

**”NO MÄ LUULEN, ETTÄ TÄÄ ROOLIJAKO MENEÄ SILLAIN,
ETTÄ KAIKKI ODOTTAA JONKUN TOISEN TEKEVÄN TÄN
HOMMAN JA OTTAVAN VASTUUN.”**

*Haastattelututkimus työeläkekuntoutuksen prosessista ja eri toimijoiden rooleista
työterveyslääkäreiden ja kuntoutujien näkökulmista.*

Pro gradu -tutkielma

Noora Lähteenmäki

520868

19.4.2024

Sosiaalipolitiikka

Sosiaalitieteiden laitos

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Turun yliopisto

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun
alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -järjestelmällä

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. TYÖKYKY JA TYÖSSÄ SELVIYTYMINEN.....	5
2.1 Työhyvinvoinnin, työterveyshuoltoyhteistyön ja työeläkekuntoutuksen sääntely	5
2.2 Työntekijän työkyky.....	7
2.3 Työterveysyhteistyö työkyvyn alentuessa.....	11
3. TYÖELÄKEKUNTOUTUKSELLA TAKAISIN TYÖELÄMÄÄN	14
3.1 Kuntoutuspalvelut Suomessa	14
3.2 Työeläkekuntoutus	16
3.3 Onnistunut kuntoutusprosessi	21
4. TUTKIMUSASETELMA.....	33
4.1 Aineisto	35
4.2 Analyysimenetelmä	42
5. TYÖELÄKEKUNTOUTUS TYÖTERVEYSLÄÄKÄREIDEN JA KUNTOUTUJIEN NÄKÖKULMISTA.....	50
5.1 Työterveyslääkäri osana kuntoutusprosessia.....	50
5.2 Muiden toimijoiden rooli osana kuntoutusprosessia	59
5.3 Kuntoutusprosessin koordinointi	70
5.4 Kuntoutusprosessin toimivuus.....	74
6. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	79
7. POHDINTA.....	85
LÄHTEET	88
LIITTEET.....	94

TIIVISTELMÄ

TURUN YLIOPISTO

Sosiaalitieteiden laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
LÄHTEENMÄKI, NOORA: ”NO MÄ LUULEN, ETTÄ TÄÄ ROOLIJAKO MENEÄ SILLAIN, ETTÄ
KAIKKI ODOTTAA JONKUN TOISEN TEKEVÄN TÄN HOMMAN JA OTTAVAN VASTUUN.” –
Haastattelututkimus työeläkekuntoutuksen prosessista ja eri toimijoiden rooleista
työterveyslääkäreiden ja kuntoutujien näkökulmista.

Pro gradu -tutkielma, 93 s. ja 8 liitesivua
Sosiaalipolitiikka
19.4.2024

Työeläkekuntoutuksen sääntely on monimutkaista ja osaltaan tulkinnanvaraista, mikä johtaa väistämättä siihen, että tulkintoja ja toimintatapoja on useampia. Kun säännöissä on tulkinnanvaraa ja esimerkiksi kuntoutusprosessiin osallistuvien tahojen rooleja ja työtehtäviä ei ole tarkkaan eritelty, voi tämä johtaa siihen, ettei kuntoutusprosessiin osallistuvat toimijat itsekään tiedä, mitä heiltä odotetaan tai mikä muiden toimijoiden rooli on.

Tämä pro gradu -tutkimus on toteutettu toimeksiantona Keskinäinen Eläkevakuutusyhtiö Ilmarisen kanssa ja siinä havainnollistetaan työeläkekuntoutuksen prosessin monimutkaisuutta ja käytännön toteutuksen vaihtelevuutta. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, kuka työeläkekuntoutuksen prosessia käytännössä koordinoi. Lisäksi kiinnostuksen kohteena on se, miten kuntoutujat ja työterveyslääkärit kokevat eri toimijoiden roolit kuntoutusprosessissa ja mikä toimija on lopulta kuntoutujalle tärkein. Tutkimuksen aineisto on kerätty tätä tutkimusta varten haastatteleamalla työeläkekuntoutuksen läpikäyneitä kuntoutujia ja kuntoutusprosessiin työssään osallistuvia työterveyslääkäreitä. Aineiston analyysi syntyi koodausten ja luokittelujen avulla aiempaa tutkimustietoa hyödyntäen.

Tutkimuksen perusteella havaitsin kuntoutujien kokevan, että sekä työterveyslääkäri että palveluntuottajan työ- tai uravalmentaja ovat kuntoutusprosessin kannalta merkittäviä toimijoita, eikä ilman heidän panostaan kuntoutusprosessi olisi edennyt. Vaikka työterveyslääkärit vähätelivätkin omaa rooliaan eivätkä suoraan koe olevansa koordinoivassa asemassa, oli heidän vastaustensa perusteella silti selvää, että työterveyslääkäriin rooli on varsinkin kuntoutusprosessin alussa merkittävä ja koordinoiva. Tutkimuksessa ilmeni lisäksi, että työkyvyn tukemisen taso ja kuntoutusosaaminen vaihtelevat suuresti työnantajien keskuudessa, minkä lisäksi alentuneesti työkykyisen työntekijän ja työnantajan välinen suhde vaikuttaa olevan jännittynyt ja usein vaikeakin. Vähäinen kiinnostus ja ymmärrys työntekijöiden työkykyä kohtaan on ristiriidassa työnantajia koskevaan yleiseen huolehtimisvelvoitteeseen, minkä vuoksi olisi tarpeen selvittää yksityiskohtaisemmin sitä, kuinka hyvin puolestaan työnantajat ymmärtävät oman roolinsa työntekijän työkyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä.

Avainsanat: työeläkekuntoutus, ammatillinen kuntoutus, työterveyshuolto, työkyky, työhyvinvointi

1. JOHDANTO

Yksi pääministeri Orpon hallituksen talouspolitiikan painopisteistä on työllisyys ja hallitusohjelmassa mainitaankin, että ”Hyvinvointi syntyy työstä.” Hallitusohjelman yhtenä tavoitteena on hyvä työelämä, johon hallitus tähtää vahvistamalla ihmisten työkykyä ja työhyvinvointia. Tavoitteeseen pyritään mm. kehittämällä työterveyspalveluita, edistämällä mielenterveyttä tukevia käytäntöjä ja esimerkiksi laajentamalla kulttuuri-, vapaa-ajan ja liikuntaseteleiden käyttöä liikunnan lisäämiseksi. (Valtioneuvosto 2023.) Tuoreimman hallitusohjelman pohjalta onkin aiheellista kiinnittää huomiota myös työkyvyttömyyden ehkäisyyn pyrkivän ammatillisen kuntoutuksen toimivuuteen.

Mikäli työntekijän tai yrittäjän työkyky alenee, voidaan työssä jatkamista tukea ammatillisella kuntoutuksella eli tietyin kriteerein työeläkekuntoutuksella. Työkyvyttömyyseläkkeen ehkäisy tai sen alkamisen myöhentäminen ovat työeläkekuntoutuksen tavoitteita. Työeläkekuntoutuksella on sekä yksilöä että yhteiskuntaa hyödyttäviä seurauksia ja tutkimuksen mukaan ammatillisen kuntoutuksen läpikäyneet ovatkin useammin työelämässä kuntoutuksen jälkeisinä vuosina verrattuna heihin, jotka eivät osallistuneet ammatilliseen kuntoutukseen (Leinonen, Viikari-Juntura, Husgafvel-Pursiainen, Juvonen-Posti, Laaksonen & Solovieva 2019). Yksilön kannalta työeläkekuntoutus mahdollistaa mm. toimintakyvyn parantumisen, ammattitaidon säilymisen, osaamisen laajentamisen ja työssä jatkamisen seurauksena korkeamman vanhuuseläkkeen. Puolestaan työnantajan kannalta työeläkekuntoutuksella on mahdollista pitää kiinni osaavasta työvoimasta ja hallita työkyvyttömyyden kustannuksia. (Työeläkevakuuttajat TELA ry.)

Työkyvyn tukemisen kannalta optimaalisessa tilanteessa työnantaja seuraa työntekijänsä työkykyä ja esimerkiksi sairauspoissaoloja yhdessä työterveyshuollon kanssa, jolloin pitkittyneen poissaolon tai useiden lyhyiden poissaolokausien syyhyn voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa ja miettiä keinoja poissaolojen vähentämiseksi. Työnantajan kannattaakin havahtua jo ennaltaehkäisevästi työntekijöidensä työkykyyn liittyen välttämään sairauspoissaoloilta, nousevilta eläkevakuutusmaksuilta ja turhilta

rekrytoinneilta. Suomessa pienten työnantajien eläkevakuutusmaksut perustuvat keskimääräiseen työkyvyttömyysriskiin pohjautuvaan vakiomaksuun, mutta suurtyönantajilla työkyvyttömyyseläkkeiden maksut määräytyvät sen mukaan, kuinka paljon kyseiseltä työnantajalta jää työntekijöitä pysyväälle työkyvyttömyyseläkkeelle. Maksuluokkamallin tavoite toteutuu tutkimuksen mukaan myös käytännössä, sillä mitä suuremmasta työnantajasta on kyse, sitä enemmän maksuluokan koetaan vaikuttavan, jolloin malli tunnetaan paremmin, työkyvyttömyyseläketapauksia ja niiden kustannuksia seurataan enemmän ja työntekijöiden työkyvystä huolehditaan tarkemmin. (Liukko, Polvinen, Kesälä & Varis 2017.)

Työkyvyn tukemiseen osallistuu työnantajan lisäksi myös työterveyshuolto. Työterveyshuoltolain ja hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti työkyvyn tuen seuranta, kuntoutustarpeen tunnistaminen, kuntoutukseen ohjaus, kuntoutuksen seuranta ja eri toimenpiteiden yhteensovittaminen kuuluvat työterveyshuollon tehtäviin. Vaikka eri hoito- ja kuntoutustoimenpiteet tapahtuvat yleensä työterveyshuollon ulkopuolella, on silti eri toimenpiteiden koordinointi työterveyshuollon vastuulla. (Juvonen-Posti, Viljamaa, Uitti, Kurppa, Martimo, 2014a.) Koska kuntoutusprosessiin tarvitaan monipuolisesti eri toimijoita ja paljon sosiaalista vuorovaikutusta, pitää yhteistyön ja jaetun toimijuuden olla sujuvaa. Liukko ja Kuuva (2015) ovat kuitenkin havainneet, että keskeisimmät ongelmat ammatillisen kuntoutuksen prosessissa liittyvät vastuunjakoon, eri toimijoiden väliseen kommunikaatioon ja kuntoutusprosessin siirtymävaiheisiin (myös esim. Seppänen-Järvelä 2018; Seppänen-Järvelä, Aalto, Juvonen-Posti, Laaksonen & Tuusa 2015.).

Kuten muidenkin sosiaalietuuksien ja -palveluiden kohdalla, myös ammatillinen kuntoutus voi lopulta olla varsin monimutkainen prosessi. Asiaa ei yksinkertaista se, että ammatillisen kuntoutuksen käsite tarkoittaa eri tilanteissa eri asioita riippuen siitä, minkälainen kuntoutujan tilanne on, kuka kuntoutuksen järjestää ja kuka sen maksaa (Liukko & Kuuva 2015, 21). Vaikka kuntoutuksen vastuutaho on tarkoin määritelty, voi silti syntyä tilanteita, joissa joudutaan neuvottelemaan palveluun kuulumisesta ja poissulkemisesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Mikäli järjestelmän vastuunjaossa ilmenee ongelmia, voi Åkerbladin ja Haapakosken (2020a) mukaan palvelun käyttäjä kokea hylkäämisen tunnetta, mikä osaltaan heikentää jaettua toimijuutta kuntoutujan ja ammattilaisten välillä. Aiemmissa tutkimuksissa on tuotu esille, että kuntoutusprosessin koordinoinnissa on parantamisen varaa. Tämän lisäksi on pohdittu, voisiko olla tarpeen nimetä koko kuntoutusprosessin ajaksi yksi

vastuutaho, joka kulkee kuntoutujan rinnalla alusta loppuun asti, huolehtien neuvonnasta ja ohjauksesta. (esim. Koukkari 2010; kts. myös Seppänen-Järvelä ym. 2015.)

Vuonna 2022 ammatillisen kuntoutuksen päätti 6 800 henkilöä, joista 67 % palasi työelämään. Keskimäärin yhden kuntoutuksen kustannus oli 22 400 euroa. (Kaasila 2023.) Kuntoutushakemusten määrät ovat vähentyneet useamman vuoden ajan ja vuonna 2022 vähennystä tapahtui 12 % edellisvuoteen verrattuna. Hakemusmäärien vähentyessä hylkäyspäätösten määrä kuitenkin lisääntyi (Eläketurvakeskus 2024). Eläketurvakeskuksen tilastosuunnittelija Marjo Kaasilan mukaan kuntoutujien määrään vaikuttaa se, että päätöksenantamisessa painottuu yhä enemmän työkyvyttömyyden menettämisen uhka. (ETK 2023.) Vuonna 2021 hylätyistä kuntoutushakemuksista 64 prosentissa hylkäysperusteena oli riittämätön lääketieteellinen peruste, joka aiheuttaisi työkyvyttömyyden uhan (ETK 2022). Kuntoutukseen voidaan hakeutua liian aikaisin, jolloin työkyky ei ole alentunut riittävästi lain tarkoittamalla tavalla, mutta myös puutteellinen lääkärinlausunto voi vaikuttaa. Yliääkärit Kivekäs ja Haukipuro (Seppänen 2017) tuovat esille, että selkeä ”leikkaa liimaa” -tyylin käyttäminen, lääkärin omien havaintojen puuttuminen, heikko potilaan toimintakyvyn kuvaaminen ja pelkkä vanhojen tietojen toistaminen voivat johtaa puutteelliseen lääkärinlausuntoon.

Tämän tutkimuksen lähtökohtana toimii ajatus siitä, että käytännön työ työeläkekuntoutusprosessissa eroaa lain ja asetuksen luomasta mielikuvasta, jossa työterveyshuolto toimii selkeänä koordinoijana hyvässä yhteistyössä työpaikan ja muiden toimijoiden kanssa. Käytännön työkokemukseni sosiaaliturvan parissa on tuonut esille selkeän haasteen: prosessit ovat monimutkaisia ja vaikeita ymmärtää myös alan asiantuntijoille, minkä vuoksi hyvä tiedonkulku ja soveltamisohjeiden tulkintaosaaminen on kriittisen tärkeää. Pasasen (2018) tutkimuksenkin mukaan kuntoutusprosessin aikaisessa ohjauksessa ja neuvonnassa olisi parantamisen varaa, minkä lisäksi hän toteaa, että sekä työterveyshuollon että työpaikkojen osaamista työeläkekuntoutukseen liittyen tulisi lisätä.

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää kuntoutusprosessiin osallistuvien tahojen rooleja ja merkityksiä, joiden avulla havainnollistan sitä, mitkä asiat kuntoutusprosessissa kuuluvat millekin toimijalle tai mikä toimija niitä käytännössä tekee ja poikkeako käytännön toteutus lopulta lain tai asetuksen luomasta harmonisesta mielikuvasta. Kiinnostuksen kohteena on

erityisesti se, miten kuntoutusprosessiin tiiviisti kuuluvat osapuolet, kuntoutuja itse ja työterveyslääkäri, kokevat omat ja toistensa roolit. Tutkimuksen tarkoitus ei ole etsiä virheitä tai muuten syyllistää toimijoita, vaan pyrkiä tuomaan näkyväksi se, toteutuuko kuntoutusprosessi niin, kuin laki ja asetukset sääntelevät vai onko käytännön toteutus sittenkin sääntöjä mutkikkaampaa.

Tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelemalla työeläkekuntoutujia ja työterveyslääkäreitä, jotka ohjaavat potilaita työeläkekuntoutukseen. Koska tutkimukseni tarkoitus on tuoda näkyväksi ihmisten käytännön kokemuksia ja mielipiteitä, oli haastattelu tutkimukselleni sopivin aineistonkeruumenetelmä. Teemahaastatteluissa aiheet ja kysymykset olivat etukäteen suunniteltuja teemojen mukaisesti, mutta haastateltavilla oli silti vapaus kertoa kokemuksistaan ja ajatuksistaan omin sanoin, jolloin heidän omat tulkintansa ja eri asioille annetut merkitykset korostuivat. Haastattelu on esimerkiksi itsenäisesti täytettävään kyselyyn verrattuna joustavampi aineistonkeruumuoto, jolloin haastattelijana pystyin keskustelemaan asiasta haastateltavien kanssa, toistamaan ja selventämään kysymyksiä. Aineistonkeruu itsenäisesti helpotti myös sen litterointia ja analysointia, koska haastattelutilanne oli vielä hyvin muistissa. Näin litteroinnin ja analysoinnin aikana pystyin palaamaan haastattelutilanteeseen ja hakemaan tekstistä muistamani kohdan helposti, minkä lisäksi muistin esimerkiksi haastateltavan äänensävyyn. Koska laadullisessa tutkimuksessa analyysin voidaan katsoa alkavan jo aineistonkeruussa, kirjoitin jo haastattelun aikana kaiken mieleeni tulleen ylös myöhempiä työvaiheita varten.

Koska työeläkekuntoutus on osa lakisääteistä vakuutusta, on tutkimukseni alussa tarpeellista tuoda esille työeläkekuntoutuksen säädöspohjaa, minkä lisäksi tutkimukseni lähtökohdan ymmärtämisen kannalta on tärkeää havainnollistaa sitä, mikä työterveyslääkäreiden ja eläkeyhtiöiden toimintaa ohjaa ja miten työeläkekuntoutukseen päädytään. Tämän jälkeen syvennyn tarkemmin työeläkekuntoutukseen yhtenä sosiaaliturvan muotona, jolloin asetan sen kontekstiin muihin palveluihin nähden ja käyn läpi aiempien tutkimustulosten pohjalta sen, miten työeläkekuntoutusprosessi etenee ja mitkä asiat vaikuttavat sen onnistumiseen.

2. TYÖKYKY JA TYÖSSÄ SELVIYTYMINEN

2.1 Työhyvinvoinnin, työterveyshuoltoyhteistyön ja työeläkekuntoutuksen sääntely

Työturvallisuuslaki (738/2002) ja työsopimuslaki (55/2001)

Työhyvinvointiin liittyvistä asioista säädetään esimerkiksi työsopimuslaissa (55/2001) ja työturvallisuuslaissa (738/2002). Ensin mainitun mukaan työnantajan vastuulla on mm. huolehtia siitä, että työntekijä voi suoriutua hänelle tarkoitetusta työstä minkä lisäksi työnantajan on kohdeltava työntekijöitä tasapuolisesti ja huolehdittava yhdenvertaisuudesta. Työnantajaa sitoo myös työturvallisuuslaki, jonka tarkoituksena on mm. ylläpitää ja parantaa työntekijöiden työolosuhteita ja ehkäistä työstä johtuvia terveyshaittoja (1 luku 11 §). Käytännössä työnantajalla on siis huolehtimisvelvoite, mikä velvoittaa työnantajaa tarkkailemaan työympäristöä, työyhteisöä ja työtapoja, jotta ne eivät vaaranna työntekijöiden terveyttä tai turvallisuutta. (2 luku 8 §) Mikäli työssä kuitenkin havaitaan työntekijän terveyttä kuormittavia asioita, on työnantajan vastuulla selvittää tilannetta ja ryhtyä toimiin kuormittavuuden vähentämiseksi (5 luku 25 §). Myös työntekijällä on vastuu toimia työnantajan määräyksien mukaisesti ja pidettävä omalta osaltaan huolta omasta sekä muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä (4 luku 18 §).

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) ja hyvä työterveyshuoltokäytäntö (708/2013)

Työterveyshuoltolain mukaan työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon tulee yhteistyössä edistää mm. työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työntekijöiden työ- ja toimintakykyä sekä terveyttä (1 luku 1 §). Työnantajan vastuulla on järjestää työterveyshuolto ja esimerkiksi ilmoittaa työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon (2 luku 4 § ja 2 luku 10 a §). Työterveyshuollon tulee puolestaan esimerkiksi seurata ja arvioida työperäisiä terveyshaittoja, tehdä toimenpide-ehdotuksia työn terveellisyysparantamiseksi ja suunnitella sekä toteuttaa työkykyä ylläpitäviä ja edistäviä

toimenpiteitä. Tämän lisäksi työterveyshuollon kuuluu esimerkiksi seurata ja edistää vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymistä, arvioida ja tunnistaa kuntoutustarve sekä antaa kuntoutusta koskevaa neuvontaa ja ohjata lääkinälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen. (3 luku 12 §.)

Valtioneuvosto on antanut asetuksen (708/2013) hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, johon pohjautuen on myös laadittu Uitin (2014) toimittama opas. Juvonen-Posti kollegoineen (2014a) konkretisoivat edellä mainitussa oppaassa asetuksen 8 pykälää ja tarkentavat esimerkiksi eri toimijoiden tehtäviä työkyvyn tukemiseen liittyen. Asetuksen mukaan työkyvyn ylläpitäminen ja sen varhainen tukeminen tulisi tapahtua työpaikoilla mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Oppaassa puolestaan eritellään, että työnantajan tulee mm. perehdyttää esihenkilöt, huolehtia riittävästä resursseista ja seurata sairauspoissaoloja, kun taas esihenkilöiden tulee mm. havainnoida ja tunnistaa työntekijöiden työkykyä ja työssä selviytymistä sekä keskustella työkykyasioista ja ohjata työntekijä tarvittaessa työterveyshuoltoon. Valtioneuvoston asetuksen mukaan työterveyshuollon on puolestaan sovitettava yhteen työntekijän työkykyyn ja työhön paluuseen liittyvät hoito- ja kuntoutustoimenpiteet. Juvonen-Posti kollegoineen tarkentavat oppaassa, että työterveyshuollon tulee mm. organisoida työterveysneuvottelu, pitää yhteyttä sairauden vuoksi pois olevaan työntekijään, arvioida kuntoutustarve ja ohjata kuntoutukseen sekä koordinoita työkyvyn ja työhön paluun tukemista.

Työntekijän eläkelaki (395/2006)

Työntekijän eläkelain (395/2006) mukaan yksityisen alan työnantaja vakuuttaa työntekijän eläketurvan työeläkevakuutusyhtiössä, eläkesäätiössä tai eläkekassassa. Ikä- ja perhe-eläkkeiden lisäksi vakuutus kattaa harkinnanvaraiset eläkelajit eli työkyvyttömyyseläkkeen ja työeläkekuntoutuksen. Työeläkekuntoutuksella on sekä yksilöä että yhteiskuntaa koskevia tavoitteita ja sen tarkoitus on tukea työelämässä pysymistä ja välttää työkyvyttömyyttä (Kaasila 2022). Lain 25 §:n mukaan työntekijä on oikeutettu työeläkekuntoutukseen, mikäli 1) hänellä on todettu sairaus, vika tai vamma, joka aiheuttaa työkyvyttömyyden uhan lähivuosina, 2) hänen työskentelyansionsa täyttävät määritellyn ansaintarajan, 3) hänellä ei

ole oikeutta kuntoutukseen tapaturma- tai liikennevakuutuksen perusteella, 4) hänellä on ennen hakemusta edeltäneiltä 36 kalenterikuukaudelta työeläkelakien mukaan vakuutettuja ansioita tai niihin rinnastettavia etuuksia minkä lisäksi 5) kuntoutus katsotaan tarkoituksenmukaiseksi keinoksi työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja työ- tai ansiokyvyn parantamiseksi.

2.2 Työntekijän työkyky

Työkyvyn määrittäminen

Yksinkertaisimmillaan työkyvyllä voidaan tarkoittaa henkilön kykyä tehdä työtä ja selviytyä työtehtävistään (Järvikoski, Takala, Juvonen-Posti & Härkäpää 2018), mutta laajemmin tarkasteltuna työkyky voidaan nähdä suhteellisena käsitteenä, joka muodostuu päällekkäisten eri ulottuvuuksien vuorovaikutuksesta (Lederer, Loisel, Rivardi & Champagne 2014). Sosiaalivakuutuksen kannalta työkyvyn heikkeneminen pyritään arvioimaan ja määrittämään kaikkien kohdalla objektiivisesti samoilla lääketieteen ja vakuutusjärjestelmien määrittämillä kriteereillä (Lederer ym. 2014), jolloin työkyky määrittyy Järvikosken ja hänen kollegoidensa (2018) mukaan sairauden tai vamman perusteella. Kuitenkin työkyvyn arviointi ainoastaan lääketieteen asiantuntijoiden tasolta on ongelmallista, koska monien tutkimusten (Sampere, Gimeno, Serra, Plana, López, Martínez, Delclos & Benavides 2012; Heijbel, Josephson, Jensen, Stark & Vingård 2006; Nielsen, Madsen, Bültmann, Christensen, Diderichsen & Rugulies 2010) mukaan henkilön oma subjektiivinen kokemus työkyvystään ja työhön paluustaan on selkeästi yhteydessä tulevaisuuden työkykyyn ja työhön paluuseen.

Kuntoutuksessa työkyvyn käsite liittyy kuntoutustarpeen arviointiin, toimintatapojen ja -keinojen suunnitteluun, kuntoutuksen toteutukseen ja arviointiin. Koska kuntoutuksella on selkeä tavoite, arvioidaan oikeus kuntoutukseen puhtaasti työkyvyttömyyden uhan ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden perusteella. (Järvikoski ym. 2018.) Työkykyä arvioitaessa työterveyshuollon näkökulmasta tärkeitä ja eniten hyödynnettyjä työkykytietoja ovat työn kuormitustekijät, fyysinen ja psyykinen suorituskyky, sairauden diagnoosi, työkyvyttömyysaika sekä ammattilaisen ja potilaan arviot työkyvystä. (Nissinen, Soini &

Hakulinen 2021.) Järvikosken ja hänen kollegoidensa (2018) mukaan vuonna 2014 tehdyn lakimuutoksen jälkeen kuntoutustarpeen arvioinnissa voidaan entistä enemmän hyödyntää lääketieteellisten perusteiden lisäksi myös hakijan sosiaalista kokonaistilannetta eli taloustilannetta, asumisolosuhteita sekä muita kipuun ja kärsimykseen liittyviä työkykyongelmia.

Pasasen (2018) mukaan työkyvyn arviointi on puolestaan toimintakyvyn arviointia, jolloin toimintakyky verrataan juuri työelämän vaatimuksiin. Hän tuo esille, että työkyvyttömyys käsitteenä pohjautuu lakiin, jolloin työkyvyn määrittely voi muuttua riippuen esimerkiksi sairausvakuutuslaista verrattuna eläkelainsäädäntöön, vaikka henkilön terveydentila ei muuttuisi. Pasasen (2018) tutkimuksessa kävikin ilmi, että eläkelaitoksen arvio työkyvyttömyydestä voi poiketa huomattavasti henkilön omasta arviosta. Järvikosken ja hänen kollegoidensa (2018, 60) mukaan työkykyisyys ei edellytä ”täyttä terveyttä” eikä toisaalta heikentynyt terveys aina alenna työkykyä. Heidän mukaansa työkykyinen työntekijä pystyy tekemään juuri niitä tehtäviä, mitä muutkin vastaavassa työssä olevat tyypillisesti tekevät. Työkyvyn voidaan heidän mukaansa katsoa paranevan, mitä paremmin työntekijä suoriutuu työtehtävistään ja mitä joustavampi hän on työssään. On myös mahdollista, että henkilöä pidetään työkyvyttömänä omaan entiseen työhönsä, mutta samanaikaisesti työkykyisenä toisenlaiseen työhön ja Lederer kollegoineen (2014) tuovatkin tutkimuksessaan esille kysymyksen: onko vakuutusjärjestelmän mukaisesti työkyvyn heikentämä henkilö sellainen, joka ei pysty aikaisempaan työhönsä vai sellainen, joka ei pysty mihinkään työhön?

Työkyvyn ylläpitäminen ja tukeminen

Työkyvyn edistäminen on Viljamaan, Juvonen-Postin, Uitin, Kurpan ja Martimon (2014) mukaan työntekijän ja työnantajan vastuulla ja Seppänen-Järvelän (2018) mukaan työkyvyn ja työhyvinvoinnin johtaminen nähdäänkin Suomessa kuuluvan esihenkilön työnkuvaan. Juuri esihenkilön toiminnalla onkin todettu olevan merkittäviä vaikutuksia työntekijöiden työtyytyväisyyteen, työssä jaksamiseen ja sairauspoissaoloihin (Pensola & Järvikoski 2006, Tirkkonen 2012). Työnantajan ja esihenkilön vastuiden lisäksi myös työntekijän omaa roolia työkyvyn hallinnassa on korostettu (Seppänen-Järvelä 2018). Nykypäivän työelämässä

yksilön odotetaan ottavan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään (Lindh 2013, 46–47), jolloin näistä asioista kiinnostunut työntekijä on myös paremmin motivoitunut mahdolliseen kuntoutukseen (Seppänen-Järvelä ym. 2015). Tutkimuksissa (Turja 2009; Tirkkonen 2012) on kuitenkin tuotu esille esihenkilöiden ja/tai työpaikan vaisu suhtautuminen kuntoutukseen, mikä voi osaltaan johtua heikosta tiedonkulusta ja vastuunjaosta.

Työkyky tulisi Järvikosken ja hänen kollegoidensa (2018) mukaan nähdä staattisen tilan sijaan dynaamisena ja jatkuvassa muutoksessa olevana, jotta työkyvyn heikkenemisen merkit pystyttäisiin havaitsemaan ennakkoidusti. Havainnoinnin puuttumista ei voida selittää sillä, että työkykytilanne olisi edennyt liian nopeasti, sillä työkyvyttömyyseläkehakemusta edeltäviä vuosia tarkastellessa havaittiin, että työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus oli usein alkanut jo monta vuotta ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista, minkä lisäksi sairaus oli usein alkanut hitaasti diagnoosista riippumatta. (Gould, Laaksonen, Kivekäs, Ropponen, Kettunen, Hannu, Käppi, Ripatti, Rokkanen & Turtiainen 2014, 23–24.) Vaikka työntekijän työkyky kuitenkin alenisi niin, että hänen on jäätävä sairauslomalle, on tutkimuksen (Saari 2012) mukaan silti tärkeää, että työnantaja pitää yhteyttä sairauslomalla olevaan työntekijään ja näin ollen tuo työntekijälle esille sen, että hänen työpanoksensa on arvokasta. Pitkä sairausloma voi Saaren (2012) mukaan vaikuttaa negatiivisesti työntekijän itsetuntoon ja toimintakykyyn, minkä lisäksi työhön paluun kynnyks voi kasvaa.

Työkyvyn alentuminen ja sairauspoissaolo

Työsuhteessa oleva työntekijä voi sairastuessaan saada palkkaa työnantajaltaan, joka puolestaan voi hakea työntekijän puolesta sairauspäivärahaa Kelasta (Kela 2024a). Aiemmin kuvattujen työnantajan ja työterveyshuollon työkyvyn tukemisen ja seuraamisen lisäksi, myös Kelalla on lain mukaan vastuu selvittää sairauspäivärahaa saavan kuntoutustarve, kun etuutta on maksettu yli 60, 150 ja 230 päivää (Sairausvakuutuslaki 2004/1224, 12 luku 6 §). Lisäksi, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 arkipäivää, tulee työterveyshuollon arvioida työntekijän jäljellä oleva työkyky ja toimittaa selvitys Kelaan (Kela 2024a). Vaikka Liukon ja Kuuvan (2015, 30) mukaan edellä mainittu 90 päivän sääntö on vaikuttanut työpaikkojen käytäntöihin ja sen myötä aikaistanut kuntoutusprosessia, ei silti lain mukainen

kuntoutustarpeen selvittämistä täysin toimi käytännössä (Gould, Korpiluoma, Nyman & Lampi 2009, 79) ja esimerkiksi Kelan järjestelmän tuottama hälytys kuntoutustarpeen selvittämisestä on voitu jopa kiertää (Liukko & Kuuva 2015, 37).

