantena näkökulmana analyysissä on seurata asiakkuuden mukanaan tuomia muutoksia ihmisten tilanteissa, sekä kartoittaa muutoksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Tämä on toteutettu käyttäen hyväksi 6kk asiakkuuden jälkeen toteutettua toistokyselyä, josta kertyneen aineiston avulla voidaan

seurata eri muuttujien muutoksia. Tässä tarkastelussa tärkeimpiä tekijöitä on niin ikään koettu työkyky ja aiemmassa tutkimuksessa siihen yhteydessä olevat tekijät. Lisäksi on mahdollista seurata Toimintakykykeskuksen erilaisten toimenpiteiden yhteyksiä asiakkaiden tilanteissa tapahtuneisiin muutoksiin.

Ennen analyysiprosessin aloittamista olin hakenut tutkimusluvan aineiston käsittelyyn. Tämä tapahtui käytännössä niin, että tutkimukseni lisättiin osaksi Toimintakykykeskus-hankkeen tiedonkeruuta, mihin tarvittavat luvat oli haettu jo aiemmin. Samalla minut rekisteröitiin tutkijatietokantaan PSHP:n henkilökuntaan kuulumattomana tutkijana.

Aineistoanalyysi aloitettiin Kykyviisarin ensikyselyaineiston käsittelyllä. Toimintakykykeskusten asiakkaiden Kykyviisari-aineistot ladattiin Työterveyslaitoksen kykyviisari-verkkopalvelusta Excel- taulukkona, joka siirrettiin SPSS for Windows-ohjelmaan analyysin toteuttamista varten. Vastattujen ensikysely-kykyviisarien määrä kokonaisuudessaan 3.9.2018 mennessä oli 465 kpl.

Kykyviisarin ohella PSHP:n Toimintakykykeskuksella asiakkaista kerätään myös muita taustatietoja sekä seurataan työskentelyn aikana toteutettuja toimenpiteitä. Nämä tiedot oli mahdollista yhdistää kykyviisarin tuottamaan vastausmatriisiin käyttäen kaikille kykyviisariin vastanneille asiakkaille annettavaa yksilöllistä asiakasnumeroa. Taustatietojen ohella SPSS:n analyysimatriisiin lisättiin myös joitain vastaamiseen liittyviä teknisiä tietoja, kuten vastauskerran numero (ensikysely / seurantakysely), sekä luku, joka kertoi, onko ensikyselyyn vastannut asiakas täyttänyt myöhemmin myös toistokyselyn. Aineiston muuttujia myös luokiteltiin eri tavoin SPSS:n työkaluja hyödyntäen.

Analyysi eteni siis monella tasolla eri muuttujien frekvenssien ja jakaumien tarkastelusta muuttujien välisten yhteyksien sekä seuranta-aikana tapahtuneiden muutosten analysointiin. Analyysi tapahtui pääosin kuvailevalla tasolla, eli pyrin tuomaan esille eri muuttujien esiintymistä, osuuksia ja yleisyyttä aineistossa. Kuvailevan analyysin kautta vastaan ”minkälainen” ja ”kuinka paljon” - tyyppisiin kysymyksiin analysoidessani esimerkiksi sitä, minkä tasoiseksi vastaajat keskimäärin kokevat työkykynsä ja terveydentilansa tai minkälaisia muutoksia muuttujien arvoissa on havaittavissa ensi- ja toistokyselyn välillä. Analyysissä on nostettu tarkasteluun muuttujia, joilla on aiemmassa tutkimuksessa todettu olevan yhteys koettuun työkykyyn ja jotka on muuten nähty työkyvyn kannalta merkityksellisiksi. Näiden muuttujien kautta on pyritty hahmottelemaan Toimintakykykeskusten asiakkaiden kokonaistilannetta niin fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta, kuin sosiaalisesta näkökulmasta.

Kuvailevan analyysin vastinparina puhutaan selittävästä analyysistä, jossa pyritään kuvaamaan tapahtumien ja ilmiöiden syitä (Jokivuori & Hietala 2014, 14). Analyysissäni on elementtejä myös tästä, kun tarkastelen esimerkiksi eri taustamuuttujien yhteyksiä työ- ja toimintakykyä kuvaavien muuttujien jakaumiin ja frekvensseihin. Selittävää analyysia on myös muuttujien välisten yhteyksien havainnointi seuranta-aikana tapahtuneisiin muutoksiin muuttujien arvoissa. Toisin sanoen selittävän analyysin kautta olen pyrkinyt tarkastelemaan yhteyksiä seuranta-aikana tapahtuneen koetun työkyvyn pistemäärien muutosten ja muiden muuttujien (esim. suoriutuminen, terveydentila) tai toimintakykykeskuksen eri toimenpiteiden väliltä.

Olen käyttänyt analyysimenetelminä pääosin ristiintaulukointia ja muuttujien keskiarvovertailuja eri vastaajaryhmien välillä yksisuuntaista varianssianalyysia hyödyntäen. Ristiintaulukoinnilla voidaan selvittää kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä tarkastelemalla selitettävän muuttujan saamia arvoja selittävän muuttujan eri luokissa (Heikkilä 2014, 198). Voidaan esimerkiksi tutkia, lukeutuuko eri työkykypisteiden luokkiin eri määrä vastaajia eri ikäluokissa. Mikäli eri ikäluokissa työkykypisteiden osuudet jakautuvat eri tavoin, voidaan arvioida työkykypisteiden olevan yhteydessä vastaajan ikään.

Ristiintaulukointia käyttäessäni olen tutkinut kahden muuttujan välistä riippuvuutta ja sen tilastollista merkitsevyyttä khiin neliö (χ^2)-riippumattomuustestillä. Testin avulla voidaan selvittää, ovatko muuttujien välillä havaitut yhteydet muuttujista riippuvaisia, vai johtuvatko erot vastauksissa sattumasta. Yleisesti käytössä oleva raja-arvo χ^2 -testin merkitsevyysasteelle (p.) on 0,05. Mikäli testin merkitsevyysaste on tätä pienempi, voi muuttujien välistä riippuvuutta pitää tilastollisesti merkitseväenä. Jos merkitsevyysaste on suuri, on syytä päätellä erojen johtuvan sattumasta. (Heikkilä 2014, 200.)

Yksisuuntaista varianssianalyysia (*analysis of variance* tai *ANOVA*) käytettäessä tilastoyksiköt jaetaan yhden muuttujan (esim ikä, sukupuoli, koulutustaso) perusteella ryhmiin ja verrataan, onko näiden ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa toisen muuttujan (esim työkykypisteet, terveydentila) keskiarvoissa. (Mt., 210). Varianssianalyysin avulla voidaan tarkastella erilaisten demografisten tekijöiden yhteyttä toimintakyvyn eri osa-alueisiin, tai esimerkiksi koetun psyykkisen voinnin ja työkyvyn keskinäistä yhteyttä.

Varianssianalyysin tuloksena saatavista testisuureista, kuten f-testisuureesta ja tämän merkitsevyysasteesta (p.), voidaan lukea, ovatko ryhmien väliset erot tilastollisesti merkitseviä. Myös f-testin kohdalla tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona käytetään yleisesti lukua 0,05.

Merkitsevyystaso ei sellaisenaan ole ainoa luku, jota testien tulosteista tulkitaan, vaan arviointia tulee tehdä myös testisuureen avulla, jonka suuruus yhdessä tilastollisen merkitsevyyden ja muiden testin tunnuslukujen kanssa antavat välineen arvioida merkitsevyyttä tarkemmin kuin ainoastaan saadun p-arvon kautta. Varianssianalyysin tuloksena saadaan myös eta^2 -arvo, joka ilmoittaa kuinka suuri osa selitettävän muuttujan arvon vaihtelussa on selitettävissä ryhmämuuttujan vaihtelun kautta. (Heikkilä 2014, 211–212.)

Tulosten painoarvoa arvioitaessa on myös otettava huomioon tutkimuskokonaisuus. Tämän tutkimuksen tuloksia tarkisteltaessa on huomattava, että analyysin kohteena on Toimintakykykeskusten asiakaskunnan kattava kokonaisaineisto, eli tutkimuskohteena ovat kaikki Toimintakykykeskusten asiakkaat. Tilastollinen merkitsevyys on usein väline arvioida sitä, onko suuremmasta populaatiosta otetun osan (näytteen) antamat tulokset yleistettävissä koskemaan myös laajempaa ryhmää. Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena ovat kaikki tiettyyn aikaan mennessä kykyviisariin vastanneet Toimintakykykeskusten asiakkaat, eikä tutkimuksessa siten pyritä saamaan aikaan laajemmin yleistettävissä olevia tuloksia, vaan ainoastaan tutkimaan tätä nimenomaista asiakasryhmää.

Näin ollen tämän tutkimuksen analyysissä havaittavat erot esimerkiksi eri ikäisten vastaajien välillä voidaan tulkita itsessään merkittäviksi, vaikka erot olisivatkin kohtalaisen pieniä. Lisäksi Toimintakykykeskuksen asiakkaiksi on valikoitunut poikkeuksellisessa tilanteessa olevia henkilöitä, jolloin aineistoa ei voida pitää edustavana näytteenä väestötason populaatiosta. Erilaisten tilastollisten testien saamat arvot on ilmoitettu tarpeen mukaan tulostaulukoiden yhteydessä, koska ne antavat työkalun arvioida esimerkiksi eri vastaajaryhmien välisten erojen suuruutta. Tässä tutkimuksessa ei pyritä tekemään yleistyksiä väestötasolle, mutta varianssianalyysin tuloksena saatu merkitsevyysaste on kuitenkin ilmoitettu, sillä sen avulla voidaan arvioida keskiarvoerojen suuruutta ja vertailla eri muuttujien välisiä yhteyksiä.

5 MUUTTUJIEN KUVAILU

Tässä luvussa käyn lävitse Toimintakykykeskuksen asiakaskuntaa keskeisten muuttujien kautta ennen varsinaista analyysia, eli eri muuttujien välisten yhteyksien ja seuranta-aikana tapahtuneiden muutosten analysointia. Aloitan vastaajien taustamuuttujien tarkastelulla ja käyn lävitse asiakaskunnan sosiodemografista profiilia. Tämän jälkeen esittelen tutkimuksen keskeiset selitettävät muuttujat ja tarkastelen näiden frekvenssejä ja jakaumia asiakaskunnassa. Käyn lävitse myös muita työ- ja toimintakyvyn kannalta keskeiseksi katsottuja muuttujia ja näiden tunnuslukuja ja esiintyvyyttä aineistossa.

5.1 TAUSTAMUUTTUJAT: IKÄ, SUKUPUOLI, KOULUTUS, TYÖELÄMÄ

Kaikista Toimintakykykeskusten Kykyviisariin vastanneista asiakkaista noin 65 prosenttia on naisia (n=299) ja 35 prosenttia miehiä (n=164). Taulukossa 1 on esitelty vastaajien ikäprofiili sukupuolen mukaan jaoteltuna. Ikänsä ilmoittaneista asiakkaista nuorin on 21-vuotias, vanhin 61-vuotias. Vastaajien keskimääräinen ikä on 47.6 vuotta, mediaani 50 vuotta. Sukupuolten väliset ikäerot ovat kohtalaisen pieniä.

Taulukko 1. Vastaajien ikä sukupuolittain jaettuna, vuotta.

Sukupuoli	N	Ikä, keskiarvo	Ikä, mediaani
Mies	164	48,3	52
Nainen	297	47,2	49
Kaikki	461	47,6	50

Analyysia varten vastaajat luokiteltiin kolmeen ikäryhmään, alle 40-vuotiaisiin, 40–50-vuotiaisiin ja yli 50-vuotiaisiin. Taulukossa 2 on esitelty vastaajien ikäluokkajakauma. Kaikista Kykyviisariin vastanneista asiakkaista lähes puolet on yli 50-vuotiaita, seuraavaksi eniten on 40–50-vuotiaiden ikäluokkaan kuuluvia. Alle 40-vuotiaita kaikista vastaajista on alle viidesosa. Onkin huomattavaa, että Toimintakykykeskusten asiakaskunta on pääosin kohtalaisen iäkästä.

Taulukko 2. Vastaajien ikäluokat

Ikäluokat	Alle 40 vuotta	40–50 vuotta	Yli 50 vuotta	Yhteensä
N	79	161	221	461
%	17 %	35 %	48 %	100 %

Koulutustasonsa on Kykyviisari-kyselyssä ilmoittanut 460 Toike-asiakasta. Vastaajat on jaettu Tilastokeskuksen käyttämän luokittelun mukaisesti peruskoulun suorittaneisiin, keskiasteen tutkinnon suorittaneisiin, alemman AMK- tai korkeakoulututkinnon suorittaneisiin ja ylemmän AMK- tai korkeakoulututkinnon suorittaneisiin. Näiden luokkien lisäksi osalla vastaajista on suoritettuna peruskoulun jälkeen joitain kurssimuotoisia ammatillisia koulutuksia tai osa ammattitutkinnosta. Nämä vastaajat on ryhmitelty analyysissä omaksi luokakseen. Mikäli vastaajalla on ollut useampi tutkinto, on näistä huomioitu korkea-arvoisin. Koulutustason yhteyttä eri muuttujiin on tarkasteltu analyysissä myös niin, että peruskoulun, kurssimuotoisen tutkinnon, tai keskiasteen tutkinnon suorittaneet on yhdistetty omaksi ryhmäkseen (korkeintaan keskiasteen tutkinto) ja alemman tai ylemmän AMK- tai korkeakoulututkinnon suorittaneet omaksi ryhmäkseen (korkeakoulututkinto).

Taulukossa 3 on käyty läpi asiakaskunnan koulutustasojen jakauma. Suurimmalla osalla vastaajista on koulutuksenaan korkeintaan keskiasteen tutkinto, eli ammattikoulu, lukio tai molemmat. Noin 15 prosentilla asiakkaista on koulutuksena ainoastaan peruskoulu tai kurssimuotoisia ammatillisia opintoja. Vastaajista noin 16 prosenttia on suorittanut jonkin korkeakoulututkinnon, eli alemman tai ylemmän amk- tai korkeakoulututkinnon. Sukupuolten välisiä eroja koulutustasossa on nähtävissä jonkin verran. Naisista selvästi suurempi osa on korkeakoulutettuja; miehistä 91 prosenttia on suorittanut korkeintaan keskiasteen tutkinnon, naisilla vastaava osuus on 80 prosenttia. Toisaalta naisista myös ainoastaan peruskoulun suorittaneiden osuus on hieman miehiä suurempi.

Taulukko 3. Asiakkaiden koulutustaso.

Koulutustaso	Peruskoulu	Kurssi- muotoinen amm. koulutus	Keskiasteen tutkinto	Alempi kk-tutkinto	Ylempi kk-tutkinto	Yht.
N	34	39	315	50	22	460
%	7%	8%	68%	11%	5%	100%

Kykyviisari-kyselyssä ei ole yksiselitteistä kysymystä vastaajan työelämästatuksesta, mutta PSHP:n Toimintakykykeskus-yksikön asiakkaiden kohdalla tämä voitiin lisätä analyysimatriisiin toimipisteessä kerättyjen esitietolomakkeiden tiedoista. Taulukossa 4 on esitelty asiakkaiden työelämästatuksen ryhmät ja näiden jakauma. Kaikista Toimintakykykeskuksen työelämästatuksensa ilmoittaneista ja Kykyviisariin vastanneista asiakkaista (N=365) noin 65 prosenttia on ollut asiakkuuden alussa ilman työpaikkaa. Palkkatyössä oli 28 prosenttia, yrittäjiä noin 6 prosenttia. Yrittäjien määrä Toimintakykykeskuksen asiakkaista on kohtalaisen pieni ja eri analyyseja varten yrittäjien ryhmä on yhdistetty työssäkäyvien luokkaan, koska nämä voidaan yleisesti katsoa työelämässä mukana oleviksi.

Taulukko 4. PSHP:n Toimintakykykeskuksen asiakkaiden työelämästatus

Työelämästatus	Työssä palkkasuhteessa	Ei työpaikkaa	Yrittäjä	Yht.
N	103	237	22	365
%	28 %	65 %	6 %	100 %

Yhteenvedona Toimintakykykeskusten asiakkaiden taustatiedoista voidaan sanoa, että asiakaskunta on kohtalaisen naisvoittoista, ikääntynyttä ja matalasti koulutettua. Valtaosa kaikista asiakkaista on työelämän ulkopuolella. Sukupuolten välillä eroja näkyy kohtalaisesti niin, että suurempi osa Toimintakykykeskusten miesasiakkaista kuuluu vanhempiin ikäluokkiin ja heistä suurempi osa on korkeintaan keskiasteen tutkinnon suorittaneita ja asiakkuuden alkaessa ilman työpaikkaa. Huomattavaa on, että nuorimmassa ikäluokassa (alle 40-vuotiaat) on työttömien osuus kaikkein suurin, vaikka heistä kaikkein suurimmalla osalla on jokin tutkinto (keskiasteen tai korkeakoulututkinto).

5.2 PÄÄMUUTTUJAT: TYÖKYKY, TERVEYDENTILA, SUORIUTUMINEN

Seuraavaksi käyn lävitse analyysin kannalta keskeisimpiä selitettäviä muuttujia frekvenssien ja keskilukujen kautta, tarkastellen muuttujakohtaisia tuloksia myös taustamuuttujien eri luokissa. Lisäksi käyn läpi muuttujien luokittelua.

Kykyviisari-aineiston keskeisimpinä työ- ja toimintakyvyn kuvaajina on kolme muuttujaa, jotka kuvaavat vastaajan kokemusta omasta työkyvystään, terveydentilastaan ja päivittäisestä suoriutumisestaan arjen toiminnoissa ja tehtävissä. Käytän tässä tutkimuksessa näistä nimitystä **päämuuttajat**. Analyysissa tärkeimpänä selitettävänä muuttujana on asiakkaan itse arvioima työkykypistemäärä. Kykyviisari-kyselyssä vastaaja arvioi tämänhetkistä työkykyään verrattuna elämänsä aikaiseen parhaaseen työkykyyn asteikolla 0-10 (0 = huonoin mahdollinen työkyky, 10 = paras mahdollinen työkyky). Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että tämä yksittäinen itsearvioitu numeroarvo korreloi hyvin laajemman työkykyindeksi -muuttujan kanssa ja se on yhteydessä esimerkiksi sairauspoissaolojen määrään, sairauspoissaolojakson jälkeiseen työelämään paluuseen, sekä myöhempään työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen (esim. Kinnunen & Nätti 2018, Jääskeläinen ym. 2016).