Lakiin kirjatut kuntoutustarpeen arviointihetket ovat perusteltuja, sillä tutkimuksen (Salonen, Blomgren, Laaksonen & Niemelä 2018) mukaan sairauspoissaolon pituus on poissaolon syytä vahvemmin yhteydessä työkyvyttömyyseläkkeeseen, minkä lisäksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä on selkeästi suurempi sairauspäiväraha-historia kuin vastaavan ikäisten ja samaa sukupuolta olevien verrokkien ryhmässä (Laaksonen, Blomberg & Gould 2014). Perustelua sairauspäivärahan määrän seuraamiselle tukee myös se, että tutkimuksen (Laaksonen ym. 2014) mukaan sairauspäivärahan saaminen lisääntyy suoraviivaisesti 10 vuoden ajalla ennen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Valitettavasti pakollisetkaan arviointiajat eivät silti takaa sitä, että kuntoutustarve havaittaisiin aina varhaisessa vaiheessa, sillä tutkimuksen (Laaksonen ym. 2014, 24) mukaan joka toisella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneellä 60 sairauspäivärahan ylittyminen tapahtui vasta viimeisenä vuonna ennen eläkepäätöksen saamista, minkä lisäksi noin seitsemälle prosentille ei ollut koskaan kertynyt 60 sairauspäivärahapäivää 10 vuoden aikana. Mikäli kuntoutustarvetta arvioidaan vasta siinä vaiheessa, kun työntekijä saisi alle vuoden kuluttua myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen, voi kuntoutuminen ja työkykyisyys olla työntekijälle jo kaukainen ajatus.

Työntekijän on myös mahdollista saada osasairauspäivärahaa, jonka aikana työskentelyn jatkaminen on mahdollista (Kela 2024b). Tutkimuskatsauksen (Ervasti, Kausto, Leino-Arjas, Turunen, Varje & Väänänen 2022) mukaan osasairauspäivärahan käyttö tukee sekä työhön paluuta että työhön osallistumista. Tutkimusten mukaan osa-aikainen sairauspoissaolo auttaa erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauden (Viikari-Juntura, Kausto, Shiri, Kaila-Kangas, Takala, Karppinen, Miranda, Luukkonen & Martimo 2012) sekä mielenterveyssyistä (Viikari-Juntura, Virta, Kausto, Autti-Rämö, Martimo, Laaksonen, Leinonen, Husgafvel-Pursiainen, Burdorf & Solovieva 2017; Kausto, Viikari-Juntura, Virta, Gould, Koskinen & Solovieva 2014) poissa olevien työhön paluuta. Osa-aikainen sairauspoissaolo ei tutkimuksen mukaan lisännyt TULE-sairaiden kipuoireita, vaan ennemminkin paransi tutkittavien itsearvioitua yleisterveyttä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua (Shiri, Kausto, Martimo, Kaila-Kangas, Takala & Viikari-Juntura 2013).

2.3 Työterveysyhteistyö työkyvyn alentuessa

Aiemmin mainitussa asetuksessa hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä säädetään, että työterveysyhteistyö tapahtuu työnantajien, työntekijöiden ja työterveyshuollon välillä. Juvonen-Posti kollegoineen (2014b) tuo asetukseen liittyvässä oppaassa esille, että työterveystoiminta vaatii kaikkien toimijoiden yhteistyötä: työnantaja ei pysty ratkaisemaan terveydellisiä ongelmia yksin, mutta toisaalta myöskään työterveyshuollon toimenpiteet eivät yksinään riitä työntekijöiden työkyvyn ja terveyden ylläpitämiseen. Työterveyshuollon käytännön toiminta alkaa työpaikkaselvityksellä, jolloin työpaikoilta ja työterveyshuollosta saadut tiedot luovat lähtökohdan työterveystoiminnalle. Työterveysyhteistyössä sovitaan mm. tavoitteista ja niitä ohjaavista toimenpiteistä sekä määritellään työpaikan ja työterveyshuollon vastuut. Tavoitteiden edistymistä ja vastuiden toteutumista seurataan puolestaan esimerkiksi terveystarkastusten yhteydessä. (Juvonen-Posti ym. 2014b.)

Työterveysyhteistyön toimivuutta on tutkittu esimerkiksi Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa, jossa havaittiin, että kuntoutukseen hakeutuminen alkoi lähiesihenkilön ja työntekijän välisillä keskusteluilla siitä, miten työtä pitäisi muuttaa, jonka jälkeen keskustelusta laadittu selvitys toimitettiin työterveyshuoltoon (Juvonen-Posti, Seppänen-Järvelä, Pesonen, Savinainen, Laaksonen & Kaleva 2015). Liukon ja Kuuvan (2015) tutkimuksessa sekä työterveyshuollon että henkilöstöhallinnon edustajien toive olikin, että edellä mainittuja esihenkilön ja alaisen välisiä keskusteluja hyödynnettäisiin enemmän jo varhaisessa vaiheessa työkyvyn heikentyessä. Myös Juvonen-Posti kollegoineen (2014a) korostavat hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti esihenkilön roolia työkyvyn varhaisen vaiheen tukemisessa.

Toisin kuin esihenkilöiden, työterveyshuollon voi olla vaikea havaita työkyvyn tukemisen tarve varhaisessa vaiheessa, sillä hyvin maltillinen työkyvyn heikkeneminen ei esimerkiksi tarkoita sairausloman hakemista tai työkyvyttömyyden diagnosointia, eikä näin ollen vaadi yhteydenottoa työterveyshuoltoon. Työterveyshuollon erityisosaamisala on kuitenkin työkyvyn arviointi, jolloin työterveyslääkäriin tehtävänä on arvioida ja kuvata työkyvyn alentuminen sairauden, vian tai vamman perusteella sekä arvioida mahdollinen sairauspoissaolotarve (Juvonen-Posti, Tarvainen, Helin-Salmivaara, Räsänen & Liira 2021).

Vaikka työkyvyn tuen seurannan koordinointi kuuluukin työterveyshuollon tehtäviin (esim. Juvonen-Posti ym. 2014a; Laaksonen ym. 2014), kokivat edellä mainitussa Kelan tutkimushankkeessa työterveyshuollon edustajat tärkeimmiksi tehtävikseen enemmän kuntoutustarpeen havaitsemisen ja tapauskohtaisen työnmuokkauksen kuin laaja-alaisen työkyvyn koordinoinnin tai yhteistoimijaroolin (Juvonen-Posti ym. 2015). Se, mitä koordinointi- ja seurantatehtävän koetaan tarkoittavan, vaikuttaa vaihtelevan työterveyshuollon toimijoiden kesken (Juvonen-Posti ym. 2015), mikä voi mahdollisesti vaikuttaa siihen, kuinka tärkeäksi tai oleelliseksi tehtäväksi koordinointi työterveyshuollossa koetaan.

Työterveyshuollon rooli työkyvyn tukemisessa

Työterveyshuollon tiimi koostuu työterveyslääkäristä, -hoitajasta, -fysioterapeutista ja -psykologista, minkä lisäksi työterveyshuollossa on mahdollista hyödyntää muitakin ammattilaisia, kuten ravitsemuksen tai sosiaalialan asiantuntijoita (Työterveyslaitos 2024a). Sarkkisen (2023) mukaan työterveyshoitaja edustaa usein työterveyshuoltoa, mutta esimerkiksi työterveysneuvotteluihin osallistuu silti aina työterveyslääkäri. Työterveyslääkärin rooli työterveysneuvotteluissa onkin keskeinen, sillä hänen on ohjattava ja neuvottava sekä työntekijää että työnantajaa neuvottelujen sisällöstä pysyen samalla kuitenkin itse puolueettomana osapuolena (Pesonen, Juvonen-Posti, Ristimäki, Weiste, Koskela, Ruusuvuori & Seppänen-Järvelä 2021). Lääkärin tulee myös laatia kuntoutushakemuksen liitteeksi lääkärinlausunto, johon on kirjattu mm. työkyvyttömyyttä aiheuttava diagnoosi ja työkyvyttömyysaika (Martimo & Ala-Mursula 2021). Työkyvyttömyyden toteaminen ei kuitenkaan ole yksiselitteistä ja sairauspoissaolon tarpeeseen vaikuttavatkin Martimon ja Liiran (2016) mukaan useat tekijät, kuten esimerkiksi työstä poisjäämisellä olevien seurausten taso sekä omaan työhön olemassa olevat vaikutusmahdollisuudet. Sairauspoissaolon tarpeen arviointiin kaivattiin heidän mukaansa lisää ohjeistusta ja koulutusta, mikä ainakin osittain toteutui vuonna 2019 julkaistun Sairauspoissaolon tarpeen arviointi Käypä hoito -suosituksen myötä.

Työterveyslääkäri on keskeisessä asemassa jo ennen kuntoutushakemuksen liitteeksi tarvittavan lausunnon kirjoittamista, koska hänen tulee suositella sovitun toimintamallin

mukaisesti tarvittavia toimia työssä jatkamiseksi tai työhön palaamiseksi (Martimo & Ala-Mursula 2021). Työkyvyn alentuessa työterveyshuolto voi esimerkiksi varhaisessa vaiheessa ohjata ja tukea tarvittavissa elämäntapamuutoksissa, antaa työpaikalle toimenpide-ehdotuksia työjärjestelyjen muutokselle sekä ohjata fysioterapiaan tai Kelan kuntoutukseen (Juvonen-Posti ym. 2014). Kun työkyvyttömyys on jatkunut kahden viikon ajan, tulisi Martimon ja Ala-Mursulan (2021) mukaan lääkäreiden harkita osasairauspäivärahan mahdollisuutta työkyvyn ja työhön paluun tukemiseksi. Tutkimuksen (Gould ym. 2014) mukaan työnantajien yleisimmin käyttämä työkykyä tukeva työjärjestely onkin osa-aikaisen työn tarjoaminen. Työhön paluun tukemiseksi työterveyshuolto voi myös ehdottaa esimerkiksi työkokeilua työterveyshuollon päätöksellä, jolloin työajassa ja -tehtävissä tulee tapahtua muutoksia aiempaan nähden. Tällöin työnantaja saa Kelalta kuntoutusrahaa ja maksaa työntekijälle hänen normaalin palkkansa. (Martimo & Mäkelä 2021.)

Suuntaa antavien tutkimustulosten (Gould ym. 2014) mukaan työterveyshuollon aktiivisuudella on vaikutusta siihen, palaako työntekijä hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen jälkeen töihin. Mikäli työntekijä itse kokee voivansa palata vielä töihin, on usein työnantajakin valmis tekemään työhön muutoksia työhön paluun tukemiseksi. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että työterveyshuollon toiminta oli aktiivisempaa vanhempien kuin nuorten kohdalla sekä silloin, jos työntekijä oli työskennellyt myynti- ja palvelutyössä, ollut työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltävinä vuosina tiiviisti työelämässä ja hän oli työskennellyt suurella työnantajalla. Martimo ja Ala-Mursula (2021) tuovat esille, että työhön paluuta tulisikin suunnitella heti työkyvyttömyyden alusta alkaen. Heidän mukaansa tulisi myös huomioida mahdollinen vain tiettyyn työtehtävään liittyvä työssä jatkamisen este, jolloin työntekijä voisi pystyä tekemään edelleen muita työtehtäviä kokoaikaisen sairauspoissaolon sijaan.

Ennen työkykyongelmien pitkittymistä ja työkyvyttömyyden uhkaa on siis olemassa tukitoimia, joita voidaan hyödyntää työkyvyn tukemiseksi jo ennen, kuin ammatillisen kuntoutuksen kriteerit täyttyvät. Tietoa työkyvyn tuen tarpeesta voidaan myös saada esimerkiksi seuraamalla työterveyshuollon palveluiden käyttöä, sillä tutkimuksen (Reho, Atkins, Talola, Sumanen, Viljamaa & Uitti 2020) mukaan sekä satunnaisesti että jatkuvasti paljon työterveyshuollon palveluja käyttävillä on kohonnut työkyvyttömyyseläkkeen riski verrattuna keskimäärin palveluja käyttävään. Edellä mainittujen tukitoimien parempaan

hyödyntämiseen tarvittaisiin kuitenkin tietoisuuden lisäämistä, sillä työterveyshuollon päätöksellä tapahtuvaa työkokeilua ei Martimon ja Mäkelän (2021) mukaan tunneta riittävästi, minkä lisäksi olisi tarpeen lisätä tietoisuutta myös osasairauspäivärahan käytön mahdollisuudesta (kts. esim. Reini 2020; Ventelä 2022), koska tutkimuksen mukaan osasairausloman jälkeen on harvinaisempaa jäädä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle kuin kokoaikaisen sairausloman jälkeen (Kausto, Virta, Luukkonen & Viikari-Juntura 2010).

3. TYÖELÄKEKUNTOUTUKSELLA TAKAISIN TYÖELÄMÄÄN

3.1 Kuntoutuspalvelut Suomessa

Kuntoutuksen määritelmä ei ole yksiselitteinen ja Rajavaaran ja Lehdon (2013) mukaan kuntoutus -käsitettä käytetäänkin melko vapaasti. Kuntoutus voi tarkoittaa yhtä fysioterapiakäyntiä tai toisaalta monen vuoden uudelleenkoulutusta. Suomessa on eri tilanteisiin erilaisia kuntoutuspalveluja, joiden järjestämisvastuu on eri tahoilla. Eri toimijat ovat kehittyneet eri lähtökohdista ja ne tekevät enemmän tai vähemmän yhteistyötä sekä toistensa, mutta myös esimerkiksi sosiaalityön ja elämäntapaohjauksen kanssa (Rinne & Blomgren 2020). Kuntoutusjärjestelmän toimivuus työkyvyn kannalta on riippuvainen myös laajemmin työkykypolitiikasta, jolloin merkityksellistä on se, miten työelämä, sosiaalivakuutus, palvelujärjestelmä ja kuntoutus pelaavat yhdessä (Rajavaara 2013). Suomen kuntoutuskokonaisuus pitää sisällään tarveharkintaisia, universaaleja ja ansaintaperiaatteen mukaisia osia. Eläkejärjestelmän osalta puhutaan ensimmäisen ja toisen pilarin osista. (Lehto & Miettinen 2013, 39.) Eri kuntoutusten ehdot ja niiden saaminen riippuvat muun muassa siitä, onko kuntoutustarve lähtöisin tapaturmasta vai kroonisesta sairaudesta, onko kuntoutuksen jälkeen mahdollista palata työelämään vai vain omatoimiseen elämään, onko kuntoutuja työkäinen, onko työvoimapulaa vai ylitarjontaa tai minkälaisia vakuutusmaksuja on maksettu (Purhonen, Ashorn, Viitanen, Rissanen & Lehto 2006).

Ammatillinen kuntoutus keskittyy työkykyongelmista kärsivien ihmisten työmahdollisuuksien parantamiseen ja pidempiaikaisen työkyvyttömyyden ehkäisyyn. Sen järjestämis- ja rahoitusvastuu on joko Kelalla, työeläkeyhtiöllä tai tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöllä. (Liukko & Kuuva 2015, 21–22.) Työeläkekuntoutus on työelämään kiinnittyneiden ammatillista kuntoutusta ja siitä huolehtivat työeläkeyhtiöt. Työeläkekuntoutusta toteutetaan Suomessa monien tahojen yhteistyönä, jolloin kuntoutukseen ohjaaminen voi tapahtua esimerkiksi työpaikalta, työterveyshuollosta tai muusta terveydenhuollosta. Työeläkekuntoutuksen ehdot huomioiden on pohdittu, että työeläkekuntoutus on hyväosaisten ammatillista kuntoutusta, koska pitkään työttömänä olleet ja vasta lyhyen ajan töissä olleet eivät kuulu työeläkekuntoutuksen piiriin (kts. esim. Lindh & Suikkanen 2008). Vaikka kuntoutusmuotoja on paljon ja joissain tilanteissa henkilön olisi mahdollista hyötyä eri kuntoutusmuodoista samanaikaisesti, on niiden ristikkäiskäyttö suhteellisen vähäistä (Rinne & Blomgren 2020; Pulkki, Rissanen, Raitanen & Viitanen 2011). Pasasen (2018) tutkimuksessa haastateltava toikin esimerkiksi esille, että samanaikainen Kelan psykoterapia ja työeläkekuntoutus vahvistivat toinen toisiaan, minkä vuoksi hän koki terveydentilansa ja työkykynsä parantuneen.

Åkerblad ja Haapakoski (2020b) kokosivat kirjallisuuskatsauksessaan yhteen erilaisia ammatillisen kuntoutuksen lähestymistapoja Suomessa. Esimerkiksi työnhakijan kouluttautuminen, työhön sijoittaminen, tiedon tarjoaminen ja työpaikan sekä kuntoutujan välisen yhteyden organisointi voidaan nähdä tarjontapainotteisena ammatillisena kuntoutuksena. Silloin työkyky nähdään yksilön ominaisuutena ja lähtökohta on, että työpaikkoja on olemassa. Toisaalta, kun työnantajaa autetaan työvoiman saamisessa ja työympäristön muokkaamisessa, puhutaan kysyntäpainotteisesta ammatillisesta kuntoutuksesta. Tuetun työllistymisen malli lukeutuu puolestaan työpaikkaorientoituneeseen sekä yhtäaikaiseen tukeen perustuviin malleihin, jolloin työkyky nähdään prosessinomaisena ja työpaikat sekä työelämän rakenteet muokattavina.

Sen lisäksi, että kuntoutuksen vastuutahon löytäminen voi olla monimutkaista, ei prosessia yksinkertaista se, että eri kuntoutusmuotoja käytetään ristikkäin samanaikaisesti. Liukko ja Kuuva (2015, 39–40) tuovat esille, että eri kuntoutusmuotojen, kuten lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen, ajoittaminen voi olla vaikeaa niin, että ne tukevat työkykyä mahdollisimman hyvin. Toisaalta heidän mukaansa ammatillinen kuntoutus on hyvä tapahtua

vasta lääketieteellisten ja terveydenhuollollisten selvitysten jälkeen, jolloin voidaan keskittyä paremmin juuri ammatillisiin toimenpiteisiin. Heidän mukaansa joissain tilanteissa eri kuntoutusmuotojen on kuitenkin hyvä kulkea rinta rinnan, jolloin työkykyä hoidetaan samanaikaisesti sekä lääkinnällisestä että ammatillisesta näkökulmasta. Esimerkiksi mielenterveyteen liittyvissä työkykyongelmissa ammatillisen kuntoutuksen toimet voivat tuoda apua heti alusta alkaen.

3.2 Työeläkekuntoutus

Työeläkekuntoutuksen toimijat ja kuntoutukseen liittyvä osaaminen

Tämä tutkimus keskittyy työeläkekuntoutukseen, joka on edellä mainitun mukaisesti työeläkeyhtiöiden tarjoamaa ammatillista kuntoutusta. Eläkeyhtiön ja kuntoutujan lisäksi kuntoutusprosessiin osallistuu tilanteesta riippuen työterveyshuolto tai muu kuntoutukseen ohjannut terveydenhuolto, kuntoutujan työnantaja, eläkeyhtiön palveluntuottaja sekä kuntoutustoimenpiteeseen liittyen työkokeilupaikka tai oppilaitos (Kulmala 2017). Tässä tutkimuksessa tullaan myöhemmin viittaamaan kuntoutujan ja työterveyslääkäreiden lisäksi edellä mainittuihin ”muihin toimijoihin”. Työnantajan ja työterveyshuollon rooleja on eritelty jo aiemmin, mutta niiden lisäksi työeläkekuntoutusprosessiin kuuluu välttämättömänä osana työeläkeyhtiöt, jotka yksinkertaisesti hoitavat laissa (Laki työeläkevakuutusyhtiöistä 1 luku 2 §) määriteltyä tehtävää eläketurvan toimeenpanijana, mikä käytännössä tarkoittaa kuntoutusoikeuden selvittämistä ja päätöksentekoa sekä etuuden maksamista. Työeläkeyhtiön asiantuntijoiden tulee myös antaa yleistä neuvontaa ja yksityiskohtaisempaa opastusta ammatillisesta kuntoutuksesta (Työeläkelakipalvelu 2024).

Pasasen (2018) tutkimuksen mukaan asiantuntemus kuntoutusprosessissa kulminoituu työeläkekuntoutuksen tuntemiseen, työelämätuntemiseen ja työpaikkakontakteihin. Eläkeyhtiöillä ja palveluntuottajilla ensiksi mainitun osa-alueen asiantuntemus oli tutkimuksen mukaan kiitettävää, mutta työterveyshuollossa ja työpaikoilla ammatillisen kuntoutuksen tuntemus oli heikompaa. Myöhemmin mainittujen osa-alueiden tuntemisessa ilmeni kaikkien

osalta parantamisen varaa ja Liukko ja Kuuva (2015) ovatkin tuoneet esille, että kuntoutusprosessiin olisi hyvä saada mukaan enemmän myös sosiaalialan asiantuntijoita, joilla on osaamista työkykyongelmien hallintajärjestelmän rakenteista ja mahdollisuuksista. Myös Shemeikan ja hänen kollegoidensa (2013) tutkimuksessa havaittiin, että kuntoutusprosessin ymmärrys oli puutteellista lääkäreiden keskuudessa. Liukko ja Kuuva (2015, 32) pohtivat tutkimuksessaan, että lääkärin virheellinen ohjaus väärälle kuntoutuksen vastuutaholle voi lisätä kuntoutusprosessin monimutkaisuutta entisestään. Prosessiin liittyvät toimijat eivät siis aina itsekään tiedä, mitä toisen tahon vastuulle kuuluu (Liukko & Kuuva 2015, 36).

Edellä mainitussa tutkimuksessa (Shemeikka ym. 2013) vain 6 % kaikista lääkäreistä koki tietävänsä tarvittavat tiedot kuntoutukseen liittyen. Yksityiskohtaisemmin tarkasteltuna työterveyslääkäreiden kohdalla tilanne oli hieman parempi, sillä vastaava luku heillä oli 10 prosenttia. Myöskään kuntoutukseen liittyvä lainsäädäntö ei ollut tutkimuksen mukaan lääkäreiden hallussa, mutta jälleen työterveyslääkärit tiesivät keskimäärin paremmin esimerkiksi osasairausloman vaihtoehdon. Vaikka lainsäädännön ja kuntoutukseen liittyvän tiedon tuntemus vaikutti tutkimuksen perusteella heikolta, lähes kaikki kyselyyn vastanneet lääkärit kuitenkin kertoivat ohjaavansa potilaita kuntoutukseen. Kuntoutukseen liittyen lääkäreiden yksimielinen kehitysehdotus oli kaiken tarvittavan tiedon keskittäminen ja sen löytämisen helpottaminen, minkä lisäksi lääkärit toivoivat myös kuntoutuskoordinaattoreiden lisäämistä sekä lainsäädännön ja järjestämistä selkeyttämistä. Liukon ja Kuuvan (2015, 40–41) mukaan tiedon puute ja kuntoutuskentän monimutkaisuus sekä totutut toimintatavat voivat johtaa siihen, että eri kuntoutusmuotoja ei osata käyttää samanaikaisesti, vaikka se olisi hyödyllisin ratkaisu ja potilaan ohjaus saattaa siksi suunnata aiemmin totutusti vain esimerkiksi fysioterapeutille, vaikka muitakin tapoja olisi.

Järvikosken ja Härkäpään (2012) tutkimuksessa tuodaan esille, että monimutkaisen kuntoutusjärjestelmän tunteminen voi auttaa kuntoutujaa kuntoutukseen pääsyssä ja näin myös valikoida kuntoutujia. Kyseiseen tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien mielestä työpaikoilla ei ollut riittävästi tietoa kuntoutuksesta, minkä lisäksi työterveyshuollon tiedoissa ja ohjauksessa löytyi parantamisen varaa. Koska tiedonsaanti ja sen ymmärrys vaihtelee, ovat he, joilla ei ole valmiuksia etsiä tietoa itse ja taitoja kommunikoida eri tahojen kanssa eli usein vähemmän koulutetut ja vähemmän ansaitsevat, eri asemassa verrattuna heihin, joilla

on riittävästi tietoa kuntoutusprosessista eli usein korkeasti koulutetut ja hyvätuloiset. Rinteen ja Blomgrenin (2022) tutkimuksessa todetaankin, että kuntoutus vaikuttaa kohdentuvan enemmän hyväosaisille, mikä johtuu sekä yksilöön että yhteiskuntaan liittyvistä seikoista. Riittämätön ohjaus kuntoutusprosessiin liittyen korostaa kuntoutujan oma-aloitteisuutta ja vastuuta koko kuntoutusprosessista.

Toimijoiden roolit kuntoutusprosessissa

Kuntoutusprosessi voi tuntua monimutkaiselta monien eri tahojen sekasotkulta, jossa eri toimijoiden mukana olo vaihtelee. Kuntoutukseen liittyvä neuvonta ja ohjaus voi olla puutteellista eri toimijoiden ymmärryksen tasosta riippuen, minkä lisäksi tilannetta voi vaikeuttaa se, etteivät toimijat tiedosta omaa neuvontarooliaan prosessin aikana. Neuvonnan sisältö ja sen tarjoama taho voi siis lopulta vaihdella prosessin aikana. Pasanen (2018) mukaan kuntoutusprosessiin liittyvä tiedotus ja ohjaus voidaan eritellä alkuohjaukseen, kuntoutusprosessin aikaiseen ohjaukseen sekä jälkiseurantaan ja jatko-ohjaukseen, jolloin eri toimijoiden roolit ohjausta antavana tahona vaihtelevat prosessin edetessä. Alkuvaiheen ohjaus ja toisaalta kuntoutuksen jälkeinen jatko-ohjaus kuuluvat tutkimusten (Juvonen-Posti ym. 2015; Seppänen-Järvelä ym. 2015; Pasanen 2018) mukaan vahvasti työterveyshuollolle, kun taas eläkeyhtiön ja palveluntuottajien roolit korostuvat kuntoutusprosessin aikana annettavassa tiedotuksessa ja ohjauksessa, kuten kuntoutusprosessin ajoitukseen, nopeuteen, sujuvuuteen ja seurantaan liittyen (Pasanen 2018).

Kuntoutujien näkökulmasta työterveyshuollon rooli kuntoutusta koskevan tiedon välittäjänä on suuri (Seppänen-Järvelä ym. 2015) ja tuki työterveyshuollolta on kuntoutujien mielestä selvästi yhteydessä kuntoutusprosessin etenemiseen (Järvikoski & Härkäpää 2012). Tutkimusten perusteella työterveyshuollon antaman tiedon ja tuen määrä kuntoutukseen liittyen ei kuitenkaan ole ollut riittävää (Järvikoski & Härkäpää 2012) tai sitä ei ole saatu lainkaan (Pasanen 2018). Puutteellinen ohjaus voi johtua tietämättömyydestä tai epäselvyydestä, sillä työterveyshuollon edustajat ovatkin toivoneet, että eri toimijoiden rooleista sovittaisiin tarkemmin ja että ne olisivat nähtävillä esimerkiksi Kelan nettisivuilla. Työterveyshuollon edustajat toivoisivat myös, että kuntoutuksen etenemisestä tiedotettaisiin

paremmin, esimerkiksi kuntoutujalta tulevalla väliraportilla, jolloin työterveyshuolto olisi kiinteämmin mukana koko kuntoutusprosessin ajan. (Seppänen-Järvelä ym. 2015.)

Seppänen-Järvelän ja hänen kollegoidensa (2015) tutkimuksessa selvitettiin mm. esihenkilöiden osallisuutta kuntoutusprosessissa. Vastaukset olivat kuntoutujien ja esihenkilöiden itsensä osalta yksimieliset: esihenkilö osallistui kuntoutusprosessiin mm. keskustelemalla kuntoutuksesta kuntoutujan kanssa, tekemällä yhteistyötä palveluntuottajan ja työterveyshuollon kanssa sekä kehittämällä työyhteisötoimintaa. Esihenkilöistä 40 % oli täysin sitä mieltä, että tiesi oman roolinsa työntekijän kuntoutusprosessissa ja 44 % oli jokseenkin varma. Puolestaan se, millainen kuntoutujan oma rooli prosessissa on vaikuttaa olevan kuntoutujille epäselvää, sillä noin joka kolmas tutkimukseen osallistuneista kuntoutujista ei osannut vastata kysymykseen siitä, mikä hänen roolinsa kuntoutuksessa on.

Kuntoutusprosessin ohjauksen ja neuvonnan monitahoisuuden lisäksi myös kuntoutustarpeen selvittely voi lopulta alkaa eri tahojen toimesta, vaikka edellä onkin mainittu, että kuntoutustarpeen tunnistaminen olisi työterveyshuollon vastuulla (esim. Juvonen-Posti ym. 2014a). Kulmalan (2017) tutkimuksessa kolmanneksessa tapauksista kuntoutuksen aloitteentekijänä oli toiminut työterveyshuolto, kun taas viidenneksellä aloitteen teki työeläkeyhtiö ja toisella viidenneksellä kuntoutustarpeen selvittely lähti kuntoutujasta itsestä. Järvikosken ja Härkäpään (2012) tutkimuksessa vastaavasti reilu kolmannes työvoimassa olevista kuntoutujista kertoi, että työterveyshuolto toimi aloitteentekijänä, mutta toinen kolmasosa kertoi puolestaan olleensa itse vastuussa kuntoutustarpeen selvittämisen aloittamisesta. Kuntoutustarpeen havaitseminen oikea-aikaisesti on haastavaa riippumatta siitä, mikä toimija sen tekee. Silloin, kun työnantaja ja työntekijä pystyvät parhaiten havaitsemaan kuntoutustarpeen, eivät työeläkekuntoutuksen kriteerit välttämättä vielä täyty. Puolestaan siinä vaiheessa, kun kuntoutustarve ilmenee työterveyshuollossa, on työntekijän työkyky jo usein selkeästi heikentynyt, jolloin työkyvyn palauttaminen on vaikeampaa. Tämä on ongelmallista, sillä Gouldin, Härkäpään ja Järvikosken(2012) tutkimuksen mukaan kuntoutujan keskimääräistä paremmaksi kokema työkyky (= työkyky ei ole heikentynyt liikaa) ja lyhyt sairauden aiheuttama haitta-aika (= työstä suoriutuminen ei ole heikentynyt liikaa) ovat yhteydessä kuntoutuksen oikea-aikaiseen käynnistymiseen.

Työeläkeyhtiön rooli kuntoutusprosessissa alkaa, kun kuntoutushakemus on vireillä. Vuonna 2015 voimaan tullut laki velvoittaa työeläkeyhtiöitä myös tutkimaan oikeuden ammatilliseen kuntoutukseen aina ennen työkyvyttömyyseläkepääätöksen antamista. Työeläkeyhtiö antaa siis ennakkopääätöksen ammatilliseen kuntoutukseen edellytysten täytyessä, vaikka kuntoutusta ei olisi erikseen haettu (Liukko & Kuuva 2015, 24). Eläkeyhtiön kuntoutusasiantuntijoiden kuuluu neuvoa ja ohjata kuntoutujaa kuntoutuksen yksityiskohtiin liittyen, minkä lisäksi asiantuntija voi keskustella kuntoutuksesta kuntoutujan luvalla myös hänen työnantajansa kanssa (Työeläkelakipalvelu 2024). Suoraan työeläkeyhtiön toiminnassa kuntoutujat ovat tutkimuksen mukaan olleet tyytyväisiä mm. siihen, että palvelun asiantuntemus ja tiedonsaanti ovat olleet riittäviä, asiakaspalvelu on ollut ystävällistä ja toimenpiteiden eteneminen oikea-aikaista. (Kulmala 2017.)

Työeläkekuntoutus ei voi alkaa ennen kuin eläkeyhtiöön on toimitettu kuntoutussuunnitelma, jossa eritellään esimerkiksi se, mitä kuntoutuksella tavoitellaan, miksi sille on tarvetta, mikä on kuntoutujan nykytilanne, millainen aikataulu kuntoutuksella on, mitä toimenpiteitä ja keinoja käytetään sekä eri toimijoiden vastuunjako prosessin aikana. (Lindh 2007.) Kuntoutussuunnitelman laadinnassa korostuu kuntoutujan oma aktiivisuus sekä työnantajan, eläkeyhtiön tai mahdollisen palveluntuottajan välinen yhteistyö. Liukon ja Kuuvan (2015) mukaan kuntoutussuunnitelma voi olla puutteellinen, mikäli kuntoutuksen tarpeet tai kuntoutusprosessin ymmärrys eivät ole riittävän selkeät. Puutteita voi myös ilmetä, mikäli kuntoutusprosessin eri toimijoiden välinen yhteistyö ja sen merkitys ei ole kaikille selvää. Vaikka kuntoutussuunnitelma olisikin puutteellinen, voi eläkeyhtiö silti antaa myönteisen ennakkopääätöksen (Työeläkelakipalvelu 2024).

Kuntoutussuunnitelman laatimisessa voi tutkimuksen mukaan syntyä myös ylitsepääsemättömiä esteitä, sillä Kulmalan (2017) tutkimukseen vastanneista kuntoutujista noin puolelle ei ollut tehty kuntoutussuunnitelmaa, mikä tarkoittaa, että heidän kuntoutusprosessinsa päättyi ennen kuin se virallisesti edes alkoi. Kuntoutussuunnitelman tekeminen estyi yleisimmin erimielisyyksien johdosta. On kuitenkin huomattava, että eniten kuntoutussuunnitelman tekoon vaikutti kuntoutujan oma motivaatio sekä se, miten tärkeä tavoite työhön paluu oli kuntoutujalle. Mikäli kuntoutuja oli eläkeorientoitunut, oli suunnitelman syntyminen epätodennäköisempää. Kulmalan (2017) tutkimukseen osallistuneista vastaajista viidesosa koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa ja apua

suunnitelman tekemiseksi. Kuntoutussuunnitelman laatimiseen voidaan ottaa avuksi myös palveluntuottaja, kuten kuntoutustarpeita ja mahdollisuuksia selvittelevä kuntoutuslaitos tai ammatillisia kuntoutuspalveluita tarjoava terveydenhuollon toimintayksikkö (Pasanen 2018, 8). Avun lisääminen on Järvikosken ja Härkäpään (2012) tutkimuksen mukaan tarpeen, mutta tarve vaihtelee sen mukaan, miten hyvin kuntoutuja itse tuntee kuntoutusprosessin ja millaiset mahdollisuudet hänellä on itsenäisesti hakea tietoa prosessista.

Kuntoutusprosessiin osallistuu aina useampi eri toimija, minkä vuoksi yhteistyön toimivuuden merkitys on korostunut. Eri toimijoiden välisessä yhteydenpidossa tärkeää on matalan kynnyksen ja arkisen vuorovaikutuksen sujuvuus. (Liukko & Kuuva 2015, 52–53.) Airaksisen (2013) tutkimuksessa esille nousi myös asioiden huolellisen kirjaamisen ja tiedon hallinnan merkitys kuntoutuksen etenemisen kannalta. Lindh (2007) pohtii lisäksi, että yhteistyön pitäisi olla laajempaa ja kuntoutusjakson loputtua olisi hyvä, että yhteistyöhön osallistuisi monipuolisemmin eri toimijoita kuten Kela, työhallinto sekä työpaikan ja työterveyshuollon edustaja. Kuntoutusprosessin toimijat ovat itse tuoneet esille, että esimerkiksi kuntoutusprosessissa koko ajan mukana olevien henkilöiden lisääminen, eri toimijoiden vastuunjaon toteuttamisen joustavoittaminen, yhteydenpitoon liittyvien järjestelmien kehittäminen, verkostoitumisen parempi organisointi ja ammatillisen koulutuksen parantaminen voisivat olla keinoja kehittää yhteistyötä kuntoutusprosessin toimijoiden välillä (Liukko & Kuuva 2015, 68).

3.3 Onnistunut kuntoutusprosessi

Kuntoutuksen ajankohta

Tutkimuksissa (Saari 2012; Gould ym. 2012) on havaittu, että oikea-aikaisella kuntoutuksella on positiivinen vaikutus työkykyä vastaavaan työhön työllistymisen kannalta, mutta kuntoutuksen oikea-aikaisuus ei aina ole ratkaiseva tekijä kuntoutuksen lopputuloksen kannalta, vaikka oikein ajoitettuna kuntoutuksen onnistuminen onkin helpompaa (Pasanen 2018). Liian myöhäinen kuntoutuksen ajankohta heikensi tutkimuksen (Gould ym. 2012) mukaan enemmän kuntoutujan motivaatiota verrattuna siihen, jos kuntoutuksen koettiin

alkaneen liian aikaisin. Kuntoutujien mielestä oman kuntoutuksen liian myöhäinen aloitus voi johtua esimerkiksi siitä, että työkyky on heikentynyt jo liikaa, tiedonsaanti on puutteellista, kuntoutusprosessia ei käynnistetä ajoissa tai itse jatkaa työskentelyä työkyvyn heikkenemisestä huolimatta, terveydenhuolto tai kuntoutuja itse vähättelee oireita ja terveydenhuolto ohjaa vain sairauslomalle. Eri tahojen puutteelliset toiminnot voivat myös olla syynä negatiiviselle kuntoutuskokemukselle, mikäli esimerkiksi työterveyshuollon tekemä terveystarkastus toteutetaan puutteellisesti, työnantaja on välinpitämätön tai työeläkelaitoksen toiminta on liian hidasta. (Gould ym. 2012, 89–92.)

Gouldin, ja hänen kollegoidensa tutkimuksessa (2012, 89) havaittiin, että jopa kaksi kolmasosaa kuntoutuspäätöksen saaneista koki, että kuntoutusprosessi alkoi omalla kohdalla liian myöhään. Liian myöhäisen ajankohdan kokeminen korostui vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden, ikäryhmässä. Kaikista ikäluokista noin kolmasosa koki, että kuntoutuksen ajankohta oli oikea. Kuitenkin nuorempien ryhmässä, joka muodostui alle 35-vuotiaista, lähes puolet kokivat kuntoutuksen ajoituksen olleen oikea, mutta oikea-aikaisuuden kokemuksen yleisyys tässä ryhmässä saattaa johtua kuntoutuskriteerien erilaisesta soveltamisesta nuorten kuin vanhempien kohdalla (Gould, Härkäpää & Järvikoski 2008). Kuntoutuksen oikea-aikaiselle aloittamiselle tuo haasteita Liukon ja Kuvvan (2015, 34–35) mukaan se, että kuntoutusvaihtoehto tuodaan esille liian myöhään. Toisaalta he toivat esille, että työkykyongelmiin puuttuminen on helpottunut 2010-luvulla, koska kuntoutukseen kannustetaan niin työpaikalta, työterveyshuollosta kuin Kelasta ja työeläkelaitoksestakin.

Gouldin ja kollegoidensa (2012, 93) tutkimuksessa kuntoutukseen osallistuneilla sairastamisen mediaanipituus oli noin kuusi vuotta, josta puolitoista vuotta sairaus oli haitannut työntekoa. Oikea-aikaiseksi kuntoutuksensa kokeneiden sairaus oli haitannut työntekoa noin vuoden. Kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen olivat yhteydessä lyhyt sairauden työntekoa haittaava aika, parempi koettu työkyky ennen kuntoutuksen alkua, vähäinen sairauksien lukumäärä sekä muut kuin mielenterveyden häiriöt tai tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kuntoutukseen hakeutumisen syinä. Lisäksi kuntoutuksen oikea-aikaisuus on positiivisesti yhteydessä siihen, että oikea kuntoutustaho löytyy helposti, kuntoutuja on tyytyväisempi kuntoutusprosessinsa suunnittelun sujuvuuteen sekä kuntoutujan mahdollisuuksiin vaikuttaa oman kuntoutusprosessinsa etenemiseen. Liian aikainen aloitus näyttää vaikuttavan enemmän negatiivisesti kuntoutusprosessin etenemiseen kuin liian

myöhään aloitettu kuntoutus. Kuntoutusprosessin etenemiseen vaikuttaa positiivisesti myös se, jos kuntoutujan työkyky on vähintäänkin kohtalaisen hyvä. (Järvikoski & Härkäpää 2012, 128.)

Kuntoutujan motivaatio, vaikutusvalta ja osallisuus

Åkerbladin ja Haapakosken (2020a) mukaan oikea-aikaisuus on tiiviissä yhteydessä kuntoutuksen toimenpiteiden tarkoituksenmukaisuuteen sekä osallistujan vaikutusmahdollisuuksiin. Heidän mukaansa kuntoutujan kyky omaksua uutta tietoa voi olla hetkellisesti huonompi esimerkiksi heikentyneen terveydentilan tai vaikean perhetilanteen vuoksi ja mikäli tällaisessa tilanteessa kuntoutuksen ajankohdalle ei löydy joustoa, voi kuntoutuja kokea, ettei ole tullut kuulluksi. Kuntoutujan motivaatio kuntoutukselle on havaittu useassa tutkimuksessa olevan ratkaisevassa roolissa kuntoutuksen onnistumisen kanssa (Palomäki 2012; Saari 2012; Saari 2013; Härkäpää & Järvikoski 2012), mutta aina motivaation puute ei ole vain kuntoutujasta johtuva syy. Mikäli kuntoutuja ei ole saanut riittävästi tietoa kuntoutusprosessista etukäteen tai tiedon ymmärtämisessä on ollut haasteita, voi näyttäytyä siltä, että kuntoutuja ei ole motivoitunut tai sitoutunut prosessiin. Pahimmassa tapauksessa tämä voi tarkoittaa, että kuntoutujaa ei hyväksytä palveluun, koska kuntoutujan suhtautuminen kuntoutusta kohtaan on epäileväinen tiedon puutteen vuoksi. (Åkerblad & Haapakoski 2020a.)

Kuntoutusprosessin etenemisen kannalta on merkitsevää, millaiset odotukset ja tavoitteet kuntoutujalla on: jos kuntoutuja kokee työelämässä pysymisen tärkeäksi, kuntoutus myös koetaan etenevän keskimääräistä useammin hyvin. Vastaavasti taas, mikäli tavoitellaan eläkettä, kuntoutuksen eteneminen koetaan heikoksi. (Järvikoski & Härkäpää 2012, 128). Kuntoutusmotivaation on havaittu vahvistuvan sitä mukaa, mitä paremmin kuntoutuja kokee kuntoutussuunnitelman vastaavan omia tavoitteitaan, mitä paremmin omat vaikutusmahdollisuudet kuntoutusprosessiin ilmenevät ja mitä tärkeämpää työssä jatkaminen kuntoutujalle on (Härkäpää & Järvikoski 2012, 153). Myös Pasasen (2018) sekä Koukkarin (2010) tutkimuksissa korostui kuntoutujan omien vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksien merkitys kuntoutuksen etenemiselle. Motivaatio kuntoutukselle voi myös syntyä vasta myöhemmin, kun prosessi on konkretisoitunut ja ymmärrys sen

etenemisestä on vahvistunut. Toisaalta motivaatio voi myös laskea alun innostuksen jälkeen. (Pasanen 2018.)

Kun kuntoutuja on itse ollut aloitteentekijänä ammatillisen kuntoutuksen prosessissa, kuntoutus koetaan hieman muita useammin myös hyödylliseksi. Sen sijaan, jos kuntoutuksen aloittamisen ehdotus on tullut eläkevakuutusyhtiöltä, ei kuntoutusta koettu niin hyödylliseksi. (Pekkarinen & Sohlman 2020, 56.) Åkerbladin ja Haapakosken (2020a) mukaan tasa-arvoinen neuvotteluasema ja kokemus jaetusta ymmärryksestä vaikuttavat kuntoutujan kuulluksi tulemisen kokemukseen. Esimerkiksi kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa voi muiden toimijoiden näkemykset poiketa kuntoutujan kokemuksesta, jolloin jokin kuntoutustoimenpide näyttäytyy heidän mielestään tarkoituksenmukaisemmalta kuin toinen, minkä vuoksi esimerkiksi uudelleen koulutukselle ei nähdä olevan perusteita. Tällaisessa tilanteessa kuntoutuja voi kokea ymmärryksen puutetta varsinkin, jos kuntoutujan sairaus tai työkyvyn rajoite johtuu harvinaisesta tai luonteeltaan vaihtelevasta diagnoosista.

Kuntoutujasta riippumattomista keinoista oikea-aikainen kuntoutukseen ohjaaminen, sairauslomalla pidetty yhteydenpito sekä riittävän motivoiva työtehtävä, johon palata parantavat kuntoutujan kokemaa motivaatiota kuntoutusta kohtaan (Saari 2012). Kuntoutujan suunnalta motivaatiota nostaa puolestaan nuorempi ikä, korkeampi koulutustaso, parempi koettu pystyvyys ja työkyky, kokemus kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta sekä se, kuinka hyvin kuntoutuja kokee kuntoutussuunnitelmansa vastaavan omia tavoitteitaan (Härkäpää & Järvikoski 2012, Airaksinen 2013, Saari 2013). Lisäksi Pasanen (2018) tutkimuksessa onnistuneeseen kuntoutukseen vaadittiin kuntoutujien itsensä mielestä vahvaa halua palata takaisin työelämään, pystyvyyden kokemusta ammatilliseen kuntoutukseen ja uusiin työtehtäviin sekä uskoa uuden työn saantimahdollisuuksiin.

Motivaation lisäksi kuntoutujan psykologisilla tekijöillä on merkitystä työhön paluun kannalta. Hansenin, Edlundin ja Henningssonin (2006) tutkimuksen mukaan tärkeää on se, millaiseksi henkilö itse kokee oman työhön paluunsa todennäköisyyden. He myös havaitsivat, että elämäntyytyväisyys ja koherenssin tunteen kokeminen olivat positiivisesti yhteydessä työhön paluuseen. Myös D'Amaton ja Zijlstran (2010) tutkimuksessa havaittiin, että henkilön kokemus omasta pystyvyydestä ja luottamus omiin kykyihinsä vaikutti positiivisesti työhön

paluuseen. Psykkisen ahdistuksen oireet ennustavat Härkäpään (1992) mukaan puolestaan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä.

Kuntoutusprosessin toimijoiden yhteistyö ja kuntoutujan neuvonta

Kuntoutusprosessin etenemisen kannalta on usean tutkimuksen (esim. Härkäpää, Järvikoski & Gould 2011; Järvikoski & Härkäpää 2012; Saari 2013; Airaksinen 2013; Pasanen 2018) mukaan tärkeää, että kuntoutuja on saanut riittävästi tietoa, ohjausta ja neuvontaa prosessiin liittyen. Kuntoutuja tarvitsee ohjausta esimerkiksi kuntoutuksen piiriin hakeutumisessa, eri kuntoutusprosessin vaiheissa sekä kuntoutuksen jälkeen (Pasanen 2018, 17). Koska ohjeiden antajia ja neuvoja on kuntoutusprosessissa useampia, on tärkeää, että yhteistyö ja viestintä toimii eri tahojen välillä. Pasanen (2018) tutkimuksessa kuntoutujan tiedotus ja ohjaus ei ollut kuntoutuksen onnistumisen kannalta ratkaisevassa roolissa, mutta on syytä huomata, että parhaimmillaan hyvä tiedotus ja ohjaus voivat edistää kuntoutusprosessin oikea-aikaista toteutusta, kuntoutujan kannalta oikeiden kuntoutusratkaisujen tekemistä ja kuntoutujan motivaatiota kuntoutukselle.

Varsinkin kuntoutuksen päätyttyä annettavan jatko-ohjauksen merkitystä on tuotu esille useassa eri tutkimuksessa (Lindh 2007; Järvikoski & Härkäpää 2012; Palomäki 2012; Pasanen 2018). Esimerkiksi Lindhin (2007) mukaan kuntoutujan jatko-ohjaus ja jälkiseuranta kuntoutussuunnitelman laadinnan jälkeen ja kuntoutusprosessin loputtua on usein puutteellista, eikä yksikään toimija ole vastuussa kuntoutussuunnitelman toteutumisen seurannasta tai koordinoinnista. Palomäen (2012, 84) tutkimuksessa haastateltavat toivat esille, että vaikka kuntoutussuunnitelman laadinnassa olisi sovittu, mikä taho seuraa suunnitelman toteutumista, ei todellisuudessa kukaan seurannut prosessia siinä tarkoituksessa. Heikko kuntoutujan ohjaus ja neuvonta voi johtua myös siitä, ettei kuntoutusprosessiin liittyvillä toimijoilla – kuten työnantajalla ja terveydenhuollolla – itselläänkään ole riittävästi tietoa ja osaamista työkykyasioista ja kuntoutuksesta (Saari 2013; Järvikoski & Härkäpää 2012).

Eri tahojen välinen yhteistyö auttaa kuntoutujien kokemuksen mukaan kuntoutusprosessin onnistumisessa ja kuntoutus koetaankin useammin hyödyttömäksi, mikäli

suunnitteluvaiheeseen on osallistunut vain yksi taho (Pekkarinen & Sohlman 2020, 59). Kuitenkin eri toimijoiden väliset valta- ja vastuusuhteet voivat olla kuntoutujalle epäselviä ja myös epäjohdonmukaisia (Åkerblad & Haapakoski 2020a). Esimerkiksi työterveyslääkärin näkemykset voivat erota huomattavasti vakuutuslääkärin näkemyksistä. Koukkarin (2010) tutkimuksessa tiedonsaanti kuntoutuksen koordinoinnista ja eri tahojen vastuista prosessin aikana koettiin tärkeäksi. Jotta kuntoutuja kokee kuntoutuksen hyödylliseksi, on Pekkarisen ja Sohlmanin (2020, 59) mukaan tärkeää, että kuntoutuja on saanut riittävästi tietoa ja tukea prosessin suunnitteluvaiheessa minkä lisäksi hän on itse voinut vaikuttaa suunnitteluun.

Monien tutkimusten mukaan (Koukkari 2010; Järvikoski & Härkäpää 2012; Airaksinen 2013, Saari 2013; Pasanen 2018) henkinen tuki kuntoutujaa kohtaan - kuten välittäminen, kuunteleminen, kannustaminen, arvostaminen ja empatia - on kuntoutusprosessin ja työhön paluun kannalta tärkeää. Varsinkin työnantajan ja lähipiirin tuki koetaan kuntoutujien mielestä tärkeäksi (Saari 2012; Airaksinen 2013; Pasanen 2018), mutta myös työterveyshuollolta ja työeläkelaitokselta (Järvikoski & Härkäpää 2012) ja muilta palveluverkoston toimijoilta (Pasanen 2018) saatu tuki on positiivisesti yhteydessä kuntoutusprosessin parempaan etenemiseen. Tutkimusten (Lindh 2007; Härkäpää ym. 2011; Palomäki 2012; Järvikoski & Härkäpää 2012; Airaksinen 2013) mukaan asiakaslähtöisyydellä on positiivinen vaikutus kuntoutusprosessin etenemiseen ja työhön paluuseen. Pasanen (2018) mukaan kuntoutuja ei koe kuntoutustaan tarkoituksenmukaisesti eikä sitoudu prosessiin, mikäli asiakaslähtöisyys ei toteudu.

Vaikka kuntoutuksen tulee olla asiakaslähtöistä niin, että kuntoutuja osallistuu oman prosessinsa suunnitteluun ja hänen mielipiteitään arvostetaan, ei asiakaslähtöisyys kuitenkaan saa johtaa siihen, että vastuu kuntoutusprosessista siirtyy asiakkaalle. Suomalaisen kuntoutusjärjestelmän monimutkaisuus voi Härkäpään ja hänen kollegoidensa (2011) mukaan vaikuttaa kuntoutujien valikoitumiseen niin, että paremmin järjestelmään perehtyneet ja siitä kiinnostuneet päätyvät herkemmin kuntoutuksen piiriin ja saavat paremmin tarvitsemaansa apua ja palveluita. Asiakaslähtöisyyden ja kuntoutujan osallistamisen pitääkin perustua riittävään ohjaukseen ja tiedonjakamiseen, ei niinkään vastuun siirtämiseen.

Kuntoutuksen vaikuttavuus

Kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkiminen on Liukon (2020) mukaan erittäin vaikeaa muun muassa siksi, että kuntoutukseen osallistuvia pitäisi pystyä vertaamaan taustaominaisuuksiltaan samanlaiseen vertailuryhmään, mikä puolestaan on mahdollista vain satunnaistetussa koeasetelmassa. Käytännössä tällaista vertailua ei hänen mukaansa voida tehdä, koska lakisääteisesti kuntoutukseen oikeutettuja ei voida arpoa eri ryhmiin niin, että toiset saavat kuntoutusta ja toiset eivät. Kuntoutukseen osallistuneita on kuitenkin verrattu esimerkiksi sellaisiin, jotka eivät käyttäneet kuntoutusoikeuttaan (Pekkarinen & Sohlman 2020), hylätyn kuntoutuspäätöksen saaneisiin ja kuntoutuksen keskeyttäneisiin (Tuomala 2012) ja toisaalta myös verrokkiryhmään, jossa taustaominaisuudet ovat mahdollisimman samanlaiset (Leinonen ym. 2019). Kulmala (2017) puolestaan selvitti kuntoutuksen toimivuutta kuntoutujille kohdistetulla kyselyllä ja Pasanen (2018) haastatteli kuntoutujia omassa tutkimuksessaan.

Pekkarinen ja Sohlman (2020, 36) pohtivat, että ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta voitaisiin tarkastella esimerkiksi työssä ololla tai työelämässä pysymisellä, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen välttämällä, ansiotason ylläpitämisellä ja yhteiskunnalle syntyvien kustannusten vähentämisellä. He vertasivat tutkimuksessaan ammatillisen kuntoutuksen läpikäyneitä heihin, jotka eivät olleet käyttäneet myönnettyä kuntoutusoikeuttaan. He havaitsivat, että kuntoutuksen läpikäyneistä suurempi osa oli töissä tai sekä osaeläkkeellä että töissä verrattuna kuntoutusoikeuden käyttämättä jääneiden ryhmään. Kolme vuotta kuntoutuksen jälkeen tarkasteltuna, vähän yli puolella kuntoutujista kuntoutus oli Pekkarisen ja Sohlmanin (2020) mukaan onnistunut, kun taas vastaava osuus kuntoutusoikeuden käyttämättä jättäneistä oli 30 %.

Tuomala (2012) puolestaan vertasi tutkimuksessaan kuntoutuneita heihin, joiden kuntoutuspäätös oli hylätty. Hän havaitsi, että työpaikkakuntoutus ja apuvälineiden käyttö edistivät kuntoutujien työllisyyttä lyhyellä, noin vuoden, tarkastelujaksolla katsottuna. Pidemmällä aikavälillä (kahdesta kolmeen vuoteen) ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Koulutus kuntoutusvaihtoehtona ei puolestaan vaikuttanut työssäoloon lyhyellä aikavälillä, mutta koulutuksen työllistymisvaikutukset vaativatkin pidemmän tarkasteluajan, mitä muut kuntoutusvaihtoehdot. Pelkkä kuntoutustutkimus ei lisännyt työllistymisen

mahdollisuuksia. Kuntoutujia hylkäyspäätöksen saaneisiin vertailtaessa on hyvä huomioida, että hylkäyspäätöksen saaneiden taustat eroavat usein selkeästi myönteisen päätöksen saaneista esimerkiksi niin, että heillä on parempi jäljellä oleva työkyky kuin kuntoutukseen hyväksytyillä.

Leinonen kollegoineen (2019) tutkivat kuntoutukseen osallistuneiden työssäolon todennäköisyyttä kuntoutuksen jälkeen. He havaitsivat, että lyhytkestoisen (10 kk tai alle) kuntoutuksen jälkeisenä vuonna työssäolo on suurimmillaan, mutta vuosien saatossa se pikkuhiljaa vähenee. Puolestaan pidempikestoisen (+ 10 kk) kuntoutuksen jälkeen tilanne on päinvastainen, jolloin työssäolo kasvaa, mitä enemmän aikaa kuluu. Leinonen kollegoineen (2019) pohtivat, että pidempikestoisen työhön osallistuminen lyhyen kuntoutuksen jälkeen saattaa vaatia työpaikalta enemmän tukea, mitä nykyinen työeläkekuntoutus tarjoaa, mutta toisaalta pidempikestoisen, usein koulutusta sisältävän, työeläkekuntoutuksen jälkeen työhön osallistuminen voi vaatia lisätukea työllistymiselle.

Kulmala (2017) toteutti kyselytutkimuksen, jossa hän keskittyi palveluverkoston toteuttaman työeläkekuntoutuksen lähtökohtiin, kuntoutusprosessin sisältöön ja sujuvuuteen sekä kuntoutuksen lopputulokseen. Tutkimukseen vastanneista kuntoutujista useampi kuin joka kolmas oli löytänyt uuden työtehtävän tai ammatin kuntoutuksen avulla, mutta reilu neljännes ilmoitti, että työkyky oli vain heikentynyt kuntoutuksen aikana. Kuitenkin yli puolet vastanneista ilmoitti työkykynsä parantuneen kuntoutuksessa. Kuntoutuksesta parhaiten uuden työtehtävän tai ammatin löysivät Kulmalan mukaan nuoremmat, tuki- ja liikuntaelinsairastuneet sekä he, joilla oli korkeampi kuntoutusmotivaatio ja tavoite palata työhön. Puolestaan sukupuoli tai kuntoutustoimenpiteellä ei näyttänyt olevan vaikutusta kuntoutuksen lopputulokseen. Kuntoutuksen jälkeen työssä olevista 70 % koki kuntoutuksen auttaneen työllistymisessä.

Työeläkekuntoutuksella on havaittu olevan maltillinen positiivinen vaikutus työssäoloon (Tuomala 2012). Ammatillinen kuntoutus ei kuitenkaan aina vaikuta olevan kovin kustannustehokasta, minkä vuoksi on pohdittu, olisivatko osa-aikaiset sairauslomat tehokkaampia työhön osallistumisen (Kausto ym. 2014; Viikari-Juntura ym. 2017) mutta myös kustannusten kannalta (Viikari-Juntura, Leinonen, Virta, Hiljanen, Husgafvel-Pursiainen, Autti-Rämö, Rissanen, Burdorf & Solovieva 2019). Kuitenkin Pekkarisen ja

Sohlmanin (2020, 44–45) tutkimuksessa ammatillisen kuntoutuksen läpikäyneiden henkilöiden eläkejärjestelmälle aiheutuneet kustannukset olivat keskimäärin noin 22 000 euroa kun taas verrokkiryhmän, kuntoutusoikeuden käyttämättä jättäneet, kustannukset olivat lähes 34 000 euroa. Tutkimuksessa kustannuksiin huomioitiin mm. kuntoutusjakson aikaiset menot kuten kuntoutusrahat, eläkelaitokselle aiheutuneet kustannukset ja työkyvyttömyyseläkemaksut.

Pekkarinen ja Sohlman (2020, 54) havaitsivat, että kuntoutujan työtilanne, terveydentila ja elämänlaatu ovat yhteydessä kokemukseen kuntoutuksen hyödyllisyydestä: kokoaikatyössä olevat kokivat kuntoutuksen useammin hyödylliseksi kuin työttömät tai pitkään sairaspoissaolleet, minkä lisäksi kuntoutuksen hyödylliseksi kokeneet arvioivat terveydentilansa ja elämänlaatunsa paremmaksi kuin kuntoutuksen hyödyttömäksi kokeneet. Gouldin ja hänen kollegoidensa (2012) tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että kuntoutusprosessin eri vaiheiden toimivuuteen liittyvät asiat ovat yhteydessä toisiinsa, jolloin oikein ajoitetussa kuntoutuksessa suunnittelu on sujuvaa, prosessi on asiakaslähtöistä, kuntoutuksen toimenpiteet onnistutaan viemään loppuun ja työhön palataan todennäköisemmin. Tässä tapauksessa kuntoutuksen ajoitus vaikuttaa kuntoutusprosessin edistymiseen, mutta myös prosessin lopputulokseen.

Tuomalan (2012) mukaan varsinkin tiiviisti työelämään yhteydessä olevat kuntoutujat hyötyvät kuntoutuksesta, kun taas Pekkarisen ja Sohlmanin (2020) tutkimuksen mukaan päivärahalla, työkyvyttömyys- ja osatyökyvyttömyyseläkkeellä oleville ei näytä olevan hyötyä ammatillisesta kuntoutuksesta. Heidän työllistymisensä tai työhön paluunsa ei tunnu onnistuvan ammatillisen kuntoutuksen avulla, ja he itsekkin kokevat kuntoutuksen olleen usein hyödyttömiä. Lisäksi Pekkarinen ja Sohlman (2020, 38) havaitsivat, että työsuhteen voimassaolo kuntoutusoikeuden vireille tulovuonna on positiivisesti yhteydessä kuntoutuksen onnistumiseen verrattuna heihin, joilla ei ollut voimassa olevaa työsuhdetta kuntoutusoikeuden saadessaan.

Kuntoutusprosessin kehittäminen

Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa on syytä pohtia mm. eri kuntoutusvaihtoehtojen toimivuutta. Varsinkin työkokeilun vaikuttavuutta työhön paluun kannalta on pohdittu viime aikoina muun muassa aiemmin mainitun Leinosen ja hänen kollegoidensa (2019) tutkimustulosten perusteella. Liukon (2021) mukaan eläkeyhtiöissä onkin alettu hyödyntää työkokeilun ja uudelleen koulutuksen hybridimuotoa, työhönvalmennusta, varsinkin silloin, mikäli pelkkä työkokeilu ei tunnu riittävän kuntoutumiselle. Hän tuo myös esille, että työkokeilun väärinkäyttö työnantajien toimesta vaikeuttaa myös kuntoutuksen toimivuutta: työnantajat hyödyntävät työkokeilijoita omiin tarkoituksiinsa sen edullisuuden vuoksi ilman, että työnkuvaa on muutettu tai sovitettu kuntoutujalle sopivaksi. Oikean kuntoutusvaihtoehdon valinta kuntoutuksen vaikuttavuuden näkökulmasta on tärkeää myös sen vuoksi, että toimenpide voidaan viedä suunnitellusti loppuun saakka, sillä kuntoutussuunnitelman keskeyttämisellä on Tuomalan (2012) mukaan negatiivisia vaikutuksia työllisyyteen kuntoutuksen jälkeen.

Tutkimusten perusteella kuntoutusprosessin kannalta on tärkeää huomioida kuntoutujan kokemukset tilanteestaan. Esimerkiksi Pasasen (2018) tutkimuksen perusteella kuntoutuksen etenemisen ja lopputuloksen kannalta merkittävää oli se, millaiseksi kuntoutuja itse koki oman terveydentilansa ja työkykynsä. Lääkärit ovat puolestaan olleet sitä mieltä, että kuntoutujan parempi sitoutuneisuus prosessille olisi tärkein tekijä kuntoutuksen vaikuttavuuden parantamiseksi (Shemeikka ym. 2013). Huono sitoutuminen voi johtua myös siitä, että kuntoutuja kokee kuntoutuksella voivan olla negatiivisia vaikutuksia hänen asemaansa työpaikalla. Saari (2013) tuo esille, että työhönpaluuseen voi liittyä työntekijän osalta esimerkiksi pelkoa epävarman työntekijän leimasta tai siirrosta epämieluisiin työtehtäviin. Työnantajat taas voivat kokea työhön paluuseen liittyen haasteita eri toimijoiden välisessä yhteistyössä, esihenkilöiden tarjoaman tuen riittämättömyydessä ja työntekijän motivaatiossa. Työhön paluun helpottamiseksi Saari (2013) tuokin esille, että henkilöstöhallinnon aktiivisempi rooli, tiedotuksen lisääminen ja vastuunjaon tarkempi selvittäminen voisivat auttaa.

Kuntoutujien ymmärryksen puute voi myös vaikuttaa sitoutuneisuuteen ja kuntoutujat ovatkin tuoneet esille, että työeläkelaitoksilla olisi parantamisen varaa asiakkaidensa tarpeiden

huomioimisessa ja osallistamisen mahdollistamisessa sekä jatko-ohjeistuksessa, minkä lisäksi toivottiin myönteisempää asennetta, henkilökohtaisempaa otetta ja selkeää yhteyshenkilöä (Kulmala 2017). Pasasen (2018) tutkimuksessa ilmeni eriarvoisuutta, jolloin kuntoutujan henkilökohtaisen tilanteen huomioiminen ja vaikutusmahdollisuudet kuntoutusprosessiin riippuivat kuntoutusprosessin toimijoiden ammattitaidoista ja kiinnostuksesta. Koska yksittäisellä asiantuntijalla tai palveluntuottajalla on suuri vaikutus kuntoutujan kokemukseen, esittää Pasanen (2018), että kuntoutusasiantuntijoiden ja asiakaspalvelijoiden rekrytointiin, kouluttamiseen ja palkkiomalliin pitäisi kiinnittää huomiota nykyistä enemmän. Myös Shemeikkan ja hänen kollegoidensa (2013) tutkimuksessa työterveyslääkärit toivat esille, että kuntoutuksen ammattilaisten osaamisen kehittäminen ja varsinkin Kelan osalta ohjauksen sekä neuvonnan lisääminen olisi tarpeen.