Huomattavaa on, että valtaosa Toimintakykykeskusten asiakkaista on kokenut työkykynsä asiakkuuden alkaessa erittäin heikoksi. Kaikkien vastaajien keskimääräinen työkykypistemäärä on n. 3,8 pistettä, kun yleisesti käytössä olevan pistemäärien jaottelun mukaan 5 pistettä ja sen alle jäävät arvot luetaan huonon työkyvyn luokkaan (Ks. Jääskeläinen ym. 2016, 492). Vertailukohtana voidaan myös mainita vuoden 2012 väestötason Työ ja terveys -kysely, jossa työssäkäyvien vastaajien keskimääräinen työkyky on ollut 8,3 (Kauppinen ym. 2013, 142). Toimintakykykeskusten asiakkaiden työkykypisteiden keskiarvo on myös selvästi alhaisempi kuin Työterveyslaitoksen tietokannan kaikkien Kykyviisariin vastanneiden keskiarvo (6.1, N=15146, haettu 4.2.2020). Onkin selvää, että Toimintakykykeskusten asiakkaiksi on valikoitunut keskimäärin työkykynsä poikkeuksellisen heikoksi kokevia asiakkaita. Asiakkaista miehet ovat kokeneet työkykynsä vielä naisia heikommaksi.

Asiakkaat arvioivat asiakkuuden alussa terveydentilaansa viisiportaisella asteikolla (erittäin huono, melko huono, keskitasoinen, melko hyvä, erittäin hyvä). Tämä muutettiin analyysia varten numeraaliselle asteikolle 1-5. Samoin kuin työkyky, on yleinen terveydentila koettu vastaajien keskuudessa varsin heikoksi. Kykyviisariin vastanneiden asiakkaiden terveydentilan keskiarvo oli 2,3 ja mediaani 2,3. Luvut olivat miehillä ja naisilla samat. Vertailukohtana voidaan mainita, että vuoden

2006 väestötason tutkimuksessa 30–64-vuotiaiden vastaajien vastaava pistekeskiarvo oli noin 3,9 (Gould ym. 2006, 351), joten toimintakykykeskusten asiakkaiden koettua terveydentilaa voidaan pitää keskimäärin hyvin heikkona.

Suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista koettiin niin ikään huonoksi. Kaikkien vastaajien pisteiden keskiarvo asteikolla 1-10 oli 5, mediaani 5. Tätä voidaan pitää matalana pistemääränä, sillä kaikkien tähän asti kerättyjen Kykyviisari-kyselyiden (N=15146) päivittäisen suoriutumisen keskiarvo on 6,8 pistettä. Väestötason vertailulukua päivittäiselle suoriutumiselle ei läpikäymissäni tutkimuksissa ole esitetty, mutta on huomioitava, että kykyviisari-kyselyä on valtakunnallisesti kerätty erilaisissa hankkeissa pääosin työelämän ulkopuolella olevilta. Päivittäisen suoriutumisen voikin arvioida olevan Toike-asiakkaiden keskuudessa huomattavasti yleistä tasoa heikompaa. Taulukossa 5 on esitelty päämuuttujien keskiluvut sukupuolittain jaoteltuina. Luvuista on nähtävissä, että päämuuttujien arvot ovat miesten ja naisten kohdalla pitkälti samankaltaiset. Koetun työkyvyn kohdalla miesten keskimääräinen arvo on heikompi ja ero on tilastollisesti merkitsevä, mutta kummankin sukupuolen kohdalla koettu työkyky näyttäytyy joka tapauksena hyvin heikkona.

Taulukko 5. Päämuuttujien tunnusluvut sukupuolten mukaan jaoteltuna.

Sukupuoli		Työkykypisteet (0-10)	Suoriutuminen päivittäisistä toimista (0-10)	Terveydentila (1-5)
Mies	N	164	164	164
	Ka.	3,5	5,0	2,3
	Med.	3,3	4,8	2,3
Nainen	N	299	299	299
	Ka.	4,0	5,3	2,3
	Med.	4,1	5,3	2,3
Yht.	N	463	463	463
	Ka.	3,8	5,2	2,3
	Med.	3,8	5,1	2,3
Ryhmäkeskiarvojen eron p.		0,032	0,117	0,795
F-testin arvo		4,610	2,468	0,067

Päämuuttujien keskilukuja ja jakaumia vertailtiin myös eri taustamuuttujien luokkien välillä. Eri ikäluokkien kohdalla muuttujien keskimääräiset arvot olivat kohtalaisen samanlaisia. Vanhemmat ikäluokat (kaikki yli 40-vuotiaat) olivat kokeneet työkykynsä hivenen paremmaksi kuin alle 40-vuotiaat, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Myöskään muiden päämuuttujien keskiarvoissa ei näkynyt ikäluokkien välillä juuri eroja. **Sen sijaan koulutustason kohdalla oli nähtävissä selkeää eroa päämuuttujien arvoissa korkeakoulututkinnon suorittaneiden ja korkeintaan keskiasteen koulutuksen saaneiden välillä.** Erot olivat tilastollisesti merkitseviä työkykypisteiden ja päivittäisen suoriutumisen kohdalla niin, että korkeakoulutetuilla keskimääräiset arvot olivat korkeammat. Koetun terveydentilan kohdalla eroa eri koulutusryhmien välillä ei havaittu. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Päämuuttujat eri koulutustasojen mukaan jaoteltuna

Koulutustaso		Työkykypisteet (0-10)	Suoriutuminen päivittäisistä toimista (0-10)	Terveydentila (1-5)
Korkeintaan keskiaste	N	389	389	389
	Ka.	3,6	5,1	2,3
	Med.	3,5	5,0	2,3
Korkeakoulu- tutkinto	N	73	73	73
	Ka.	4,7	5,6	2,4
	Med.	4,9	5,6	2,4
Ryhmäkeskiarvojen eron p.		0,000	0,041	0,300
F-testin arvo		15,675	4,204	1,075

Taulukossa 7 on esitetty päämuuttujien keskilukujen vertailu eri työelämäosallisuuden luokkien välillä. Näkyvimpänä huomiona on se, että palkkatyössä olevat ovat arvioineet tilanteensa kaikkien muuttujien kohdalla parhaaksi, kun taas yrittäjillä on kaikissa muuttujissa heikoimmat arvot. Erot ovat selkeimmät työkykypisteiden kohdalla. Päivittäisessä suoriutumisessa työllisten ja työttömien välillä ei juuri ole eroa, mutta yrittäjät erottuvat muita ryhmiä selvästi heikommalla tilanteellaan. On kuitenkin huomattava, että yrittäjien luokassa vastaajien lukumäärä on kohtalaisen pieni, joten johtopäätöksiä tehdessä on syytä olla varovainen. Terveydentilassa eroja luokkien välillä ei juuri ole. On myös huomattava, että vaikka eroja työllisten, työttömien ja yrittäjien välillä esiintyykin, on kaikissa ryhmissä lähtötilanne päämuuttujien suhteen heikko.

Taulukko 7. Päämuuttajat työelämästatuksen mukaan jaoteltuna.

Työelämästatus		Työkykypisteet (0-10)	Suoriutuminen (0-10)	Terveydentila (1-5)
Työssä palkkasuhteessa	N	104	104	104
	Ka.	4,1	5,3	2,3
	Med.	4,3	5,2	2,3
Ei työpaikkaa	N	238	238	238
	Ka.	3,6	5,3	2,3
	Med.	3,4	5,3	2,3
Yrittäjä	N	22	22	22
	Ka.	3,0	4,0	2,2
	Med.	2,7	4,1	2,2
Ryhmäkeskiarvojen eron p.		0,025	0,017	0,620
F-testin arvo		3,729	4,104	0,479

Päämuuttajien frekvenssien ja keskilukujen kautta tapahtuvan tarkastelun lisäksi muuttajat luokiteltiin ja tarkasteltiin eri luokkien välisiä jakaumia. Tällä tavoin eri vastaajaluokkien välisistä eroista on mahdollista saada monipuolisempi kuva kuin ainoastaan keskilukujen kautta. Keskiarvon ja mediaanin avulla voidaan nähdä, mille kohdalle pistealuetta vastaajat keskimäärin sijoittuvat, kun taas muuttajien luokkajakaumia tarkastelemalla voidaan esimerkiksi nähdä, kuinka suurella osalla vastaajista tilanne on muuttujan kohdalla heikko verrattuna niihin, joilla tilanne on arvioitu hyväksi. Myös erilaiset analyysityökalut, kuten yksisuuntainen varianssianalyysi, edellyttävät muuttajien luokittelua.

Työkykypisteet-muuttuja (0-10) jaettiin neljään luokkaan: 0-3 (erittäin huono), 4-5 (huono), 6-7 (kohtalainen), 8-10 (hyvä). Tämä eroaa hieman yleisesti käytössä olevasta työkykypistemäärän luokittelusta, jossa 10 pistettä saaneet on erotettu omaksi luokakseen (erinomainen työkyky) ja kaikki korkeintaan 5 pistettä saaneet kuuluvat samaan luokkaan (huono työkyky). Koska valtaosa Toimintakykykeskusten asiakkaista oli antanut työkyvylleen korkeintaan 5 pistettä, jaettiin tämä luokka vielä huonon ja erittäin huonon luokkiin mahdollisten erojen ja muutosten selventämiseksi

analyysissa. Usein tutkimuksissa luokat ”erinomainen” ja ”hyvä” on yhdistetty yhdeksi luokaksi (esim. Jääskeläinen ym. 2016) ja koska tässäkin tutkimuksessa vain hyvin harva vastaaja oli antanut työkyvylleen 10 pistettä, oli ylempien pisteluokkien yhdistäminen perusteltua.

Taulukossa 8 on käyty läpi työkykypisteiden luokkien jakauma sukupuolittain jaoteltuna. Jakaumaa tarkasteltaessa on huomattavaa, että kaikista vastaajista lähes puolet kuuluu kaikkein heikoimman työkyvyn luokkaan (0-3 pistettä) ja lähes 80 prosenttia kaikista vastaajista on arvioinut työkykynsä korkeintaan pistemäärällä 5. Luokitelluissa arvoissa korostuu varsinkin miehillä erittäin huonon työkyvyn luokka, naisista huomattavasti useampi on arvioinut työkykynsä kohtalaiseksi. Sukupuolten välinen ero koetussa työkyvyssä näyttäytyy myös luokitellun muuttujan kautta tarkasteltuna tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 8. Työkykypisteet (0-10), luokiteltu.

Työkykypisteet, luokiteltu			0-3	4-5	6-7	8-10	Yht.
Sukupuoli	Mies	N	92	47	19	6	164
		%	56%	29%	12%	4%	100%
	Nainen	N	125	99	65	10	299
		%	42%	33%	22%	3%	100%
Kaikki	N	217	146	84	16	463	
	%	47%	32%	18%	3%	100%	

χ^2 -testin $p=0.010$

Terveystilaansa vastaajat arvioivat viisiportaisella asteikolla (huono, melko huono, keskitasoinen, melko hyvä, hyvä). Analyysia varten ”huono” ja ”melko huono”, sekä ”hyvä” ja ”melko hyvä” -vastaukset yhdistettiin omiksi luokikseen, jolloin saatiin kolme terveydentilan luokkaa, ”huono”, ”keskitasoinen” ja ”hyvä”. Terveystilan luokkajakauma on esitelty taulukossa 9. Kaikista vastaajista yli 60 prosenttia oli arvioinut terveydentilansa huonoksi ja vain hieman alle 7 prosenttia koki terveydentilansa hyväksi. Väestötasoon verrattuna terveydentilansa hyväksi kokevien osuus on erittäin pieni; vuonna 2011 väestötasolla noin 75 prosenttia koki terveydentilansa melko hyväksi tai hyväksi (Kauppinen ym. 2013). Asiakaskunnassa miehistä selvästi suurempi osa oli arvioinut terveydentilansa heikoksi, mutta miehistä useampi oli myös arvioinut terveydentilansa hyväksi. Miehillä siis ääripäiden arvot korostuvat naisia enemmän.

Taulukko 9. Terveystila, luokiteltu.

			Huono	Keskitasoinen	Hyvä	Yht.
Sukupuoli	Mies	N	112	36	16	164
		%	68%	22%	10%	100%
	Nainen	N	179	105	15	299
		%	60%	35%	5%	100%
Kaikki		N	291	141	31	463
		%	63%	31%	7%	100%

X^2 -testin p-arvo 0.005

Suoriutumista päivittäisistä asioista arvioitiin asteikolla 0-10. Tämä jaettiin neljään luokkaan noudattaen samaa jakoa kuin työkykypistemäärässä. Vastaajien luokkajakauma on esitelty taulukossa 10. Päivittäisen suoriutumisen kohdalla kaikkein heikoimpien arvojen luokka ei korostunut yhtä selvästi kuin työkykypistemäärässä, mutta valtaosa (noin 58 prosenttia) kaikista vastaajista oli antanut suoriutumiselleen korkeintaan 5 pistettä ja vain noin 12 prosenttia antoi suoriutumiselleen 8 pistettä tai enemmän. Sukupuolten välillä on nähtävissä eroa myös suoriutumisessa. Miehistä selvästi suurempi osa (miehet 66 %, naiset 54 %) on antanut päivittäiselle suoriutumiselleen 5 pistettä tai vähemmän. Erot sukupuolten välillä ovat tilastollisesti lähes merkitseviä.

Taulukko 10. Päivittäinen suoriutuminen (0-10), luokiteltu.

			0-3	4-5	6-7	8-10	Yht.
Sukupuoli	Mies	N	41	67	37	19	164
		%	25%	41%	23%	12%	100%
	Nainen	N	52	111	99	37	299
		%	17%	37%	33%	12%	100%
Kaikki		N	93	178	136	56	463
		%	20%	38%	29%	12%	100%

X^2 -testin p-arvo 0,057

Yhteenvedona päämuuttujista voidaan sanoa, että Toimintakykykeskusten asiakkaiden tilanne on kaikkien muuttujien kohdalla varsin heikko ja keskimääräiset pistearvot ovat väestötasoon verrattuna hyvinkin alhaiset. Luonnollisesti erilaisista toimintakyvyn ongelmista kärsivien palveluun tulevien asiakkaiden hyvinvointia kuvaavien pistearvojen ei odoteta vastaavan väestötason arvoja, mutta tulos on silti lukujen valossa varsin merkillepantava. Toimintakykykeskuksen palvelua on suunniteltu matalaan asiointikynnykseen ja varhaisen puuttumiseen perustuvaksi, mutta palvelun asiakkaiksi on ohjautunut huomattavan heikossa tilanteessa olevaa asiakaskuntaa.

Yleisesti ottaen miesasiakkaiden tilanne näyttäytyy vielä naisia heikompana. Miesten keskiarvopisteet ovat heikommat kaikkien päämuuttujien kohdalla ja heistä suurempi osa kuuluu päämuuttujien heikompiin pisteluokkiin. Taustamuuttujista varsinkin koulutustasolla näyttää olevan yhteys yleiseen hyvinvointiin, sillä keskimääräiset pisteet olivat ylemmin koulutettujen kohdalla korkeammat lähes kaikkien muuttujien kohdalla. Työelämästatuksen kohdalla ainoastaan yrittäjät erottuivat selkeästi asiakaskunnassa, heillä hyvinvointi näyttäytyi yleisesti muita ryhmiä heikompana. Aineistossa yrittäjien osuus on kuitenkin varsin pieni muihin ryhmiin verrattuna, joten tulosten arvioinnissa tulee tältä osin olla varovainen. Jää kuitenkin pohdittavaksi, onko yrittäjien tilanteessa yleisesti jotain sellaista tekijää, minkä vuoksi he ovat ohjautuneet asiakkuuteen vasta tilanteen ollessa muihin ryhmiin verrattuna heikompi.

Mielenkiintoista oli havaita, että asiakkaiden keskuudessa iällä ei näytä olevan kovinkaan vahvaa yhteyttä koettuun työkykyyn, terveydentilaan tai päivittäiseen suoriutumiseen. Aiemmassa tutkimuksessa (esim. Gould & Polvinen 2006, 62) on havaittu ikääntymisen vaikuttavan heikentävästi työkykyyn ja terveydentilaan, mutta toimintakykykeskuksen asiakkailla tilanne oli yhtä heikko kaikissa ikäluokissa ja koetun työkyvyn kohdalla heikoimpana ryhmänä näyttäytyi nuorin ikäluokka. Nuorten asiakkaiden muita heikompi tilanne herättää niin ikään kysymyksen, että onko nuoremman asiakaskunnan ohjautumisessa Toimintakykykeskukseen kehitettävää niin, että tilanteista olisi mahdollista saada varsinkin heidän kohdalla kiinni varhaisemmassa vaiheessa.

5.3 SUMMAMUUTTUJAT: OSALLISUUS, PSYKKINEN VOINTI, OSAAMINEN

Yleistä työkykyä ja hyvinvointia mittaavien yksittäisten kysymysten ohella Kykyviisarissa arvioidaan toimintakyvyn eri osa-alueita laajasti omien kysymysosioidensa kautta. Kysymysalueet kattavat sosiaalisen osallisuuden, psyykkisen voinnin, arjen suoriutumisen, sekä osaamisen ja taidot. Myös fyysistä kuntoa ja toimintakykyä on kartoitettu omalla kysymysalueellaan. (Ks. Liite 1.) Kykyviisarin kysymysalueet huomioivat siis ihmisen toimintakyvyn fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen, mikä noudattaa esimerkiksi kansainvälisen toimintakykyluokittelun, ICF:n, mukaista käsitystä biopsykososiaalisesta toimintakyvystä (Saltychev ym. 2013).

Analyysia varten eri alueiden kysymyksistä on laskettu summamuuttujat. Summamuuttujaksi nimitetään muuttujaa, joka on laskettu yhteen usean erillisen, mutta samaa aluetta mittaavan muuttujan saamista arvosta. Summamuuttujan avulla voidaan tiivistää suurempi kysymysalue yhdeksi muuttujaksi, jota voidaan käyttää tilastoanalyysissä minkä tahansa muun muuttujan tapaan. (Alkula ym. 1994, 100–101.)

Työterveyslaitoksen Kykyviisari-järjestelmä laskee summamuuttujat automaattisesti eri kysymysalueilta, mutta tätä tutkimusta varten summamuuttujien muodostumisen periaatteet haluttiin varmistaa myös oman aineiston kohdalla. Mukaan summamuuttujiin laskettiin eri vastausalueilta kysymykset, joissa vastausskaala on yhtenäinen ja jotka voidaan selkeästi asettaa jatkumolle negatiivinen-positiivinen.

Summamuuttujien sisäisen yhtenäisyyden (konsistenssi) varmistamiseksi muuttujille laskettiin Cronbachin alfakertoimet, joiden avulla voidaan arvioida, että summamuuttujiin mukaan lasketut kysymykset mittaavat samaa tarkastelun ja analyysin kohteena olevaa kokonaisuutta. (Heikkilä 2014, 178.) Yleisesti käytössä oleva raja-arvo Cronbachin alfalle on 0,800, jonka ylittävät luvut lasketaan erinomaisiksi. Taulukossa 11 on käyty lävitse eri summamuuttujien tiedot, eli niihin mukaan lasketut kykyviisarin kysymykset, kysymysten määrä, summamuuttujan pistealue (min.–max.), sekä muuttujalle laskettu Cronbachin alfa. Kaikkien summamuuttujien kohdalla alfakertoimen arvo on erinomainen.

Kehoon liittyvästä Kykyviisarin osiosta (G) ei tässä tutkimuksessa ole muodostettu summamuuttujaa yhteneväisen aluetta mittaavan kysymyspatteriston puuttuessa, mutta siitä on erikseen nostettu tarkasteluun erillisiä fyysistä suoriutumista mittaavia muuttujia. Lisäksi arjen suoriutumista arvioiva kysymysalue E jätettiin pois tarkastelusta, sillä arjen suoriutumista mitataan myös yhdessä kyselyn päämuuttujista ja tämän tunnusluvun katsottiin riittävän tutkimuksen tarpeisiin.

Taulukko 11. Summamuuttujien tiedot.

Summamuuttuja	Kykyviisarin kysymykset	Kysymysten määrä	Pisteiden vaihteluväli	Cronbachin alfa
C Osallisuus	C1-C9, C14-C17	13	13–65	0,920
D Mieli	D1-D9	9	9–45	0,889
F1 Kognitio	F1-F3, F9-F10	5	5–25	0,816
F2 Tulevaisuususkko	F5-F8	4	4–20	0,842

Taulukossa 12 on käyty lävitse kaikkien vastaajien keskiarvot ja mediaanit summamuuttujien kohdalla. Näistä voidaan havaita, että vaikka päämuuttujien (työkyky, terveydentila, päivittäinen suoriutuminen) kohdalla vastaajien arvot ovat jääneet keskimäärin huomattavan alhaiseksi, on eri toimintakyvyn osatekijöiden kohdalla tilanteet kuitenkin arvioitu pääosin kohtalaisiksi. Kaikilla summamuuttujilla vastaajien keskimääräinen arvio omasta tilanteestaan sijoittuu vastausasteikon parhaaseen kolmannekseen.

Mikäli saadut kokonaispisteet suhteutettaisiin kysymysten vastausasteikolle 1-5, ovat kaikkien summamuuttujien kohdalla keskiarvot 3,4:n ja 3,8:n välillä. Näin laskettu suhteellinen keskiarvo oli pienin psyykkisen voinnin kohdalla. Luvut ovat kaiken kaikkiaan jonkin verran alhaisempia kuin vastaavat valtakunnallisesta Kykyviisari-aineistosta lasketut keskiarvot. Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltaessa voidaan nähdä, että naiset ovat arvioineet tilanteensa miehiä paremmiksi erojen ollessa tilastollisesti merkitseviä kognitiivista tasoa mittaavaa summamuuttujaa lukuunottamatta.

Taulukko 12. Summamuuttujien tunnusluvut sukupuolten mukaan jaoteltuna.

Sukupuoli		C Osallisuus 13 – 65 (1-5)	D Mieli 9 – 45 (1-5)	F1 Kognitio 5 – 25 (1-5)	F2 Tulevaisuususkko 4 – 20 (1-5)
Mies	N	163	164	162	163
	Ka.	43,9 (3.4)	29,4 (3.3)	17,2 (3.4)	14,3 (3.6)
	Med.	45,1 (3.5)	29,4 (3.3)	17,4 (3.5)	14,5 (3.6)
Nainen	N	299	297	298	297
	Ka.	46,3 (3.6)	30,9 (3.4)	17,6 (3.5)	15,0 (3.8)
	Med.	46,9 (3.6)	31,4 (3.5)	17,7 (3.5)	15,3 (3.8)
Kaikki	N	462	461	460	460
	Ka.	45,5 (3.5)	30,4 (3.4)	17,5 (3.5)	14,8 (3.7)
	Med.	46,4 (3.6)	30,9 (3.4)	17,6 (3.5)	15,1 (3.8)
Ryhmäkeskiarvojen erojen p.		0,015	0,006	0,315	0,029
F-testin arvo		5,997	7,692	1,014	4,801

Myös summamuuttujien kohdalla eroja on tarkasteltu eri taustamuuttujaryhmien välillä. Ikäluokkia vertailtaessa erot olivat kohtalaisen pieniä. Selkeimmin muista ikäluokista erosi alle 40-vuotiaiden luokka, joilla oli pienimmät keskimääräiset pisteet sosiaalisen osallisuuden ja psyykkisen voinnin kohdalla. Myös yli 50-vuotiaiden ikäluokalla psyykinen vointi oli 40-50-vuotiaita heikompaa ja tulevaisuususkko oli ikäryhmien heikoin. Yleisesti ottaen ikäluokkien väliset erot summamuuttujien keskiarvoissa eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Eri koulutustason vastaajien kohdalla vertailua tehtiin korkeakoulututkinnon ja enintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden välillä ja erot näiden välillä näyttäytyivät hyvin selkeinä. Korkeakoulutetuilla kaikkien summamuuttujien keskimääräiset arvot olivat korkeampia kuin enintään keskiasteen tutkinnon suorittaneilla. Selkeimmät erot olivat tulevaisuususkon sekä kognitiivisten ominaisuuksien ja taitojen kohdalla. Työelämästatuksen ryhmiä vertailtaessa voitiin nähdä, että yrittäjät olivat yleisesti arvioineet tilanteensa työttömiä ja palkkasuhteessa olevia työllisiä jonkin verran paremmaksi, vaikkakin erot olivat pisteinä mitattuna kohtalaisen pieniä, eivätkä tilastollisesti merkitseviä. Kohtalaisen selkeitä eroja näkyi tulevaisuususkon ja sosiaalisen osallisuuden kohdalla, joissa yrittäjien arvio oli parempi muihin ryhmiin verrattuna. Tämä on sinänsä yllättävä löydös, sillä koetun työkyvyn ja terveydentilan kohdalla yrittäjien ryhmä erottui muista

heikoimmilla keskimääräisillä pisteillä. Työllisten ja työttömien välillä ei näkynyt juurikaan eroja summamuuttujien arvoissa, eivätkä erot työelämästatuksen eri luokkien välillä olleet tilastollisesti merkitseviä.

5.4 MUITA KESKEISIÄ MUUTTUIJA

Summamuuttujien ohella tarkasteluun nostettiin muuttujia, jotka on aiemmissa tutkimuksissa katsottu työ- ja toimintakyvyn kannalta keskeisiksi. Koska yksi tämän tutkimuksen kysymyksistä koskee Toimintakykykeskusten asiakkuuden myötä tapahtuneita muutoksia työ- ja toimintakyvyn eri alueilla, on syytä tarkastella myös sellaisia muuttujia, joilla on aiemmissa tutkimuksissa nähty olevan yhteyttä koettuun työkykyyn ja jotka näyttävät yksilön toimintakyvyn kannalta keskeisinä tekijöinä.

Kaikista vastanneista noin 15 prosentilla on jonkinlainen oppimiseen, keskittymiseen tai hahmottamiseen liittyvä vaikeus (Taulukko 13). Eroa sukupuolten välillä näkyy jonkin verran, naisista hieman suurempi osuus ei ilmoittanut kärsivänsä kognitiivisesta vaikeudesta. Koulutustasojen ja työelämästatuksen eri ryhmien välillä ei ollut nähtävissä juurikaan eroa. Ikäluokkien välillä näkyy selvä ero nuorimman ikäluokan ja vanhimman ikäluokan välillä, alle 40-vuotiaista noin 25 prosenttia on vastannut, että heillä on jokin kognitiivinen vaikeus, kun yli 50-vuotiailla luku on noin 11 prosenttia.

Taulukko 13. Oppimisen, keskittymisen tai hahmottamisen vaikeus.

Kognitiivinen vaikeus		Ei	Kyllä	Eos	Yht.
Kaikki	N	293	61	56	410
	%	72%	15%	14%	100%

Yli puolet kaikista vastaajista on arvioinut fyysisen kuntosensa huonoksi, vain kymmenesosa arvioi sen hyväksi. (Taulukko 14.) Sukupuolten välillä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitsevää eroa. Ikäluokkia tarkasteltaessa alle 40-vuotiaista selvästi vanhempia ikäluokkia suurempi osuus on arvioinut kuntosensa hyväksi. Yli 50-vuotiaista selvästi muita ikäluokkia suurempi osa on arvioinut kuntosensa huonoksi. Voidaankin pohtia, onko nuoremmilla yleisesti ottaen toimintakyvyn aleneman taustalla muita ikäryhmiä useammin kognitiivisia tekijöitä, verrattuna vanhempien vastaajien

useammin ilmoittamiin fyysisen kunnan rajoitteisiin. Työttömien ja työllisten välillä ei juuri ollut eroa fyysisessä kunnossa, mutta yrittäjät arvioivat kuntonsa muita ryhmiä jonkin verran paremmaksi. Korkeakoulutetut puolestaan arvioivat fyysisen kuntonsa jonkin verran alempia koulutustasoja paremmaksi.

Taulukko 14. Fyysinen kunto, luokiteltu.

Fyysinen kunto		Huono	Keskitasoinen	Hyvä	Yht.
	N	251	164	46	461
	%	54%	36%	10%	100,0%

Yli 90 prosentilla vastaajista oli kertomansa mukaan vähintään yksi pitkäaikainen psyykinen tai fyysinen vamma tai sairaus. Sukupuolten välillä oli havaittavissa jonkin verran eroa, naisista hieman suurempi osuus kertoi sairastavansa. Vanhemmissa ikäluokissa on suurempi osuus sairastavia alle 40-vuotiaisiin verrattuna. Työllisistä sairastavia oli jonkin verran pienempi osuus työttömiin ja yrittäjiin verrattuna, korkeakoulutettujen ja alemmien koulutustasojen välillä ei ollut juurikaan eroa.

Noin kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi, että kotitalouden menojen kattaminen tämänhetkisillä tuloilla on hankalaa (Taulukko 15). Miehistä hieman suuremmalla osalla oli hankaluuksia saada menot katettua, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Nuorimmassa ikäluokassa selvästi vanhempia suuremmalla osalla menojen kattaminen on hankalaa. Työsuhteessa olevien ja työttömien välillä näkyy odotetusti selvä ero tulojen riittämisessä, työssäolevista hieman yli puolet ilmoittaa menojen kattamisen olevan hankalaa, työttömillä vastaava osuus on yli 70 prosenttia.

Korkeammin koulutetut näyttävät pärjäävän myös taloudellisesti paremmin kuin alemmin koulutetut, korkeakoulututkinnon suorittaneista selvästi suurempi osa on vastannut menojen kattamisen olevan helppoa. Yleisesti ottaen on kuitenkin hyvin merkille pantavaa, että näin suurella osalla Toimintakykykeskusten asiakaskunnasta on kokemuksensa mukaan taloudellisia vaikeuksia. Tämä antaa viitteitä siitä, että toimintakyvyn aleneminen ja sairastavuus johtavat usein myös erilaisiin sosiaalisen alueen haasteisiin.

Taulukko 15. Kotitalouden tulojen riittävyys, luokiteltu.

Menojen kattaminen tuloilla		Hankalaa	Helppoa	Yht.
	N	307	151	458
	%	67%	33%	100%

Työttömyytensä keston on ilmoittanut kykyviisarissa 325 vastaajaa. Taulukosta 16 voidaan todeta, että yli 70 prosenttia työttömistä vastaajista on pitkäaikaistyöttömiä, eli työttömyys on jatkunut yli vuoden ja yli 40 prosentilla työttömyys on kestänyt vähintään kolme vuotta. Sukupuolten välillä ei juuri ole eroa työttömyyden keston suhteen. Pisimpään työttöminä olleita on eniten 40-50-vuotiaiden ryhmässä, joista noin 77 prosenttia oli pitkäaikaistyöttömiä. Alle 40-vuotiaissa pitkäaikaistyöttömien osuus oli 66 prosenttia.

Korkeakoulutetuista ja alemman tutkinnon suorittaneista jotakuinkin sama osuus on pitkäaikaistyöttömiä, mutta matalammin koulutetuista hieman suurempi osuus on ollut työttömänä yli 3 vuotta. Suurin osuus yli 3 vuotta työttöminä olleita oli niiden keskuudessa, joilla oli suoritettuna korkeintaan peruskoulu tai joitain kurssimuotoisia ammatillisia koulutuksia.

Taulukko 16. Työttömyyden kesto, luokiteltu.

Työttömyyden kesto		Alle vuoden	1-2 vuotta	3 vuotta tai enemmän	Yht.
Kaikki	N	88	97	140	325
	%	27%	30%	43%	100%

Lähes 20 prosenttia työelämän ulkopuolella olevista vastaajista ei uskonut enää lainkaan löytävänsä palkkatyötä. Vain reilu neljäsosa uskoo täysin, että työllistyminen on vielä mahdollista. (Taulukko 17.) Naisista hieman useampi uskoo vielä pääsevänsä palkkatyöhön, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Yli 50-vuotiaista selkeästi muita ikäluokkia suurempi osuus, lähes 30 prosenttia, ei usko enää pääsevänsä työelämään, nuoremmilla ikäluokilla osuus on hieman yli 10 prosenttia. Korkeakoulutetuista selvästi matalammin koulutettuja suurempi osuus uskoi vielä pääsevänsä takaisin työelämään.

Taulukko 17. Usko takaisin työelämään pääsemisestä, luokiteltu.

Uskon pääseväni vielä työelämään		En usko	Ehkä	Uskon	Yht.
Yht	N	66	182	95	343
	%	19%	53%	28%	100,0%

Yhteenvedona voidaan sanoa, että suurin osa Toimintakykykeskusten asiakkaista on keski-ikäisiä, pitkään työttömänä olleita henkilöitä, jotka kokevat työkykynsä ja terveydentilansa erittäin heikoksi. Myös suoriutuminen päivittäisistä asioista, psyykinen vointi ja sosiaalinen osallisuus kuvautuvat suurella osalla vastaajista heikohkoina. Valtaosalla vastaajista on vähintään yksi pitkäaikainen psyykinen tai fyysinen sairaus, taloudellinen pärjääminen tuottaa haasteita, eikä heillä ole vakaata uskoa tuleviin työllistymismahdollisuuksiin. Tilanne kuvautuu yleisesti miehillä vielä naisia heikommaksi ja matalammin koulutetuilla korkeakoulututkinnon suorittaneita heikommaksi.

Ehkä yllättävintä on, että Toimintakykykeskusten asiakaskunnassa nuoremmat asiakkaat erottuvat monin paikoin vanhempia ikäryhmiä heikommalla tilanteellaan. Onkin pohdittava, onko asiakkaiden ohjautumisessa Toimintakykykeskuksiin nähtävissä sellaisia tekijöitä, mitkä edesauttavat vanhempien asiakkaiden pääsyä asiakkuuteen varhaisemmassa vaiheessa, tai mitkä ehkäisevät nuorempien asiakkaiden ohjautumista asiakkuuteen ennen kuin toimintakyky on alentunut heikommalle tasolle. On kuitenkin myös mainittava, että yleisesti ottaen erot taustamuuttujaryhmien välillä ovat kuitenkin kohtalaisen pieniä ja Toimintakykykeskusten asiakkaiden lähtötilanteet kuvastuvat varsin heikkoina kaikkien ryhmien kohdalla.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että Toike-palvelu ei ole kohdentunut alkuperäisen suunnitelman mukaiselle asiakasryhmälle. Palvelua on alun perin lähdetty suunnittelemaan varhaiseen puuttumiseen perustuvaksi ja ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi, mutta tulosten valossa näyttää siltä, että asiakkuuteen on ohjautunut henkilöitä, joista valtaosalla tilanteet ovat pitkittyneet ja ongelmat ovat monialaisia koskettaen sekä fyysistä, psyykkistä, että sosiaalista aluetta. Toimintakykykeskuksen jatkotyöskentelyn kannalta onkin tarkoituksenmukaista pohtia, miten asiakkuuteen ohjautumista varhaisemmassa vaiheessa voitaisiin edelleen tehostaa.

6 TYÖKYVYN YHTEYDET JA MUUTOKSET

Tässä luvussa esittelen varsinaisen analyysini tulokset. Ensin tarkastelen selitettävänä muuttujana toimivan koetun työkyvyn sekä muiden muuttujien välisiä yhteyksiä. Tämän jälkeen käyn läpi Toimintakykykeskusten asiakkuuteen tulon yhteydessä ja kuusi kuukautta tämän jälkeen toteutetun Kykyviisari-kyselyiden välisenä aikana tapahtuneita muutoksia.

6.1 TYÖKYVYN JA MUIDEN MUUTTUIEN VÄLISET YHTEYDET

Keskeisenä osana analyysia oli selvittää eri tekijöiden yhteyttä itsearvioituun työkykypistemäärään. Tutkimuksissa on jo aiemmin todettu mm. fyysisen ja psyykkisen voinnin sekä sosiaalisen osallisuuden yhteys henkilön kokemaan työkykyyn. Näitä yhteyksiä pyrittiin todentamaan myös omassa aineistossa. Tämä toteutettiin tarkastelemalla yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) päämuuttujien eri luokkien välisiä eroja työkykypisteiden keskiarvoissa. Tuloksia arvioitaessa ja eri muuttujien välisten yhteyksien vahvuutta tarkasteltaessa on hyödynnetty varianssianalyysin testisuureita ja merkitsevyytasoja. Lisäksi koetun työkyvyn ja muiden muuttujien välisiä yhteyksiä on tarkasteltu korrelaatiokertoimien ja näiden merkitsevyyksasteiden avulla.

6.1.1 TYÖKYKY VS. MUUT PÄÄMUUTTUJAT

Taulukossa 18 on esitelty varianssianalyysin tulokset, joiden mukaan sekä koettu terveydentila että päivittäinen suoriutuminen ovat vahvassa yhteydessä koettuun työkykyyn. Sekä terveydentilan että suoriutumisen alemmissa pisteluokissa myös työkykypisteet olivat siis keskimäärin huomattavasti pienempiä kuin näiden muuttujien ylempien pisteiden ryhmissä. Yhteydet olivat selkeitä sekä miehillä että naisilla, kaikissa ikäluokissa, kaikissa työelämästatuksen luokissa, sekä kaikilla koulutustasoilla.