Koska ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on aina työhön palaaminen tai siellä pysyminen, vaaditaan prosessiin kuuluville asiantuntijoilta laajaa työelämäntuntemusta. Työllistymisen kannalta vääränlainen ohjaus voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kuntoutuja ohjataan opiskelemaan sellaista alaa, jolla on ylitarjontaa työntekijöistä, mikä tarkoittaa, että kuntoutuksen jälkeinen työllistyminen on hankalaa. Edellä mainittu tilanne ilmeni Pasasen (2018) tutkimuksessa, mikä osoittaa, että pelkkä uudelle alalle ohjaaminen ei riitä, vaan palveluntuottajan valmentajalta vaaditaan myös työmarkkinoiden tuntemusta, jotta ammatillisen kuntoutuksen tavoite toteutuisi. Vaikka uusi ala olisikin työllistävä, on silti jatko-ohjaukselle yleensä tarvetta ja kuntoutujat ovatkin tuoneet esille, että olisi tärkeää saada edes puhelinsoitto ”virallisen” kuntoutuksen jälkeen. Viimeisessä yhteydenotossa olisi kuntoutujien mielestä hyvä kertoa ylipäättään, että kuntoutustoimenpide on nyt päättynyt ja että eläkelaitos ja palveluntuottaja eivät ole enää jatkossa mukana. (Pasanen 2018.)

Kuntoutusprosessi on monille kuntoutujille entuudestaan vieras ja sitä kohtaan saattaa olla epärealistisiäkin odotuksia ja toiveita. Pasasen (2018) mukaan ei esimerkiksi ole tavatonta, että kuntoutuja odottaa palveluntuottajalla jo olevan laajat verkostot ja työpaikkakontaktit sekä valmiina lukuisia eri työkokeilumahdollisuuksia. Kuntoutuja voi siis kokea turhautumista ja pettymystä, mikäli hänelle tulee yllätyksenä, että kuntoutusprosessi vaatii myös kuntoutujalta itseltä paljon suunnitelmallista osallistumista kuntoutuksen etenemiseksi. Pasanen (2018) tuokin esille, että kuntoutujan perusteellinen ohjaus ja tiedotus heti kuntoutusprosessin alkuvaiheessa on tärkeää, jotta myös kuntoutuja itse tietää omat

vastuunsa kuntoutumisen kannalta. Harhaanjohtavat oletukset siitä, että palveluntuottajilla olisi kuntoutuspaikkoja valmiina ja kuntoutujan ei tarvitse kuin suorittaa, olisi siis hyvä selvittää jo kuntoutuksen alkumetreillä.

Kaikilta kuntoutuksen ammattilaisilta vaaditaan kykyä havainnoida ja huomioida kuntoutujien yksilölliset tilanteet. Kuntoutusprosessin alussa olisi Pasasen (2018) mukaan tärkeää kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, millaiset kuntoutujan omat kokemukset työkyvystään ovat. Hänen mielestään myös esimerkiksi eri kuntoutusmuotojen, kuten lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen, ristikkäiskäytön hyödyllisyys olisi ammattilaisten tärkeää huomata jo varhaisessa vaiheessa. Eri toimijoiden on siis syytä tietää oman asiantuntija-alueensa lisäksi myös toisten toimijoiden osa-alueista, jotta kuntoutujan tilanteen mukainen ohjaus on saumatonta.

Eri sosiaaliturvajärjestelmän toimijoiden välistä yhteistyötä on epäilemättä mahdollista parantaa nykyisestä. Yhtenä keinona on ehdotettu, että eri toimenpiteet näkyisivät kaikille toimijoille, jolloin työeläkelaitokset, Kela ja TE-palvelut näkisivät toistensa päätökset ja toteutuneet toimenpiteet. Esimerkiksi sairauspäiväraha-kausien arviot ja lausunnot sekä TE-palveluiden käytön näkyminen myös työeläkelaitoksille koettaisiin hyödyllisenä. (Liukko 2021.) Yhteydenpidon helpottamiseksi on myös tuotu esille, että yhteinen tietojärjestelmä ja yhteistyöfoorumi voisi olla tarpeen, minkä lisäksi yhteistyö voisi helpottua yhteisten vapaamuotoistenkin verkostotapaamisten avulla. (Liukko & Kuuva 2015, 84.) Yhteistyön ja tiedonkulun parantamiseksi vaadittaisiin kuitenkin lakimuutoksia, sillä tällä hetkellä tiedonanto ja -saanti ovat tarkasti lailla säädeltyjä asioita, mikä estää välillä asiakkaan tilanteessa tarpeellisenkin tiedonjakamisen. Ainoastaan laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta huomioi monialaisen yhteistyön tärkeyden ja siihen tarvittavat lainsäädännölliset lähtökohdat.

Jo vuonna 2011 pohdinnassa oli vakuutuslaitoksen, kunnan ja TE-hallinnon tehtävien yhdistäminen, jolloin yhdessä paikassa voitaisiin huolehtia kuntoutuksen prosessista muun muassa sopimalla tukitoimista työnantajan kanssa ja seuraamalla työllistymisen onnistumista, minkä lisäksi toimeentuloturvan maksaminen tapahtuisi samalta taholta (Lehto 2011, 75–76). Tarve ei ole poistunut, sillä myöhemminkin on esitetty tarve lisätä kuntoutusprosessiin henkilö, kuntoutujan ”asianajaja”, joka kulkisi kuntoutujan mukana koko prosessin ajan,

vaikka kuntoutuksen toimenpiteet ja maksajakin vaihtuisivat (Liukko & Kuuva 2015, 84). Vuosina 2013–2015 olleen sosiaali- ja terveysministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön hankkeen tuloksena käynnistettiin työkykykoordinaattorin koulutus. Tämän lisäksi koulutetun kuntoutuksen ohjaajan (AMK) hyödyntäminen vastaisi ammattikorkeakoulujen lehtoreiden mukaan edellä mainittuun tarpeeseen (Koivuniemi, Karapalo, Walden & Pikkarainen 2016). Lisäksi sosiaalityöntekijöiden työpanos ja mukanaolo kuntoutusprosessissa on kerrottu olleen hyödyllistä (Liukko & Kuuva 2015, 53–54).

Sen lisäksi, että yhteistyötä voitaisiin mahdollisesti parantaa yhteisillä tietojärjestelmillä ja yleisesti yhteistyön parantamisella, on kuntoutusprosessin toteutusta mahdollista parantaa myös selkeyttämällä eri toimijoiden vastuita ja rooleja prosessiin liittyen, sillä esimerkiksi Liukon (2020) mukaan käytännön toteutus vastuunjaon ja tietojenvaihdon osalta on osoittautunut hankalaksi. Saaren (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että jo pelkästään työnantajan ja työterveyshuollon välisten roolien selkeyttäminen olisi tarpeen, jolloin erilaisten työkykymallien hyödyntäminen olisi sujuvampaa ja työkykyongelmiin reagoiminen ja työhön paluun tukeminen olisi helpompaa. Selkeän toimintamallin käyttöönotto eri tilanteissa sujuvoittaisi kuntoutusprosessia, mutta myös lisäisi esimerkiksi esihenkilöiden tietoisuutta työkyvyn tukijan roolista ja selkiyttää vastuunjakoja. (Saari 2013, 36.) Eri toimijoiden välisen yhteistyön sujuvoittaminen sekä byrokratian vähentäminen tuotiin Shemeikkan ja hänen kollegoidensa (2013) tutkimuksessa esille keinoina kuntoutuksen vaikuttavuuden parantamiseksi.

4. TUTKIMUSASETELMA

Työeläkekuntoutus on monimutkainen prosessi ja siihen osallistuu monia eri toimijoita kuntoutujan itsensä lisäksi. Työeläkekuntoutuksen sääntely on monimutkaista ja osaltaan tulkinnanvaraista, mikä johtaa väistämässä siihen, että tulkintoja ja toimintatapoja on useampia. Vaikka säännöt ovat kaikille samat, voi silti toteutus ja ennen kaikkea kokemus kuntoutusprosessista vaihdella. Tämän vuoksi tutkimuksessani olen kiinnostunut siitä, miten eri tavoin kuntoutusprosessi toteutuu ja miltä se kuvautuu kuntoutujan näkökulmasta. Mitkä

asiat ovat kuntoutusprosessin kannalta tärkeitä kuntoutujan näkökulmasta? Tämän lisäksi koen tärkeäksi, että kuntoutusprosessin eri toteutustavoista ja sen toimivuudesta kysytään myös kuntoutusprosessiin osallistuvilta ammattilaisilta, minkä vuoksi aineistoon sisältyy myös työterveyslääkäreiden näkökulmia.

Tutkimus ei suoranaisesti perustu vertailuasetelmaan, vaikka aineisto koostuukin kahdenlaisista haastatteluista. Haastateltavat työterveyslääkärit ja kuntoutujat ovat valikoituneet haastatteluun toisistaan riippumatta eli kyseessä ei ole potilas-lääkäri -tilanne. Kuntoutujien osalta kyse on enemmänkin poikkileikkausasetelmasta, sillä kaikkien kuntoutujien kohdalla kuntoutusprosessi oli joko päättynyt tai juuri päättymäisillään. Kuntoutusprosessia ei siis seurata, vaan kuntoutujien tilannetta tarkastellaan takautuvasti muistellen. Toisaalta taas työterveyslääkäreiden haastattelut pohjautuvat sen hetkiseen kokemukseen ja mielipiteeseen kuntoutusprosessiin liittyen. Koska työterveyslääkärit ovat avainasemassa työeläkekuntoutusprosessissa, tutkimukseni tavoitteena on havainnollistaa, miten eri tavoin työterveyslääkärin rooli toteutuu ja mitä mieltä prosessin kannalta kriittisessä roolissa oleva toimija on itse prosessista.

Tutkimuskysymykseni koostuvat yhdestä pääkysymyksestä, johon pyrin saamaan vastauksen apukysymysten avulla:

PÄÄKYSYMYS:

1. Kuka kuntoutusprosessia koordinoi ja mikä toimija on kuntoutujalle tärkein?

APUKYSYMYKSET:

2. Millainen työterveyslääkärin rooli kuntoutusprosessissa on työterveyslääkärin ja toisaalta kuntoutujan näkökulmista sekä onko roolissa havaittavissa tapauskohtaisia eroavaisuuksia?
3. Millaisia muiden toimijoiden roolit kuntoutusprosessissa ovat työterveyslääkärin ja kuntoutujan näkökulmista?

4.1 Aineisto

Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimusmenetelmävalintaa. Koska tavoitteenani oli selvittää ihmisten kokemuksia, mielipiteitä ja käsityksiä, valikoitui aineistonkeruutavaksi haastattelu. Haastattelu on joustava aineistonkeruumenetelmä, sillä haastattelun aikana voin haastattelijana toistaa kysymyksen, oikaista väärinymmärryksiä, selventää kysymyksiä ja viedä haastattelua eteenpäin keskustelemalla haastateltavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Koska kyseessä on pro gradu -tutkimus, edellä mainittu joustavuus auttoi aineistonkeruussa, jolloin tarpeen vaatiessa haastattelun kulkua ja kysymyksiä oli mahdollista muokata etukäteen suunnitellusta.

Toteutin haastattelut puolistrukturoituina teemahaastatteluina, jolloin olin määritellyt aihepiirit ja kysymykset etukäteen kuntoutusprosessin mukaisesti. Työterveyslääkäreiden haastatteluja voidaan pitää asiantuntijahaastatteluina, mutta niissäkin esitin kysymykset mahdollisuuksien mukaan teemojen mukaisesti. Käytännössä tässä tutkimuksessa haastatteluissa oli ohjaavia elementtejä, mutta annoin haastateltaville paljon tilaa oman tulkintansa esille tuomiseen. Esitin haastateltaville etukäteen mietittyjä kysymyksiä, mutta myös tarkentavia kysymyksiä tarpeen vaatiessa, jolloin kaikille haastateltaville ei esitetty kaikkia samoja kysymyksiä. Aineisto on siis syntynyt ihmisten omien kokemusten ja tulkintojen perusteella sekä haastattelijan ja haastateltavan keskinäisestä vuorovaikutuksesta, jolloin sama kysymys on voinut tulla eri haastatteluissa esille eri vaiheessa tai sitä ei ole kysytty ollenkaan, koska haastateltava sivusi sitä jo omatoimisesti.

Teemahaastattelun rungot löytyvät liitteistä. Teemat sisälsivät boldattuja pääkysymyksiä, joiden alle olin etukäteen miettinyt tarkentavia kysymyksiä sen varalle, mikäli haastateltava ei oma-aloitteisesti tuo esille riittävän yksityiskohtaisesti kokemuksiaan tai tutkimuksen kannalta olennaisia seikkoja. Hyödynsin lisäkysymyksiä myös silloin, jos haastattelu eteni arvioitua nopeammassa aikataulussa. Osassa haastatteluista nämä etukäteen mietityt apukysymykset olivat ensiarvoisen tärkeitä, jotta haastattelutilanteesta saatiin kaikki mahdollinen tieto esille. Haastattelujen aikana kirjoitin haastateltavan vastauksista

muistiinpanoja ja seurasin oman haastattelukysymysrunkoni mukaisesti sitä, että käsitelimme haastattelun aikana riittävästi etukäteen mieltimiäni asioita. Haastattelijana pyrin reagoimaan haastateltavan vastauksiin neutraalisti, mutta esitin myös tarkentavia kysymyksiä, kuten esimerkiksi ”tarkoititko, että mielestäsi x oli tärkeässä roolissa y:n kannalta”, jotta ymmärsin oikein, mitä haastateltava tarkoitti.

Tutkimuksen haastatteluaineisto koostuu viidestä kuntoutujan haastattelusta ja neljästä työterveyslääkärin haastattelusta. Keräsin aineiston yksilöhaastatteluina Teams-videopuheluina syys-marraskuussa 2023. Tallensin haastattelut suoraan Teams -alustaa hyödyntäen. Haastateltava sai itse valita pitääkö hän videokuvan päällä haastattelun ajan. Yhteensä neljä haastateltavaa halusi osallistua haastatteluun pelkällä äänellä. Minulla oli haastattelijana kaikissa haastatteluissa videokuva päällä. Kuntoutujien haastattelut kestivät 81–120 minuuttia ja lääkäreiden 56–64 minuuttia. Olin pyytänyt kuntoutujia varaamaan haastatteluun mahdollisimman paljon aikaa, eikä yhtäkään kuntoutujan haastattelua tarvinnut nopeuttaa tai tiivistää aikataulun puitteissa. Koska lääkäreiden aikataulut olivat tarkempia, pyysin heitä varaamaan haastattelulle aikaa vähintään tunnin. Yhtä lääkärihaastattelua lukuun ottamatta haastatteluihin olisi tarvinnut pidemmän ajan ja joitakin kysymyksiä jäi aikataulun vuoksi läpikäymättä. Tämän vuoksi lääkäreiden haastattelut eroavat jonkun verran toisistaan, koska huomasin ensimmäisen haastattelun jälkeen, että pääkysymyksiä piti vähentää entuudestaan, jotta ehdin kysyä edes tärkeimmät kysymykset haastateltavilta.

Haastateltavien hankkiminen tapahtui tiiviissä yhteistyössä Ilmarisen kanssa. Haastateltavat kuntoutujat olivat Ilmarisen asiakkaita, minkä vuoksi heihin otettiin ensin yhteyttä Ilmarisen kuntoutusasiantuntijoiden toimesta. Kuntoutusasiantuntijat ottivat kesällä 2023 yhteyttä asiakkaisiin, joiden kuntoutustoimenpide oli päättynyt tai päättymäisillään. Heille kerrottiin tutkimuksesta ja kiinnostuneille lähetettiin sähköpostilla tarkemmat tiedot sekä yhteydenottolomake, jonka avulla kuntoutuja pystyi kertomaan kiinnostuksestaan osallistua tutkimukseen. Mikäli kuntoutuja ilmoitti yhteystietonsa yhteydenottolomakkeen kautta, tuli siitä tieto suoraan minulle. Alun perin kuntoutujahaastateltavia toivottiin olevan noin neljästä kuuteen henkilöä. Ilmoittautuneita kertyi lopulta viisi, kun ilmoittautumisaikaa pidennettiin vielä viikolla.

Työterveyslääkärihaastateltavien löytäminen lähti liikkeelle Ilmarisen kautta saatujen yhteystietojen pohjalta. Lähetin haastattelukutsun kolmelle eri työterveyshuollon palveluita tarjoavan yrityksen työterveyslääkärille, joita pyysin lisäksi välittämään viestiä eteenpäin mahdollisille haastattelusta kiinnostuneille lääkäreille. Kuten kuntoutujahaastateltavienkin kohdalla, työterveyslääkäreidenkin kutsussa oli erillinen linkki yhteydenottolomakkeeseen, jonka kautta halukkaat pystyivät jättämään yhteystietonsa, jolloin tieto kiinnostuksesta osallistua tutkimukseen tuli minun tietooni. Myös työterveyslääkäreitä toivottiin alun perin olevan neljästä kuuteen henkilöä ja lopulta kiinnostuneita kertyi neljä kahdessa eri yrityksessä työskentelevää työterveyslääkärinä.

Haastattelujen eteneminen

Haastattelun aluksi kerroin haastateltavalle lyhyesti tutkimuksen olevan sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkimus. Koska tutkimus toteutetaan toimeksiantosopimuksena Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Ilmarisen kanssa, mainitsin myös siitä haastattelun aluksi. Lisäksi kerroin haastateltavalle haastattelun tallennuksesta ja sen luottamuksellisesta säilyttämisestä sekä haastateltavan oikeudesta perua tutkimukseen osallistuminen. Pyysin tallennukselle myös haastateltavan suullisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta. Tämän jälkeen kerroin haastateltavalle lyhyesti haastattelun sisällöstä ja etenemisestä: teemahaastattelussa edetään tiettyjen teemojen mukaisesti, mutta teemoista sai poiketa, mikäli omat näkemykset loivat sille tarpeen.

Kuntoutujien haastattelut alkoivat yhteydenottolomakkeen vastausten läpikäynnillä, jolloin varmistin vastausten paikkansapitävyyden ja sain yleiskuvan haastateltavan kuntoutusprosessista. Yhteydenottolomakkeessa kuntoutujan oli pitänyt valita kategorisesti oma ikäluokka, arvioida oman työn fyysistä ja psyykkistä kuormittavuutta, kertoa työkyvyn alentumiseen johtaneesta syystä ja omasta kuntoutustoimenpiteestä sekä se, onko kuntoutus päättynyt. Yhteydenottolomakkeen läpikäynnin jälkeen kysyin kolme taustakysymystä, joiden tarkoituksena oli luoda parempi ymmärrys haastateltavan tilanteesta, jolloin pystyin muotoilemaan tulevat kysymykset haastateltavan tilanteeseen

sopivaksi. Kysymyksillä taustoitettiin haastateltavan työhistoriaa, työsuhteen tilannetta ja yleistietämystä kuntoutusprosessista ennen tätä kyseistä kuntoutusprosessia.

I TEEMA: Ennen kuntoutusta.

II TEEMA: Kuntoutus alkaa.

III TEEMA: Kuntoutuksen aikana.

IV TEEMA: Kuntoutuksen päättyminen.

Ensimmäinen teema piti sisällään kysymyksiä, joilla taustoitin kuntoutujan tilannetta ennen kuin kuntoutusprosessi alkoi. Teeman tarkoituksena oli selvittää, miten kuntoutujan työkyvyn alentuminen alkoi ja miten häntä ohjattiin sekä mitä eri toimijoita hänen tilanteessaan oli mukana. Ensimmäisessä teemassa selvitin sairausloma-aikaa, ensimmäisiä kontakteja työterveyshuollon kanssa, työnantajan roolia, kuntoutusprosessiin liittyvää neuvontaa ja kuntoutujan omia näkemyksiä prosessista sen alkuvaiheessa.

Seuraava teema koski kuntoutuksen alkua. Kysyin haastateltavalta työeläkekuntoutuksen hakemisprosessista, motivaatiotasosta ja oman roolin ymmärryksestä. Tämä teema sekoittui usein ensimmäisen ja kolmannen teeman kanssa, mutta haastattelukysymyksiä teemoitellessani, tuntui tämä jaottelu silti tärkeältä, sillä aiempien tutkimusten perusteella esimerkiksi motivaatiotaso ja kuntoutujan oma ymmärrys prosessista sen alkuvaiheessa ovat isossa roolissa kuntoutusprosessin etenemisen ja lopputuloksen kannalta.

Kolmannessa teemassa siirryin käsittelemään kuntoutujan kokemuksia kuntoutusprosessin ajalta. Tämä teema limittyi vahvasti edelliseen, mutta pääpaino oli ajassa, jonka haastateltava itse koki kuntoutuksen aikaiseksi. Haastattelukysymykset koskivat eri toimijoita, joita prosessissa oli mukana ja mitä he tekivät prosessin aikana. Esitin tarkentavia kysymyksiä eri toimijoiden rooleista tarpeen vaatiessa. Tässä teemassa käsiteltiin myös ohjausta ja neuvontaa yleisellä tasolla.

Viimeinen teema keskittyi tarkemmin kuntoutusprosessin loppuun, jolloin kysyin haastateltavalta hänen nykyisestä tilanteestaan, arviota kuntoutusprosessista kokonaisuudessaan ja sitä, minkä toimijan haastateltava koki olleen oman

kuntoutusprosessinsa koordinoija. Lisäksi lopuksi haastateltava sai tuoda esille haluamiaan asioita kuntoutusprosessiinsa liittyen.

Olin miettinyt ja teemoitellut haastattelukysymykset etukäteen kuntoutusprosessin mukaisesti aikajärjestykseen. En esittänyt kaikkia kysymyksiä kaikille haastateltaville ja tilanteesta riippuen esitin tarkentavia kysymyksiä riippuen heidän omista vastauksistaan. Koska olin jättänyt haastatteluihin tilaa haastateltavan omille tulkinnoille ja vapaalle kerronnalle, kaikille haastateltaville ei ollut tarpeen esittää samoja kysymyksiä, mikäli vastaus oli jo esimerkiksi tullut esille aiemmin.

Työterveyslääkäreiden yhteydenottolomakkeessa pyysin lääkäreitä kertomaan työterveyslääkärinä toimimisen kestoja sekä sitä, missä yrityksessä työskentelee. Pyysin nämä tiedot sen varalta, mikäli haastatteluun olisi ilmoittautunut useampi lääkäri, joita olisi ehditty haastatella, jolloin olisi pitänyt tehdä tarkempaa valintaa siitä, kenet haastatteluun valitaan. Aloitin työterveyslääkäreiden haastattelut kuntoutujien tapaan taustakysymyksillä. Pyysin lääkäreitä kertomaan ensin lyhyesti omasta työhistoriastaan ja nykyisestä työtehtävästään. Lisäksi pyysin heitä arvioimaan sitä, kuinka paljon heidän työajastaan kuluu työkyvyn tukemiseen verrattuna työkyvyn tai sairauden hoitamiseen. Koska lääkäreillä oli tiukemmat aikataulut, oli haastattelutilanteissa aina tärkeää seurata kelloa ja varmistaa, että haastateltava ehtisi vastaamaan mahdollisimman moneen kysymykseen. Lääkäreiden näkökulmat ja taustat vaikuttivat paljon siihen, millaiseksi haastattelu muodostui, minkä vuoksi lääkäreiden haastattelujen sisällöt poikkesivat toisistaan enemmän kuin kuntoutujien haastattelut. Oman alansa asiantuntijoita haastateltaessa huomasin, että haastateltavat kertovat herkästi huomattavasti laajemmin ajatuksiaan, eikä tarkentavia kysymyksiä tarvittu yhtä paljon kuin kuntoutujien haastatteluissa.

I TEEMA: Työkyvyn tukeminen ja työterveysyhteistyö ennen sairausloma tai sen pitkittymistä (ennaltaehkäisy).

II TEEMA: Työntekijän työkyky on alentunut / sairausloma-aika ja kuntoutukseen ohjaaminen.

III TEEMA: Työeläkekuntoutuksen aikana.

IV TEEMA: Työterveyshuollon osaaminen kuntoutukseen liittyen ja yhteistyön toimivuus.

Teemoittelin myös lääkäreiden haastattelukysymykset etukäteen niin, että ensimmäisessä teemassa kysymykset painottuivat työkyvyn tukemiseen ja työterveysyhteistyöhön. Kysyin haastateltavilta esimerkiksi sitä, mitä keinoja he käyttävät työkyvyn tukemiseksi ja millaista yhteistyötä he tekevät työnantajien kanssa. Tämä teema oli selkeästi vaikein haastattelun kannalta ja haastateltavien oli vaikea ymmärtää, mitä kysymyksillä tarkoitettiin. Etukäteen mietityt kysymyksenasettelut osoittautuivat turhan haastaviksi käytännössä, mutta tarkentavien kysymysten avulla haastateltavat ymmärsivät kysyttävän aiheen paremmin.

Toisessa teemassa kysyin haastateltavilta kuntoutukseen ohjaamisesta, eri kuntoutustoimenpiteiden käytöstä ja työterveyshuollon roolista kuntoutusprosessin alussa. Toinen teema piti sisällään kysymyksiä, jotka liittyivät aiempaa suuremmin kuntoutukseen ohjaamiseen ja kuntoutusprosessin käynnistämiseen. Kolmas teema sisälsi puolestaan kysymyksiä kuntoutusprosessin aikaisiin rooleihin liittyen, minkä lisäksi kysyin lääkäreiltä suoraan mitä heidän mielestään tarkoittaa kuntoutuksen tai kuntoutustoimenpiteiden koordinointi ja kuka sitä heidän mielestään tekee.

Viimeisessä teemassa keskityin työterveyshuollon kuntoutukseen liittyvän osaamisen tasoon ja eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön. Pyysin lääkäreitä esimerkiksi arvioimaan sitä, millä tasolla ammatilliseen kuntoutukseen liittyvä osaaminen on heidän mielestään keskimäärin työterveyshuollossa. Kysyin myös tarkemmin siitä, millaista yhteistyötä haastateltavat tekevät eri toimijoiden kanssa ja toisaalta millaista he toivoisivat yhteistyön olevan. Kysyin lääkäreiltä myös suoraan, kuka heidän mielestään johtaa kuntoutusprosessia.

Litterointi

Litteroin tallennetut haastattelut erillisiksi Word -tiedostoiksi. Kirjoitin ensimmäisen litterointiversioon niin, että kirjoitin haastattelijan ja haastateltavan vastausvuorot putkeen omiksi kappaleiksiin, jotta vastaukset eivät sekoitu keskenään. Tässä versiossa kirjoitin puheen sanasta sanaan, sisältäen toistot ja täytesanat kokonaisuudessaan ilman pisteitä tai pilkkuja. Kuntoutujien haastattelut olivat tässä vaiheessa 20–32 sivua pitkiä ja niissä oli 8613–13619 sanaa. Lääkäreiden ensimmäiset litterointiversiot olivat puolestaan kaikki 12 sivua pitkiä ja niissä oli 5656–8018 sanaa.

Toisella litterointikierroksella kirjoitin aineiston selkeiksi lauseiksi ja muotoilin tekstin paremmin luettavaan muotoon. Tässä vaiheessa myös anonymisoin aineiston poistamalla mm. haastateltavan mainitseman paikkakunnan, työnantajan tai muun tarkan yksityiskohdan, josta hänet olisi mahdollista tunnistaa. Yhdenmukaistin myös murteita ja sanavalintoja niin, että mahdollinen tunnistettavuus poistui, muuttamatta kuitenkaan haastateltavan kertomaa sisältöä. Koska tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut haastateltavien näkemyksistä ja kokemuksista, ei aineistoon ollut tarpeellista jättää kaikkia puheen ja puhutavan yksityiskohtia. Satunnaisissa tilanteissa pidemmät tauot, naurahdukset ja huokaukset kuitenkin ilmentävät myös mielipiteitä, joten jätin sellaiset aineistoon merkkäämällä ne erikseen (esim. *syvä huokaus* tai *naurahten*). Lopullista litteraatiota kertyi yhteensä 117 sivua.

Taulukko 1. Haastatteluaineisto

Haastateltava	Haastattelun kesto ja yhteyden laatu	1. litterointiversio	2. litterointiversio
K21	83 min., ei videokuvaa	20 sivua, 9624 sanaa	15 sivua, 6390 sanaa
K22	120 min., videokuvalla	23 sivua, 13619 sanaa	15 sivua, 8484 sanaa
K23	94 min., ei videokuvaa	32 sivua, 8613 sanaa	22 sivua, 5669 sanaa
K24	89 min., videokuvalla	32 sivua, 11624 sanaa	17 sivua, 6988 sanaa
K25	81 min., videokuvalla	20 sivua, 10390 sanaa	12 sivua, 6229 sanaa
L31	56 min., ei videokuvaa	12 sivua, 5656 sanaa	9 sivua, 4152 sanaa
L32	64 min., ei videokuvaa	13 sivua, 8018 sanaa	8 sivua, 4642 sanaa
L33	61 min., videokuvalla	12 sivua, 5933 sanaa	10 sivua, 4910 sanaa
L34	60 min., videokuvalla	12 sivua, 7828 sanaa	9 sivua, 5669 sanaa
Yhteensä:	648 min.	173 sivua, 81 305 sanaa	117 sivua, 53 133 sanaa

4.2 Analyysimenetelmä

Laadullisen aineiston analyysin tehtävä on tuottaa aineistosta jotakin suurempaa ja päästä pintaa syvemmälle (Günther, Hasanen & Juhila 2023). Aloitin analyysin tutustumalla huolellisesti aineistooni useammalla lukukerralla, jonka jälkeen lähdin koodaamaan sitä. Koska keräsin ja litteroin aineiston itse, voidaan Hakalan (2017) mukaan myös katsoa, että analyysi ja tulkinta alkoivat jo aineiston keräys- ja litterointivaiheessa, jolloin kirjoitin ylös mieleen nousseita ajatuksia haastateltavien vastauksista. Lisäksi litteroinnissa vaistomaisesti reflektoi omaa käytöstään haastattelijana ja sitä, kuinka oma toiminta on voinut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin. Analyysimenetelmästä riippumatta on Güntherin ja hänen kollegoidensa (2023) mukaan tärkeää, että analyysin tekeminen kuvataan mahdollisimman realistisesti ja tuodaan esille, miten ja miksi se on tehty tietyllä tavalla. Valintojen perustelevuus luo analyysille uskottavuutta ja luotettavuutta.

Aineiston koodaamisen aloitin lukemalla aineistoa ja merkitsemällä tutkimuskysymysten kannalta oleelliset kohdat eri värillä. Tätä tekniikkaa voidaan Juhilan (2023) mukaan kutsua ”värikynä” -tekniikaksi. Koodauksen yhteydessä pidin tutkimuskysymyksiä näkyvillä, jotta pystyin paremmin havaitsemaan aineistosta juuri tämän tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Ensimmäisellä koodauskierroksella merkitsin matalalla kynnyksellä keltaisella korostuskynällä kaikki ne kohdat, joissa haastateltava käsitteli tai sivusi tutkimuskysymysten kannalta oleellisia asioita. Tämä karkea koodaus oli tarpeen, jotta aineistosta karsiutui pois ne kohdat, jotka olivat tutkimuskysymysten kannalta täysin turhia. Haastattelukysymysten tarpeellisuutta oli vaikea arvioida ennen haastattelutilanteita,

minkä vuoksi aineistoon päätyi lopulta jonkin verran epäoleellisiakin asioita. Haastattelun aikana oli myös tarpeellista kysyä tarkentavia kysymyksiä haastateltavan kuntoutusprosessista ajallisesti, jotta varmistuini siitä, milloin mitään on tapahtunut. Analyysin kannalta nämä kohdat eivät kuvasta tutkimuskysymyksiin vastaamista, mutta ne antavat tarpeellista taustatietoa aineiston ymmärtämiseksi. Lisäksi osa haastateltavista kertoi

tilanteestaan selkeästi luvemmin, jolloin aineiston kannalta epäoleellista tietoa kertyi enemmän.

Ensimmäinen koodaus: korostin kuntoutujien aineistossa kohdan, mikäli se liittyi:

- I. Kuntoutuksen toimivuuteen**
- II. Kuntoutuksen toimijoihin**
- III. Kuntoutusprosessiin**
- IV. Kritiikkiin tai hyviin kokemuksiin**
- V. Omaan rooliin prosessissa**

Ensimmäinen koodaus: korostin lääkäreiden aineistossa kohdan, mikäli se liittyi:

- I. Työterveyslääkärin tai muun toimijan rooliin/työtehtäviin kuntoutuksessa**
- II. Työterveyslääkärin omaan osaamiseen**
- III. Mielipiteisiin prosessista**

Jatkoin karkean koodauksen jälkeen aineiston yksityiskohtaista koodaamista ja merkitsin korostettujen kohtien tekstit eri väreillä. Jätin ensimmäisen koodauskierroksen omaan tiedostoonsa, josta tehtyyn kopioon tein jatkokoodauksen. Tässä vaiheessa tein myös erillisen tiedoston, johon jaottelin yksityiskohtaisemmin koodatut osiot haastattelukohtaisesti. Kirjoitin uuteen tiedostoon haastattelun sisällön omin sanoin, enkä kopioinut suoraan litteroinnin tekstiä, jolloin pystyin tiivistämään aineistoa ja muokkaamaan sitä täysin anonyymiin muotoon. Pysin kuitenkin pitämään tekstin mahdollisimman lähellä sitä, mitä haastateltava oli sanonut ja tarpeen vaatiessa toin suoria lainauksia myös tähän tiedostoon, mikäli ne kuvastivat tarkemmin haastateltavan ajatuksia (esim. ”Kertoo saaneensa ”hyvin ohjeistusta” siitä, miten edetään”). Mikäli mieleeni tuli ajatuksia ja laajempaa tulkintaa haastateltavan maininnasta tai jokin muu huomio, merkkasin sen erikseen tekstin joukkoon muistiin.