Taulukko 18. Päämuuttujien ja työkyky pisteiden väliset yhteydet, keskiarvovertailu ja ANOVA.

Vastaajan terveydentila, luokiteltu	Työkyky pisteet, ryhmäkeskiarvo		ANOVA	
Huono	3,05		F-testi	69,9
Keskitasoinen	4,8		p-arvo	p<0,001
Hyvä	6,23		eta ²	0,232
Suoriutuminen päivittäisistä toimista (0-10, luokiteltu)	Työkyky pisteet, ryhmäkeskiarvo		ANOVA	
0-3	1,89		F-testi	109,3
4-5	3,21		p-arvo	p<0,001
6-7	4,90		eta ²	0,416
8-10	6,14			

Huomionarvoista on, että varianssianalyysin testisuureiden mukaan (F-testi ja eta²) päivittäinen suoriutuminen näyttäytyy tässä aineistossa olevan vielä vahvemmin yhteydessä koettuun työkykyyn kuin koettu terveydentila. Testisuureista etan neliö kuvaa kuinka paljon selitettävän muuttujan vaihtelusta pystytään selittämään selittävän muuttujan avulla. Tämän analyysin pohjalta voidaan sanoa, että Toimintakykykeskusten asiakkailta työkyvyn vaihtelusta peräti yli 40 prosenttia voidaan selittää päivittäisen suoriutumisen vaihtelulla, kun taas koettu terveydentila selittäisi työkyvyn vaihtelusta noin 23 prosenttia. Tilastoanalyysin kontekstissa nämä selitysarvot ovat varsin huomattavia. Tämä puoltaisi sitä ajatusmallia, että myös arjen suoriutuminen ja käytännöt tulisi ottaa vahvasti huomioon työkyvyn tuen palveluissa, sen sijaan, että keskityttäisiin ainoastaan lääketieteellisten sairauksien diagnosointiin ja hoitoon.

6.1.2 TYÖKYKY VS. SUMMAMUUTTUJAT

Koetun työkyvyn ja summamuuttujien yhteyksiä on tarkasteltu korrelaatiomatriisissa, jossa eri muuttujien välisiä yhteyksiä tarkastellaan korrelaatiokertoimen avulla. Kertoimet vaihtelevat arvojen -1 ja 1 välillä niin, että lähellä nollaa olevat arvot ilmaisevat heikkoa korrelaatiota ja yhteyttä, kun taas lähempänä miinus yhtä tai yhtä olevat arvot ilmaisevat vahvaa korrelaatiota.

Korrelaatiokertoimen ohella muuttujien välistä yhteyttä arvioidaan merkitsevyytason (p-arvo) avulla. Taulukossa 19 on esitetty koetun työkyvyn ja eri summamuuttujien välinen korrelaatiomatriisi. Merkitsevyytasteita ei ole erikseen taulukkoon merkitty, sillä jokaisen muuttujaparin kohdalla p-arvo oli alle 0,001 (vahva tilastollinen merkitsevyytaste).

Kaikki kykyviisarin eri osioista muodostetut summamuuttujat (osallisuus, mieli, kognitio, tulevaisuususko) ovat korrelaatiokertoimien perusteella yhteydessä koettuun työkykyyn, vaikkakaan yhteydet eivät näyttäydy yhtä vahvoina kuin terveydentilan ja työkyvyn tai päivittäisen suoriutumisen ja työkyvyn välillä. Työkyvyn kanssa vahvin korrelaatio on kognitiivisilla ominaisuuksilla ja taidoilla sekä psyykkisellä voinnilla. Lisäksi on huomattavaa, että summamuuttujat ovat varsin tiiviisti yhteydessä myös toisiinsa, esimerkiksi sosiaalisen osallisuuden ja psyykkisen voinnin sekä psyykkisen voinnin ja tulevaisuususkon välillä on hyvin vahva korrelaatio.

Taulukko 19. Koetun työkyvyn ja summamuuttujien väliset yhteydet korrelaatiomatriisina

	Koettu työkyky	Osallisuus	Psyykkinen vointi	Kognitio	Tulevaisuus-usko
Koettu työkyky	1	,260**	,312**	,334**	,287**
Osallisuus	,260**	1	,791**	,580**	,673**
Psyykkinen vointi	,312**	,791**	1	,645**	,695**
Kognitio	,334**	,580**	,645**	1	,589**
Tulevaisuususko	,287**	,673**	,695**	,589**	1
** Korrelaatio on tilastollisesti merkitsevä, $p < 0,001$					

6.1.3 TYÖKYKY VS. MUUT KESKEISET MUUTTUJAT

Taulukossa 20 on tarkasteltu korrelaatiomatriisin avulla muiden keskeisten muuttujien yhteyttä koettuun työkykyyn. Kykyviisari-aineiston keskeisiä muuttujia, joilla havaittiin olevan yhteys työkykyyn, olivat fyysinen kunto sekä usko töiden löytymiseen. Lisäksi havaittiin, että ne, jotka kokivat työkykynsä heikommaksi, kokivat myös useammin taloudellisia vaikeuksia. Huomattavaa on myös, että Toimintakykykeskusten asiakaskunnalla ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkitsevää korrelaatiota työttömyyden keston ja koetun työkyvyn välillä. Työttömyyden kesto puolestaan

korreloi tilastollisesti merkitsevästi ainoastaan työllistymisuskon kanssa, eli tässä aineistossa työttömyyden kestolla ei ollut juurikaan yhteyttä eri muuttujien kanssa.

Taulukko 20. Koetun työkyvyn ja eri muuttujien väliset yhteydet korrelaatiomatriisina

	Koettu työkyky	Fyysinen kunto	Työttömyyden kesto	Tulojen riittävyys	Usko työllistymiseen
Koettu työkyky	1	,327**	-,076	,229**	,246**
Fyysinen kunto	,327**	1	-,061	,191**	,181**
Työttömyyden kesto	-,076	-,061	1	-,014	-,182**
Tulojen riittävyys	,229**	,191**	-,014	1	,210**
Usko työllistymiseen	,246**	,181**	-,182**	,210**	1
** Korrelaatio on tilastollisesti merkitsevä, $p < 0,001$					

6.2 SEURANTA-AIKANA TAPAHTUNEET MUUTOKSET

Toimintakeskuksen asiakkuuden myötä tapahtuneita muutoksia analysoitiin toistamalla kykyviisari-kysely puoli vuotta asiakkuuden alkamisen jälkeen ja vertaamalla tuloksia asiakkuuden alussa kerättyyn kykyviisariaineistoon. Tätä tutkimusta varten saatiin seuranta-aineistoksi 123 toistokyselyn vastaukset. Tutkimushetkellä toistokyselyitä oli lähetetty yhteensä 302:lle asiakkaalle, joten vastausprosentiksi toistokyselylle muodostui noin 41 prosenttia. Tätä voidaan pitää varsin hyvänä vastausprosenttina.

Ennen muutosten analysointia toteutettiin seuranta-aineistolle katoanalyysi tarkastelemalla, onko toistokyselyyn vastanneiden profiili erilainen verrattuna niihin, jotka eivät ole kyselyyn vastanneet. Tämän tarkastelun avulla haluttiin tutkia, korostuuko toistokyselyyn vastanneiden alkutilanteissa kyselyyn vastaamattomiin verrattuna sellaisia ominaisuuksia, jotka vinouttaisivat seuranta-aineiston tuloksia. Tätä selvitettiin jakamalla ensikyselyn aineisto niihin, jotka myöhemmässä vaiheessa ovat vastanneet ja niihin, jotka eivät ole vastanneet toistokyselyyn, ja vertailemalla tausta- ja päämuuttujien tunnuslukuja ja jakaumia näiden välillä. Taulukossa 21 on käyty läpi katoanalyysin tulokset taustamuuttujien osalta.

Toistokyselyyn vastanneiden ja ei-vastanneiden välillä ei ollut nähtävissä tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten, koulutustasojen tai työelämästatuksen jakaumissa. Ikäluokkien kohdalla näkyi eroa vastanneiden ja ei-vastanneiden välillä niin, että toistokyselyyn vastanneista selkeästi suurempi osuus kuului yli 40-vuotiaiden ikäluokkiin. Toistokyselyyn vastanneiden keskimääräinen ikä oli myös korkeampi kuin vastaamatta jättäneiden.

Toistokyselyyn vastanneiden ja ei-vastanneiden välillä vertailtiin myös alkutilanteessa mitattuja päämuuttujien arvoja. Näissä ei ollut nähtävissä tilastollisesti merkitseviä eroja eri ryhmien välillä. Yleisesti ottaen voidaankin sanoa, että seurantakyselyyn vastanneiden ja ei-vastanneiden profiilit sekä taustamuuttujien että päämuuttujien kohdalla ovat olleet ensikyselyssä pitkälti samanlaisia, eikä vastauskadosta näin ollen ole aiheutunut vinoumaa seurantakyselyyn vastanneiden profiiliin. On kuitenkin huomioitava, että seurantakyselyyn vastanneet ovat keskimäärin vanhempia kuin vastaamatta jättäneet ja seurantakyselyyn vastanneissa on huomattavasti vähemmän alle 40-vuotiaiden ikäluokkaan kuuluvia. Iän ei tosin alkukyselyssä ole havaittu olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä eri muuttujien arvoihin, mutta seuranta-aikana tapahtuneita muutoksia tarkastellessa on joka tapauksessa syytä kiinnittää huomiota muutosprofiilien ikäjakaumiin.

Taulukko 21. Taustamuuttujien jakaumat seurantakyselyyn vastanneilla ja ei-vastanneilla.

		Sukupuoli				Ikäluokat		
		Mies	Nainen			Alle 40 vuotta	40-50 vuotta	Yli 50 vuotta
Ei vastannut seurantakyselyyn	N	61	117	Ei vastannut seurantakyselyyn	N	37	64	77
	%	34%	66%		%	21%	36%	43%
Vastannut myös seurantakyselyyn	N	47	76	Vastannut myös seurantakyselyyn	N	10	45	68
	%	38%	62%		%	8%	37%	55%
x ² -testin p. 0,483				x ² -testin p. 0,008				
		Koulutustaso				Työelämästatus		
		Korkeintaan keskiaste	Kk-tutkinto			Palkka-työssä	Ei työpaikkaa	Yrittäjä
Ei vastannut seurantakyselyyn	N	149	28	Ei vastannut seurantakyselyyn	N	38	79	9
	%	84%	16%		%	30%	63%	7%
Vastannut myös seurantakyselyyn	N	101	22	Vastannut myös seurantakyselyyn	N	24	72	8
	%	82%	18%		%	23%	69%	8%
x ² -testin p. 0,637				x ² -testin p. 0,483				

6.2.1 PÄÄMUUTTUIJEN MUUTOKSET

Toistokyselyn analyysissä tutkittiin, oliko aineistossa nähtävissä seuranta-aikana tapahtuneita muutoksia asiakkaiden tilanteissa eri muuttujien kohdalla. Tarkastelun kohteena olivat itsearvioidun työkyvyn ohella kaikki aikaisemmassa analyysissä keskeiseksi todetut työ- ja toimintakykyä laajemmin kuvaavat muuttujat. Käytännössä analyysi toteutettiin vertaamalla ristiintaulukoinnin ja keskiarvovertailun avulla ensi- ja toistokyselyssä saatuja eri muuttujien keskilukuja ja pistejakaumia. Mahdollisia muutoksia tarkasteltiin myös eri taustamuuttujaryhmien kohdalla.

Taulukossa 22 on käyty läpi päämuuttujien keskimääräiset arvot ensi- ja toistokyselyssä. Muuttujien arvoja tarkasteltaessa voidaan nähdä seuranta-aikana tapahtuneen hienoista positiivista muutosta kaikkien muuttujien kohdalla. Muutokset olivat selkeimmät työkykypisteissä ja terveydentilassa, erot

näiden muuttujien ensi- ja toistokyselyiden keskiarvojen välillä olivat tilastollisesti merkitseviä. Myös päivittäisen suoriutumisen kohdalla oli nähtävissä positiivista muutosta, mutta ei tilastollisesti merkitsevänä.

Taulukko 22. Päämuuttujien keskiluvut eri kyselykerroilla, kaikki vastaajat.

Vastaukset		Työkyky pisteet (0-10)	Terveydentila (1-5)	Suoriutuminen päiv. toimista (0-10)
Ensikysely	N	123	123	123
	Ka.	3,8	2,4	5,3
	Med.	4,0	2,0	5,0
Toistokysely	N	123	123	123
	Ka.	4,5	2,7	5,5
	Med.	5,0	3,0	6,0
Keskiarvoerojen p.		0,037	0,016	0,362
F-testin arvo		4,389	5,836	0,834

Tarkasteltaessa muutoksia eri taustamuuttujien (sukupuoli, ikäluokat, koulutustaso, työelämästatus). mukaisesti jaoteltuna, voidaan havaita, että päämuuttujien muutokset ovat kaiken kaikkiaan olleet positiivisia kaikissa taustamuuttujien ryhmissä. Erot eri muuttujaryhmien välillä eivät pääosin ole kovinkaan selkeitä, mutta yleisesti ottaen voidaan sanoa, että positiivista muutosta on tapahtunut näkyvimmin miehillä, vanhimmassa ikäluokassa, matalammin koulutetuilla, sekä palkkatyössä olevilla. Eri luokkiin jaettaessa vastaajamäärät jäävät kuitenkin jo melko pieniksi, joten johtopäätöksiä ei taustamuuttujien osalta ole tässä kohtaa tarkoituksenmukaista tehdä.

Keskilukujen muutoksia tarkisteltaessa on todettavissa, että muuttujien keskilukujen kautta näkyvä positiivinen muutos ensi- ja toistokyselyn välillä on otettava Toimintakykykeskus-hankkeen tavoitteiden kannalta myönteisenä tuloksena. On kuitenkin myös varsin huomattavaa, että muutokset ovat pistemäärällisesti kohtalaisen pieniä ja muuttujien keskimääräiset arvot myös seuranta-ajan jälkeen hyvinkin heikkoja.

6.2.2 PÄÄMUUTTUIJEN MUUTOSSUUNNAT

Päämuuttujien muutosta tarkasteltiin keskilukujen ohella siten, että jokaiselle seurantakyselyyn vastanneelle asiakkaalle annettiin päämuuttujiin liittyen tunnusluku sen mukaan, onko muuttujien arvoissa tapahtunut kyselykertojen välillä laskua, nousua, vai onko pistemäärä pysynyt ennallaan. Eroa sen suhteen, kuinka monta pistettä muutos on ollut, ei tässä kohtaa tehty, vaan haluttiin tehdä näkyväksi ainoastaan se, onko vastaajan kokemassa työkyvyssä havaittavissa muutosta ja onko muutos ollut myönteinen vai kielteinen.

Taulukossa 23 on käyty lävitse työkykypisteiden muutokset ensi- ja toistokyselyiden välillä sukupuolten mukaan jaoteltuna. Koettu työkyky on noussut kyselykertojen välillä yli puolella kaikista vastaajista. Noin neljäsosalla kaikista vastaajista työkykypisteissä on ollut laskua. Miehistä huomattavasti suuremmalla osalla muutos on ollut positiivinen, naisista hieman suuremmalla osalla työkykypisteet ovat laskeneet kyselykertojen välillä.

Taulukko 23. Työkykypisteiden muutos vastauskertojen välillä.

Työkykypisteiden muutos			Lasketut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Sukupuoli	Mies	N	16	31	47
		%	34%	66%	100%
	Nainen	N	40	36	76
		%	53%	47%	100%
Yhteensä		N	56	67	123
		%	46%	54%	100%

χ^2 -testin p. 0,044

Muutoksia tarkasteltiin myös taustamuuttujien eri luokkia vertaillen. **Eri ikäluokkia** tarkasteltaessa voidaan nähdä, että muutossuunta on ollut kaikissa ikäluokissa suurimmalla osalla vastaajista positiivinen, eivätkä erot ikäluokkien välillä ole tilastollisesti merkitseviä. Tarkasteltaessa työkyvyn muutosta **eri koulutustaustaisilla asiakkailla**, voidaan huomata, että verrattuna matalammin koulutettuihin on korkeakoulututkinnon suorittaneista vastaajista suuremmalla osalla työkyky noussut vastauskertojen välillä. Myös alemman koulutustaustan vastaajista yli puolella on työkyky noussut. Myöskään koulutustasojen välillä erot eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

Taulukossa 24 on esitelty työkykypisteiden muutosjakauma työelämästatuksen mukaan jaoteltuna. Tästä voidaan havaita, että työllisiin ja yrittäjiin verrattuna on työttömistä huomattavasti pienemmällä

osalla työkyky noussut. Ero on hyvin selkeä ja tilastollisesti merkitsevä ja jääkin pohdittavaksi, onko työelämän ulkopuolella olevien kokonaistilanteessa sellaisia elementtejä, jotka ehkäisevät tilanteen paranemista.

Taulukko 24. Työkykypisteiden muutos työelämästatuksen mukaan jaoteltuna.

Työkykypisteiden muutos			Lasketut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Työelämästatus	Palkkatyössä tai yrittäjä	N	10	22	32
		%	31%	69%	100%
	Ei työpaikkaa	N	39	33	72
		%	54%	46%	100%

χ^2 -testin p. 0,031

Koetun terveydentilan muutokset on esitelty taulukossa 25. Tuloksista voidaan nähdä, että kaikista vastaajista lähes kolmasosalla on seuranta-aikana havaittavissa koetussa terveydentilassa positiivista muutosta. Miehistä suuremmalla osalla muutossuunta on ollut positiivinen.

Taulukko 25. Koetun terveydentilan muutos sukupuolittain jaettuna.

Koetun terveydentilan muutos			Lasketut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Sukupuoli	Mies	N	27	20	47
		%	57%	43%	100%
	Nainen	N	57	19	76
		%	75%	25%	100%
Yhteensä		N	84	39	123
		%	68%	32%	100%

χ^2 -testin p. 0,042

Taustamuuttujista ikäluokkien kohdalla selkeimmin erottuu yli 50-vuotiaiden ryhmä, joista 38 %:lla näkyy koetussa terveydentilassa positiivista muutosta, muilla ikäluokilla positiivisen muutoksen osuus ei ole yhtä suuri. **Ikäluokkien väliset erot eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä, kuten eivät myöskään matala- tai korkeakoulutettujen ryhmien välillä.** Taulukossa 26 on nähtävissä terveydentilan muutokset työelämästatuksen mukaan jaoteltuna ja eri ryhmiä vertailtaessa

on huomattavaa, että palkkatyössä olevien ja yrittäjien ryhmässä on positiivista muutosta jälleen nähtävissä huomattavasti suuremmalla osalla kuin työttömien ryhmässä. Toisin sanoen työelämässä osallisena olevista huomattavasti suurempi osa on kokenut positiivista muutosta terveydentilassaan ensi- ja toistokyselyiden välillä.