Toinen koodaus: tutkimuskysymysten mukainen jaottelu kuntoutujilla:

I. Työterveyshuollon toiminta

- **Mainitsee työterveyslääkärillä käynnin, yhteydenoton tai muun ohjauksen**
- **Tuo esille mielipiteen työterveyshuollon toiminnasta**
- **Kertoo sairausloma-ajasta tai työkyvyn selvittelystä**

II. Muiden toimijoiden toiminta

- **Tuo esille käynnin muualla terveystalveissa kuin työterveyshuollossa**
- **Mainitsee työeläkeyhtiön asiantuntijan tai palveluntuottajan valmentajan**
- **Mainitsee työnantajaan liittyvän toimijan**

III. Kuntoutujan oma toiminta

- **Tuo esille omat päätökset ja ymmärryksen kuntoutusprosessista**
- **Kertoo omasta roolista tai kokemuksista**
- **Kertoo mielipiteen prosessista tai toimijoista**

Työterveyslääkäreiden osalta tutkimuskysymysteni mukaisesti olen kiinnostunut siitä, millainen työterveyslääkärin rooli kuntoutusprosessissa on heidän itsensä mielestä. Tätä on aineistossa kysytty sekä suoraan että välillisesti haastateltavilta, jolloin he ovat kuvanneet sitä, mitä heidän omaan työhönsä heidän mielestään kuuluu kuntoutusprosessia ajatellen. Toisena kiinnostuksen kohteena on se, millaiseksi työterveyslääkäri kokee kuntoutusprosessin koordinoinnin ja kenelle se heidän mielestään kuuluu. Työterveyslääkärin roolin ja työtehtävien lisäksi olen kiinnostunut myös siitä, millaisena he näkevät muiden toimijoiden roolit kuntoutusprosessissa. Vaikka lääkäreiltä ei kysytty suoraan mielipiteitä kuntoutusprosessista ja työkyvyn tukemisesta, toivat he luonnostaan silti esille laajemminkin omia mielipiteitään. Tämän vuoksi yleiset mielipiteet ja huomiot on koodattu erikseen.

Toinen koodaus: tutkimuskysymysten mukainen jaottelu lääkäreillä:

I. Työterveyslääkärin työ ennen kuntoutusprosessia ja lääkärin rooli ennaltaehkäisyssä

II. Työterveyslääkärin rooli kuntoutusprosessin aikana

III. Muiden toimijoiden roolit työterveyslääkärin näkökulmasta

IV. Muut mielipiteet ja huomiot kuntoutusprosessiin liittyen

Aineiston analyysi jatkui etsimällä koodauksista toistuvia asioita ja toisaalta kohtia, joissa haastateltavien kokemukset ja näkemykset ovat eronneet toisistaan. Tätä voidaan Tuomin ja Sarajärven (2009) mukaan kutsua luokitteluksi, joka on yksinkertaista aineiston järjestämistä. Analyysiäni voidaan pitää teorialähtöisenä, koska aineisto on kerätty tutkimuskysymyksiini pohjatuen, jotka puolestaan ovat syntyneet teorian ja siihen liittyvän hypoteesini ympärille. Toisaalta luokittelussa on myös nähtävissä aineistolähtöisyyttä, koska aineisto perustuu ihmisten näkemyksiin ja kokemuksiin, jolloin heidän esille tuomat asiat ovat merkityksellisiä analyysini kannalta riippumatta siitä, vastasiko se suoraan haastattelu- tai tutkimuskysymykseeni.

Koodausten ja tutkimuskysymysten perusteella hahmottelin yläluokat jälleen erilliseen tiedostoon. Koska olen tutkimuksessani kiinnostunut samoista asioista eri näkökulmista, olivat yläluokat samat sekä kuntoutujille että lääkäreille. Yläluokkien alle muodostui hiljalleen eri määrä alaluokkia riippuen siitä, mitä haastateltavat olivat tuoneet esille. Sekä yläluokkien että alaluokkien määrittely oli osaltaan syntynyt jo aineistoa koodatessa, jolloin havaitsin aineistossa toistuvia asioita ja luokittelu alkoi alustavasti hahmottumaan. Luokat eivät kuitenkaan pysyneet alusta alkaen samoina, vaan muokkasin luokkien nimiä analyysin edetessä. Luokittelun aikana kävin eri haastattelujen koodatut osiot useampaan kertaan läpi, jolloin vältyin siltä, että ensimmäisenä luokittelemani haastattelu ohjaisi liikaa muiden haastattelujen luokittelua. Toisin sanoen, jotta en lähtisi suoraan etsimään toiselta haastateltavalta niitä asioita, joita edellinen oli sanonut. Luokat muodostuivat tällöin kaikkien haastattelujen yhteisvaikutuksesta eikä niin, että ensimmäisestä haastattelusta löydettyt luokat olisivat ohjanneet suoraan muiden haastattelujen luokitteluja.

Yläluokat, jotka pohjautuvat tutkimuskysymyksiini, ovat sekä kuntoutujien että lääkäreiden aineiston luokittelussa samat:

- I. **Työterveyshuollon toiminta**
- II. **Muiden toimijoiden toiminta**
- III. **Kokemukset ja mielipiteet kuntoutusprosessista ja sen koordinoinnista**

Kuntoutujien näkökulmasta yläluokkien alle muodostui luokat seuraavasti:

- I. Työterveyshuollon toiminta**
 - a. Aktiivisempi kokemus työterveyshuollosta
 - b. Passiivisempi kokemus työterveyshuollosta
 - c. Työterveyshuollon päättyminen
- II. Muiden toimijoiden toiminta**
 - a. Oma rooli
 - b. Työnantaja
 - c. Eläkeyhtiö
 - d. Joku muu
- III. Kokemukset ja mielipiteet kuntoutusprosessista ja sen koordinoinnista**
 - a. Yleiset mielipiteet
 - b. Oma motivaatio ja prosessin ymmärtäminen
 - c. Kuntoutusprosessin koordinointi
 - d. Kuntoutusprosessin toimijoiden roolit

Käytännössä luokittelu tapahtui niin, että kävin ensin läpi yhden kuntoutujan aineiston koodatun osion, joka liittyi työterveyshuollon toimintaan (alaluokka 1.). Siirsin uuteen ”luokittelu-tiedostoon” yksinkertaistetusti tiedon siitä, mitä haastateltava oli kertonut työterveyshuollon tehneen tai jättäneen tekemättä, esim. ”Työterveyshuolto tutki perusteellisesti työkykyvaivan” tai ”Työterveyshuolto ei seurannut työkykyä”. Yleistävän ja yksinkertaistavan otsikon alle säilytin tarkemman tiedon siitä, kuinka se oli tapahtunut kyseisellä haastateltavalla, esim. ”Käynti sairaanhoitajalla, joka ohjasi lääkärille”. Tarkemman tiedon kohdalle merkitsin myös aina numeroin, kuka haastateltava oli kyseessä (K21-K25). Jollekin riville saattoi jäädä vain yksi numero, jolloin kyseinen asia oli tapahtunut vain yhdelle haastateltavista, mutta monilla riveillä oli useamman haastateltavan numero, jolloin tapahtuma tai ajatus oli yhdenmukainen kaikkien mainittujen haastateltavien kohdalla.

Seuraavana luokittelin sen, millaisina muiden kuin työterveyshuollon toimijoiden roolit näyttäytyvät kuntoutujalle (2.). Luokittelin viimeisenä ne asiat, jotka liittyivät päätutkimuskysymykseeni eli kuntoutusprosessin koordinointiin (3.). Tämä oli tarpeellista tehdä muiden luokittelujen jälkeen, sillä koordinointia ja siihen liittyviä mielipiteitä oli vaikeampi koodatessa erotella täysin omaksi osiokseen, minkä vuoksi tämän yläluokan alainen luokittelu oli lopulta työläin ja laajin. Ennen koordinointiin liittyvää luokittelua oli tarpeen saada kokonaiskuva eri toimijoiden toiminnasta sekä kuntoutujan ajatuksista, jolloin koordinointiin liittyvät asiat oli helpompi poimia viimeisenä. Koodauksen aikana olin pyrkinyt

erottelemaan koordinointiin liittyvät asiat erikseen, mutta luokittelun aikana huomasin myös muiden osioiden sisällössä koordinointiin liittyviä asioita. Tämän luokan luokittelu vaati lopulta kaikkien koodattujen osioiden läpikäyntiä, jolloin sama asia kuului sekä yläluokkaan 1. työterveyshuollon toiminta että 3. kokemukset ja mielipiteet kuntoutusprosessista ja sen koordinoinnista -yläluokkaan.

Myös lääkäreiden aineiston luokittelussa yläluokat jaottuivat samoin kuin kuntoutujilla. Alaluokat muodostuivat puolestaan tutkimuksen kiinnostuksenkohteiden kautta eli kuinka lääkärit näkevät kuntoutusprosessin koordinoinnin (3.1), oman roolinsa työntekijän työkyvyn tukemisessa (1.1) ja toisaalta kuntoutusprosessin aikana (1.2) sekä millaisena he kokevat muiden toimijoiden roolit ja tärkeyden prosessissa (2.1 ja 2.2). Koska olen kiinnostunut rooleista ja toiminnan merkityksestä prosessissa, jaoin toiminnan laadun vielä aktiiviseen ja passiiviseen, jotka näin ollen muodostivat vielä alaluokan alaluokat.

Koska aineistoa voidaan työterveyslääkäreiden osalta pitää myös asiantuntijahaastatteluista muodostuneena, koin tärkeäksi ottaa analyysissä huomioon myös tutkimuksen alkuperäisten tutkimuskysymysten ohella esille tulleita mielipiteitä eri toimijoista ja kritiikkiä kuntoutusprosessiin liittyen. Ylhäältä tulevien sääntöjen ja ohjeiden tulkitseminen tehdään käytännön työssä, minkä vuoksi siellä ilmenevät kokemukset ja näkemykset ovat arvokkaita prosessin toimivuuden arvioinnissa. Tämän vuoksi sisällytin koordinointiin liittyvään yläluokkaan (3.) lääkäreiden osalta puhtaasti asiantuntijoiden mielipiteisiin liittyvän alaluokat (3.2 ja 3.3).

- I. Työterveyshuollon toiminta**
 - a. Työkyvyn tukeminen ja ennaltaehkäisy**
 - i. Aktiivinen toiminta**
 - ii. Passiivinen toiminta**
 - b. Toiminta kuntoutuksen aikana**
 - i. Aktiivinen toiminta**
 - ii. Passiivinen toiminta**
- II. Muiden toimijoiden toiminta**
 - a. Työkyvyn tukeminen ja ennaltaehkäisy**
 - i. Aktiivinen toiminta**
 - ii. Passiivinen toiminta**
 - b. Toiminta kuntoutuksen aikana**
 - i. Aktiivinen toiminta**
 - ii. Passiivinen toiminta**
- III. Kokemukset ja mielipiteet kuntoutusprosessista ja sen koordinoinnista**
 - a. Kuntoutuksen koordinointi**
 - i. Työterveyshuollossa**
 - ii. Muualla kuin työterveyshuollossa**
 - b. Työkyvyn tukeminen ja kuntoutusprosessi**
 - i. Positiiviset asiat**
 - ii. Negatiiviset asiat**
 - c. Yleiset mielipiteet ja havainnot kuntoutusprosessiin liittyen**

Lääkäreiden osalta haastattelut ja näin ollen aineisto poikkesi toisistaan enemmän kuin kuntoutujilla, minkä vuoksi luokittelu oli vaikeampaa. Lääkäreiden aineiston luokittelu vaati enemmän tulkintaa ja rivien välistä lukemista, koska samaa tarkoittava asia kävi ilmi huomattavan eri tavalla riippuen lääkäristä. Lääkäreiden oman alansa asiantuntijuus näkyi vahvasti, minkä vuoksi monia asioita ei sanottu ytimekkäästi suoraan, vaan vastausta pohjustettiin ja vältettiin kärkkäitä ja yksiselitteisiä vastauksia. Tämän vuoksi analyysi vaati omaa tulkintaani ja päättelykykyä enemmän, kuin kuntoutujien kohdalla.

Taulukko 2. Aineiston luokittelun runko, joka pohjautuu tutkimuskysymyksiin, joista syntyi aineiston yläluokat ja niiden alaluokat.

Tutkimuskysymykset	Millainen työterveyslääkärin rooli kuntoutusprosessissa on työterveyslääkärin ja toisaalta kuntoutujan näkökulmista sekä onko roolissa havaittavissa tapauskohtaisia eroavaisuuksia?	Millaisia muiden toimijoiden roolit kuntoutusprosessissa ovat työterveyslääkärin ja kuntoutujan näkökulmista?	Kuka kuntoutusprosessia koordinoi ja mikä toimija on kuntoutujalle tärkein?						
Yläluokat tutkimuskysymysten pohjalta	1. Työterveyshuollon toiminta	2. Muiden toimijoiden toiminta	3. Kokemukset ja mielipiteet kuntoutusprosessista ja sen koordinoinnista						
Kuntoutujien vastausten alaluokat	1.1. Aktiivisempi kokemus työterveyshuollosta	2.1. Oma rooli	3.1. Yleiset mielipiteet						
	1.2. Passiivisempi kokemus työterveyshuollosta	2.2. Työnantaja	3.2. Oma motivaatio ja prosessin ymmärtäminen						
	1.3. Työterveyshuollon päättyminen	2.3. Eläkeyhtiö	3.3. Kuntoutusprosessin koordinointi						
		2.4. Joku muu	3.4. Kuntoutusprosessin toimijoiden roolit						
Työterveyslääkäreiden vastausten alaluokat	1.1. Työkyvyn tukeminen ja ennaltaehkäisy	2.1 Työkyvyn tukeminen ja ennaltaehkäisy	3.1 Kuntoutuksen koordinointi						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1.1.1. Aktiivinen toiminta</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1.1.2. Passiivinen toiminta</td> </tr> </table>	1.1.1. Aktiivinen toiminta	1.1.2. Passiivinen toiminta	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">2.1.1. Aktiivinen toiminta</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">2.1.2. Passiivinen toiminta</td> </tr> </table>	2.1.1. Aktiivinen toiminta	2.1.2. Passiivinen toiminta	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">3.1.1. Työterveys huollossa</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">3.1.2. Muualla kuin työterveyshuollossa</td> </tr> </table>	3.1.1. Työterveys huollossa	3.1.2. Muualla kuin työterveyshuollossa
	1.1.1. Aktiivinen toiminta	1.1.2. Passiivinen toiminta							
	2.1.1. Aktiivinen toiminta	2.1.2. Passiivinen toiminta							
	3.1.1. Työterveys huollossa	3.1.2. Muualla kuin työterveyshuollossa							
1.2. Toiminta kuntoutuksen aikana	2.2. Toiminta kuntoutuksen aikana	3.2. Työkyvyn tukeminen ja kuntoutusprosessi							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1.2.1. Aktiivinen toiminta</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1.2.2. Passiivinen toiminta</td> </tr> </table>	1.2.1. Aktiivinen toiminta	1.2.2. Passiivinen toiminta	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">2.2.1. Aktiivinen toiminta</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">2.2.2. Passiivinen toiminta</td> </tr> </table>	2.2.1. Aktiivinen toiminta	2.2.2. Passiivinen toiminta	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">3.2.1. Positiiviset asiat</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">3.2.2. Negatiiviset asiat</td> </tr> </table>	3.2.1. Positiiviset asiat	3.2.2. Negatiiviset asiat	
1.2.1. Aktiivinen toiminta	1.2.2. Passiivinen toiminta								
2.2.1. Aktiivinen toiminta	2.2.2. Passiivinen toiminta								
3.2.1. Positiiviset asiat	3.2.2. Negatiiviset asiat								
		1.1. Yleiset mielipiteet ja havainnot kuntoutusprosessiin liittyen							

5. TYÖELÄKEKUNTOUTUS TYÖTERVEYSLÄÄKÄREIDEN JA KUNTOUTUJIIEN NÄKÖKULMISTA

Tulokset esitetään tutkimuskysymyksiin pohjaten niin, että sekä kuntoutujien että työterveyslääkäreiden vastaukset ovat omina alalukuinaan. Vaikka aihe onkin molemmissa sama, erosivat vastaukset ja kysymysten tulkinnat toisistaan, jolloin niiden yhdistäminen samoihin kappaleisiin olisi vaikeuttanut tulosten ymmärtämistä ja tehnyt tulkinnasta turhan vaikeaa. Aineiston pienuudesta ja aiheen arkaluonteisuudesta johtuen tuloksissa ei esitetä haastateltujen koodeja (esim. K1). Kappaleissa mainitut ”toisella kuntoutujalla” tai ”viides kuntoutuja” eivät siis tarkoita kaikissa kappaleissa samaa haastateltavaa, vaan järjestysnumero on muodostunut puhtaasti tuloksia auki kirjoittaessa. Tuloksissa esitetyt suorat lainaukset on eroteltu haastateltavien kesken kappalejaolla.

5.1 Työterveyslääkäri osana kuntoutusprosessia

Kuntoutujien näkökulma

Kuntoutujilla oli havaittavissa selkeät kokemukset työterveyshuollon toiminnasta kuntoutusprosessissaan ja he osasivat tuoda esille työterveyshuollon toimintaa ja mielipiteitään asiasta ilman vaikeuksia. Kaikkien haastateltavien kohdalla työterveyslääkäri oli kirjoittanut kuntoutujalle sairauslomaa: kolme haastateltavista jäi sairauslomalle heti ensimmäisen käynnin jälkeen ja kaksi useamman kontaktoinnin jälkeen. Työkyvyn alentuminen tutkittiin ja diagnosoitiin työterveyshuollossa kolmella kuntoutujista, kun taas neljännellä työkykyä alentava sairaus oli diagnosoitu jo aiemmin ja viides kuntoutuja koki, että työterveyshuolto ei tutkinut työkykyä riittävästi, jolloin työhöntulotarkastuksessa hänet oli arvioitu työkykyiseksi ottamatta kantaa kuntoutujan esille tuomiin työkykyasioihin.

Työkyvyn selvittely ja seuranta kuitenkin jatkui työterveyshuollossa kaikilla kuntoutujilla: sovittuja kontrollikäyntejä työterveyslääkärillä, keskustelukäyntejä työterveyshoitajan kanssa tai sairausloman jatkamiseen liittyviä ajanvarauksia. Työterveyslääkäri oli ohjannut kuntoutujia työterveyshuollon kirurgille jatkotutkimuksiin, sosiaalialan asiantuntijalle ja työterveyspsykologille. Kahdella kuntoutujalla työterveyslääkäri oli ohjannut myös työterveyshuollon ulkopuolelle: julkisen terveydenhuollon psykiatriselle sairaanhoitajalle, Kelan kuntoutukseen ja Kelan psykoterapiaan. Yhden kuntoutujan kohdalla työkyvyn selvittely ja tukeminen jäi vähäisemmäksi: lääkitys ja sairausloman jatkaminen.

Kaikille kuntoutujille oli järjestetty vähintään yksi työterveysneuvottelu ja kolmella neuvottelua oli useampia. Kolme kuntoutujaa koki, että työterveyslääkäri ohjasi keskustelua neuvottelutilanteessa. Yhden kuntoutujan mielestä työterveysneuvottelutilanne oli tasapuolinen, jolloin kaikki osallistuivat keskusteluun yhtä paljon. Yksi kuntoutuja ei osannut ottaa kantaa työterveysneuvottelutilanteen rooleihin. Kahden kuntoutujan kohdalla työterveyslääkäri oli toiminut selkeästi työnantajan mielipiteestä eriävästi. Näissä tilanteissa molemmat kuntoutujat kokivat työterveyshuollon toiminnan olleen tilanteessa hyvää: työterveyslääkäri loi turvallisuutta tilanteeseen ja kuntoutuja koki työterveyshuollon ymmärtävän tilannettaan paremmin, kuin työnantajan edustaja.

Työkyvyn tukemiseksi työterveyslääkäri oli kaikilla kuntoutujilla ehdottanut kuntouttavaa toimenpidettä tai apua työkykyongelmaan. Työterveyslääkäri toi esille tarpeen kevennetystä tai korvaavasta työtehtävästä kolmen kuntoutujan kohdalla, joista yhdellä korvaavan tai kevennetyn työn tekeminen oli mahdollista ja kahdella tällaista mahdollisuutta ei omalla työpaikalla ollut. Sairauslomaa jatkettiin molempien edellä mainittujen kuntoutujien kohdalla ammatillisen kuntoutuksen aloittamiseen saakka: toinen kuntoutujista oli sairauslomalla lähes vuoden ilman kuntouttavia toimenpiteitä, minkä jälkeen hän aloitti uuden alan opiskelun, mutta toinen palasi työterveyslääkärin suosituksesta ensin omaan vanhaan työhönsä lyhyemmällä työajalla. Yhdellä kuntoutujista sairauslomaa jatkettiin, kun lyhyemmällä työajalla omaan työhön palaaminen ei onnistunut.

Kahdella kuntoutujista työterveyshuolto oli jo hyvin varhaisessa vaiheessa tuonut esille tarpeen ammatilliselle kuntoutukselle, koska työkykyvaivan nähtiin jo heti diagnosoidessa aiheuttavan selkeän työkyvyn aleneman nykyiseen työhön. Molempien kohdalla asia jätettiin

kuitenkin mietinnän tasolle ensimmäisillä kerroilla ja vasta työterveysneuvottelutilanteessa asiaan tartuttiin uudelleen ja vakavammin. Työterveyslääkäri toi esille ammatillisen kuntoutuksen ensimmäisen kerran työterveysneuvottelussa kahden kuntoutujan kohdalla.

Työterveyshuollolla oli neljän kuntoutujan kohdalla selkeästi tärkeä rooli kuntoutukseen ohjaamiseen ja neuvomiseen liittyen. Suoraan asiasta kysyttäessä, nämä neljä kuntoutujaa koki, että työterveyslääkäri tai -psykologi oli ollut tärkeä toimija. Yksi kuntoutuja perusteli kokemustaan sillä, että työterveyslääkäri oli ottanut työkykyvaivan tosissaan, minkä vuoksi tutkimukset oli tehty kattavasti, minkä lisäksi hän oli saanut mielestään riittävästi tietoa kuntoutuksesta ja sen etenemisestä. Toisella kuntoutujalla työterveyshuollon rooli oli erityisen merkityksellinen siksi, että hän ei olisi osannut hakea ammatillista kuntoutusta itsenäisesti, minkä vuoksi hän oli saanut paljon tukea työterveyshuollosta kuntoutusprosessin hakemisessa. Kyseinen kuntoutuja toi myös esille, että työterveyslääkäriin sai helposti yhteyden tarvittaessa. Eräs kuntoutuja toi esille, että työterveyslääkäri oli ollut ammattitaitoinen, ohjeistanut hyvin ja ”kannatellut”, jolloin kuntoutuja pystyi luottamaan lääkäriin täysin ja tekemään vain, mitä hän ohjeistaa. Yksi kuntoutuja koki, että työterveyslääkäri loi uskoa ja turvallisuutta sekä ”kylvi siemenen” ammatilliseen kuntoutukseen hakemisesta.

Kaksi kuntoutujaa koki työterveyslääkärin toimineen passiivisemmin, kuin kolme muuta kuntoutujaa. Toinen edellä mainituista toi esille, että oli kysynyt apua kuntoutukseen liittyen työterveyshuollosta, mutta siellä ei oltu osattu auttaa. Kuntoutujaa ei myöskään ohjattu kysymään neuvoa muualta eikä hän omasta mielestään saanut ohjausta kuntoutuksen sisältöön liittyen. Kyseinen kuntoutuja myös vastasi työterveyshuollon olleen ”vaan hiljaa”, kun häneltä kysyttiin, mitä työterveyshuolto teki. Kuntoutujan vastaukset ovat keskenään ajoittain ristiriitaisia, koska hän oli aiemmin maininnut työterveyslääkärin ja -psykologin olleen merkityksellisiä kuntoutuksen kannalta ja että työterveyslääkäriin sai hyvin yhteyden tarpeen vaatiessa. Toisen kuntoutujan kokemus työterveyshuollosta ei myöskään ollut kattava, sillä hän koki, että työterveyshuolto ”hoiti vaan oman tonttinsa”, minkä tulkitsin tarkoittavan sairauden toteamista ja sairausloman kirjoittamista. Työterveyshuolto ei hänen mukaansa selvittänyt työkykyä riittävästi eikä auttanut työkykyvaivan kanssa.

Yhden kuntoutujan tapauksessa työterveyshuolto ei ollut se taho, joka ohjasi kuntoutujan ammatilliseen kuntoutukseen. Hänen kohdallaan määräaikainen työsuhde ja työterveyshuolto päättyivät ennen ammatillisen kuntoutuksen aloittamista. Kolmella kuntoutujalla työterveyshuollon kontaktit vähenivät pikkuhiljaa kuntoutustoimenpiteen alettua, jolloin työterveyshuollon rooli oli selkeästi suurempi kuntoutusprosessin alussa. Kyseisten kuntoutujien mukaan yhteydenpidon väheneminen tapahtui oikea-aikaisesti silloin, kun työterveyshuoltoa ei myöskään enää tarvittu. Yhdellä kuntoutujista sama työterveyshuolto oli mukana koko kuntoutustoimenpiteen ajan, kunnes kuntoutujan työterveyshuolto vaihtui työnantajan vaihtuessa.

Lääkäreiden näkökulma

Ennaltaehkäisy ja varhainen tuki

Työkykyvaivojen ennaltaehkäisyyn liittyen lääkärit olivat yksimielisiä siitä, että ennaltaehkäisevät toimet ovat heille vaikeita, sillä työterveyslääkärien työtehtävät painottuvat enemmän työkyvyn hoitamiseen, sairauslomiin ja kuntoutusprosessiin kuin varsinaiseen ennaltaehkäisyyn. Yhden lääkärin mukaan työkyvyn tukeminen on enemmänkin työterveyshoitajan tehtävä, johon ei vielä tarvita lääkäriä. Työntekijän työkyvyn aleneminen havaitaan kolmen työterveyslääkärin mukaan työterveyshoitajan tai -lääkärin vastaanotoilla tai terveystarkastuksessa. Työkyvyn tuen tarve voidaan myös havaita seuraamalla sairauspoissaolojen määrää ja käyntejä työterveyshuollossa, mutta nämä keinot eivät varsinaisesti ole ennaltaehkäisyä, koska silloin ollaan yhden lääkärin mukaan ”jälkijunassa” asian suhteen. Yhden lääkärin mukaan terveystarkastuksilla ja erilaisilla kyselyillä on mahdollista selvittää varhaisessa vaiheessa työkyvyn haasteita, kuten esimerkiksi fyysistä työtä tekevien liikelaajuuksia seuraamalla, mutta varsinkin kyselyjä hyödynnetään työpaikoilla liian vähän. Yksi lääkäreistä toi esille, että työkyvyn tuen tarpeen havaitseminen työterveyshuollossa on vaikeaa, koska työterveyshuollon käynnit voivat olla hyvin harvassa: mahdollisesti vain yksi käynti vuodessa. Siitä huolimatta työkyvyn tukeminen voi hänen mukaansa olla helpompaa, jos työnantajalla on hyvä ja kattava työterveyshuollon sopimus, jolloin hoidolliset mahdollisuudet paranevat.

Kaikkien lääkäreiden mukaan työkyvyn tukeminen tapahtuu yhteistyössä työnantajan kanssa, minkä lisäksi yksi lääkäri tarkensi, että työterveyshuolto on yhteistyössä enemmänkin ”tukeva instanssi”. Hän tuo myös esille, että työterveyshuollolla ei ole lakisääteistä työkyvyn tukemisen tarpeen vastuuta, vaan ”voimakas suositusoikeus”. Työntekijöiden työkykyvaivojen ennaltaehkäisyyn liittyen kaksi lääkäriä toi esille työterveystiimin tekemän työpaikkaselvityksen, jossa arvioidaan työpaikan työkykyriskejä, jolloin selvityksessä esille nousseisiin asioihin vaikuttaminen on yksi työterveyshuollon keinoista työkykyvaivojen ennaltaehkäisemiseksi. Heidän mukaansa työterveyshuollon koordinoiva tiimi tapaa työnantajaa, jonka kanssa on mahdollista käydä läpi toistuvia työkykytapauksia ja pohtia keinoja, joilla estää toistuvuuden jatkuminen ja näin ennaltaehkäistä tulevia työkykyvaivoja. Yhteistyöhön liittyen yksi lääkäreistä mainitsi, että sekä työterveyshuollolla että työnantajalla on omat vastuunsa ja ”mitä enemmän molemmat koittavat tehdä, sitä parempiin tuloksiin päästään”. Työterveyshuollon vastuulle hän kuvaili tutkimisen, selvittämisen ja kuntoutumisen ohjaamisen, eli sen mitä potilas voi tehdä itse.

Yksi lääkäreistä oli sitä mieltä, että työterveyshuolto ei tunne riittävästi työnantajien toimintatapoja. Työterveyshuolto on hänen mukaansa täysin sen varassa, mitä työnantaja heille kertoo, mitä toinen lääkäri puolsi tuomalla esiin, että työterveyshuolto ”ei kiertele työpaikoilla kyselemässä työntekijöiltä, että mikä sun työkykyisyys tai jaksaminen on”. Ensin mainittu lääkäri toi vielä esille, että toimivaan työterveysyhteistyöhön vaaditaan aktiivinen ja hereillä oleva työterveyslääkäri, joka osaa kysyä ja selvittää. Toisaalta vaikka työterveysyhteistyössä olisikin tehty ”ylätason suunnitelmia” ei ainakaan yksi lääkäri käytä tällaisia malleja työssään, vaan toimii omien resurssiensa mukaan. Hänen mukaansa liian tarkkaan laaditut etukäteissuunnitelmat ovat tarpeettomia, koska työkykyisyys muuttuu jatkuvasti. Kaksi lääkäreistä kertoi toimivansa yhden suuremman työnantajan työterveyshuollon koordinoivana lääkärinä, minkä vuoksi heidän työhönsä kuuluu useita tapaamisia työnantajan kanssa, joissa käydään työkykyasioita läpi ja suunnitellaan tulevaa.

Kun työkyvyn tukemisen tarve on havaittu, työterveyslääkäri ”laatii työtoimintasuunnitelman” ja pohtii tilanteeseen nähden parhaimmat tukikeinot potilaan kanssa. Yksi lääkäri koki myös tällaisen pitkän tähtäimen suunnitelman laatimisen ennaltaehkäisyinä. Kaikki lääkärit toivat esille, että yhtenä heidän tehtävänä on arvioida ja ennustaa sitä, mitä työkykyvaivan kanssa tulee mahdollisesti käymään ja mitä olisi hyvä tehdä. Kaikki lääkärit mainitsivat myös

useita työkyvyn tukikeinoja, joita he hyödyntävät. Eniten lääkärit painottivat työterveysneuvottelun pitämistä matalalla kynnyksellä. Yksi lääkäri sanoi pitävänsä mielellään matalalla kynnyksellä työterveysneuvotteluja, koska hän näkee sen hyvänä tilaisuutena myös oppia lisää työnantajasta ja työpaikan toimintatavoista laajemmassa näkökulmassa. Työterveysneuvottelussa lääkärit keskustelevat potilaan luvalla hänen tilanteestaan työnantajan kanssa, jolloin he selvittävät, mitä työnantaja pystyy ja on halukas tekemään työkyvyn tukemiseksi. Muita usein mainittuja työkyvyn tukikeinoja olivat osasairauspäivärahan hyödyntäminen ja ohjaus työpsykologille, -fysioterapeutille tai Kelan kuntoutukseen. Kaksi lääkäriä hyödyntää lisäksi työkokeilua työterveyshuollon päätöksellä, kun taas vastaavasti kaksi lääkäriä ei kokenut sen olevan hyödyllinen tukikeino. Yksi lääkäreistä toi esille myös nopeahkon työhön paluun kuntouttavana toimenpiteenä.