Taulukko 26. Terveydentilan muutos työelämästatuksen mukaan jaettuna.

Koetun terveydentilan muutos			Lasketut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Työelämästatus	Palkkatyössä tai yrittäjä	N	16	16	32
		%	50%	50%	100%
	Ei työpaikkaa	N	57	15	72
		%	79%	21%	100%

χ^2 -testin p. 0,003

Päivittäisen suoriutumisen kohdalla kaikista vastaajista yli 40 prosentilla on nähtävissä positiivista muutosta seuranta-aikana. Tulokset sukupuolen mukaan jaettuna on nähtävissä taulukossa 27. Miehistä suuremmalla osalla muutos on ollut positiivinen, ero sukupuolten välillä ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 27. Päivittäisen suoriutumisen muutos sukupuolen mukaan jaettuna.

Päivittäisen suoriutumisen muutos			Lasketut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Sukupuoli	Mies	N	25	22	47
		%	53%	47%	100%
	Nainen	N	46	30	76
		%	61%	39%	100%
Total		N	71	52	123
		%	58%	42%	100%

χ^2 -testin p. 0,424

Muiden taustamuuttujien kohdalla muutokset noudattavat samaa trendiä kuin työkyvyn ja terveydentilan muutoksissa, eli eri ikäluokkien tai eri koulutustasojen välillä tilastollisesti merkitsevää eroa ei näy. Sen sijaan, kuten taulukosta 28 voidaan havaita, on palkkasuhteessa olevien työllisten ja yrittäjien ryhmässä muutokset selkeästi suuremmalla osalla positiivisia kuin työelämän ulkopuolella olevilla. Ero on myös suoriutumisen kohdalla tilastollisesti merkitsevä ja onkin merkille pantavaa, että työelämästatus on tässä tutkimuksessa kaikkien päämuuttujien kohdalla yhteydessä ensi- ja toistokyselyn välisenä aikana tapahtuneeseen muutokseen. On kuitenkin huomattava, että työelämässä osallisena olevien ryhmän koko on varsin pieni, joten tulkinnoissa on syytä olla tältä osin varovainen.

Taulukko 28. Päivittäisen suoriutumisen muutos työelämästatuksen mukaan jaettuna.

Päivittäisen suoriutumisen muutos			Lasketut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Työelämästatus	Palkkatyössä tai yrittäjä	N	12	20	32
		%	38%	63%	100%
Ei työpaikkaa		N	51	21	72
		%	71%	29%	100%

χ^2 -testin p. 0,001

Työkykypisteiden muutosta tarkasteltiin myös suhteessa muiden muuttujien kohdalla tapahtuneisiin muutoksiin, jotta nähtäisiin, onko esimerkiksi aiemmin todettu koetun työkyvyn yhteys päivittäiseen suoriutumiseen nähtävissä myös yhdensuuntaisena muutoksena kyselykertojen välillä. Tämä tapahtui vertaamalla varianssianalyysin avulla eri muuttujien keskiarvojen muutosta niiden ryhmien välillä, joilla työkyky oli seuranta-aikana lasketut, pysynyt ennallaan tai noussut.

Keskiarvoja tarkastelemalla voitiin havaita, että työkyvyn noustessa myös muiden muuttujien saamat arvot muuttuvat samansuuntaisesti. Toisin sanoen niillä vastaajilla, joilla koettu työkyky on kyselykertojen välillä noussut, myös koetun terveydentilan ja päivittäisen suoriutumisen arvot ovat keskiarvoisesti nousseet. Sama koskee myös summamuuttujia, vaikkakaan näiden kohdalla muutokset eivät ole yhtä selkeitä. Tämä havainto vahvistaa edelleen aiemmin tehtyä havaintoa, että koettu työkyky on kiinteästi yhteydessä muihin muuttujiin monella eri toimintakyvyn alueella.

6.2.3 MUIDEN MUUTTUIJEN MUUTOKSET

Tarkasteltaessa summamuuttujien muutoksia eri vastauskertojen välillä, voidaan huomata keskimääräisten pisteiden pysyneen kaikkien muuttujien kohdalla likimäärin samoina. Keskiarvojen muutokset mahtuvat kaikkien muuttujien kohdalla puolen pisteen sisälle, mediaaneissa on korkeintaan yhden pisteen muutos. Yhdenkään muuttujan kohdalla erot keskiarvojen välillä eri kyselykertoina eivät ole tilastollisesti merkitseviä.

Eri taustamuuttujien ryhmiä erikseen tarkasteltaessa voidaan nähdä, että seuranta-aikana tapahtuneet muutokset ovat kaikissa ryhmissä pääsääntöisesti samansuuntaisia. Muutokset ovat keskiluvuilla arvioituina pistemääräisesti hyvin pieniä ja mitään yleistä trendiä ei voida summamuuttujien muutosten ja eri taustamuuttujien välillä nähdä. Ainoana poikkeuksena voidaan nähdä työelämästatus; palkkasuhteessa olevilla vastaajilla on nähtävissä muihin ryhmiin verrattuna selkeää nousua kaikkien summamuuttujien pisteissä.

Muutoksia tarkasteltiin pää- ja summamuuttujien ohella fyysisen kunnan, taloudellisen tilanteen ja työllistymisuskon kohdalla. Näistä ainoastaan fyysisessä kunnossa voitiin havaita pieniä muutoksia, huonokuntoiseksi itsensä arvioiden määrä on vähentynyt ja hyväkuntoisten lisääntynyt. Ero muuttujan arvoissa kyselykertojen välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä. Taloudellisessa tilanteessa ei ollut havaittavissa eroa kyselykertojen välillä, eikä usko työllistymiseen ole seuranta-aikana juuri muuttunut.

6.2.4 PSYKOLOGIN KÄYNTIEN YHTEYDET MUUTTUIJEN MUUTOKSIIN

Kuten aiemmin mainittiin, kerättiin PSHP:n toimintakykykeskuksen asiakkailta kykyviisarin ohella seuranta-aineistoa siitä, mitä toimenpiteitä asiakkuuden aikana oli toteutettu, sekä mitä suosituksia asiakkaille oli Toimintakykykeskukselta tehty. Tämän aineiston pohjalta haluttiin tarkastella, oliko eri toimenpiteillä (käytännössä eri alojen työntekijöiden tapaamisilla) yhteyttä eri alueilla tapahtuneisiin muutoksiin. Muuttujista tarkasteltiin koettujen työkyvyn, terveydentilan ja arjen suoriutumisen muutoksia. Muutoksia tarkasteltiin sekä muutossuunnan (arvo noussut / laskenut tai pysynyt ennallaan), että keskilukujen muutoksen kautta.

Käytännössä kaikki tutkitut olivat tavanneet ensilinjan työntekijän, joten muutoksia ei ollut mielekästä tarkastella tätä toimenpidettä vasten. Lääkärin olivat tavanneet seurantakyselyyn vastanneista 106:sta PSHP:n asiakkaasta 89 henkilöä, eli 84 prosenttia vastaajista. Psykologin

tapaamiset toteutuivat puolestaan 28:lla asiakkaalla 106:sta, eli noin 26 prosentilla seurantakyselyyn vastanneista asiakkaista.

Tarkasteltaessa lääkärin tapaamisen yhteyttä päämuuttujiin voitiin huomata, että lääkärin tapaamisella itsessään ei ollut yhdenkään tarkastellun muuttujan kohdalla tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ensi- ja toistokyselyn välillä tapahtuneisiin muutoksiin. Toisin sanoen eri muutosryhmien osuudet olivat hyvin pitkälti samansuuruiset sekä lääkärin tavanneiden, että lääkäriä tapaamattomien asiakkaiden kohdalla.

Sen sijaan psykologin mini-interventioiden kohdalla tilanne näyttäytyi hyvinkin erilaisena. **Ensi- ja toistokyselyn välillä oli nimenomaan psykologia tavanneiden asiakkaiden kohdalla nähtävissä hyvinkin selkeää positiivista muutosta työkyvyn, terveydentilan, ja päivittäisen suoriutumisen saamissa arvoissa.** Taulukossa 29 on käyty läpi seuranta-aikana tapahtuneet päämuuttujien muutokset psykologin tapaamisen mukaan jaoteltuna.

Tuloksista voidaan havaita, että kaikkien päämuuttujien kohdalla on nähtävissä selkeä ero psykologin tavanneiden asiakkaiden ja niiden asiakkaiden välillä, jotka psykologia eivät ole tavanneet. Muuttujista päivittäisen suoriutumisen kohdalla ero on tilastollisesti vain lähes merkitsevä, koetun työkyvyn sekä terveydentilan kohdalla ero psykologin tavanneiden ja muiden asiakkaiden välillä on myös tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 29. Päämuuttujien muutokset psykologin tavanneilla asiakkailla.

Työkykykypisteiden muutos			Laskenut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Psykologin tapaaminen	Ei	N	40	37	77
		%	52%	48%	100%
	Kyllä	N	8	20	28
		%	29%	71%	100%
χ^2-testin p. 0.033					
Koetun terveydentilan muutos			Laskenut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Psykologin tapaaminen	Ei	N	58	19	77
		%	75%	25%	100%
	Kyllä	N	15	13	28
		%	54%	46%	100%
χ^2-testin p. 0.032					
Suoriutumisen muutos			Laskenut tai pysynyt ennallaan	Noussut	Yhteensä
Psykologin tapaaminen	Ei	N	51	26	77
		%	66%	34%	100,0%
	Kyllä	N	13	15	28
		%	46%	54%	100,0%
χ^2-testin p. 0.066					

Havaintoa tarkasteltiin myös keskilukujen vertailun kautta. Taulukossa 30 on tarkasteltu päämuuttujien arvoja ensi- ja toistokyselyssä psykologin tapaamisen mukaan jaoteltuna. Myös näistä tuloksista on havaittavissa psykologin tapaamisen yhteys eri muuttujien positiiviseen suuntaiseen muutokseen. Asiakkailta, jotka ovat ottaneet osaa psykologin mini-interventioon, ovat kaikkien päämuuttujien keskiarvot nousseet kyselykertojen välillä. Erot ovat tilastollisesti merkitsevät koetun työkyvyn ja koetun terveydentilan kohdalla, myös päivittäisen suoriutumisen kohdalla ero on tilastollisesti lähes merkitsevä. Asiakkailta, jotka eivät ole tavanneet psykologia, ei eroja näyntydy, vaan keskiluvut pysyneet pitkälti samoina.

Taulukko 30. Päämuuttujien keskiarvojen muutos psykologin tavanneilla Toike-asiakkailta.

Psykologin tapaaminen	Vastaukset		Työkykyasteet (0-10)	Terveystila (1-5)	Päivittäinen suoritusaste (0-10)
Ei	Ensikysely	N	78	78	78
		Ka.	3,8	2,4	5,4
		Med.	4,0	2,0	5,0
	Toistokysely	N	78	78	78
		Ka.	4,0	2,6	5,3
		Med.	4,0	2,0	5,0
Ka-eron p.			0.587	0.378	0.757
Kyllä	Ensikysely	N	28	28	28
		Ka.	3,6	2,3	4,7
		Med.	3,0	2,0	5,0
	Toistokysely	N	28	28	28
		Ka.	5,0	2,8	5,8
		Med.	5,0	3,0	5,5
Ka-eron p.			0.021	0.023	0.063

Onkin varsin huomattavaa, että jo lyhyt, muutaman käynnin mittainen psykologin interventio on ollut yhteydessä kohonneisiin koettuun työkykyyn, terveydentilaan ja päivittäiseen suoriutumiseen. Havainto antaa viitteitä siitä, että matalan kynnyksen helposti saavutettavilla psykologipalveluilla olisi saavutettavissa varsin merkittäviä tuloksia työ- ja toimintakyvyn alueella.

7. TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Toimintakykykeskusten asiakkaiden työ- ja toimintakykyä, selvittää koettuun työkykyyn yhteydessä olevia tekijöitä, sekä tuoda näkyväksi muutoksia, joita koettujen työ- ja toimintakyvyn alueella oli asiakkuuden aikana tapahtunut. Asiakkaiden tilanne kartoitettiin asiakkuuden alussa Kykyviisari-kyselyn avulla, joka toistettiin 6kk asiakkuuden alkamisen jälkeen.

Kykyviisari-aineiston pohjalta käytiin yleisesti läpi Toike:n asiakaskuntaa asiakkuuteen tultaessa ja kartoitettiin laajasti heidän työ- ja toimintakykyään. Lisäksi aineistoa analysoimalla selvitettiin asiakkaiden kokemaan työkykyyn yhteydessä olevia tekijöitä. Tämän jälkeen tarkasteltiin koetussa työkyvyssä sekä tähän yhteydessä olevissa tekijöissä koettuja muutoksia, joita 6kk asiakkuuden jälkeen oli nähtävissä. Lisäksi verrattiin toimintakyvyn muutoksia Toike-asiakkuuden aikana toteutuneisiin asiakastapaamisiin.

7.1 TOIMINTAKYKYKESKUSTEN ASIAKASPROFILI

Kun katsotaan yleisesti Toimintakykykeskusten asiakasprofiilia taustatietojen suhteen, voidaan yhteenvetona sanoa, että asiakkaat ovat kohtalaisen iäkästä, naisvoittoista ja heidän koulutustasonsa on verrattain matala. Suurin osa kaikista tutkituista asiakkaista on työelämän ulkopuolella. Naisiin verrattuna ovat miesasiakkaat yleisesti iäkkäämpiä, matalammin koulutettuja sekä työelämän ulkopuolella. Asiakkaiksi tavoitettiin tutkimusaikana 465 henkilöä, joka oli huomattavasti toimintasuunnitelmassa ennakoitua pienempi asiakasmäärä. Asiakkaiden ohjautumista Toikeen pyrittiinkin parantamaan tutkimuksen aikana mm. medianäkyvyyttä lisäämällä ja yhteistyökumppaneita tiedottamalla. Lisäksi alkuperäisen toimintasuunnitelman mukainen rajaus tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsiviin asiakkaisiin poistettiin.

Tulosten perusteella tutkittujen Toimintakykykeskusten asiakkaiden tilanne on asiakkuuteen tultaessa ollut kokonaisvaltaisesti varsin heikko. Asiakkaiden kokemat työkyky ja terveydentila ovat olleet huomattavasti heikompia kuin väestössä keskimäärin. Toike:n asiakkuuteen tulleista henkilöistä suurin osa on työelämän ulkopuolella ja valtaosalla työttömyys on pitkäaikaista (yli 1v). Työttömyyden on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä toimintakyvyn heikkenemiseen, mutta Toike-asiakkailta koettu työ- ja toimintakyky näyttävät keskimäärin vielä heikompana kuin työttömällä väestötasolla.

Tutkituilla asiakkaila sukupuoli näyttäisi olevan yhteydessä alempaan toimintakykyyn. Miesasiakkaila koetut työkyky ja terveydentila näyttäytyivät keskimäärin naisia heikompana. Myös koulutustaso on tutkituilla asiakkaila yhteydessä koettuun toimintakykyyn niin, että lähes kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla matalammin koulutetut kokivat tilanteensa heikommaksi. Vastaava sukupuolen yhteys työkykyyn työkykypistemäärällä arvioituna on osoittautunut merkitseväksi myös Gouldin ja Polvisen (2016, 58–59) väestötason tutkimuksessa. Myös koulutusasteen selkeä yhteys koettuun työkykyyn on havaittu aiemmissakin tutkimuksissa. Esimerkiksi Martelin ym. havaitsivat väestötason tutkimuksessaan, että alemman koulutuksen saaneilla itsensä työkyvyttömäksi kokeneiden osuus oli moninkertainen verrattuna korkeakoulututkinnon suorittaneisiin (Martelin, Sainio, Koskinen & Gould 2016, 72).

Vaikka yleisesti ikääntymisen on havaittu vaikuttavan alentavasti työkykyyn ja terveydentilaan (ks. Gould & Polvinen 2006, 58), ei Toike:n asiakkaila ikä näyttänyt olevan vahvasti yhteydessä koettuun työkykyyn. Toisin sanoen tutkituilla Toike-asiakkaila kokonaistilanne näyttäytyi yhtä heikkona kaikissa ikäryhmissä ja esimerkiksi koetun työkyvyn pisteet olivat keskiarvoltaan alimmat nuorimmassa ikäryhmässä. Voidaankin pohtia, ohjautuvatko iäkkäämmät ihmiset helpommin erilaisten työkyvyn ja kuntoutuksen palveluiden piiriin ja ovatko nuoremmat asiakkaat hakeutuneet Toimintakykykeskukseen vasta siinä vaiheessa, kun tilanne on terveyden ja työkyvyn osalta edennyt jo heikommalle tasolle. Mikäli näin on, tulisi Toimintakykykeskukseen ohjautumista parantaa nimenomaan nuoremman asiakaskunnan kohdalla, jotta heidän tilanteeseensa päästäisiin puuttumaan työkyvyn alenemisen varhaisemmissa vaiheissa.

7.2 TOIKE-ASIAKKUUTEEN OHJAUTUMISEN OIKEA-AIKAISUUS

Kaiken kaikkiaan Toimintakykykeskusten asiakkaiden tilanne on siis ollut asiakkuuden alkaessa kokonaisvaltaisesti heikko. Hankalat tilanteet ovat pääosin pitkälle edenneitä ja asiakkaiden kokemat ongelmat koskettavat sekä fyysistä, psyykkistä, että sosiaalista aluetta. Heikoiksi koettujen työ- ja toimintakyvyn lisäksi päivittäinen suoriutuminen näyttäytyy valtaosalla huonona, yhdeksällä kymmenestä vastanneesta on vähintään yksi pitkäaikainen psyykinen tai fyysinen sairaus ja taloudellinen pärjääminen tuottaa suurella osalla haasteita. Kykyviisariin vastanneista työttömistä suuri osa on ollut työelämän ulkopuolella jo pitkään ja usko tuleviin työllistymismahdollisuuksiin kuvastuu heikkona. Vastaavanlaisia tuloksia on havaittu aiemmin esimerkiksi kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaila tehdyssä tutkimuksessa, jossa havaittiin, että

kuntoutustutkimukseen ohjautuneet asiakkaat olivat suurimmalta osin matalasti koulutettuja ja monisairaita, toimintakyvyn ongelmat olivat pitkälle edenneitä ja fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset haasteet vyyhtytyneitä (Haukka-Wacklin 2016, 114).

Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkuuteen ohjaututaankin yleensä vasta työkyvyn alenemisen ollessa jo selvästi todettu esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Tällöin on jo etukäteen tiedossa, että työkyvyn arviointi ja toimintakyvyn tukeminen edellyttävät syvällisempää monialaista tilanteen kartoitusta ja toimenpiteitä. Toimintakykykeskuksen toimintaa oli puolestaan hankkeen suunnitteluvaiheessa profiloitu matalan kynnyksen ja ennaltaehkäisevän toiminnan suuntaan, missä asiakkaiden tilanteisiin pyrittäisiin puuttumaan suhteellisen kevyesti tilanearvioinnin ja eteenpäin ohjaamisen kautta (Uitti & Heikkinen 2016, 3–6). Tämän tutkimuksen pohjalta voidaankin sanoa, että Toimintakykykeskus-hanke ei ainakaan alkuvaiheessa ole kohdentunut alkuperäisen suunnitelman mukaiselle asiakasryhmälle. Asiakkaiden tilanteet ovat osoittautuneet käytännössä siinä määrin hankaliksi, että niihin puuttuminen ja asiakkaiden ohjaaminen takaisin työelämään tai oikeanlaisten palveluiden ja etuuden piiriin on ilmennyt hyvinkin haastavana. Asiakkaat näyttävät usein olevan hyvin kaukana palkkatyöhön palaamisesta ja heidän saattaminen takaisin työmarkkinoille on pitkän tien takana, mikäli lainkaan mahdollista. Ja vaikka Toimintakykykeskuksen selvittelyiden aikana havaittaisiin selkeät edellytykset asiakkaan siirtymiselle erilaisten kuntoutustoimenpiteiden tai sairaus- ja eläke-edellytysten piiriin, saattaa tämä edellyttää edelleen laajoja terveydentilan ja toimintakyvyn selvittelyitä ja pitempiaikaista seurantaa.

Työ- ja toimintakyvyltään alentuneiden asiakkaiden haastavaan palvelutilanteeseen on kiinnitetty huomiota myös Kerättären ym. selvityshenkilöiden osatyökykyisiä koskevassa raportissa, jossa on mainittu, että työkyvyn sekä kuntoutus- ja palvelutarpeen arviointi edellyttävät usein erityisosaamista ja että riittämättömän yksilöllinen ja monialainen palvelutarpeen, työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi johtaa varsinkin työttömien kohdalla palveluiden ulkopuolelle jäämiseen. Raportissa todetaan tarve luoda yhtenäinen yksilöllisten työkykypalvelujen prosessin malli, jonka tarkoituksena on *”työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen, laadukas toimintakyvyn rajoitteiden ja resurssien arviointi, hoidon, kuntoutuksen ja muiden palveluiden sekä etuuksien tarpeen arviointi ja työkykyä tukevien palveluiden suunnittelu”* (Oivo & Kerätär 2018, 90).

Ehdotettu toimintamalli tulee osin lähelle Toimintakykykeskuksen toimintaa ja myös tämä tutkimus tukee aiempaa havaintoa, että matalan kynnyksen työ- ja toimintakyvyn arvioinnille ja oikeiden palveluiden ja etuuksien piiriin ohjaamiselle on olemassaolevaa tarvetta, vaikka tämän tutkimuksen

perusteella Toiken asiakkaaksi onkin ohjautunut asiakkaita, joiden haastavat tilanteet ovat jo pidemmälle edenneitä.

7.3 TYÖKYKYYN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Työkykyyn yhteydessä olevista tekijöistä voidaan huomata, että Toimintakykykeskusten asiakkaila eri toimintakyvyn alueet, kuten koettu terveydentila ja fyysinen kunto, psyykinen vointi, suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista, sosiaalinen osallisuus, kognitiiviset ominaisuudet ja taidot, sekä tulevaisuususkko ovat selkeässä yhteydessä yksilön kokemaan työkykyyn. Myös asiakkaiden kokemus taloudellisesta tilanteesta sekä odotukset tulevasta työllistymisestä ovat yhteydessä koettuun työkykyyn. Tältä osin tutkimustulokset tukevat aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia koettuun työkykyyn, työssä pärjäämiseen sekä sairauspoissaolojen jälkeiseen työhön palaamiseen liittyvistä toimintakyvyn osa-alueista.

Havainto tukee ajatusta, että mikäli pyritään kattavasti arvioimaan henkilöiden työkykyä ja vaikuttamaan siihen positiivisesti, ei voida jättää huomioimatta asiakkaan toimintakykyyn laajemmin yhteydessä olevia tekijöitä ja toimintakyvyn erilaisia näkökulmia niin fyysisen, psyykkisen, kuin sosiaalisenkin alueella. Näin ollen työkykyyn suuntautuva työskentely tulee aina olla monialaista ja -ammattillista ja varsinkin heikoimmassa tilanteessa olevien asiakkaiden kohdalla vaikutustyön tulisi suuntautua asiakkaiden elämän eri alueille hyvinkin laajasti. Työkyvyn tueksi suunnitellun toiminnan tulee olla holistisesti suuntautunutta sen sijaan että keskitytään ainoastaan biolääketieteelliseen näkökulmaan ja vammojen tai sairauksien oireisiin.

7.4 TYÖ JA TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET TOIKE-ASIAKKUUDEN AIKANA

Tässä Toimintakykykeskuksen asiakkaista tehdyssä tutkimuksessa on huomattavaa, että pitkittyneestä työelämän ulkopuolisuudesta ja monialaisista terveyden ja toimintakyvyn haasteista huolimatta tutkituilla asiakkaila on puolen vuoden seuranta-ajan jälkeen nähtävissä kohtalaista positiivista muutosta koetuissa työkyvyssä ja terveydentilassa. Myös koettu arjessa suoriutuminen on asiakkaila keskimäärin parantunut. Muutokset ovat pisteillä mitattuna kohtuullisen pieniä, mutta muutossuunta on joka tapauksessa ollut suurimmalla osalla vastaajista positiivinen niin koetun työkyvyn, terveydentilan, kuin päivittäisen suoriutumisen kohdalla. Toimintakyvyn eri osa-alueita laajemmin kartoittavien summamuuttujien kohdalla muutoksia ei seuranta-ajan jälkeen ole

kuitenkaan juuri havaittavissa. Myöskään muiden tarkasteltujen muuttujien kohdalla muutosta ei juuri näy. Lisäksi on nähtävissä, että kokonaistilanne on valtaosalla vastaajista myös seuranta-ajan jälkeen edelleen hyvin heikko. Silti on joka tapauksessa huomattavaa, että Toimintakykykeskuksen suhteellisen kevyt interventio on lyhyelläkin seuranta-ajalla ollut yhteydessä myönteisen suuntaisiin muutoksiin.

Nämä tulokset tukevat näkemystä matalan kynnyksen monialaisen työkyvyn arvioinnin palvelun tarpeellisuudesta etenkin pitkään työttöminä olleiden henkilöiden kohdalla (Esim. Kerätär 2016, Heikkinen 2015). Kuten työkyvyn palveluita käsittelevästä kappaleesta voidaan huomata, on tällä hetkellä kentällä runsaasti erilaisia palveluita, joissa pyritään arvioimaan ja tukemaan laajasti yksilöiden työ- ja toimintakykyä. Näiden palveluiden piiriin pääsemisessä on kuitenkin erilaisia ehtoja ja perusteita joiden tulee täytyä ja usein näihin tarvitaan lääkärin tai muun ammattihenkilön lähete. Kuten edellä on todettu, ovat työkyvyn palvelut hajallaan ja sirpaleisia ja niiden piiriin pääseminen on varsinkin toimintakyvyn haasteista kärsiville hankalaa. Näin ollen Toimintakykykeskuksen läheteetöntä ja matalan kynnyksen toimintaa voi tämän asiakasryhmän kohdalla pitää hyvinkin tarpeellisena toimintamuotona. Kuten myös tämän tutkimuksen tuloksista voi päätellä, jo suhteellisen kevyt ja lyhyellä aikavälillä tapahtuva monialainen asiakkaan kohtaaminen sekä tilanteen arviointi ja selkeyttäminen ovat yhteydessä positiivisiin vaikutuksiin yksilön kokonaistilanteessa.

On myös huomattava, että puolen vuoden seuranta-aikana tapahtunut muutos koetussa työkyvyssä on yhteydessä myös muiden toimintakyvyn osatekijöiden muutokseen. Valtaosalla niistä vastaajista, joiden koettu työkyky oli parantunut seuranta-aikana, olivat myös muiden seurattujen muuttujien saamat arvot parantuneet. Myös tämä havainto tukee sitä ajatusta, että asiakkaan kokema työkykyä ei tulisi ajatella ainoastaan kykynä työskennellä jossain tietyssä työssä, vaan työkyky voidaan nähdä sisällöltään ja näkökulmiltaan laajempaan eri toimintakyvyn osa-alueita yhdistävänä käsitteenä. Tämä edelleen tukee aiempia tutkimuksellisia löydöksiä, joissa on painotettu ns. kokonaisvaltaista työkykynäkemyistä diagnoosipohjaisen ja biomedikaalisen lähestymistavan sijaan (Ks. esim Kerätär 2016, 82–87).

Tarkasteltaessa Toimintakykykeskuksen toimenpiteiden yhteyttä työ- ja toimintakyvyn muutokseen on huomattavaa, että psykologin mini-interventioon osallistuminen on yhteydessä kohonneeseen koettuun työkykyyn, terveydentilaan ja päivittäiseen suoriutumiseen. Tuloksista on nähtävissä, että

psykologin tavanneilla asiakkailla ovat työ- ja toimintakyvyn muutokset olleet huomattavasti positiivisempia kuin niillä, jotka eivät ole psykologia tavanneet.

Syitä tähän voi taustalla olla monenlaisia, mutta intervention kohdistaminen sairauden aiheuttamien rajoitteiden hallitsemiseen ja yksilön minäpystyvyyden tunteen lisäämiseen saattavat olla hyvinkin huomattava tekijä koetun toimintakyvyn myönteisessä muutoksessa. Esimerkiksi Haugli ym. ovat todenneet, että kuntoutuksen jälkeisessä työhönpaluussa keskeistä on yksilön lisääntynyt ymmärrys itsestään, sairaudestaan tai vammastaan, ja oppiminen toimimaan sen tuottamien rajoitusten puitteissa. Tutkimuksessa nähtiin keskeisenä myös asiakkaan positiivinen kohtaaminen ja kuuleminen, sekä huomion keskittäminen asiakkaan identiteettiin ja omiin voimavaroihin. (Haugli ym. 2011, 578–579.)

On myös huomattava, että mielenterveyden häiriöt ovat merkittävimpiä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen syitä, joten yksilön psyykkisen vointiin kohdistuva työskentely tulisi nähdä merkityksellisenä osana työkyvyn tuen palveluita. Tutkimuksen tulokset antavatkin viitteitä siitä, että matalan kynnyksen psykiatrisen tuen palveluilla olisi työkyvyn haasteista kärsivien keskuudessa yleisesti tarvetta ja niiden kautta voitaisiin saavuttaa työkyvyn kannalta merkittäviä tuloksia.

8 LOPUKSI

8.1 TUTKIMUKSEN HAASTEET JA JATKOTUTKIMUKSEN TARVE

Tämän tutkimuksen tulokset ovat herättäneet kiinnostusta laajentaa tutkimusta edelleen. Tutkimukseni varsin merkille pantava tulos on Toimintakykykeskuksen asiakastyöhön kuuluneiden psykologin mini-interventioiden vahva yhteys kohentuneisiin työ- ja toimintakyvyn muuttujiin. Koska tässä tutkimuksessa seuranta-aineisto on kuitenkin kohtalaisen pieni ja psykologin tavanneiden asiakkaiden määrä vähäinen, tulee vahvoja tulkintoja tehtäessä kuitenkin olla varovainen. Onkin selvää, että aiheesta olisi syytä toteuttaa laajempaa jatkotutkimusta, jonka kautta voitaisiin kartoittaa tarkemmin matalan kynnyksen psyykkisen tuen avulla saatavia hyötyjä osatyökykyisten tilanteissa ja saada lisää tietoa tämän alueen palvelumallien suunnittelun tueksi. Tutkimusta tulisi myös toteuttaa eri palvelukonteksteissa ja eri työntekijöiden toteuttamana, jolloin saataisiin paremmin yleistettävissä olevaa tietoa tutkimuksen pohjalle.

Myös Toimintakykykeskuksen toimintamallin arviointia olisi syytä jatkaa ja työskentelyn tuloksia seurata pidemmällä ajalla ja isommalla asiakasjoukolla, jotta tuloksista tehtävät johtopäätökset olisivat luotettavampia ja palvelun vaikutuksia olisi helpompi tehdä näkyviksi. Tutkimukseni suurena haasteena voikin nähdä tutkittavien kohtalaisen pienen määrän. Varsinkin tutkimukseen saadun toistokysely-aineiston määrä jäi kohtalaisesta vastausprosentista huolimatta siinä määrin vähäiseksi, että aineistoa eri tavoin luokiteltaessa ryhmäkoot muodostuivat hyvin pieniksi. Näin ollen esimerkiksi taustatekijöiden yhteyttä seuranta-aikana tapahtuneisiin muutoksiin oli vaikea arvioida ja tulkintojen tekemisessä muutosten taustalla olevista syistä on muutenkin syytä olla varovainen. Mahdollisen jatkotutkimuksen luotettavuuden kannalta keskeistä olisikin laajemman aineiston kerääminen. Suuremman vastaajamäärän lisäksi jatkotutkimuksessa voisi myös olla mahdollista hyödyntää eri tietojärjestelmistä saatavaa laajempaa tietovarantoa, kuten eri terveys- ja sosiaalipalveluiden kirjauksia. Tutkimuksessa olisi hyvä mahdollisuus hyödyntää myös laadullista tietoa, esimerkiksi haastatteluiden muodossa.

Tutkimukseni haasteena voidaan myös pitää lyhyttä aikaväliä ensi- ja toistokyselyn välillä, varsinkin kun asiakkaiden tilanteiden seuranta ei voitu jatkaa enää pidemmälle niin, että tilannetta oltaisiin seurattu uudelleen esimerkiksi vuoden tai pidemmänkin ajan jälkeen. Työkyvyn palvelualueella ja asiakkaiden tilanteiden ollessa hyvinkin haasteellisia, on puolen vuoden seuranta hyvinkin lyhyt aika. Asiakkaalla ei välttämättä saada alulle Toimintakykykeskuksella suositeltuja jatkotoimenpiteitä, puhumattakaan siitä, että esimerkiksi kuntoutusten vaikutuksia voitaisiin todentaa. Lisäksi

etuusasioihin liittyvät selvittelyt ja mahdolliset jatkotutkimukset vievät edelleen aikaa, jolloin puolesta vuodessa ei asiakkaan tilanteessa välttämättä ehdi tapahtua juuri mitään muutoksia. Eri kuntoutusten toteuttaminen ei kuitenkaan ole Toimintakykykeskuksen alueelle kuuluvaa toimintaa, joten näiden toimenpiteiden seuraaminen ei varsinaisesti olekaan tämän tutkimuksen keskiössä.

Tutkimukseni kannalta ongelmallista on myös yhdistää seuranta-aikana tapahtuneita muutoksia suoraan Toimintakykykeskuksen toimintaan, sillä asiakkaiden muilla alueilla tapahtuneista muutoksista ei ollut tutkimusta tehdessä saatavilla tietoa. Näin ollen on mahdollista, että kohentuneelle työkyvyille on olemassa muita selittäviä tekijöitä kuin Toimintakykykeskuksen asiakkuus. Tutkimuksessani ei myöskään ole ollut käytössä ns. kontrolliryhmää, joilla Toiken palvelua ei olisi toteutettu. Näin ollen tutkimuksessa ei ole voitu luoda asetelmaa, jossa verrattaisiin palveluun osallistuneita ja osallistumattomia henkilöitä keskenään, jolloin mahdollisia muutoksia olisi huomattavasti helpompaa kohdentaa Toike:n asiakkuuteen yhteydessä oleviksi. Sen sijaan esimerkiksi psykologin kohtaamisten yhteyttä kohentuneisiin muuttuja-arvoihin analysoitaessa on voitu tehdä vertailua niiden asiakkaiden välillä, jotka ovat osallistuneet ja jotka eivät ole osallistuneet psykologin mini-interventioihin. Tällaiset vertailuasetelmat ovatkin tutkimuksen kannalta hedelmällisiä ja niiden kautta voidaan saada hyvinkin vahvaa todistusarvoa omaavia tuloksia.

8.2 POHDINTA

Tutkimuksen tuloksista kaikkienensa on pääteltävissä, että Toimintakykykeskuksen matalaan kynnykseen, työkykyongelmien varhaiseen tunnistamiseen sekä ennaltaehkäisevään toimintaan perustuvalla toimintamallilla on paikkansa tämän hetken työkyvyn tuen palveluissa. Toike:n asiakaskunnan tilanteet ovat osoittautuneet suunniteltua haastavammiksi ja pidemmälle edenneiksi. Tämä ei kuitenkaan muuta sitä tosiasiaa, että työ- ja toimintakyvyn ongelmiin olisi syytä puuttua monialaisesti jo huomattavasti nykyistä varhaisemmassa vaiheessa, sillä tällä hetkellä olemassa olevat työkykypalvelut eivät edelleenkään kohdistu tarpeeksi varhaisessa vaiheessa työkyvyn alenemisesta ja toimintakyvyn haasteista kärsiville. Varsinkin työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden kohdalla monialaisella varhaisen puuttumisen toiminnalla voitaisiin saavuttaa väestön työkykyä ja työelämäosallisuutta tukevia tuloksia.

Kysymykseksi jää, mille palvelualueelle tämän kaltainen matalan kynnyksen toimintayksikkö olisi tarkoituksenmukaisinta sijoittaa. Toimintakykykeskus on toiminut osana erikoissairaanhoidtoa, minkä myötä sillä on ollut kiinteät yhteydet kuntoutuksen toimialueeseen ja sitä myöten Toike:n

henkilökunnalla on ollut käytössään laajaa osaamista osatyökykyisyyteen liittyvästä problematiikasta ja palvelukentästä ja esimerkiksi asiakkaiden ohjaaminen eri alueiden jatkoselvityksiin on ollut saumatonta.