Ammatillinen kuntoutus

Kaikkien lääkäreiden mukaan työkyvyttömyyden uhan ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeellisuuden arviointi tapahtuu pikkuhiljaa alusta alkaen useamman tapaamisen aikana, jolloin lääkäri arvioi kuntoutuksen tarpeellisuutta ja ajankohtaa. Kuntoutuksen tarpeellisuuden arviointiin vaikuttavat yhden lääkärin mukaan vahvasti työntekijän ikä, työhistoria ja ammatti-identiteetti. Myös muut lääkärit toivat esille, että työkykyvaivan ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeellisuuden arviointiin vaikuttavat vahvasti potilaan henkilökohtaiset piirteet ja elämäntilanne. Ammatillisen kuntoutuksen tarpeellisuus on joissain tapauksissa ilmeinen, mikäli sairaus estää suoraan ammatin harjoittamisen, mutta usein kuntoutustarve ilmenee vasta myöhemmin. Lääkärit olivat yksimielisiä siitä, että ammatillista kuntoutusta haetaan vasta, kun muita vaihtoehtoja ei enää ole ja on käyty ”kaikki polut läpi”:

”Et kyl se melkein sit, kun oikeasti on se työkyvyttömyyden riski, niin sit mä lähden sitä hakemaan, et on vähän niinkun sellanen tuntuma. Et jos tässä on ehkä joku murhe tulossa, niin en mä oo niissä enää hakenu lähellekään sillä tavalla, mitä ehkä neljä-viis vuotta sitten - - .”

”Kyllä mä näkisin, että siinä aika selvä sellanen marssijärjestys on, millä mennään. - - Siinä on oikeastaan sellanen selkeys, että millon me tiedetään, että tähän työhön ei oo oikeen realiteettia enää palata.”

”No se lähtee siitä, että on tehty kaikki temput, mitä voidaan tehdä työkyvyn parantamiseksi. - - Et sitten, kun lähdetään anomaan - - ammatillista kuntoutusta, niin sit todetaan, että on nyt tässä, ei oo enää kuntoutusta tai muuta vaihtoehtoa, mutta ei oo työkykyinenkään omaan työhön.”

” - - ja sit myöhemmin voidaan tarjota ammatillista kuntoutusta. - - Koitetaan osasairauspäivärahaa ja koitetaan keventää työtä ja koitetaan kaikenlaista ja sitten se ei vaan tahdo onnistua se oma työ niin sitten sitä lähdetään.”

Kaikki lääkärit toivat esille kokemuksen siitä, että työeläkekuntoutuksen kriteerit ovat heidän mielestään viime vuosina tiukentuneet, minkä vuoksi he eivät hae sitä enää kovin varhaisessa vaiheessa. Selkeitä kohtia, jolloin ammatillista kuntoutusta haetaan ovat mm. silloin, jos diagnosoituna on vakavampi sairaus, työhön paluu osasairauspäivärahan turvin ei vaikuta mahdolliselta, mikäli vaadittava muutos työhön on iso tai jos työntekijä ei ole työkykyinen omaan työhönsä, mutta muuta vaihtoehtoa ei ole. Myös useat poissaolojaksot ja sairauspäivärahauden loppuminen ovat joissain tapauksissa impulssi hakea ammatillista kuntoutusta. Yksi lääkäreistä painotti vielä, että varsinkin pitkään samassa työssä työskenneillä yritetään vielä tarkemmin kokeilla kaikki mahdollisuudet ennen kuin työeläkekuntoutusta lähdetään hakemaan.

Mikäli lääkäri on todennut työeläkekuntoutuksen olevan tarpeellista, keskustelee hän potilaan kanssa mm. siitä, mitä kuntoutus tarkoittaa ja miten sitä haetaan. Ammatilliseen kuntoutukseen liittyvät asiat ovat lääkäreiden mukaan potilaille usein vieraita, minkä vuoksi ohjaus on tarpeellista. Ammatilliseen kuntoutukseen liittyvä motivointi ja ”siemenen kylväminen” on pitkäaikaista ja yhden lääkärin mukaan asiasta keskustellaan useasti, varsinkin vanhempien potilaiden kohdalla. Toinen lääkäri toi puolestaan esille työterveyshuollon kriittisen tärkeän roolin kuntoutusprosessin alkuvaiheeseen liittyen, jolloin työterveyshuolto voi myös ”pilata prosessin”, jos se ei tarjoa riittävästi tukea, jolloin prosessi päättyy ennen kuin se on ehtinyt edes alkaa. Mikäli työeläkekuntoutusta haetaan epävarmassa tilanteessa, ts. sen myöntäminen on epävarmaa, sanoo yksi lääkäri myös pohjustavansa hylkäyspäätöksen mahdollisuutta jo etukäteen potilaalle.

Ammatilliseen kuntoutukseen liittyvä motivointi kuuluu kaikkien lääkäreiden, joilta asiasta haastattelussa kysyttiin, mukaan joko yleisesti työterveyshuollon tiimille tai -lääkärille ja se alkaa usein hiljalleen jo ensihetkestä työterveyshuollossa. Kaksi lääkäriä mainitsi hyödyntävänsä alkuvaiheen kuntoutusohjauksessa myös työterveyshuollon sosiaalialan asiantuntijaa, jonka kanssa potilas voi keskustella eri vaihtoehtoista ja näin herättää motivaatiota kuntoutukselle. Yksi lääkäri tarjoaa työeläkekuntoutusta potilaalle ”onnenkantamoisena” ja ”erittäin hyvänä väylänä päästä töihin”, koska hänen mukaansa potilailla on lähtökohtaisesti ”halu tehdä töitä”, mutta ymmärrys eri vaihtoehtoista saattaa olla vähäistä. Kaksi lääkäriä toi esille, että motivointi perustuu pitkälti faktojen esille tuomiseen eli nykytilanteen kuvaamiseen tai taloudelliseen puoleen, jolloin toinen edellä mainituista kysyy potilaalta, onko hän tietoinen siitä, millaista eläkettä saisi, jos nyt päättäisi työntöön. Yhden lääkärin mukaan yleensä potilaat ymmärtävät tilanteen viimeistään siinä vaiheessa, kun työhön paluuta on yritetty jo useamman kerran siinä onnistumatta.

Kuntoutukseen liittyvä neuvonta ja ohjaus kuuluu tai ”tippuu” lääkäreiden mukaan heille, koska eläkevakuutusyhtiöt eivät voi ottaa kuntoutujan tilanteeseen kantaa, ennen kuin kuntoutushakemus on vireillä. Kuntoutujalle annettavassa ohjauksessa lääkärit kertovat käyvänsä läpi kuntoutujan tilanteen ja sen, mitä kuntoutus tarkoittaa ja miten sitä haetaan. Yksi lääkäri kertoo hyödyntävänsä alun ohjauksessa paljon työterveyshuollon sosiaalialan asiantuntijaa, joka pystyy kertomaan kuntoutujalle eri vaihtoehtoista, kun taas toinen lääkäri ohjaa kuntoutujan sosiaalialan asiantuntijalle pohtimaan tulevaisuuden urasuunnitelmia. Sosiaalialan asiantuntijaa hyödyntämällä yksi lääkäreistä kertoo helpottavansa omaa työtään. Lisäksi hän tuo esille, että myös työnantajat tarvitsevat työterveyshuollosta kuntoutukseen liittyvää ohjausta ja neuvontaa, minkä kyseinen lääkäri kokeekin kuuluvan työterveyshuollolle, jolla osaamista asiasta on.

Yksi lääkäri tuo esille, että työterveyslääkärillä on iso vastuu neuvonnassa ja hänen on oltava aktiivinen ja osattava kysellä, jotta pystyy ohjaamaan sekä kuntoutujaa että työnantajaa ajoissa. Myös muiden lääkäreiden mukaan työterveyslääkärin rooli kuntoutusprosessissa on suurin alussa. Kaksi lääkäriä oli sitä mieltä, että mikäli kuntoutusprosessia johtaa alussa jokin taho, on se työterveyshuolto. Yksi lääkäri pohti johtamista sen perusteella, että työterveyslääkärin kuuluu määritellä se, täytyykö ammatillisen kuntoutuksen hakemisen kriteerit, jotta sitä voisi saada. Kukaan ei kuitenkaan ollut tiukasti sitä mieltä, että

työterveyshuolto johtaisi prosessia, mutta varovaisia mielipiteitä oli silti havaittavissa: ”jotenkin se kyl tuntuu, et sitä lääkäri sillä tavalla johtaa”. Kyseinen lääkäri kuitenkin korosti, että edellä mainittu johtaminen ei ole yksiselitteistä, sillä muillakin toimijoilla on tärkeä rooli prosessin alussa.

Vaikka lääkärit eivät kokeneet vahvaa johtajuutta, tai eivät sitä halunneet suoraan myöntää, ilmeni vastauksista silti selkeästi se, että työterveyslääkärillä on merkittävä rooli kuntoutusprosessin kannalta. Yksimielisintä roolin tärkeys oli kuntoutuksen alkuun liittyen, mutta osa lääkäreistä koki roolin olevan tärkeä koko kuntoutusprosessin ajan. Yhtenä näkökulmana tuotiin esille myös työterveyslääkärin tärkeä rooli kuntoutusprosessin alussa ja lopussa. Vaikka kuntoutustoimenpiteen aikana, niin sanotusti prosessin keskellä, kukaan lääkäreistä ei korostanutkaan työterveyslääkärin roolia, kävi vastauksista silti ilmi, että työterveyshuolto on aktiivisesti mukana myös tässä vaiheessa. Työterveyslääkärit pitävät yhteyttä kuntoutujaan joko etukäteen varatuilla kontrolliajoilla tai niin, että kuntoutuja ottaa itse yhteyttä tarpeen vaatiessa. Yksi lääkäri kokee seurannan olevan välttämätöntä, jotta pysyy ”kartalla siinä, missä potilas menee”, sillä ilman seurantaa kuntoutus saattaisi katketa. Kaksi lääkäreistä kokee omaksi roolikseen kuntoutustoimenpiteen aikana sen, että seuraa kuntoutujan työkykyä ja huolehtii, että työkyky riittää kuntoutukseen.

Työterveyslääkäreiden mukaan heidän oma roolinsa on selkeästi pienin kuntoutustoimenpiteen aikana. Yksi lääkäreistä toi esille, että työterveyslääkärin ei esimerkiksi kannata puuttua tilanteeseen, vaikka työkokeilussa ilmenisikin pieniä haasteita, koska toimenpiteen keskeyttäminen sairauslomalla ei ole kuntoutuksen onnistumisen kannalta järkevää. Myös kaksi muuta lääkäriä kuvailee, että työterveyslääkärillä ei ole juuri laisinkaan roolia kuntoutustoimenpiteen aikana, mikäli kuntoutus etenee suunnitellusti. Tämän vuoksi he ohjaavat kuntoutujan ottamaan yhteyttä, mikäli työkyvyssä tai toisaalta prosessin kulussa ilmenee esteitä kuntoutuksen jatkamiselle. Kaksi lääkäreistä toi esille, että kaikilla muilla toimijoilla on tärkeämpi rooli kuin työterveyslääkärillä, mikäli ammatillisen kuntoutuksen toimenpide tapahtuu muualla kuin omassa työssä.

Lääkäreiden kesken ilmeni eriäviä mielipiteitä sen suhteen, millainen heidän roolinsa on, mikäli eläkeyhtiö hylkää kuntoutushakemuksen. Yhden lääkärin mukaan hänen roolinsa päättyy, koska ennen ammatillisen kuntoutuksen hakemista hän on jo kokeillut kaiken

mahdollisen työkyvyn tukemiseksi, jolloin on selvää, että potilas ei voi palata omaan työhönsä. Tällöin hän ohjaa potilaan työttömäksi työnhakijaksi TE-toimistoon. Toinen lääkäri toisaalta korosti omaa rooliaan, mikäli kuntoutuspäätös on kielteinen, koska silloin hän kirjoittaa ”mahdollisimman hyvän eläkepaperin”. Kolmas lääkäri toi esille, että hylkävään päätökseen on hyvä varautua ennalta ja hän arvioikin hylkäyksen mahdollisuuksia tarkkaan jo etukäteen. Mikäli päätös on kielteinen, voidaan hänen mukaansa silti alkuperäistä suunnitelmaa yrittää toteuttaa työterveyshuollon palveluilla tai muilla koulutusvaihtoehdoilla. Neljäs lääkäri on samaa mieltä viimeksi mainitun kanssa ja kokee oman roolinsa jopa kasvavan, mikäli kuntoutuspäätös on kielteinen:

”Sit me lähdetään miettimään suunnitelmaa eteenpäin, et kyl se rooli sit siinä kohtaa vielä jopa vahvistuu enemmän työterveyden puolelle, koska potilaiden tietämys kuntoutusjärjestelmästä on usein aika pieni. - - Taas niinkun selvittelyn tukemista. Et arvioidaan sitä uudemman kerran, että tää oli vakuutusyhtiön kanta, ni sit lähdetään vähän ehkä tyhjältä pöydältä liikkeelle, et mitäs sitten. Et joko niitä samantyyppisiä palveluja pystytään käyttämään työterveyden kautta, työvalmentajaa esimerkiks.”

5.2 Muiden toimijoiden rooli osana kuntoutusprosessia

Kuntoutujien näkökulma

Kuntoutujan oma rooli

Kaikki kuntoutajat olivat itse hakeutuneet työterveyteen tai tuoneet työkykyvaivan esille työnantajalle muulla tavalla. Yksi kuntoutuja yritti hoitaa työkykyvaivaansa ensin omatoimisesti, toinen löysi hetkellisen apukeinon tilanteeseensa itse, kolmas pyysi työnantajalta toista työtehtävää ja loput kaksi kertoi sinnitelleensä omassa työtehtävässään, koska eivät ensin itse ymmärtäneet tilanteensa vakavuutta. Kaksi kuntoutujaa hakeutui työterveyshuollon lisäksi itsenäisesti myös yksityisen terveydenhuollon puoleen saadakseen apua työkykyvaivaansa. Kaksi kuntoutujaa yritti vaikuttaa tilanteeseensa työpaikalla, mutta työnantaja ei kuitenkaan tukenut asiassa:

”- - yritettiin miettiä sitä, että olisiko siellä jotain, mitä vois muuttaa, - - mut ei oikeen ollut. Vaikka mä jotenkin toin esille, niin ei ne ottanu. Oli ku tuuleen huutais, mut niinhän se oli aina ennenkin ollut siellä.”

Kuntoutujat kokivat vaihtelevissa määrin epäselvyyttä oman roolin määrittelyssä. Varsinkin prosessin alkuvaiheessa oman roolin hahmottaminen tuotti vaikeuksia, mutta yleinen tiedon lisääminen prosessista auttoi myös kuntoutujan roolin ymmärtämisessä. Neljä kuntoutujaa kertoi itse hakeneensa tietoa kuntoutukseen liittyen: osa kertoi hakeneensa valtaosan tiedosta itsenäisesti ja osa haki lisätietoa työterveyslääkärin keskustelujen jälkeen. Yksi kuntoutujista vaikutti myös kuntoutuksensa ajankohtaan:

”Muistan sen, et hän [kuntoutusasiantuntija eläkeyhtiöstä] kysyi sitä, et lähdetäänpö heti toimiin. Siinä olin sit jo vähän viisastunu - -, niin sanoin, et jos katsotaan vuoden vaihteen jälkeen.”

Kaikki kuntoutujat kertoivat kysyneensä jotain kuntoutukseen liittyvää joko eläkeyhtiöstä tai työterveyshuollosta. Kuntoutujat toivat esille myös muuta omaa aktiivisuuttaan kuntoutusprosessissa: yksi kuntoutuja teki hakemuksen ja kuntoutussuunnitelman täysin itsenäisesti sekä haki kuntoutustoimenpiteenä olleeseen kouluun omatoimisesti, toinen mainitsi löytäneensä uuden alan ja koulupaikan itsenäisesti, vaikka apuna olikin palveluntuottajan valmentaja ja loput kolme kuntoutujaa mainitsi hakeneensa omatoimisesti työkokeilu- ja työharjoittelupaikkoja:

”Joo mä hain ihan normaalin kaavan mukaan sinne kouluun. - -”

”Mä hain itse. Mulle oli sillä tavalla selkeetä, - - niin mulle oli helppoa ja halusin tehdä ite sen homman.”

”Minähän ne päätökset tein.”

”Ite tein ne soittelut. - - laitoin kirjeet ja soittelin ja otin yhteyttä.”

”Ihan itse hain ja ongin erilaisia juttuja.”

Työnantajan rooli

Neljä kuntoutujaa mainitsi, että ei muistanut työpaikalla olleen puhuttu yleisesti ergonomiasta tai työkyvyn tukemisesta. Yksi kuntoutuja kertoi, että kollegoiden kesken oli kuitenkin puhuttu työn kuormittavuudesta, minkä lisäksi kaksi kuntoutujaa kertoi omalla työpaikallaan olleen muillakin vastaavia työkykyhaasteita. Yksi kuntoutuja toi myös esille, että puutteellisista työvälineistä ja -olosuhteista johtuen, työpaikalla oli myös sattunut onnettomuus. Kolme kuntoutujaa toi selvästi esille työnantajan edustajan välinpitämättömyyden työkykyyn ja sen tukemiseen liittyen: yksi kuntoutuja viittasi työnantajan käyttäytyvän välinpitämättömästi silloin, kun haluaa päästä työntekijästä eroon, toinen kuntoutuja puolestaan kertoi tilanteestaan, jolloin esihenkilö oli kehottanut häntä olemaan vähemmän tarkka, jotta ei uupuisi ja kolmannella kuntoutujalla henkilöstöjohtaja ei ollut halunnut kuulla tilanteesta, kun kuntoutuja yritti tuoda työpaikalla olevaa työntekijöiden välistä epäkohtaa esille.

Neljä kuntoutujaa kertoi, että työnantaja ei ollut sairausloman aikana yhteydessä. Yksi kertoi tämän olleen ”talon tapa” ja toinen vastasi suoraan: ”Ei mitään kiinnostusta.” Esihenkilön toiminta vaikutti suoraan negatiivisesti kahden kuntoutujan työssä jatkamiseen ja toinen heistä myös kertoi jännittäneensä esihenkilön reaktiota aina, kun ilmoitti hänelle sairauslomansa jatkumisesta. Kolme kuntoutujaa kertoi huonosta työterveysneuvottelukokemuksestaan, jolloin työnantajan edustaja oli puhunut syyttävästi tai puolustellut tilannetta ilman ratkaisukeinoja. Yksi kuntoutuja kertoi esihenkilön ”ärähtäneen” työterveysneuvottelutilanteessa työterveyslääkärille ja toinen kuntoutuja kertoi henkilöstöpäällikön suuttuneen ja lähteneen tilaisuudesta kesken kaiken pois, minkä lisäksi paikalle kutsuttu pääluottamusmies ei milloinkaan saapunut tilaisuuteen. Kahden kuntoutujan työsuhde yritettiin lisäksi purkaa tai irtisanoa esihenkilön toimesta työkykyvaivan ilmettyä:

”- - se [esihenkilö] soitti mulle ja ehdotti tämmöistä työsuhteen purkua. Mä olin semmosessa tilanteessa, - - et mä meinasin siihen jopa suostua. Sit mä tajusin, et tää ei oo hyvä juttu ja soitinkin sit jollekin lakimiehelle ja hän sano, et älä missään nimessä mitään tollasta suostu tekemään.”

”- - työnantaja soitti, että mun pitäis palauttaa avaimet, että uudelleen koulutus on syy irtisanomiseen. Mut mä sanoin, et ei se ihan noin mene - -.”

Kenenkään kuntoutujan kohdalla alkuperäisellä työnantajalla ei ollut roolia ammatilliseen kuntoutukseen hakeutumisessa tai siitä neuvomisessa, mutta yhden kuntoutujan kohdalla kuntoutustoimenpide kuitenkin johti uuteen työtehtävään samassa työpaikassa. Ennen ammatillisen kuntoutuksen hakemista yksi kuntoutuja pystyi tekemään työpaikallaan vaihtoehtoista työtä, toisen kuntoutujan kohdalla kokeiltiin osittaista työhön paluuta ja kolmas aloitti ammatillisen kuntoutuksen työkokeilulla omaan työhön. Kahdella kuntoutujalla ei ollut mahdollisuutta palata sairauslomalta omaan työpaikkaansa ja heidän kohdallaan työnantaja ei myöskään ollut enää kuntoutuksen aikana heihin yhteydessä. Neljällä kuntoutujalla ammatillinen kuntoutus tapahtui kokonaan muualla kuin omalla vanhalla työnantajalla.

Yksi viidestä kuntoutujasta kertoi työnantajansa toimineen kannustavasti työkykyvaivaan liittyen. Kyseinen kuntoutuja työskenteli ammatillisen kuntoutuksen aikana osa-aikaisesti omalla työnantajallaan kevennetyssä työtehtävässä ja näin ollen piti säännöllisesti yhteyttä esihenkilöön. Ennen kuntoutukseen hakemista, työnantaja oli yrittänyt tukea työkykyä apuvälineellä. Kuntoutuja koki esihenkilön olleen joustava ja ymmärtäväinen:

”Kyllä työnantaja oli siinä mielessä täysillä mukana, et ne yritti löytää semmosen työtehtävän, mitä pystyis osa-aikaisena tekemään, et ei tarvinnu niinku itse keksiä mitään, et kyllä se apu tuli kuitenkin sieltä. - - kyllä mä hattua nostan myös työnantajalle, et se oli joustava ja ymmärtäväinen tän asian suhteen. Missään kohtaa ei vähätelty sitä.”

Eläkeyhtiön rooli

Ammatillisen kuntoutuksen hakemusprosessiin liittyen kukaan kuntoutuja ei muistanut kokeneensa vaikeuksia tai epäselvyyttä, vaikka yksi kuntoutuja olisikin omasta mielestään tarvinnut enemmän apua eläkeyhtiöltä jo hakemuksentekohetkellä. Kaikki kuntoutajat olivat saaneet eläkeyhtiöltä myöntöpäätöksen ilman lisäselvitystarpeita. Myös kuntoutussuunnitelman hyväksyminen tapahtui pääsääntöisesti ilman ongelmia, mutta yksi kuntoutuja koki suunnitelman hyväksymisen vaikeaksi eikä saanut selkeitä perusteita sille, miksi hänen ehdottamansa suunnitelmat hylättiin. Toinenkin kuntoutuja olisi mielestään kaivannut alussa enemmän ja selkeämpää tietoa kuntoutusprosessiin liittyen:

”- ei siin turhan paljoo ainakaan ollut, et ois voinut enemmänkin olla. Se oli vaan sillai, et olet oikeutettu tähän ja tää on se ja hae tai näin. Sit sitä haki ja selaili ite niitä mahdollisuuksia. Muistan sen, et kysymyksiä oli paljon ja oli sellanen kauhee hätä koko ajan, et mitä täs tapahtuu ja mitä mitä mitä. Et ois voinu varmasti enemmänkin olla. - - Puhuttiin puhelimesta sen käsittelijän kanssa myöhemmin ja se kerto jotain, niin kyl sitten, kun se puhelu loppu niin oli vaikka kuinka monta kysymystä ja mitäs sitte.”

Kaikki kuntoutujat kertoivat saaneensa ammatilliseen kuntoutukseen liittyvää neuvontaa eläkevakuutusyhtiön asiantuntijalta, minkä lisäksi eläkeyhtiön rooli kuntoutusprosessissa koettiin selkeäksi. Eläkeyhtiön asiantuntija oli ohjeistanut etsimään koulupaikkaa ja panostamaan pääsykokeeseen, neuvonut työkokeiluun liittyen sekä seurannut opintojen etenemistä. Kolme kuntoutujaa koki eläkeyhtiön asiantuntijan ohjeistuksen riittäviksi ja selkeiksi, minkä lisäksi kahdella kuntoutujalla korostui kokemus siitä, että eläkeyhtiön asiantuntija hoiti työnsä ammattitaitoisesti eikä ajatellut eläkeyhtiön etua kuntoutujan edun kustannuksella. Yksi kuntoutuja koki eläkeyhtiön asiantuntijan ”puskeneen” häntä liian paljon, minkä kertoo haitanneen parantumista.

Neljä kuntoutujaa sai kuntoutusprosessiinsa avuksi eläkeyhtiön palveluntuottajan valmentajan. Yhdellä kuntoutujalla valmentajasta ei ollut ollut apua: kuntoutuja koki valmentajan ehdottaneen huonoja koulutusvaihtoehtoja sekä työkokeilua, minkä lisäksi valmentaja oli jäänyt lomalle, jolloin kuntoutuja teki lopulta kuntoutussuunnitelman itsenäisesti. Palveluntuottajan valmentaja ylläpiti kuntoutujien puolesta yhteydenpitoa eläkeyhtiöön, eikä kukaan kuntoutuja kertonut olleensa sen jälkeen enää itsenäisesti yhteydessä eläkeyhtiön asiantuntijaan. Valmentaja neuvoi kuntoutusprosessiin ja koulutusvaihtoehtoihin liittyen, minkä lisäksi hän etsi kuntoutujalle työkokeilupaikkoja. Kuntoutujat kertoivat keskustelleensa perusteellisesti valmentajan kanssa, minkä jälkeen valmentaja auttoi heitä kuntoutuspolun ja uuden uran suunnittelussa. Kolme kuntoutujaa koki palveluntuottajalta saadun valmentajan olleen hyödyllinen:

”Mulle tuli sit vasta jotenkin sellanen turvallinen olo, kun mulle määrättiin tämmönen uravalmentaja. - - Se oli tosi semmonen, et jos sul oli mitä vaan kysyttävää ja pidettiin sillai kyl yhteyttä. Et se tuntu kaikki et on sellasta sulavaa ja tavallaan kun on se yks ihminen, joka kulkee sun rinnalla siinä ja auttaa.”

”- - mä sain sen uravalmentajan ja sit kaikki lokshti kohdilleen.”

”Jotenkin jäi sellanen fiilis, että nyt kuunnellaan, mitä mä haluan eikä olla ohjaamassa mihinkään tiettyyn suuntaan.”

Kuntoutujista neljä koki, että eläkeyhtiö seurasi heidän kuntoutusprosessiaan, vaikka yhteydenotot hiipuivatkin selvästi kuntoutustoimenpiteen aikana. Yksi kuntoutuja koki, että eläkeyhtiön asiantuntija ”kiritti” kuntoutuksen etenemistä selkeästi enemmän kuin työterveyshuolto, mutta muistaa asiantuntijan kuitenkin kyselleen myös jaksamisesta ja työkokeilupaikan sopivuudesta. Kuntoutustoimenpiteen päätyttyä yksi kuntoutuja muisti saaneensa jatko-ohjeisiin liittyvän puhelun eläkeyhtiöltä, josta ei kertomansa mukaan ymmärtänyt mitään. Kolme kuntoutujaa oli itse ilmoittanut eläkeyhtiölle, että kuntoutusetuuden maksamisen voi päättää, koska oli työllistynyt. Kyseiset kuntoutujat eivät myöskään kokeneet tarvetta jatko-ohjaukselle. Yksi kuntoutuja kertoi käyneensä eri vaihtoehtoja läpi palveluntuottajan valmentajan kanssa hyvissä ajoin, minkä vuoksi kuntoutuksen päätyttyä eri vaihtoehdot olivat selvillä.

Muut toimijat kuntoutusprosessissa

Yhdellä kuntoutujista kuntoutukseen ohjaus tapahtui julkisen terveydenhuollon puolelta, koska hänen työsuhteensa oli päättynyt ennen kuin ammatillinen kuntoutus oli ajankohtaista. Hän koki terveyskeskuslääkärin toimineen paremmin kuin työterveyshuolto:

”- oma terveyskeskuslääkäri on ollut tosi ihana ja tietäväinen. Et mä oon yllättyne, et se on niin päin. Et ku tavallaan ajatellu, et aina yksityisellä asiat jotenkin hoidetaan paremmin, mut et siellä otettiin tosissaan.”

Myös toinen kuntoutuja käytti työkykynsä tukemiseksi julkista terveydenhuoltoa työterveyshuollon ohjauksesta. Kaksi kuntoutujaa haki apua tilanteeseensa omatoimisesti työterveyshuollon lisäksi myös muusta yksityisestä terveydenhuollosta. Toinen heistä koki, että työterveyshuolto otti tilanteen tosissaan vasta, kun toinen yksityinen lääkäri oli kirjoittanut kuntoutujan ensimmäiselle sairauslomalle. Kahdella kuntoutujalla oli kuntoutusprosessin aikana säännöllinen hoitokontakti julkisella puolella, jolla oli heidän mielestään sairauden hoidon kannalta suuri merkitys. Kaksi kuntoutujaa kävi lisäksi Kelan tarjoamassa palvelussa, johon työterveyslääkäri oli ohjannut.

Kahdella kuntoutujalla kuntoutustoimenpiteenä oli työkokeilu. Toinen heistä aloitti ensin omasta tahdostaan työkokeilulla omaan työhönsä. Työkokeilu ei kuitenkaan toteutunut, kuten oli suunniteltu:

”Mun piti olla niinkun ylimääräsenä, kun mä olen työkokeilussa, mutta se toteutu sen yhden kuukauden ajan. Sen jälkeen mä kyllä olin ihan niinkun työvoimaa siellä, että ei toteutunu siltä osin.”

Myöhemmin kyseinen kuntoutuja pohti palveluntuottajan valmentajan avustuksella täysin uutta työmahdollisuutta, jota hän voisi koulutuksellaan tehdä. Uudessa työkokeilupaikassa kuntoutus eteni suunnitellusti. Kuntoutujan mielestä jälkimmäisen työkokeilun onnistumiseen vaikutti se, että työkokeilussa esihenkilöllä oli kokemusta kyseisestä palvelusta, jolloin roolit ja vastuut olivat selvemät, mitä aiemmassa työkokeilussa. Myös toinen kuntoutuja oli kahdessa eri työkokeilussa, joista ensimmäinen päättyi kuntoutujan tahdosta, koska kyseisessä työkokeilupaikassa ei ollut mahdollisuutta jatkaa pidempään, minkä vuoksi kuntoutuja ei kokenut järkeväksi jatkaa kuntoutustaan siellä. Hän löysi palveluntuottajan valmentajan avulla uuden työkokeilupaikan, jossa pystyi aloittamaan heti. Uudessa työkokeilupaikassa hän alkoi suunnitella myös kouluttautumista, johon työkokeilupaikka voisi tarjota mahdollisuuden.

Lääkäreiden näkökulma

Työkyvyn tukeminen ja ennaltaehkäisy

Työkyvyn tukeminen tapahtuu työterveyslääkäreiden mielestä työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Lääkäreiden mielipiteet työnantajan roolista ennaltaehkäisyyn liittyen vaihtelevat. Kahden lääkärin mielestä työnantajalla on suurempi vastuu työssä selviytymisen seurannasta kuin työterveyshuollolla ja toisen lääkärin mukaan varsinkin varhaisen vaiheen ennaltaehkäisy, kuten ergonomiasta ja apuvälineiden käytöstä huolehtiminen, on työnantajan osalta merkittävää. Toisaalta yksi lääkäreistä oli sitä mieltä, että työnantaja pystyy jonkin verran tukemaan työntekijöidensä työkykyä ja ennaltaehkäisemään työkykyvaivoja, mutta kuitenkin vähemmissä määrin, mitä työterveyshuolto. Hänen mukaansa esihenkilöllä on iso rooli työkyvyn tukemisessa ja

optimaalisessa tilanteessa esihenkilö huomaisikin työkykyvaivan olevan tuloillaan ja kävisi tilannetta läpi työntekijän kanssa jo työpaikalla. Vähemmän optimaalisena hän kuvailee tilanteen, jossa esihenkilö havaitsee työkykyvaivan, mutta ohjaa työntekijän suoraan työterveyshuoltoon käymättä tilannetta ensin läpi työpaikalla.