Tämänhetkisen suunnitelman mukaan Toimintakykykeskus olisi kuitenkin siirtymässä osaksi työllisyyspalveluiden organisaatiota, samalla kun työllisyydenhoidon palveluita järjestetään Tampereella uudelleen vuoden 2020 aikana. Osana Tampereen alueen työllisyyspalveluita toimii kuitenkin jo tällä hetkellä Työkykypalvelu, jossa niinkään pyritään monialaisesti kartoittamaan ja selvittämään asiakkaan työkykyä alentavia tekijöitä. Jääkin nähtäväksi, millä tavoin näiden palveluiden välistä työnjakoa on tarkoituksenmukaista jatkossa toteuttaa. Toimintakykykeskuksen perintönä ollaan myös TAYSin kuntoutustutkimuspoliklinikan osaksi tuomassa matalan kynnyksen ns. ”nopea kaista”, jossa pyrittäisiin tavallista poliklinikkatyötä nopeammalla ja kevyemmällä työskentelymallilla selvittämään asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn haasteita. Tämä toimintamalli tulee kuitenkin todennäköisesti edellyttämään asiakkaalta lääkärin lähetettä, joten aivan matalimman kynnyksen toiminnasta ei ole kyse.

Kaiken kaikkiaan on selvää, että Toimintakykykeskuksen toimintamallin ja siitä saadun tutkimustiedon hedelmiä voidaan jatkossa hyödyntää osana työkyvyn tuen palvelukenttää. Tässäkin tutkimuksessa todetut työkyvyn monisyiset yhteydet niin fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen kuin sosiaaliseenkin kontekstiin perustelevat edelleen tarvetta aidosti monialaiseen palveluun, kun työllisyydenhoidon ja kuntoutuksen uusia palveluita suunnitellaan.

LÄHTEET

AIRILA, AULI & JUVONEN-POSTI, PIRJO & KAUSTO, JOHANNA (2015) *Työ- ja toimintakyvyn käsitteet ja niiden soveltuvuus työelämän ulkopuolella oleviin työikäisiin*. Työelämän tutkimuspäivät 5.–6.11.2015, Tampere.

ALA-KAUHALUOMA, MIKA. & KESÄ, MIKKO & LEHIKONEN, TUULA & PITKÄNEN, SARI & YLIKOJOLA, PEKKA (2017) *Osatyökykyisistä osaavaa työvoimaa. Osatyökykyisten työvoiman kysyntää ja sen kehittämistä koskeva tutkimus*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 42/2017. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

ALKULA, TAPANI & PÖNTINEN, SEPPO & YLÖSTALO, PEKKA (1994) *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. Porvoo: WSOY.

AMICK, BENJAMIN C. & HABECK, ROCHELLE V. & OSSMANN, JANET & FOSSEL, ANNE H. & KELLER, ROBERT & KATZ, JEFFREY (2004) *Predictors of Successful Work Role Functioning After Carpal Tunnel Release Surgery*. Journal of occupational and environmental medicine 46(5), 490–500.

ARNKIL, ROBERT & SPANGAR, TIMO & JOKINEN, ESA (2019) *Kohti laajaa työelämä- ja ihmislähtöistä työvoimapalvelujen ekosysteemiä. Pirkanmaan työvoima- ja yrityspalvelujen alueellisen kokeilun tutkimus*. Tampere: Tampereen kaupunki. Saatavissa: https://www.tampere.fi/tiedostot/k/eGnKPyb1v/kohti_laajaa_tyoelama_2019.pdf.

Viitattu 15.3.2020.

BERTILSSON, MONICA & VAEZ, MARJAN & WAERN, MAGDA & AHLBORG, GUNNAR & HENSING, GUNNEL (2015) *A prospective study on self-assessed mental well-being and work capacity as determinants of all-cause sickness absence*. Journal of Occupational Rehabilitation 25(1), 52–64

BRAATHEN, TORE NORENDAL & EFTEDAL, MONICA & TELLNES, GUNNAR & HAUGLI, LLIV (2015) *Work inclusion: Self-perceived change in work ability among persons in occupational rehabilitation*. Society, Health & Vulnerability 6(1)

BROUWER, SANDRA & RENEMAN, MICHIEL F. & BULTMANN, ÜTE. & VAN DER KLINK, JAC J.L. & GROOTHOFF, JOHAN W. (2010) *A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support*. Journal of Occupational Rehabilitation 20(3), 104–112.

CORNELIUS L.R. & VAN DER KLINK, JAC J.L. & GROOTHOFF, J.W. & BROUWER, SANDRA (2011) *Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review*. Journal of Occupational Rehabilitation 21(2), 259–274.

D'AMATO, ALESSIA & ZIJLSTRA, FRED R.H. (2010) *Toward a climate for work resumption: The nonmedical determinants of return to work*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52(1), 67–80.

DEKKERS-SÁNCHEZ, PATRICIA M. & HOVING, JAN L. & SLUITER, JUDITH K. & FRINGS-DRESEN, MONICA H. W. (2008). *Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: A systematic review*. *Occupational and Environmental Medicine* 65(3), 153–157.

DE VRIES, HAITZE J. & RENEMAN, MICHIEL F. & GROOTHOFF, JOHAN W. & GEERTZEN, JAN H. & BROUWER, SANDRA (2013). *Self-reported work ability and work performance in workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain*. *Journal of Occupational Rehabilitation* 23(1), 1–10.

ELÄKETURVAKESKUS (2019) *Työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään yhä useammin masennuksen vuoksi*. Tiedote 04.04.2019. Saatavissa: <https://www.etk.fi/tiedote/tyokyvyttömyyseläkkeelle-siirrytaan-yha-useammin-masennuksen-vuoksi/> Viitattu 9.2.2020.

ERVASTI, JENNI & JOENSUU, MATTI & PENTTI, JAANA & OKSANEN, TUULA & AHOLA, KIRSI & VAHTERA, JUSSI & KIVIMÄKI, MIKA & VIRTANEN, MARIANNA (2017). *Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Psychiatric Research* 95, 28–36.

GOULD, RAIJA & POLVINEN, ANU (2006) Työkyvyn vaihtelu iän ja sukupuolen mukaan. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus ym. 58–63

GOULD RAIJA & POLVINEN ANU (2006b) Osaaminen. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus ym. 162–168

GOULD, RAIJA & ILMARINEN, JUHANI & JÄRVISALO, JORMA & KOSKINEN, SEPPO (toim.) (2006) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kela, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos

GOULD, RAIJA & KOSKINEN, SEPPO & SEITSAMO, JORMA & TUOMI, KAIJA & POLVINEN ANU & SAINIO, PÄIVI (2006) Aineisto ja menetelmät. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus ym.. 35–54.

HAAPAKOSKI, KAISA (2015) *Hyvä kuntoutustutkimustyössä: abduktiivinen tutkimus kuntoutustutkimustyön hyväksityksellisistä ristiriidoista*. *Akateeminen väitöskirja*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

HAAPAKOSKI, KAISA & ÅKERBLAD, LEENA & TOLVANEN, ASKO & MÄNTYSAARI, MIKKO & YLISTÖ, SAMI & KANNASOJA, SIRPA (2018) *Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistus. Ihanteet, toimeenpano ja harkintavalta*. *Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 12*. Helsinki: STM.

HAKUMÄKI, LAURA & HAVERINEN, MARI & JOENSUU, MATTI & JUVONEN-POSTI, PIRJO & KONTTINEN, JUSSI & LAUTALA, KALLE & NEVALA, NINA & SALMI, ANNE & SAVINAINEN, MINNA & SEITSAMO, JORMA & TURPEINEN, MERJA & UNKILA, KIRSI & WIKSTRÖM, MIIA (2018) *Kykyviisari – Työ- ja toimintakyvyn itsearviointimenetelmä*. Helsinki: Työterveyslaitos.

HAUGLI, LIV & MAELAND, SILJE & MAGNUSSEN, LIV HEIDE (2011). *What facilitates return to work? Patients' experiences 3 Years after occupational rehabilitation*. Journal of Occupational Rehabilitation 21(4), 573–581

HAUKKA-WACKLIN, TUULA (2016) *Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas - kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana. Ammatillinen lisensiaatintutkimus*. Tampere: Tampereen yliopisto.

HEIKKILÄ, TARJA (2014) *Tilastollinen tutkimus*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita

HEIKKINEN, VIRPI (2016). *Pitkäaikaistyötön vai pysyvästi työkyvyn : Tyypitarinoita 2000-luvun teollisuuskaupungista*. Acta Universitatis Tamperensis 2232. Tampere: Tampere University Press.

HEINO, PEKKA & SEPPÄNEN-JÄRVELÄ, RIITTA (2017) *Auttoiko lakimuutos nuoria pääsemään Kelan ammatilliseen kuntoutukseen?* Helsinki: Kela, Kelan tutkimusblogi 21.9.2017. Saatavissa: <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/4081>. Viitattu 23.2.2020

HIRVONEN, ARI (2006) Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Jaana Hallamaa & Veikko Launis & Salla Lötjönen & Irma Sorvali (Toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

IHLE, ANDREAS & BORELLA, ERIKA & RAHNFELD, MARLEN & MÜLLER, SANDRINE R. & ENGE, SÖREN & HACKER, WINFRIED & WEGGE, JÜRGEN & ORIS, MICHEL & KLIEGEL, MATTHIAS (2015) *The role of cognitive resources for subjective work ability and health in nursing*. European Journal of Ageing 12(2), 131–140.

ILMARINEN, JUHANI & GOULD, RAIJA & JÄRVIKOSKI, AILA & JÄRVISALO, JORMA (2006) Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus ym. 17–34.

JOKIVUORI, PERTTI & HIETALA, RISTO (2007) *Määrällisiä tarinoita : monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta*. Porvoo: WSOY.

JOSEPHSON, MALIN & HEIJBEL, BODIL & VOSS, MARGARETHA & ALFREDSSON, LARS & VINGÅRD, EVA (2008) *Influence of self-reported work conditions and health on full, partial and no return to work after long-term sickness absence*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 34(6), 430–437.

JUVONEN-POSTI, PIRJO & PENSOLA, TIINA (toim.) (2016) *Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Ammatillisen kuntoutuksen työnjako*. Helsinki: Työterveyslaitos.

JÄRVIKOSKI, AILA (2013) *Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2013:43*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

JÄRVIKOSKI, AILA & TAKALA, ESA-PEKKA & JUVONEN-POSTI, PIRJO & HÄRKÄPÄÄ, KRISTIINA (2018) *Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja 13*. Helsinki: Kela

JÄÄSKELÄINEN, ANNE & KAUSTO, JOHANNA & SEITSAMO, JORMA & OJAJÄRVI, ANNELI & NYGÅRD, CLAS-HÅKAN. & ARJAS, ELJA & LEINO-ARJAS, PÄIVI (2016). *Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: A prospective study among finnish municipal employees*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 42(6), 490–499

KAUPPINEN, TIMO & MATTILA-HOLAPPA, PAULIINA & PERKIÖ-MÄKELÄ, MERJA & SAALO, ANJA & TOIKKANEN JOUNI & TUOMIVAARA, SEPPO. & UUKSULAINEN, SANNA & VILUKSELA, MARJA & VIRTANEN, SIMO (Toim.) (2013) *Työ ja terveys Suomessa 2012*. Helsinki: Työterveyslaitos.

KELA (2015) *Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillinen kuntoutus selvitys*. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Saatavissa osoitteesta:

<https://www.kela.fi/documents/10180/1887882/150316+Ammatillinen+kuntoutus+selvitys+.pdf/4718a381-3b6d-4fef-af1d-6adb86904f4c>. Viitattu 8.3.2020.

KERÄTÄR, RAIJA (2016) *Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömällä*. Oulu: Oulun yliopisto.

KERÄTÄR, RAIJA & TAANILA, ANJA & HÄRKÄPÄÄ, KRISTIINA & ALA-MURSULA, LEENA (2014) *Sairauslähtöisestä työ- ja toimintakyvyn arvioinnista monialaiseen arviointimalliin*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130, 495–502.

KINNUNEN, ULLA & NÄTTI, JOUKO (2018) *Work ability score and future work ability as predictors of register-based disability pension and long-term sickness absence: A three-year follow-up study*. Scandinavian Journal of Public Health, 48. 321-330.

KOSKINEN, SEPPO & MARTELIN TUIJA & SAINIO PÄIVI & GOULD RAIJA (2006) *Työkyky ja terveys*. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus ym. 114-134.

KUIJER, PAUL P. & GOUTTEBARGE, VINCENT & WIND, HAIJE & VAN DUIVENBOODEN, COR & SLUITER, JUDITH K. & FRINGS-DRESEN, MONIQUE H.W. (2012) *Prognostic value of self-reported work ability and performance-based lifting tests for sustainable return to work among construction workers*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 38(6), 600–603.

KUNTOUTUKSEN UUDISTAMISKOMITEA (2017) *Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

KUULA, ARJA (2011) *Tutkimusetiikka : aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos.* Tampere: Vastapaino.

LAKI TYÖLLISTYMISTÄ EDISTÄVÄSTÄ MONIALAISESTA YHTEISPALVELUSTA 1369/2014 Finlex: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141369>. Viitattu 15.3.2020.

LEHTO, MARKKU (2011) *Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti.* Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

LIUKKO, JYRI & KUUVA, NIINA (2015) *Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03/2015.* Helsinki: Eläketurvakeskus.

LUNDIN, ANDREAS & KJELLBERG, KATARINA & LEIJON, OLA & PUNNETT, LAURA & HEMMINGSSON, T. (2015) *The Association Between Self-Assessed Future Work Ability and Long-Term Sickness Absence, Disability Pension and Unemployment in a General Working Population: A 7-Year Follow-Up Study.* Journal of Occupational rehabilitation 26(2): 195-203

MARTELIN, TUIJA & SAINIO, PÄIVI & KOSKINEN, SEPPO & GOULD, RAIJA (2006) Työkyky koulutusryhmissä. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet.* Helsinki: Eläketurvakeskus. 71-74.

MATTILA-WIRO, PÄIVI & TIAINEN, RAIJA (2019) *Kaikki mukaan työelämään. Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) kärkihankkeen tuloksia ja suosituksia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2019:25.* Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

MÄKITALO, JORMA & PALONEN, JUHANI (1994) *Lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi.* Työ ja ihminen 8(3): 155-162.

NOKSO-KOIVISTO, PEKKA (2001) *Potilas ja kaksi hahmoa työkyvyn arvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmassa. Semioottinen tulkinta lääkärinlausunnosta.* Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 59. Helsinki: Kela.

OIVO, TUIJA & KERÄTÄR, RAIJA (2018) *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen. Etuudet, palvelut, tukitoimet. Selvityshenkilöiden raportti.* Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

PALOMÄKI, SUSANNA (2013) *Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa: Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa.* Tampere: Tampereen yliopisto.

PALTAMAA, JAANA & PERTTINÄ, PIRKKO (Toim.) (2015) *Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön.* Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 137. Helsinki: Kela.

PENSOLA TIINA & JÄRVIKOSKI AILA (2006) *Sosiaalinen tuki ja osallistuminen.* Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia.* Helsinki: Eläketurvakeskus. 190-196.

PENSOLA TIINA & JÄRVIKOSKI AILA & JÄRVISALO JORMA (2006) Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus ym. 223-239.

PIISPA, MINNA (2006) Kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Jaana Hallamaa & Veikko Launis & Salla Lötjönen & Irma Sorvali (Toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

RASHID, MAMUNUR. & KRISTOFFERZON, MARJA-LEENA & HEIDEN, MARINA & NILSSON, ANNIKA (2018) *Factors related to work ability and well-being among women on sick leave due to long-term pain in the neck/shoulders and/or back: A cross-sectional study*. BMC Public Health, 18(1)

SAINIO, PÄIVI &, KOSKINEN, SEPPO & MARTELIN, TUIJA & GOULD, RAIJA (2006) Toimintakyky. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus ym. 135-150.

SALTYCHEV, MIKHAIL & KINNUNEN, AILA & LAIMI, KATRI (2013) *Vocational Rehabilitation Evaluation and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*. Journal of Occupational Rehabilitation 23(1), 106–114.

SAVOLAINEN, TUULA (2017) *Työttömien henkilöiden terveystarkastukset: asiakkaiden kokemuksia. Opinnäytetyö – Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

SAIKKU, PEPPI (2018) *Hallinnan rajoilla. Monialainen koordinaatio vaikeasti työllistyvien työllistymisen edistämiseksi. Akateeminen väitöskirja*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

SINERVO, LEINI & HIETAPAKKA, LAURA (2013) *Työttömien terveystarkastukset. Valtakunnallisen terveystarkastuskyselyn 2013 tulokset. THL:n Työpöytäkirja 41/2013*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ (2015) *Kaikki keinot käyttöön – Yhteistyöllä ratkaisuihin. Sosiaali- ja terveysministeriön Osatyökykyiset työssä -ohjelma (Osku) 2013–2015. Loppuraportti*. Helsinki: STM.

STÅHL, CHRISTIAN & SVENSSON, TOMMY & PETERSSON, GUNILLA & EKBERG, KERSTIN (2009) *The Work Ability Divide: Holistic and Reductionistic Approaches in Swedish Interdisciplinary Rehabilitation Teams*. Journal of occupational rehabilitation 19(3), 264-273.

SUIKKANEN, ASKO & LINDH, JARI (2008) Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa Paavo Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus (2. painos)*. Helsinki: Duodecim. 63-79.

SUTTON, JULIE P. & DUNSTAN, DEBRA A. (2012) *Financial Strain and Loss of Psychosocial Benefits of Work Mediate the Relationship between Sickness Absence and Depression among People with Work Disability*. Australian Journal of Rehabilitation Counselling, The 18(2), 71-88.

TENGLAND, PER-ANDERS (2011) *The Concept of work ability*. Journal of occupational rehabilitation 21(2), 275-285.

TOREN, KJELL & JÄRVHOLM, BENGT (2015) *Who is the expert for the evaluation of work ability?* Scandinavian journal of work, environment and health 41(1), 102-104.

TUOMI K. & SEITSAMO J. & ILMARINEN J. (2006) Työkyvyn moninaisuus ja työkykyindeksi. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus. 197-222.

UITTI, JUKKA & HEIKKINEN, VIRPI (2016) *Toimintakykykeskus-hankesuunnitelma*. Julkaisematon lähde. Tampere: Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri.

VALTIONEUVOSTO (2002) *Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

VUORELA, MIKA (2008) *Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvityshenkilön raportti*. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

WIKSTRÖM, MIIA & AIRILA, AULI (2015) *Kykyviisari - työelämän ulkopuolella olevien työ- ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen osallisuuden arviointimenetelmän kehittäminen*. Työelämän tutkimuspäivät 5.–6.11.2015

ÅKERBLAD, LEENA & HAAPAKOSKI, KAISA & TOLVANEN, ASKO & MÄNTYSAARI, MIKKO & YLISTÖ, SAMI & KANNASOJA, SIRPA (2018) *Henkilökeskeisyyden ehdot. Kelan ammatillisen kuntoutus selvityksen arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 154*. Helsinki: Kela.