Lääkärit olivat kuitenkin yksimielisiä siitä, että työkyvyn tuen tarpeen havaitseminen on työpaikan tehtävä. Lisäksi yksi lääkäreistä painottaa, että työhyvinvoinnista huolehtiminen on lain mukaan työnantajan vastuulla. Myös toinen lääkäri oli sitä mieltä, että työnantajan vastuulla on pitää huoli siitä, ettei ylikuormittumista pääse kertymään. Hänen mielestään paras työkyvyn tukimuoto on sellainen, joka voidaan räätälöidä ilman ”virallista systeemiä”. Työnantajan käytettävissä olevat mahdollisuudet vaikuttavat ratkaisevasti siihen, kuinka herkästi ammatillista kuntoutusta haetaan. Lääkärit toivat esille, että on olemassa työpaikkoja, joissa tapahtuu aktiivista työkykyjohtamista ja työkyvyn tukemista, mutta työpaikoilla tehtävistä toimista ei aina ole tietoa työterveyshuollossa. Työpaikoilla saatetaan siis tehdä paljonkin asioita työkyvyn tukemiseksi, mutta teot eivät vain tule työterveyshuollon tietoon.

Työterveyshuolto tekee yhteistyötä työnantajien kanssa ”ylätason” suunnitteluilla ja keskusteluilla, joissa käydään läpi nykyistä tilannetta ja suunnitellaan tulevaa. Yhteistyö työnantajien kanssa toimii yhden lääkärin mukaan lähtökohtaisesti hyvin, kunhan työterveyshuolto on aktiivinen ja neuvoo. Hänen mukaansa työnantajien ymmärrys ja kiinnostus työkykyyn liittyen on parantunut vuosien varrella, minkä lisäksi toinen lääkäri toi esille, että työnantajien motivaatio työkyvyn tukemiselle on parantunut myös työvoimapulan vuoksi, jolloin hyvistä työntekijöistä halutaan pitää kiinni. Työnantajilla on yhden lääkärin mukaan olemassa monia työkyvyn tuen keinoja, joihin ei vielä tarvita työterveyshuoltoa: mm. varhaisen tuen keskustelu, kehityskeskustelu, työsuojelutoimikunta ja luottamusmiehet. Myös työnantajan tekemät työkykyriskiselvitykset ja terveystarkastusten hyödyntäminen ovat yhden lääkärin mukaan keinoja varhaiselle työkyvyn tukemiselle ja sen havaitsemiselle työpaikalla.

Työnantajien rooli työkyvyn tukemisessa kasvaa lääkäreiden mukaan entisestään, kun työntekijälle järjestetään työterveysneuvottelu. Työnantajien kiinnostuksessa ja mahdollisuuksissa työkyvyn tukemiselle on lääkäreiden mukaan nähtävissä suuria vaihteluja

ja yhden lääkärin varovaisen arvion mukaan saattaa olla hieman enemmän sellaisia työnantajia, jotka eivät juuri tee asioita työkyvyn parantamiseksi.

”Usein vähän isommissa yritetään vähän enemmän, et he näkee siinä enemmän sen kustannushyödyn ja tietysti heillä on nää eläkeriskit - -. Heillä on sitten sitä organisaatiotakin, HR:ää ja kaikkea tätä, mikä on tähän asiaan orientoitunut, et toki sitten joissain pienissäkin, riippuu aina, et jos siellä pystyy järjestämään ja näin. - - Et jotkut tekee tosi paljonkin tosi hyödyllisiä asioita ja sitten jotkut ei tee mitään. Sit siinä asenteessa on kans variaatiota, et halutaanko myöskään tehdä, - - .”

Työterveysyhteistyön vähäisyyteen saattaa vaikuttaa myös taloudellinen puoli tai työnantajan tietämättömyys:

”On erilaisia yrityksiä, on sellasia, jotka ei tee paljoakaan yhteistyötä tänne työterveyshuoltoon ja kokee sen kalliiksi ja sellaseks, mut voi olla, että siellä sitten voi olla hyviäkin työyhteisöjä, joissa tehdään hyvinkin paljon asioita, joista me ei tiedetä mitään ja jossa tietyllä tavalla oltais voitu olla tukemassakin ja järjestämässäkin niitä asioita. ”

”Tavallaan se työterveyshuolto ei saa olla tällänen, että ollaan vaan täällä neljän seinän sisällä ja sit se ilmenee työnantajalle sairauslomalappuna ja kalliina laskuna. Et sitä mä en halua. Se on myös aika monelle työntantajalle, koko työterveyshuolto, on tuntematon kapiitteli ja asenne saattaa olla, että se on pakollinen paha, jonka laki vaatii. - - Pyrittäis siihen, että ollaan strategisia kumppaneita eikä irrallinen palikka, vähän ku kivi kengässä, josta tulee sairauslomia vaan.”

Esihenkilöiden tietämys varhaisen tuen vaihtoehtoista on lääkäreiden mukaan välillä varsin huonoa, jota yhden lääkärin mukaan perustellaan sillä, että työkykytapauksia osuu esihenkilöiden kohdalle vain kerran uran aikana. Tämän väitteen lääkäri kumoaa tuomalla esille, että jotkin työkykytapaukset menevät esihenkilöiltä ohi juuri tietämättömyyden vuoksi, jolloin työntekijä päätyykin lopulta työttömäksi, vaikka työkykyä olisi voitu tukea jo huomattavasti aiemmin.

Työnantajan aktiivisuuden ja ymmärryksen lisäksi lääkärit tuovat esille, että työntekijällä itselläänkin on vastuuta työkyvyn varhaisessa tukemisessa. Yksi lääkäri tuo esille, että työkykyvaivoja kyllä havaitaan hyvinkin varhaisessa vaiheessa, mutta eri asia on se, onko työntekijä motivoitunut tekemään asialle mitään:

”Se on valitettavasti sillä tavalla, et vaikka puhutaan, että varhasessa vaiheessa sitä ja tätä, niin kyllä se fakta vaan on se, et aika moni ei halua kauheen varhasessa vaiheessa

mitään tehdä. - - Et kyl mä sanoisin, että niitä riskejä ihan hirveesti varhasessa vaiheessa tunnustetaan, mut ei me niitä kauheen usein silti saada korjattua. Sit se on usein niin, et ne, joilla on eniten niitä riskejä, niin ne sit on vähiten motivoituneita niitä korjaamaankin ja ne, joilla niitä on vähemmän ja on pienempiä, niin ne on innostuneempia niitä lähtee korjaamaan, koska ne on muutenkin sellasia ihmisiä, jotka välittää terveydestä.”

Myös motiivi kuntoutukselle voi olla lähtökohtaisestikin ”väärä”, jolloin työntekijä ei vain tykkää työstään ja toivoo siksi pääsevänsä ammatillisen kuntoutuksen kautta uudelle alalle. Lisäksi lääkärit hyödyntävät paljon myös Kelan tarjoamia kuntoutusmuotoja ennen ammatilliseen kuntoutukseen ohjaamista, mutta mikäli kuntoutujan oma motivaatio varhaisen vaiheen muutokselle ei ole riittävän hyvä, menee Kelan kuntoutukset yhden lääkärin mukaan vain ”kylpylälomailuksi”.

Ammatillinen kuntoutus

Eläkeyhtiön antaman myönteisen kuntoutuspäätöksen jälkeen työterveyslääkärit kokevat, että heidän vastuunsa prosessissa vähenee, kun taas eläkeyhtiön rooli kasvaa. Varsinkin, jos kuntoutustoimenpide etenee suunnitellusti ilman vaikeuksia, on heidän mukaansa työterveyslääkärin rooli pieni verrattuna eläkeyhtiöön. Ammatillisen kuntoutuksen sisältöön tai sääntöihin liittyvä ohjeistaminen ja neuvonta kuuluu lääkäreiden mukaan eläkeyhtiölle ja lähtökohtaisesti yhtiöiden neuvontarooli myös toteutuu. Eläkeyhtiöiden rooli on yhden lääkärin mukaan selkein, minkä myös eläkeyhtiöt itse tiedostavat ja josta he pitävät kiinni. Kaksi lääkäriä toi esille toiveen siitä, että eläkeyhtiö voisi ottaa vastuuta neuvonnasta jo aiemmin. Koska se ei tällä hetkellä ole mahdollista, ohjaavat kyseiset lääkärit kuntoutujan kuntoutuksen sisältöön liittyvää neuvontaa varten työterveyshuollon sosiaalialan asiantuntijalle. Eläkeyhtiön kautta tuleva palveluntuottajan työ- tai uravalmentaja on myös lääkäreiden mukaan tärkeässä roolissa kuntoutusprosessin alussa.

Yhden lääkärin mukaan eniten epäselvyyttä kuntoutusprosessiin liittyvissä rooleissa on työnantajien keskuudessa. Hänen ja toisen lääkärin mukaan ymmärrys on yleensä parempaa isommilla työnantajilla, joilla on erillinen HR käytössään, mutta kolmannen lääkärin mukaan HR ei aina ole tae työkykyasioiden ymmärtämisestä:

”Et kyllähän mua harmittaa se hirvee duuni, mikä siinä täytyy työterveyslääkärin, et kyl se kuormittaa, kun sä perustelet kaiket päivät, miksi mitäkin pitää tehdä. Et oishan se ihanaa, jos käviskin niin, että prosessit tunnettais vähän paremmin. Et se on aina se eka kerta hankalin, et sen jälkeen kaikki tajuaa, miten näppärää tää on. - - HR:llä on aika paljon asioita, mutta kyllä mua vähän yllättää, miten uusia asioita nää työterveyshuoltoyhteistyöt monelle HR:laisellekin on, koska heidän tehtävänäänhän olis tietenkin ymmärtää, et kuinka paljon heidän työyhteisönsä näistä tajuaa, tajuaako esimiehet ja tarvitaanko sinne lisätietoa ja kaikkee tällästä. Ehkä toi vähän turhauttaa ja on kiusallista, koska tietenkin kun siinä joutuu tuomaan nää näkyväks - - .”

Hän toivoisi, että työnantajien tietämättömyyttä pyrittäisiin vähentämään, jolloin ”saataisiin lisää peittävyttä tähän meidän touhuun”. Eläkevakuutusyhtiöt ovatkin hänen mukaansa lisänneet aiheesta puhumista työnantajien kanssa.

Työntekijän motivointi ammatilliseen kuntoutukseen liittyen ei lääkäreiden mukaan kuulu työnantajalle, sillä yhden lääkärin mukaan sillä voi jopa olla kielteisiä vaikutuksia, jolloin työntekijälle saattaa tulla entistä jyrkempi vastareaktio, koska hän pelkää työsuhteensa päättämistä. Mikäli ammatillinen kuntoutus tapahtuu omalla työpaikalla, on hänen mukaansa työnantajan mielipiteellä ja kannustamisella kuitenkin vaikutusta prosessin etenemiseen, mutta kuntoutuksen tapahtuessa muualla, työnantajan tulisi vain antaa kuntoutujalle kuntoutusrauha. Toinen lääkäri kokee, että työkokeilupaikalla on iso rooli kuntoutuksen onnistumisessa ja hän harmitteleekin työkokeilijoiden väärinkäytön yleisyyttä:

”Et sellanen aika kurja elementti työkokeilussa on, et ei oo kauheen harvinaista, että on tälläsiä firmoja, kuntia ja kaupunkeja, jotka tarjoo näitä työkokeiluja, mutta heillä ei oo mitään aikomusta jatkaa sitä työtä siitä. Se on kyllä aika ärsyttävää, että tota siinä olis onnistunut työkokeilu ja hyvät suunnitelmat, mutta ei sieltä sit realisoidu mitään työtä. Se on vähän niinkun, että mitäs nyt sitten. Nojoo, ois jotenkin kiva, et ne olis kans sitoutuneita niihin. - - Mun mielestä sellanen pitäis kieltää, että sellasia tarjotaan.”

Lääkärit painottavat, että myös kuntoutujalla on iso rooli kuntoutuksen aikana. Kuntoutuja on myös tiedonvaihdon kannalta oleellisessa asemassa, koska hän on ainut taho, jolle kaikki toimijat voivat jakaa tietoa prosessiin liittyen:

”No mä itse ajattelen, että se kuntoutuja on tietenkin se päähenkilö tässä, mut hän tarttee vaan riittävästi tukea. - - hänelle voidaan kaikki kertoa, mut toimijat ei voi keskenään kommunikoida. - - Mun mielestä se on ihan sama mitä me muut ollaan, jos se kuntoutuja ei oo siinä, tietyn tyyppisessä aktiivisessa roolissa. ”

Kuntoutujan aktiivisuus ja hyvä motivaatio jo ennen kuntoutusta voivat vaikuttaa siihen, joudutaanko ammatillista kuntoutusta ylipäättään hakemaan. Toisaalta koko kuntoutusprosessi voi myös jäädä alkamatta, mikäli kuntoutujan motivaatio ja ymmärrys esimerkiksi koulupaikan saamiseen liittyen ei ole riittävän suurta. Tällöin hyväkään suunnitelma tai muiden toimijoiden mukanaolo ei auta kuntoutusprosessin etenemisessä. Kuntoutujan motivaatio vaikuttaa vaihtoehtoihin myös silloin, mikäli eläkeyhtiö hylkää ammatillisen kuntoutuksen hakemuksen: mikäli motivaatiota on, voidaan hyödyntää vastaavia palveluja myös työterveyshuollon kautta. Mahdollisuudet ammatillisen kuntoutuksen onnistumiselle ovat yleensä paremmat, mikäli idea kuntoutukselle on tullut työntekijältä itseltään ja hän on jo ennen työterveyshuoltoon tuloa ottanut asiasta selvää.

5.3 Kuntoutusprosessin koordinointi

Kuntoutujien näkökulma

Kuntoutusprosessin toimijat ja kuntoutujien kokemukset toimijoiden merkityksistä vaihtelivat kuntoutujien kesken. Kolmen kuntoutujan mukaan työterveyslääkäri oli kuntoutusprosessissa koordinoivassa roolissa. Yksi kuntoutuja vastasi suoraan koordinoijasta kysyttäessä, että se oli ”varmaan työterveys”. Toinen kuntoutuja koki työterveyslääkärin koordinoijaksi, koska hän loi uskoa, sanoitti prosessin kulkua etukäteen, vastasi kysymyksiin prosessiin liittyen, kumosi kuntoutujan ennakkoluuloja, ohjeisti kuntoutusprosessin sisältöön liittyen sekä suunnitteli ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoja kuntoutujan kanssa. Lääkäri oli myös kirjannut seurantakäynneillä lausuntoihin kuntoutusprosessin etenemistä aina sen hakemisesta kuntoutustoimenpiteen alkuun saakka. Kolmas kuntoutuja koki työterveyslääkärin koordinoijaksi ja ”keskihahmoksi”, koska lääkärin kanssa oli säännöllisiä seurantakäyntejä ja hän oli koko ajan tietoinen kuntoutujan jaksamisesta ja ”seurasi kokonaisvaltaisesti tilannetta”. Vaikka edellä mainituista poiketen yksi kuntoutuja ei suoraan kokenut, että työterveyslääkäri olisi koordinoinut prosessia, toi hän kuitenkin esille, että työterveyshuolto oli suuressa roolissa auttamassa työkyvyn

selvittelyä, kustannustenjakoa sekä sitä, kuuluuko kuntoutujan tilanne tapaturma- vai eläkevakuutusyhtiön vastuulle.

Varsinkin yhden kuntoutujan kohdalla työterveyshuollon aktiivisuus oli kriittisen tärkeää, koska kuntoutuja ei olisi osannut itsenäisesti tehdä kuntoutushakemusta eläkeyhtiöön. Toisaalta kahden kuntoutujan kohdalla työterveyshuolto oli merkittävässä roolissa herättämässä kuntoutujan ajatuksen ammatilliselle kuntoutukselle. Toinen heistä myös koki, että oma tilanne otettiin ylipäättään vakavasti ja hoidettiin perinpohjaisesti, koska työnantajalla oli kattava työterveyshuollon sopimus. Yksi kuntoutuja puolestaan koki, että työterveyslääkärin tuki oli välttämätöntä, jotta ylipäättään pystyi aloittamaan kuntoutuksen.

Työterveyshuollon lisäksi haastateltavien kuntoutusprosesseissa koordinoitiroolia tai muuta prosessin kannalta merkittävää toimintaa oli nähtävissä myös muilta tahoilta. Yksi kuntoutuja vastasi kysymykseen suoraan, että kokee itse olleensa oman prosessinsa koordinoija. Toinen kuntoutuja toi puolestaan esille, että palveluntuottajan valmentaja oli tärkeä eikä olisi pärjännyt ilman hänen ohjaustaan, minkä lisäksi julkisella puolella tapahtunut sairauden hoito oli välttämätöntä kuntoutumisen mahdollistamiseksi. Kolmas kuntoutuja koki, että eläkeyhtiö oli työterveyshuollon jälkeen tärkein toimija ja kuvaili, että eläkeyhtiö ”on siellä taustalla ollut vähän sellanen mahdollistaja”. Toisaalta neljäs kuntoutuja koki oman kuntoutusprosessinsa olleen ”yhteispeliä”.

Lääkäreiden näkökulma

Kuntoutusprosessin koordinointi herätti lääkäreissä erilaisia mielipiteitä. Lääkäreiltä kysyttiin asiasta suoraan: mitä kuntoutuksen tai kuntoutustoimenpiteen koordinointi tarkoittaa ja kuka sitä tekee. Yhden lääkärin mukaan kuntoutuksen koordinoijia on yhtä monta kuin kuntoutustapauksiakin eikä hän koe, että koordinointiin olisi olemassa mitään sääntöjä. Tietyllä tavalla koordinointi kuuluu hänen mukaansa työterveyshuollolle. Myös toisen lääkärin mielestä koordinointi kuuluu työterveyshuollolle, eniten työterveyshoitajalle:

”No oikeastaan, kyl se taas se seuranta on ja kattoo, että kaikki menee hyvin. Ja jos kaikki ei mee hyvin, niin sitten ohjaa seuraavaan osotteeseen viemään niitä ongelma-asioita eteenpäin. Et sit taas kun ne on selvitetty, niin taas palaa sinne hoitajalle se info, et pysy hänellä se et missä mennään.”

Kolmas lääkäri koki koordinoinnin kuuluvan selkeästi työterveyslääkärille:

"No jotenkin mun mielestä tietyllä tavalla ehkä mä koen lääkärinä, et sitä tulee kyl vähän sillee koordinoitua, koska mä nyt periaatteessa koordinoin, että henkilö vaikka menee ammatilliseen kuntoutukseen, et se on mun mielipide tai sitten, että haetaan lääkinnällistä kuntoutusta, niin sekin on mun mielipide. Siinä mielessä mä sitä kuntoutusta sillä tavalla näkisin koordinoivan. - - Mun mielestä se periaatteessa kuuluu erityisesti työterveyslääkärin työnkuvaan, et se on periaatteessa mun mielestä sitä meidän ydintoimintaa."

Hän kuitenkin toi myös esille, että ammatillisen kuntoutuksen sisältöä puolestaan koordinoi palveluntuottajan työvalmentaja. Neljännellä lääkäriellä oli edellä mainittuun samansuuntaisia ajatuksia, koska hänen mukaansa koordinointi ei tapahdu työterveyshuollossa, vaan sen tekee palveluntuottajan työvalmentaja:

"Eli hyvä työvalmentaja tekee sen, että hän haastattelee potilaan perinpohjaisesti. Se voi viedä useampiakin käyntikertoja. Sitten hän tekee päätöksen, että mitä tehdään: onko työkokeilu, uudelleen koulutus vai mitä. Sit tää työvalmentaja auttaa, jos se on työkokeilu, tän uuden työpaikan hakemisessa. Hänellä on verkostot olemassa. Sit tää työvalmentaja tietää myös nää julkisen puolen palveluntarjonnat, mitä on käytettävissä, - - . Ja on niinkun apuna."

Työterveyshuolto tai -lääkäri ei voi yhden lääkärin mukaan toimia yksiselitteisenä koordinoijana, koska hänellä ei ole päätäntävaltaa kuntoutukseen liittyen. Hän myös koki koordinoinnin tarkoittavan sitä, että varmistelisi potilaalta, onko hän ollut yhteyksissä eri tahoihin, mikä ei hänen mielestään kuulu työterveyslääkärin tehtäviin. Toisen lääkärin mukaan hän ei koordinoi, koska ei juurikaan pidä itse yhteyttä kuntoutujaan kuntoutustoimenpiteen aikana.

"Koordinointi" voi tarkoittaa ihmisille eri asioita. Työterveyslaitoksen (2024b) mukaan palveluiden koordinointi tarkoittaa yhteensovittamista ja työnjaon sekä vastuiden sopimista. Verkosta löytyvien suomalaisten sanakirjojen (2024) mukaan "koordinoida" tarkoittaa "järjestää yhteen" ja "sovittaa yhteen". Puolestaan Cambridgen sanakirja antaa vastaukseksi: "to make many different things work effectively as a whole" ja "to make various, separate things work together" (2024). Oman näkemykseni mukaan työterveyslääkäreiden toiminnassa on havaittavissa varsin vahvaakin kuntoutusprosessin koordinointia, vaikka he eivät itse asiaa yhtä suorasti nähneetkään. Lääkärit mainitsivat omina

työtehtävinään mm. työkyvyn tutkimisen ja selvittämisen, neuvonnan työkyvyn tukemiseksi, kuntoutustarpeen arvioinnin ja ammatillisen kuntoutuksen suunnittelun, etukäteen seuranta- tai kontrolliajanvarausten tekemisen, työterveysneuvottelun organisoinnin, ohjauksen jatkoselvittelyyn tai -hoitoon toiselle asiantuntijalle tai Kelaan sekä ammatilliseen kuntoutukseen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan. Kaikki edellä mainitut asiat viittaavat kappaleen alussa olleisiin koordinoinnin määrittelyihin.

Yksi lääkäri painotti oman aktiivisuuden tärkeyttä ja sitä, että itse kyselee asioita, jotta pystyy myös ohjaamaan ajoissa sekä kuntoutujaa että työnantajaa. Myös toinen lääkäri toi esille tiedonsaantiin liittyen, että hän pyytää kuntoutujan luvalla myös eläkeyhtiön palveluntuottajan työvalmentajan mukaan työterveysneuvotteluun, jotta valmentajan ja kuntoutujan väliset suunnitelmat kantautuvat myös lääkärin tietoon. Kolmas lääkäri puolestaan toi esille ammatillisen kuntoutuksen hakemiseen ja sen etenemiseen liittyen omaa toimintaansa:

”- - mä teen laajan lääkärinlausunto B:n ja se toimitetaan sitten eläkevakuuttajalle. Mä passaan sitten potilaan, että hänen täytyy kans tehdä se oma hakemus sinne ja sitten työnantajaa informoin, että sieltä todennäköisesti tulee myös kysely työnantajalle ja pyydän, että he viipymättä täyttää ne lomakkeet, jotta se päätöksenteko ei tarpeettomasti viivästy. Mä yritän pääpiirteissään kertoa potilaalle, mitä se ammatillinen kuntoutus sisältää, mut sanotaanko näin, että se on potilaalle hyvin monimutkainen prosessi ja se ei aina mee, kuten mä kuvittelen. - - Oon sitten potilaalle sanonut, että nyt sä katsot täältä mun seurannasta, että jos asia on solmussa, ota ne vakuutusyhtiön paperit mukaan ja tuu mun vastaanotolle, niin katsotaan, mitä tapahtuu.”

Kukaan lääkäreistä ei kokenut, että eläkeyhtiö toimisi koordinoijan roolissa. Yhden lääkärin mukaan eläkeyhtiö ei voi toimia koordinoijana, koska heillä ei ole osaamista terveydenhuollon asioissa, jolloin ”jos tulee joku terveysmurhe, niin eipä siinä hirveesti eläkeyhtiö pysty asioita viemään eteenpäin”. Toinen lääkäri puolestaan perusteli asiaa sillä, että tietosuoja estää eläkeyhtiöitä toimimasta koordinoijan roolissa. Kolmas lääkäri pohti koordinointia monelta eri suunnalta:

”Mut mä oon sillee huomannut, että tapaturmayhtiöt ja eläkeyhtiöt on kyllä aktivoitunut tässä, ne pitää vähän enemmän yhteyttä, kuulostelee ja infoaa ihan eri tavalla, kuin ehkä aikaisemmin. - - tietyllä tavalla eihän se koordinointi voi olla täällä, koska me tarvitaan aina se asiakkaan lupa kuitenkin. Mä en sillon kyllä ajattele, että mä oon mikään koordinoija, koska en mä voi tehdä sitä ilman sitä asiakasta, et silloinhan mä voisin sanoa aika tyhjentävästi, että se asiakas on se koordinoija siinä sitten. - - mä teen sitä eräällä tavalla siitä syystä, koska mä tiedän, että ne katkee. Tai että mulla pitää olla oman aikatauluni

vuoksi tietty suunnitelma, et mun pitää tietää missä se ihminen on. Mut en mä kutsuis sitä ihan kyllä koordinoinniks, vaan se, että mä pidän sen oman tonttini selkeenä, et mitä mun kuuluu ja missä vaiheessa reagoida.”

5.4 Kuntoutusprosessin toimivuus

Kuntoutujien näkökulma

Neljällä kuntoutujista ei ollut mitään aiempaa kokemusta ammatilliseen kuntoutukseen liittyen ennen omaa prosessiaan ja yksi kuntoutuja kertoi tienneensä tutun, joka oli ollut ammatillisessa kuntoutuksessa. Kuntoutuja kertoi tutulta saatujen ennakkokäsitystensä olleen vääristyneitä, minkä vuoksi myös aluksi pelkäsi prosessia. Kaksi muutakin kuntoutujaa kertoi vähäisistä ennakkoluuloistaan prosessia kohtaan. Yksi kuntoutujista kertoi lähteneensä prosessiin skeptisenä, koska ei luottanut järjestelmään ja epäili ”luukulta luukulle” tavan toimivuutta. Yksi kuntoutuja oli jälkikäteen sitä mieltä, että kuntoutus alkoi liian aikaisin, kolmella kuntoutujalla ajankohta oli puolestaan oikea ja yksi kuntoutuja kertoi, ettei omassa tilanteessaan ollut muita vaihtoehtoja kuin työsuhteen irtisanominen tai ammatillinen kuntoutus.

Kaksi kuntoutujaa ei muistanut sairausloma-ajalta negatiivisia tunteita, vaikka toinen muistaakin ihmetelleensä sitä, miksi sairauslomaa piti hakea jatkuvasti uudelleen. Ennen ammatillisen kuntoutuksen hakemista, kolme kuntoutujaa kertoi sairausloma-ajalla kokeneensa stressiä ja epätietoisuutta toisaalta sairausloman jatkumisesta ja toisaalta kuntoutusprosessin käynnistymisestä ja toimeentulosta:

”Se on tosi kuluttavaa ja sellasta jatkuvaa todistamista. Mä ymmärrän, et joillekin se voi olla hyvä, mut jotenkin itse koin sen niin, et koko ajan piti todistella, että ei oo työkykyinen. Se oli hirveen raskasta ja päällisin puolin muistan vaan et se söi sitä toipumisen energiaakin, - -.”

”Pelotti, et tässä voisi mennä vuosikin, ennen kuin sä saat jotain. - - Stressihän siinä on, kun ei tiedä, mistä sitä rahaa saa.”

”Mä muistan sillon keväällä tuli sellanen pelkokin, että mitä jos mut yhtäkkiä sanotaankin, että nyt meet vaan takasin sinne töihin. Et jos tää ei jatkukaan. - - Olihan siinä paljon sellasta riittämättömyyden tunnetta ja muistan, että aina piti kaikille selittää, miks oon sairauslomalla ja miks en oo töissä. Et jotenkin sellanen vähän kakkoskansalainen, et mä oon nyt epäonnistuja. - - Et kyllä siinä paljon oli sellasta itsensä syyllistämistä ja riittämättömyyden tunnetta.”

Kaksi kuntoutujaa kertoi lähteneensä kuntoutusprosessiin lopulta avoimin mielin, ilman ennakko-odotuksia. Toiset kaksi kuntoutujaa muisteli kuntoutusprosessin alun olleen sekavaa aikaa, koska he eivät tieneet, miten prosessi etenee ja mitä tulee tapahtumaan. Toinen heistä vertasi ammatillista kuntoutusta sairaus- ja ansiopäiväraha-aikaan, jotka ovat hänen mielestään huomattavasti selkeämpiä sosiaaliturvan muotoja kuin ammatillinen kuntoutus. Toisaalta kolme kuntoutujaa ei muistanut omassa kuntoutusprosessissaan olleen epäselviä asioita tai jotain parantamisen varaa. Kaikki kuntoutajat kertoivat olleensa motivoituneita kuntoutukselle, varsinkin myöntöpäätöksen saatuaan tai kuntoutussuunnitelman hyväksymisen jälkeen motivaation kerrottiin kasvaneen entisestään.

Vaikeimmaksi tai haastavimmaksi asiaksi kuntoutajat mainitsivat jatkuvan sairausloman hakemisen, kuntoutussuunnitelman laatimisen ja uuden alan löytämisen, työelämään palaamisen sairausloman jälkeen sekä kouluun hakemisen ja pääsykokeeseen valmistautumisen. Monet mainitsivat myös työnantajaan liittyviä negatiivisia asioita omaan kuntoutusprosessiin liittyen: työnantajan koettiin ajavan omaa etuaan yrittämällä purkaa työsuhde sairausloman aikana tai jättämällä työntekijän työkyky huomioimatta työvoimapulan takia, työnantajan koettiin syyllistävän ja olleen pettynyt, työpaikan koettiin pahentavan terveydentilaa tai välit työnantajan kanssa huonontuivat työkykyvaivan takia. Kolme kuntoutujaa koki työnantajan edustajan toimineen myös työterveysneuvottelutilanteessa huonosti: kuntoutujaa syyttävästi, omaa tai työpaikan etua ajaen tai puolustaen.

Kuntoutujien kuntoutusprosesseissa oli havaittavissa eroavaisuuksia eri toimijoiden rooleissa ja niiden merkityksessä prosessille. Yksi kuntoutuja ei kokenut, että mikään toimija olisi ollut ylitse muiden. Hän kiitteli sekä työterveyshuollon että työnantajan toimintaa, minkä lisäksi hän koki kiitollisuutta siitä, että eläkeyhtiö myönsi hänelle ammatillisen kuntoutuksen. Toisella kuntoutujalla työterveyshuolto oli käytettävissä vain lyhyen ajan työsuhteen laadusta johtuen, mikä saattoi osaltaan vaikuttaa siihen, ettei hän kokenut työterveyshuollon toimintaa kuntoutuksen kannalta kovin merkittävänä. Kuntoutukseen ohjaava julkisen

terveydenhuollon terveystieteiden lääkäri oli kuitenkin ollut kuntoutujan mukaan pätevä ja ammattitaitoinen. Kyseinen kuntoutuja kuitenkin korosti enemmän palveluntuottajalta saamansa uravalmentajan merkitystä oman prosessinsa etenemisen kannalta. Kolmas kuntoutuja koki vaikeuksia työnantajansa kanssa, mutta työterveyshuolto toimi silti tilanteessa hyvin: tutki, selvitti ja ohjasi. Hänen kohdallaan sekä eläkeyhtiön että palveluntuottajan valmentajan toiminta eivät kuitenkaan riittäneet tukemaan kuntoutujan kuntoutusprosessia, minkä vuoksi kuntoutujan tilanteessa oli havaittavissa epätietoisuutta ja avun tarvetta. Neljäs kuntoutuja kehui useasti työterveyslääkärin toimintaa, johon hän luotti ja tukeutui vahvasti. Hänenkin kohdallaan työnantajan tuki kuntoutukselle oli ristiriitaista, mutta työterveyshuollon, eläkeyhtiön ja palveluntuottajan valmentajan ohjauksen avulla hänenkin kuntoutusprosessinsa löysi uuden ja sopivamman suunnan. Viidennellä kuntoutujalla oli myös vaikeuksia työnantajan kanssa, mutta työterveyshuollolle ammatillisen kuntoutuksen tarpeellisuus oli alusta alkaen selvää, minkä vuoksi myös ohjaus oli suoraviivaista ja kuntoutuja pystyi sekä työterveyslääkärin että palveluntuottajan valmentajan avulla löytämään itsestään tulevaisuuden suunnan.

Lääkäreiden näkökulma

Kaikki lääkärit toivat esille kokemuksen siitä, että ammatillisen kuntoutuksen myöntökriteerit ovat tiukentuneet eläkeyhtiöiden osalta. Yksi lääkäri harmitteli, että ammatillista kuntoutusta oli aiemmin helpompi saada ja sitä hyödynnettiin enemmän. Useampi lääkäri muisteli, että aiemmin ammatillisen kuntoutuksen hakemiseen oli olemassa selkeät rutiinit ja toimintatavat, jotka helpottivat tilannetta. Toinen lääkäri pohti haastattelussa ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kustannuksia, minkä lisäksi hän toi esille kokemuksensa siitä, että hylkäyspäätösten kasvavasta määrästä johtuen ammatillisen kuntoutuksen ”väylä on menossa tukkoon”. Yksi lääkäri sanoi suoraan, että ”ei ikinä pidä olla varma etukäteen, että se myöntö tulee”, minkä vuoksi hän pohjustaakin hylkäyspäätöksen mahdollisuutta potilaalle jo etukäteen.