ØYEFLATEN, IRENE & LIE, STEIN ATLE & IHLEBÆK, CAMILLA & ERIKSEN, HEGE R. (2014). *Prognostic factors for return to work, sickness benefits, and transitions between these states: A 4-year follow-up after work-related rehabilitation*. Journal of Occupational Rehabilitation 24(2), 199-212.

LIITE: Kykyviisari-kyselylomake



Vipuvoimaa
EU:lta
2014–2020



Työ- ja toimintakyvyn itsearviointikysely

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Valitse kysymysten vaihtoehdoista se, joka kuvaa parhaiten tämänhetkistä tilannettasi. Toimija tai palveluntuottaja säilyttää vastaajaan yhdistettävät kyselyt. Kyselyvastaukset siirtyvät Työterveyslaitokselle tunnistamattomassa muodossa. Työterveyslaitos raportoi kyselyn tuloksia siten, ettei yksittäisen henkilön vastauksia voida tunnistaa.



A. Esitiedot

(A1) **Henkilönumero** (0000)

(A2) **Päivämäärä lomaketta täytettäessä (ppkkvv)** (esim. 010816)

(A3) **Hankkeen S-numero** (S00000)

(A4) **Hankkeen nimi**

(A5) **Oletko:**

- Mies
 Nainen
 Muu

(A6) **Ikä vuosina lomaketta täytettäessä**

B. Hyvinvointi

(B1) **Kuinka tyytyväinen olet tällä hetkellä elämääsi?** Arvioi yleistä tyytyväisyyttäsi elämään.

- Erittäin tyytyväinen
 Melko tyytyväinen
 En tyytyväinen, mutta en tyytymätönkään
 Melko tyytymätön
 Erittäin tyytymätön

(B2) **Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin?** Arvioi terveydentilaasi kokonaisuutena.

- Hyvä
 Melko hyvä
 Keskitasoinen
 Melko huono
 Huono



(B3) **Miten suoriudut päivittäisistä toimitasi ja tehtävistäsi?** Valitse se numero, joka vastaa parhaiten tilannettasi. Arvioi yleisesti jokapäiväistä elämääsi ja siitä suoriutumista.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = suoriudun
erittäin huonosti

10 = suoriudun
erittäin hyvin

(B4) **Oletetaan, että työkykyysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi?** Jos et ole tällä hetkellä töissä, arvioi viimeisintä työtäsi tai ammattisi vaatimuksia. Jos sinulla ei ole ammattia, arvioi tilannettasi suhteessa siihen mitä haluaisit työksesi tehdä.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = en pysty
lainkaan työhön

10 = työkykyyni on
parhaimmillaan

(B5) **Millaiseksi koet suhteesi työelämään tällä hetkellä?** Valitse tilannettasi parhaiten kuvaava numero.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Työelämä tai työllistyminen ei ole minulle ajankohtaista.	1–3 = Minulla ei ole työtä. Minulla on vähäiset edellytykset siirtyä työelämään. Tarvitsen tukea työllistymiseen.	4–5 = Minulla ei ole työtä. Minulla on kuitenkin edellytyksiä siirtyä työelämään. Saatan tarvita tukea työllistymiseen.	6–8 = Minulla on työtä. Minulla on edellytyksiä osallistua työelämään. Saatan kuitenkin tarvita tukea työelämässä jatkamiseksi.	9–10 = Minulla on työtä. Minulla on hyvät edellytykset jatkaa työelämässä.
---	---	--	--	--



C. Osallisuus

Miten seuraavat väittämät kuvaavat tilannettasi?

Arvioi asteikolla 1 = täysin eri mieltä - 5 = täysin samaa mieltä. Valitse numero.

	Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä
(C1) Saan apua, kun sitä tarvitsen	1	2	3	4	5
(C2) Olen tarpeellinen muille	1	2	3	4	5
(C3) Saan sanoa asiani ja tulen kuulluksi	1	2	3	4	5
(C4) Minua arvostetaan	1	2	3	4	5
(C5) Olen kokenut onnistumisia	1	2	3	4	5
(C6) Ohjaan oman elämäni kulkua	1	2	3	4	5
(C7) Tunnen kuuluvani yhteiskuntaan	1	2	3	4	5
(C8) Olen tyytyväinen ihmissuhteisiini	1	2	3	4	5

(C9) Tunnetko itsesi yksinäiseksi?

- En koskaan
 Hyvin harvoin
 Joskus
 Melko usein
 Jatkuvasti

(C10) Onko elämässäsi ihminen, jonka kanssa voit keskustella avoimesti henkilökohtaisista asioistasi ja ongelmistasi?

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

(C11) **Onko sinulla lemmikkiä tai hoitoeläintä, joka tuo iloa elämääsi?**

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

(C12) **Onko sinulla jokin harrastus tai muuta tekemistä, jonka parissa viihdyt?**

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

(C13) **Kuinka usein tapaat tai olet yhteydessä ystäviin, sukulaisiin tai tuttuihin, jotka eivät asu kanssasi?**

- Päivittäin tai lähes päivittäin
 1-2 kertaa viikossa
 1-3-kertaa kuukaudessa,
 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 En koskaan

Miten seuraavat väittämät kuvaavat tilannettasi?

Arvioi asteikolla 1 = täysin eri mieltä - 5 = täysin samaa mieltä. Valitse numero.

	Täysin eri mieltä					Täysin samaa mieltä				
(C14) Tulen hyvin toimeen läheisten kanssa	1	2	3	4	5					
(C15) Minun on helppo pitää yllä ystävyysuhteita	1	2	3	4	5					
(C16) Minun on helppo tutustua uusiin ihmisiin	1	2	3	4	5					
(C17) Minun on helppo olla tekemisissä vieraiden ihmisten kanssa	1	2	3	4	5					

D. Mieli

Tässä on väittämiä ajatuksista ja tuntemuksista. Valitse jokaisen väittämän kohdalla se vastaus, joka parhaiten kuvaa tilannettasi **viimeksi kuluneen kuukauden aikana**.

	En koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Usein	Koko ajan
(D1) Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D2) Olen tuntenut itseni hyödylliseksi	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D3) Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D4) Olen käsitellyt ongelmia hyvin Olen miettinyt ratkaisuja ja eri vaihtoehtoja miten pääsen ongelmassa eteenpäin.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D5) Olen ajatellut selkeästi Pystyn erittelemään tunteitani ja toimintaani. Ajatukseni eivät mene sekaisin.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D6) Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D7) Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D8) Olen kyennyt tarttumaan toimeen asioitteni hoitamisessa	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(D9) Olen tuntenut mielihyvää itselleni tärkeistä asioista	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

E. Arki

Miten suoriudut seuraavista arkipäivän asioista?

Vastaa siinäkin tapauksessa, vaikka kyseiset palvelut tai välineet eivät olisi helposti saatavilla tai asia ei ole sinulle tällä hetkellä ajankohtainen.

	En suoriudu	Paljon vaikeuksia	Jonkin verran vaikeuksia	Vähän vaikeuksia	Suoriudun hyvin
(E1) Kotitöiden tekeminen esim. ruoanlaitto, siivous, pyykinpesu	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E2) Kauppa-asioiden hoitaminen esim. ruoka- ja vaateostokset, hygieniatuotteiden ostot	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E3) Julkisten palvelujen käyttäminen esim. pankki, KELA, apteekki, TE-toimisto, sosiaalitoimisto	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E4) Internetin kautta asioiminen ja tiedon hakeminen esim. verkkopankki, lomakkeiden täyttö, aikataulut	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E5) Raha-asioista huolehtiminen esim. rahankäytön suunnittelu, laskujen maksaminen ajallaan	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E6) Omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen esim. monipuolinen ruokavalio, liikunnan harrastaminen, sinulle määrättyjen lääkkeiden ottaminen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E7) Säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitäminen ja riittävä nukkuminen esim. asiointi ja toimiminen päiväsaikaan, olo on päivällä virkeä	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E8) Omasta puhtaudesta ja siisteydestä huolehtiminen esim. peseytyminen, puhtaat vaatteet	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E9) Terveyspalvelujen käyttäminen esim. lääkärissä käynti, hammashuolto, laboratorio	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E10) Kodin ulkopuolella kulkeminen esim. julkiset kulkuneuvot, oma auto, taksi, polkupyörä, jalan	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
(E11) Muista huolehtiminen esim. lapset, vanhemmat ja lemmikkieläimet	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

F. Taidot

(F1) **Pystytkö yleensä keskittymään asioihin?** esim. kirjan/lehden lukeminen, toisen kuunteleminen, lomakkeen täyttäminen

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- Tyydyttävästi
- Huonosti
- Erittäin huonosti

(F2) **Sujuuko sinulta uusien tietojen ja taitojen oppiminen**

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- Tyydyttävästi
- Huonosti
- Erittäin huonosti

(F3) **Millaiseksi arvioit muistisi tällä hetkellä. Onko muistisi:**

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Tyydyttävä
- Huono
- Erittäin huono

(F4) **Onko sinulla todettu joku oppimiseen, keskittymiseen tai hahmottamiseen liittyvä vaikeus?**

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Miten seuraavat väittämät kuvaavat ajatuksiasi tulevaisuuden ja osaamisen suhteen?

Arvioi asteikolla 1 = täysin eri mieltä - 5 = täysin samaa mieltä. Valitse numero.

	Täysin eri mieltä					Täysin samaa mieltä				
(F5) Suhtaudun tulevaisuuteni myönteisesti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>					
(F6) Minulla on haaveita ja toiveita tulevaisuudelleni esim. arkirytmien löytyminen, päihteettömyys, koulutuksen aloittaminen, työelämään siirtyminen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>					
(F7) Olen valmis näkemään vaivaa ja tekemään asioita tavoitteitteni ja haaveitteni toteutumisen eteen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>					
(F8) Minulla on osaamista, jota voin hyödyntää työelämässä	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>					
(F9) Pystyn ilmaisemaan itseäni eri tilanteissa suullisesti esim. kertomaan asiani muille, osallistumaan keskusteluihin	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>					
(F10) Pystyn ilmaisemaan itseäni eri tilanteissa kirjallisesti esim. kirjoittamaan työhakemuksen tai muun esittelyn	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>					

G. Keho

(G1) Onko fyysinen kuntosi mielestäsi:

- Hyvä
 Melko hyvä
 Keskitasoinen
 Melko huono
 Huono


(G2) Harrastatko liikuntaa?

Liikunta sisältää kaiken vapaa-ajan liikuntaharjoittelun, hyötyliikunnan tai muun fyysisen ponnistelun, jossa hengästyy ja hikoilee.

- Harrastan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa
- Harrastan liikuntaa 1-2 kertaa viikossa
- Harrastan liikuntaa, mutta en joka viikko
- Harrastan liikuntaa harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- En harrasta liikuntaa

(G3) Käytätkö säännöllisesti jotakin liikkumisen apuvälinettä, esimerkiksi pyörätuolia tai kävelykeppiä?

- Kyllä En

Mikäli vastasit En, vastaa seuraavaksi kysymyksiin G4 ja G6
(G4) Pystytkö levähtämättä kävelemään noin kilometrin?

- Pystyn siihen vaikeuksitta
- Pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran
- Pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- En pysty siihen lainkaan

(G6) Pystytkö juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä)?

- Pystyn siihen vaikeuksitta
- Pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran
- Pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- En pysty siihen lainkaan

Mikäli vastasit Kyllä, vastaa seuraavaksi kysymyksiin G5, G7
(G5) Jos käytät käsikäyttöistä pyörätuolia tai muuta liikkumisen apuvälinettä, pystytkö levähtämättä kelaamaan tai kävelemään noin kilometrin?

- Pystyn siihen vaikeuksitta
- Pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran
- Pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- En pysty siihen lainkaan

(G7) Jos käytät käsikäyttöistä pyörätuolia tai muuta liikkumisen apuvälinettä, pystytkö kelaamaan tai kävelemään vauhdikkaasti lyhyen matkan?

- Pystyn siihen vaikeuksitta
- Pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran
- Pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- En pysty siihen lainkaan



(G8) **Onko sinulla yksi tai useampi pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen sairaus, oire tai vamma?** Pitkäaikaisella tarkoitetaan vähintään kuusi kuukautta kestänyttä tai kestäväää ajanjaksoa.

- Ei
 Kyllä

Mikäli vastasit Kyllä:

Arvioi, miten haittaavia nämä sairaudet, oireet tai vammat ovat. Valitse haitan määrää parhaiten kuvaava numero.

(G9) **Haitta vapaa-ajan harrastuksissa**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = ei lainkaan haittaa

10 = pahin mahdollinen eli erittäin suuri haitta

(G10) **Haitta kotitöiden hoitamisessa**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = ei lainkaan haittaa

10 = pahin mahdollinen eli erittäin suuri haitta

(G11) **Haitta työssä tai mahdollisessa työssä**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = ei lainkaan haittaa

10 = pahin mahdollinen eli erittäin suuri haitta

(G12) **Haitta ihmissuhteissa**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = ei lainkaan haittaa

10 = pahin mahdollinen eli erittäin suuri haitta



H. Taustatiedot

(H1) **Mikä on kotitaloutesi tilanne? Voit valita useamman vaihtoehdon. Vastaa tähän todellisen tilanteesi mukaisesti.**

- Asun yksin
- Asun vanhempani tai vanhempieni kanssa
- Olen yksinhuoltaja
- Olen yhteishuoltaja
- Avo- tai aviopari, ei lapsia
- Avo- tai aviopari ja lapsia
- Asun useamman aikuisen kotitaloudessa esim. kimppa-asunto, opiskelija-asuntola
- Asun ryhmäkodissa tai laitoksessa
- Asun vastaanottokeskuksessa
- Asun asumispalveluyksikössä
- Minulla ei ole vakituista asuntoa

(H2) **Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla:**

- Hyvin helppoa
- Helppoa
- Melko helppoa
- Melko hankalaa
- Hankalaa
- Hyvin hankalaa

Mikä on koulutustaustasi?

(H3) **Peruskoulutus:**

- Peruskoulu, kansa- tai kansalaiskoulu
- Suoritan parhaillaan peruskoulua
- Peruskoulu on jäänyt kesken
- En ole käynyt koulua

(H4) **Peruskoulun jälkeinen koulutus: Voit valita useamman vaihtoehdon.**

- Ei peruskoulun jälkeistä koulutusta
- Lukio/ylioppilastutkinto
- Ammatilliseen peruskoulutukseen valmentava koulutus (VALMA) tai kurssitus (esim. maahanmuuttajakoulutus)
- Kurssimuotoinen ammatillinen koulutus, ammattitutkinnon osa
- Ammattikoulu- tai opistotason tutkinto, myös näyttötutkinto
- Ammattikorkeakoulututkinto tai alempi korkeakoulututkinto
- Ylempi ammattikorkeakoulututkinto tai ylempi korkeakoulututkinto
- Lisensiaatin tai tohtorin tutkinto
- Koulutus on jäänyt kesken

I. Työ & tulevaisuus

(1) **Mikä parhaiten kuvaa nykyistä työtilannettasi? Voit valita useamman vaihtoehdon.**

- Työharjoittelussa
- Työpajatoiminnassa tai kuntouttavassa työtoiminnassa
- Työkokeilussa
- Työttömänä (työnhakijana TE-toimistossa)
- Työttömänä (en työnhakijana TE-toimistossa)
- Ei-palkatussa työssä esim. vapaaehtois- tai hyväntekeväisyystyössä
- Yhdyskuntapalveluksessa
- Opiskelijana tai oppisopimuskoulutuksessa
- Kotona (kotiäiti, -isä tai omaishoitaja)
- Sairauslomalla tai osasairauslomalla
- Eläkkeellä (työkyvyttömyys-, osatyökyvyttömyys-, kuntoutustuki tai osakuntoutustuki, perhe- tai lapseneläke)
- Palkkatyössä (täysiaikainen, osa-aikainen tai palkkatuettu työ)
- Yrittäjänä tai maatalousyrittäjänä
- Ammatinharjoittajana tai freelancerina
- Apurahalla

(12) **Kuinka kauan nykyinen työttömyytesi on kestänyt. Ajattele työttömyytesi kestoja myös ennen nykyisiä kuntoutus- ym. toimenpiteitä.**

- Alle vuoden
- 1–2 vuotta
- 3–4 vuotta
- 5–7 vuotta
- 8–10 vuotta
- yli 10 vuotta
- En ole koskaan ollut työelämässä
- En ole tällä hetkellä työttömänä

Mitkä asiat vaikeuttavat työelämään osallistumistasi?

	Erittäin paljon	Paljon	Jonkin verran	Vähän	Ei lainkaan	En osaa sanoa
(I3) Työmahdollisuuksien puute	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I4) Töihin liikkumisen vaikeudet esim. hankalat kulkuyhteydet, pitkät välimatkat	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I5) Koulutuksen tai osaamisen puute esim. kielitaito, ammatillisen tutkinnon puuttuminen tai tarve sen päivittämiseen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I6) Työmotivaation tai työhalujen väheneminen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I7) Terveyteen tai toimintakyvyn liittyvät ongelmat	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I8) Oma elämäntilanne esim. perhe, sukulaiset, ystävät	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I9) Päihteet tai muut riippuvuudet	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I10) Rikosrekisteri- tai huumausainmerkinnät	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
(I11) Taloudellinen tilanne esim. velat, ulosotot	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>

(I12) Uskotko löytäväsi palkkatyötä?

- Kyllä, varmasti
- Kyllä, melko varmasti
- Ehkä, ehkä en
- En usko
- Kysymys ei ole minulle ajankohtainen

**(I13) Uskotko löytäväsi mieleisesi koulutuspaikan?**

- Kyllä, varmasti
- Kyllä, melko varmasti
- Ehkä, ehkä en
- En usko
- Kysymys ei ole minulle ajankohtainen

**(I14) Mihin elämäsi osa-alueille toivoisit muutosta?
Voit valita useamman vaihtoehdon.**

- Työtilanteeseeni tai työllistymiseeni
- Osaamiseeni tai ammattitaitooni
- Taloudelliseen tilanteeseeni
- Terveystilaani
- Nukkumiseeni tai vuorokausirytmieni
- Ruokavaliooni
- Fyysiseen kuntooni
- Arkeni hallintaan
- Mielen hyvinvointiin
- Ihmissuhteisiini
- Harrastamiseeni tai osallistumiseeni
- Päihteiden käyttöni tai muihin riippuvuuksiin
- En osaa sanoa
- En koe tarvetta muutokseen