Neuvonta-, ohjaus- ja koordinoitirooliin liittyen lääkäreillä ei ollut selviä vastauksia siitä, miten ne olisi parasta jakaa eri toimijoiden välillä. Uuden toimijan lisääminen prosessiin ei

tuntunut lääkäreistä käytännössä yksinkertaiselta tai helpolta ratkaisulta, vaikka hyötyjä siitä voisikin mahdollisesti saada. Yksi lääkäri kuvaili, että uudella toimijalla voisi ideaalitulanteessa olla kuntoutujan neuvonta- ja ohjausvastuu, mikä yksinkertaistaisi prosessia kuntoutujan näkökulmasta:

”- - et jos toimis yhden luukun palveluna, että sen kaiken tiedon sais yhdestä paikasta, niin se olis kyllä potilaalle kaikista helpoin ratkaisu. - - Et se olis vaan tällänen ulkopuolinen rooli, joka tarjoais infon ja ehkä jopa sen seurannankin, et kattois, että kaikki menee hyvin.”

Kyseinen lääkäri ajatteli toimijan sopivan parhaiten eläkeyhtiölle. Myös toinen lääkäri pohti erillisen koordinoivan henkilön lisäämistä prosessiin, joka pitäisi huolen siitä, että kuntoutuja on mm. ottanut yhteyttä tarvittaviin tahoihin kuntoutusprosessin etenemiseksi. Kolmas lääkäri kertoi aiemmasta kokemuksestaan, jolloin oli tehnyt yhteistyötä omasta mielestään poikkeuksellisen ammattitaitoisen sosionomin kanssa, joka oli pystynyt kertomaan kuntoutujalle monipuolisesti eri vaihtoehdoista ja prosessin kulusta. Hän toivoisi tällaista yhteistyötä enemmän ja kokee sosionomin ammattitaidon ja oikean asenteen tarpeelliseksi, jotta kuntoutusprosessi ei pysähdy byrokratian tai tietämättömyyden vuoksi. Muista poiketen neljäs lääkäri pohti koordinointia eri tavalla:

”Mutta tietyllä tavalla ehkä, jos sä et oo sen sairauden asiantuntija, niin sitten jos et sä kuitenkaan ota niin paljon kantaa siihen työkykyyn ja kaikkiin näihin asioihin, ennusteeseen ja mitä vois tehdä ja mikä sopis ja mitä ikinä, niin miten sä sitten olisit siinä yhtäkkiä erityisen asiantunteva koordinoimaan sitä asiaa? - - Et kyllä mä tietyllä tavalla nään, et herkästi se on kuitenkin käytännössä se työterveyslääkäri, joka sit kerää sen kaiken tiedon siihen sateenvarjon alle ja tekee ne suunnitelmat.”

Yksi lääkäreistä kiteytti ammatillisen kuntoutusprosessin ongelmakohdiksi verkostoitumisen ja yhteistyön puuttumisen eri toimijoiden väliltä. Hän toivoisi otettavan mallia Ruotsista, jossa on kuullut työterveyshuollossa olevan keskustelelevampi työskentelykulttuuri:

”- - meidän pitäis pitää eläkevakuutusyhtiön, työterveyshuollon ja potilaan työnantajan kanssa tälläisiä yhteispalavereja - -. Ei ne sais paperilla mennä nää asiat. - - nyt täällä toimijat on irrallisina palikoina, jotka sit vaan paperilla liikuttaa tietoja toisilleen, tekee päätöksiä niistä.”

Myös toinen lääkäri toivoisi enemmän yhteistyötä, mutta ennemminkin työterveys- ja vakuutuslääkärien välille:

”Et se mitä ehkä eniten itse kaipaa olis ihan niinkun vakuutusyhtiön lääkärin kanssa sitä tiedonkulkua ja yhteistyötä - - . Se vois olla aika hedelmällistä keskustella heidän kanssaan suoraan, et miten he näkee tilanteen, et vaikka kannattaako lähteä hakemaan vai kannattaako mennä suoraan toisella suunnitelmalla. Ja sit sama ehkä siinäkin koen, et sit jos sieltä tulee hylkäävä päätös, niin käydä sekin sitten vielä. No kyl sieltä saa tietynlaisen perustelun, mut ne on joskus aika sellasia ympäripyöreitä. Just ehkä se, et jos on hylännyt hakemuksen x, niin mitä sit seuraavaks.”

Toisaalta yksi lääkäri koki, että yhteistyön lisääminen ei välttämättä olisi ratkaisu kuntoutusprosessin parantamiseen:

”Ehkä tää nyt hyvin menee näinkin. Et voi olla, että se ei oo näissä prosesseissa se tärkein tai haastavin kohta, että lääkärit ja vakuutusyhtiöt pääsee saman pöydän ääreen vaan et se on ehkä siellä kuitenkin sen kuntoutujan informoinnin varmistamisessa ehkä sit kuitenkin. Koska hän on se päähenkilö ja se prosessi pitäis enemmänkin varmistaa, että hän pysyy aktiivisena.”

Työkyvyn tukemiseen ja ammatillisen kuntoutuksen prosessiin liittyen lääkärit mainitsivat myös toimivia asioita. Työkokeilu työterveyshuollon päätöksellä sai sekä kehuja että moitteita. Osa lääkäreistä koki sen erittäin hyväksi työkyvyn tukemisen keinoksi: sen täytäntöönpano on nopeaa ja se on työntekijälle sekä työnantajalle taloudellisesti kannattava vaihtoehto. Toisaalta osa lääkäreistä koki sen käytölle olevat kriteerit tiukoiksi, minkä lisäksi yhteistyötä tekevät työnantajat eivät olleet kiinnostuneita käyttämään työterveyshuollon päätökseen perustuvaa työkokeilua. Kaikki lääkärit olivat kuitenkin samoilla linjoilla siitä, että osasairauspäiväraha on hyödyllinen ja käytännöllinen työkyvyn tukemisen keino, minkä vuoksi he hyödyntävät sitä paljon.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukseni hypoteesina ja lähtökohtana oli ajatus siitä, että työeläkekuntoutusprosessien toteutus vaihtelee eikä aina mene niin, kuin laki säättää tai hyvä työterveyshuoltokäytäntö ohjeistaa. Vaihtuvuus toteutuksissa ja eri toimijoiden rooleissa ja työtavoissa aiheuttaisi sen, että yleisellä tasolla työeläkekuntoutus olisi monimutkainen ja sekava prosessi, jossa kukaan ei oikein tiedä, mitä omaan tai toisen rooliin kuuluu, jolloin prosessin tehokkuus ja toimivuus kärsisivät. Kun roolit eivät ole tiedossa, ei osata myöskään sanoa, kuka prosessia johtaa ja koordinoi. Koska kyseessä on prosessi, joka sisältää aina monia eri toimijoita, on selvää, että jonkun on oltava koordinoivassa roolissa. Kyseessä on ryhmätyö, joka ei voi valmistua eri toimijoiden osista ilman, että niitä on suunniteltu etukäteen ja koordinoitu se, kuka tekee, milloin ja miten. Oman roolin ymmärtäminen pitää myös olla linjassa muiden toimijoiden ymmärryksen kanssa, jolloin väärinkäsitykset eivät aiheuta ongelmia prosessille.

”No mä luulen, että tää roolijako menee sillain, että kaikki odottaa jonkun toisen tekevän tän homman ja ottavan vastuun.”

Edellä ja tutkimuksen otsikossakin mainittu haastatellun työterveyslääkäriin lainaus vahvistaa lähtökohdan hypoteesilleni. Työterveyslääkäreiden vastauksissa ilmeni selvää vaatimattomuutta, mutta myös varovaisuutta, kun heiltä kysyttiin omasta roolistaan työeläkekuntoutusprosessissa. Niin sanotusti apteekin hyllyltä ei kukaan lääkäreistä tuonut esille olevansa kuntoutusprosessin koordinoija, enemmänkin päinvastoin. Suoraan koordinoinnista ja johtajuudesta kysyttäessä ilmeni jyrkkiä mielipiteitä siitä, kuinka kuntoutusprosessissa ei ole selvää koordinoijaa eikä johtajaa, tai jos on, se ei ainakaan ole haastateltava itse. Tämä kertoo siitä, että työterveyslääkärit eivät ainakaan itse identifioi itseään johtavaan asemaan kuntoutusprosessiin liittyen. Vastausten taustalla saattaa myös olla asiantuntijuudessa yleinen ilmiö, jolloin ymmärryksen lisääntyessä kasvaa myös ymmärrys siitä, kuinka vähän itse tietääkään. Työterveyslääkärit ovat selvästi alansa asiantuntijoita, jotka haluavat tehdä työnsä hyvin. Työeläkekuntoutusprosessiin vaaditaan laajaa asiantuntijuutta, koska ilman lääkärin arviota ei yksikään kuntoutusprosessi voi alkaa, jolloin lääkäriltä vaaditaan sairauden toteamisen ja hoitamisen lisäksi ennusteen ja

suunnitelman tekemistä, joka puolestaan on kriittisen tärkeä kuntoutujan kannalta, jotta hän osaa edetä tilanteessaan.

Ristiriitaa lääkäreiden oman roolinsa vähättelylle syntyy siitä, kun arvioidaan työterveyslääkäreiden vastauksia heidän työtehtäviinsä liittyen. Kaikki lääkärit toivat esille, että heidän työnsä pitää sisällään paljon työkyvyn selvittämiseen, tukemiseen ja ohjaukseen liittyviä asioita, minkä lisäksi he käyttävät paljon työaikaansa sekä kuntoutujan että työnantajan neuvomiseen. Vain yksi lääkäristä myönsi varoen ja pohdiskellen olevansa kuntoutusprosessissa koordinoivassa asemassa, vaikka hänen mainitsemansa työtehtävät eivät eronneetkaan muiden lääkäreiden mainitsemista työtehtävistä. Kaikki lääkärit kokivat kuitenkin selvästi olevansa asiantuntija-asemassa, jolloin heillä on työkykyyn liittyvää tietämystä huomattavasti enemmän kuin kuntoutujalla tai työnantajilla. Lääkärit eivät silti olleet valmiita nostamaan omaa rooliaan näiden yläpuolelle. Vastauksissa näkyi myös tulkintaeroja siinä, mitä ”johtamisella” tai ”koordinoinnilla” tarkoitetaan, mikä osaltaan selittää vastauksia. Toisen lääkärin mielestä johtamiseen vaaditaan päätöksenteko-oikeus, kun taas toinen koki vahvan palveluihin ohjaamisen tietynlaisena johtamisena.

Kuntoutujien näkökulmasta työterveyslääkärin toimintaa ei väheksytty vaan enemmänkin kehuittiin ja tuotiin esille merkittävänä ja tärkeänä kuntoutusprosessin kannalta. Työterveyslääkärinä kohtaan tunnettiin luottamusta ja lääkärin asiantuntemus otettiin avoimesti vastaan. Työterveyslääkärit järjestivät työterveysneuvottelun, jossa kuntoutujan tilanne otettiin esille myös työnantajan kanssa, osalla kuntoutujista ensimmäistä kertaa. Osa kuntoutujista selkeästi tarvitsi tilanteeseen mukaan neutraalin osapuolen, koska työterveysneuvottelutilanne kuvautui olleen monille kuntoutujille selvästi jännittävä ja virittynyt tilanne. Kuntoutujien puheista ilmeni selkeää kokemus vastakkainasettelusta, jolloin kuntoutujalla oli vahva puolustusasema työnantajaansa kohtaan. Työnantajat olisivat luultavasti voittaneet kahdenkeskiset neuvottelut, mikäli työterveyslääkäri ei olisi tuonut kuntoutujan asioita hänen puolestaan esille. Monet kuntoutujista kertoivat olleensa haavoittuvassa tai jopa herkässä mielentilassa, jolloin oli ollut ensiarvoisen tärkeää, että työterveyslääkäri oli ohjannut keskustelua neuvottelutilanteessa, jolloin kuntoutujalta itseltä ei vaadittu yhtä paljon oman etunsa ajamista.

Kuntoutujien vastauksista kävi myös ilmi, että työterveyslääkärin toiminta ja asema oli kuntoutujille alusta asti selkeämpi, kuin eläkeyhtiön toiminta. Työterveyslääkəriin sai hyvin yhteyden ja lääkäri tuntui olleen kuntoutujille tuttu taho. Eläkeyhtiön toiminta tapahtui kuntoutujien näkökulmasta välillisesti, jolloin lääkäri toimitti lausunnon eläkeyhtiölle ja kuntoutuja teki hakemuksen itsenäisesti ilman henkilökohtaista yhteydenottoa eläkeyhtiöön. Tämän jälkeen eläkeyhtiöstä otettiin kuntoutujaan yhteyttä puhelimitse tai kirjallisesti päätöksen muodossa, minkä vuoksi on ymmärrettävää, että useasti tavattu työterveyslääkäri jäi kuntoutujien mieleen tutummaksi toimijaksi. Toisaalta eläkeyhtiön kautta saatu palveluntuottajan valmentaja oli selvästi kuntoutujille eläkeyhtiön asiantuntijaa läheisempi toimija, lukuun ottamatta yhtä tilannetta, jossa valmentajan ja kuntoutujan välinen suhde kuvautui lyhyenä ja pintapuolisena. Aluksi eläkeyhtiö nähtiin ennemminkin pelottavana ja etäisenä toimijana, joka pitää kiinni omista, muista poikkeavista, näkökulmistaan ja rahoistaan, mutta myöntöpäätöksen jälkeen mieli muuttui. Eläkeyhtiön rooli nähtiin kuntoutujien osalta taustalla olevana toimijana, joka luo säännöt, seuraa ja mahdollistaa.

Lääkäreiden näkemykset eläkeyhtiön roolista olivat kuntoutujien mielipiteistä hieman poikkeavat. Lääkärit korostivat eläkeyhtiön roolia kuntoutustoimenpiteen aikana, minkä lisäksi he toivoivat, että eläkeyhtiön rooli kuntoutusprosessin neuvomisessa kasvaisi. Neuvontaroolin lisääminen eläkeyhtiöille ei kuitenkaan käytännössä olisi heidän mielestään helppoa tai edes mahdollista nykyisenkaltaisessa prosessissa, koska eläkeyhtiöiden tiedonsaantioikeus alkaa vasta, kun kuntoutushakemus on tullut vireille. Lääkäreiden toive siitä, että eläkeyhtiö ottaisi tulevaisuudessa suuremman neuvontaroolin on ristiriidassa lääkäreiden asiantuntijuuden kanssa: he myöntävät olevansa työkyvyn ja kuntoutustoimenpiteiden asiantuntijoita, mutta kuitenkin toivoisivat jonkun muun ohjaavan kuntoutujaa näihin asioihin liittyen. Lääkäreille oli kuitenkin selvää, että työeläkekuntoutuksen sisältöön liittyvissä asioissa, kuten etuuden määrässä, eläkeyhtiö on oikea taho neuvomaan kuntoutujaa, eivätkä he lääkäreinä osallistu siihen.

Sekä lääkäreiden että kuntoutujien näkemykset olivat yhtenäisiä siitä, millainen eläkeyhtiön kautta tuleva palveluntuottajan valmentajan rooli ja työtehtävä kuntoutusprosessissa on. Näkemysten perusteella esimerkiksi työ- tai uravalmentajaksi kutsuttu henkilö toimii kuntoutujan tuutorina tai kummina kuntoutusprosessissa. Hänellä ei ole päätösvaltaa eikä asiantuntijuutta työkykyyn liittyen. Valmentajalla on ihmistuntemusta, ymmärrystä

sosiaaliturvasta ja työelämästä. Lisäksi valmentaja on muuntautumiskykyinen kameleontti, joka muotoutuu tarpeen vaatiessa vahvaan ohjaavaan rooliin, lempeään ja kuuntelemaan terapeuttirooliin tai ratkaisukeskeiseen suorittajarooliin, jolla on selkeä päämäärä: etsiä kuntoutujalle uusi työ. Valmentajien työskentelytavoissa oli kuntoutujien vastausten perusteella vaihtelevuutta, jolloin valmentajan ammattitaidon taso vaikutti valmennuksesta saadun avun määrään.

Työterveyslääkäreiden kokemukset olivat yhtenäisiä työnantajien osaamisesta ja kiinnostuksesta työkykyasioihin liittyen. On työnantajia, jotka tekevät paljon ja ovat kiinnostuneita, mutta on myös työnantajia, joille oma rooli työkyvyn tukemisessa on epäselvä tai puutteellinen. Vaikka työterveyslääkärit kertoivatkin, että työterveyshuolto tekee yhteistyötä työnantajien kanssa ja suunnittelee työkyvyn tukemista yhdessä etukäteen, ei suunnitelmat näkyneet käytännössä tämän tutkimuksen kuntoutujien työpaikoilla. Kukaan kuntoutujista ei muistanut, että työnantaja olisi ollut kiinnostunut työntekijöidensä työkyvystä etukäteen ennen kuin konkreettinen vaiva oli ilmennyt. Kuntoutujilta kysyttiin suoraan, muistavatko he työpaikaltaan keskustelua työn kuormittavuudesta tai ergonomiasta ja vastausten perusteella aihe näkyi ainoastaan kollegoiden kesken puhuttaessa, mutta ei työnantajan puolelta esille otettuna puheenaiheena. On tietenkin huomioitava myös mahdollisuus, jossa työntekijät eivät itse kiinnitä ohjeisiin, puheisiin tai suosituksiin huomiota, mikäli tilanteessa ei ole vielä havaittavissa ongelmaa, jolloin ohjeita ei noudateta eikä niitä näin ollen myöskään muisteta olleen.

Vaikka ennaltaehkäisyyn olisikin työnantajan osalta panostettu, on kuitenkin huomionarvoista, että työkykyvaivan ilmentyessä ei kuntoutujien työnantajilla useinkaan vaikuttanut olevan kiinnostusta tilanteen helpottamiseksi. Työnantajien mielikuvitus työkyvyn tukemiseen vaikutti olleen varsin hataraa, vaikka työterveyshuolto olikin neuvonut asiassa ja yrittänyt ehdottaa tilanteeseen eri vaihtoehtoja. Useamman kuntoutujan kohdalla välittyi myös selkeästi kuntoutujan kokemus siitä, ettei työnantaja välittänyt työntekijästään, vaan pyrki enemmänkin pääsemään työntekijästä eroon. Yhden lääkärin mukaan tilanne olisi kuitenkin päinvastainen, koska työntekijäpulan aikana hyvistä työntekijöistä halutaan hänen mukaansa selvästi pitää kiinni. Työkykyvaivan ilmetessä kuntoutujan ja työnantajan vastakkainasettelu näkyi jo siinä, että sairausloman jatkamisesta ilmoittaminen työnantajalle koettiin vaikeana tai epämieluisana asiana. Työpaikalla ei siis ollut huomioitu varhaisen

tukemisen keinoja ja luotu matalan kynnyksen tilaisuutta keskustella työkyvyn alentumisesta. Jos sairauslomasta tai sen jatkamisesta kertominen saa työntekijässä aikaan ahdistusta ja jännitystä, ei työpaikan ilmapiiri selvästi ole mahdollistanut myöskään tilannetta, jossa työntekijä olisi voinut keskustella työkyvyn heikkenemisestä varhaisessa vaiheessa esihenkilönsä kanssa.

Työeläkekuntoutuksen toimijoiksi mielletään selkeästi kuntoutuja, työterveyshuolto ja eläkeyhtiö. Näiden lisäksi myös muut terveydenhuollon ammattilaiset, Kela ja eläkeyhtiön palveluntuottajan valmentajat ovat toistuvasti mukana kuntoutusprosessissa. Vähemmälle huomiolle jäävät työnantajat ja työkokeilupaikan tarjoajat, vaikka sekä lääkäreiden että kuntoutujien kokemusten perusteella huomion vähäisyydelle ei olisi aihetta. Työnantajalla tai työkokeilupaikan tarjoajalla on merkittävä vaikutus työeläkekuntoutusprosessille. Vaikka kuntoutuja olisi saanut riittävää ohjausta ja hänen motivaationsa olisi kohdallaan, ei kuntoutusprosessin läpikäyminen hyödytä tilannetta, mikäli työnantaja tai työkokeilupaikka ei suhtaudu prosessiin yhtä tosissaan. Kuten eräs lääkäreistäkin huomautti, huonoimmassa tilanteessa ammatillinen kuntoutus pidentää kuntoutujan työuraa vain kuntoutustoimenpiteen ajan. Työnantajan on oltava kiinnostunut työntekijänsä työpanoksesta ja näin ollen pyrittävä tukemaan ja tarjoamaan mahdollisuuksia työn jatkamiselle, mikäli työkyvyssä ilmenee haasteita. Tähän työnantaja saa tukea työterveysyhteistyöstä ja työkykypalveluilta eläkeyhtiöltään. Kuntoutukseen liittyvän työkokeilupaikan on puolestaan pystyttävä tarjoamaan kuntoutujalle hänelle räätälöity ja sopiva työtehtävä, jossa kuntoutuminen on ylipäättään mahdollista. Työkokeilu ei tarkoita ilmaista työpanosta vaan kuntoutustoimenpidettä. Työkokeilupaikan tarjoajaa ei ole veloitettu tarjoamaan kuntoutujalle työkokeilun jälkeen työpaikkaa, mutta voisi kuitenkin olla tarpeen pohtia, valuuko resursseja tällä tavalla hukkaan, kun kuntoutuja on jo perehtynyt työtehtävään ja -paikkaan?

Sekä työterveyslääkäreiden että kuntoutujien kokemusten perusteella on selvää, että kuntoutujalta vaaditaan aktiivisuutta ja kiinnostusta oman työkykynsä parantamiseen ja kuntoutusprosessinsa läpikäymiseen. Kuten kaikessa muussakin, myös kuntoutujien valmiuksissa toimia aktiivisessa roolissa on eroja. Kaikki kuntoutajat eivät ole samalla viivalla työkykynsä ylläpitämisessä, oman elämänsä suunnittelussa tai esimerkiksi työpaikkojen hakemisessa. Nuorille on selkeästi tutumpaa suunnitella tulevaa ja tehdä suuria päätöksiä,

koska esimerkiksi toisen asteen opiskelupaikan tai ensimmäisen työpaikan hakeminen on tuoreemmassa muistissa. Pidempään samassa työssä olleelle uuden uran ja työpaikan hakeminen voi tuntua vaikealta ja jopa mahdottomaltakin, koska oma identiteetti on jo muotoutunut usean vuoden tai vuosikymmenen työskentelyn aikana tietynlaiseksi. Toisaalta kuntoutujien valmiudet työkykynsä tukemiselle voivat vaihdella myös taloudellisten resurssien mukaan: osa voi saada kuntoutukselleen selkeästi enemmän tukea panostamalla työterveyshuollon lisäksi muuhun yksityiseen terveydenhuoltoon, mutta mikäli resursseja ei ole, on kuntoutuja työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon palveluiden varassa.

Tutkimukseni perusteella kuntoutuja on työeläkekuntoutusprosessinsa kuski, minkä lisäksi hänellä on vierellään tarvittaessa kartanlukija. Työterveyslääkäri hahmottelee kuntoutujan kanssa karttaan nuotit, mutta lopulta ratin kääntämiseen ja kaasun tai jarrun painamiseen tarvitaan kuntoutujan omaa aktiivisuutta, motivaatiota ja päätöksentekokykyä. Jos kartta on alusta alkaen laadittu vedenpitäväksi ja kuskin valmiudet sen toteuttamiseen ovat kunnossa, pärjää kuntoutuja loppumatkan itsenäisesti. Eläkeyhtiö laatii puolestaan reittivaihtoehdot ja pitää ajoneuvon ajokunnossa, jolloin kuntoutusasiatuntija pitää taustalla huolen siitä, että kuntoutujan kuntoutusprosessi etenee oikeaan suuntaan ja lopulta maaliin. Mikäli eläkeyhtiö havaitsee, että reitti on kuntoutujalle epäselvä, voidaan kartanlukijaksi hankkia palveluntuottajan valmentaja, jolloin työterveyslääkäri ojentaa kartan mielellään eteenpäin ja siirtyy itse katsomon puolelle, kuitenkin radiopuhelinyhteyden päähän. Kuntoutusprosessi vaatii siis onnistuakseen monia asioita, mutta reitin tai siihen osallistuvien tahojen ei tarvitse olla identtisiä.

7. POHDINTA

Tutkimukseni lähtökohta kyseenalaisti työeläkekuntoutuksen toimivuuden lain ja asetuksen mukaisesti tilanteesta riippumatta. Kyseenalaistaminen loi aineistonkeruulle raamit, jolloin tavoitteenani oli haastatteluissa kysyä asioita kuntoutusprosessista neutraalisti, mutta kuitenkin niin, että ongelmakohdat ja epätietoisuus kävisivät ilmi. Haastateltavat pystyivät tilanteesta riippuen luultavasti aavistamaan, mitä kysymykseni taustalla oli ja mitä heidän saatettiin toivovan vastaavan. Varsinkin työterveyslääkäreiden aineistoa tulkitessa on syytä epäillä, olivatko vastaukset aina vilpittömiä kokemuksia tai näkemyksiä vai vastasivatko lääkärit niin, kuin ajattelivat, että olisi ”oikein”. Esimerkiksi kuntouttavista toimenpiteistä kysyttäessä he saattoivat kyllä kertoa avoimesti eri vaihtoehdoista, mutta kertoivatko lääkärit käyttämistään vaihtoehdoista totuudenmukaisesti siinä määrin kuin eri vaihtoehtoja hyödyntävät vai niin kuin olisi mahdollista hyödyntää?

Vastaavaa kriittisyyttä on syytä kohdistaa myös kuntoutujien vastauksiin. Vaikka heidän haastatteluissaan käytiin koko kuntoutusprosessi alusta loppuun saakka läpi, pystyivät he kertomaan kokemuksensa juuri siitä näkökulmasta kuin halusivat. Haastattelukysymysten tulkinnassa oli myös havaittavissa eroja sen mukaan, millaisen ensireaktion kysymyksenasettelu haastateltavassa aiheutti. Kun kuntoutujilta kysyttiin, kokivatko he, että jokin taho olisi johtanut kuntoutusta, saattoi ensireaktio olla kielteinen ja puolustelevalta, jolloin koettiin, ettei mikään taho mielivaltaisesti päättänyt asioista, vaikka myöhemmistä vastauksista ilmenee, että työterveyslääkäri oli selkeästi ohjannut kuntoutujaa oikeaan suuntaan ja vastannut ohjauksesta. Kuntoutujien henkilökohtaiset mieltymykset vaikuttivat varmasti myös siihen, kuinka he arvioivat oman kuntoutusprosessinsa toimijoiden toimineen kuntoutusprosessin aikana. Vaikka tutkimuksessani olinkin kiinnostunut subjektiivisista kokemuksista, voi kuntoutujan vastaus vääristää tilannetta, mikäli vastausta ei tulkita osana muita vastauksia. Esimerkiksi yhden kuntoutujan kohdalla hänen ensireaktionsa erosi huomattavasti siitä, miten hän lopulta kertoi toimijan toimineen: työterveyshuolto ”oli vain hiljaa”, vaikka aiemmin hän oli maininnut, että lääkäri oli prosessissa tärkein toimija, jota ilman ei olisi pärjännyt.

Kuntoutujien osalta aineiston koko oli mielestäni riittävä tutkimukseni kannalta, sillä kuntoutusprosesseissa oli selkeitä eroja toisiinsa nähden, mutta yllättävän paljon myös samankaltaisuutta. Sain aineistooni siis erilaisia näkökulmia eri lähtökohdista, mutta kuitenkin niin, että tapauksia oli mahdollista verrata eri toimijoiden roolien kannalta. Aineistossani mielenkiintoista oli lisäksi se, että yhden kuntoutujan kuntoutusprosessi voidaan tulkita edenneen ns. oppikirjamaisesti, mikä kertoo siitä, että alun hypoteesini on ainakin osittain väärä. Koska yhden kuntoutujan prosessi eteni mutkattomasti ja kaikki toimijat tiesivät roolinsa, pitäisi sen näin ollen olla mahdollista myös muissakin tapauksissa. Tutkimukseni lähtökohta osoittautui kuitenkin oikeansuuntaiseksi, sillä eroavaisuuksia löytyi, jolloin prosessi ei ollut edennyt kaikkien toimijoiden osalta kuten on suunniteltu tai ajateltu. Viilattavaa siis löytyy, jotta kuntoutusprosessien toimivuus jakautuisi tasaisemmin.

Työterveyslääkäreiden haastatteluissa ilmeni, että työterveyslääkärin iällä on suurempi vaikutus heidän mielipiteisiinsä ja kokemuksiinsa, kuin työuran pituudella. Haastateltavat lääkärit jakoutuivat iältään niin, että kaksi lääkäreistä olivat selvästi vanhempia kuin kaksi muuta. Lääkäreiden erikoistuminen on kuitenkin mahdollista myös uran myöhemmässä vaiheessa, minkä vuoksi iältään nuorempi lääkäri oli kuitenkin työskennellyt työterveyslääkärinä pidempään, kuin iältään vanhempi lääkäri. Silti iältään vanhemmat olivat selkeästi enemmän samaa mieltä keskenään ja vastaavasti nuoremmat lääkärit kokivat asiat yhteneväisemmin. Näkemykset työterveyslääkärin roolista ja merkityksestä olivat nuorempien lääkärien kohdalla enemmän linjassa lain ja asetuksen kanssa, jolloin he näkivät oman roolinsa selkeästi tärkeämpänä kuin vanhemmat lääkärit. Vanhemmat lääkärit toivat enemmän esille oman työnsä kiirettä sekä sitä, että ns. oppikirjamaiseen työskentelyyn ei riitä resursseja. Puolestaan nuoremmat lääkärit näkivät oman roolinsa tärkeänä osana yhteistyötä, jota he tekevät työnantajien ja eläkeyhtiöiden kanssa. Koska lait ja ohjeistukset muuttuvat, voi lääkäreiden tulkinta- ja näkemyserot vaihdella sen mukaan, kuinka hyvin vanhasta ollaan päästy irti ja uusia käytäntöjä omaksuttu.

Tutkimuksessani ilmeni lisäksi asioita, joita en ollut etukäteen ajatellut ilmenevän. Vaikka työterveyshuolto ja toisaalta eläkeyhtiön tarjoamat työkykypalvelut ovat kaikkien vakuutettujen käytettävissä, on mielenkiintoista, että työnantajien osaaminen ja kiinnostus työkykyyn liittyen vaikuttaa olevan varsin vaihtelevaa. Yksi lääkäreistä toi vahvasti esille tarpeen ohjata ja neuvoa työnantajia, mikä sai minut pohtimaan, onko yksi työterveyslääkärin

tehtävistä myös opettaa työkykyasiat työnantajille, vai onko vastuu asian oppimisesta työnantajilla itsellään tai kenties työkykypalveluita tarjoavilla eläkeyhtiöillä? Myös se, että kolmen kuntoutujan tilanteessa työnantajan toiminnalla oli ollut suora vaikutus siihen, että työkyky oli ylipäättään alentunut, on hälyttävää. Kuten eräs haastatelluista työterveyslääkäreistä toi esille, on työnantajan tehtävä pitää huolta työntekijöiden työhyvinvoinnista, jolloin työkykyvaivan ilmetessä on tämä tehtävä laiminlyöty. Kuinka paljon työnantajien vastuun toteutumista seurataan? Vai onko työterveyshuollon tehtävä paikata työnantajan työkyvyn tuen puutteita, jolloin työnantajan vastuu lakaistaan maton alle?

Tutkimukseni pohjalta olenkin sitä mieltä, että jatkotutkimus työnantajien roolista ja vastuista työkykyyn liittyen on tarpeen. Tarvitsemme tietoa siitä, millä tasolla työnantajien, henkilöstöhallinnon ja esihenkilöiden työkykyosaaminen todellisuudessa on. Millaista tietoa he kaipaavat ja mikä taho on paras asiassa neuvomaan? Pitäisikö tiettyä työkykyosaamisen tasoa vaatia, mikäli toimii työnantaja-asemassa ja on näin ollen vastuussa työntekijöidensä työhyvinvoinnista? Lisäksi voisi olla tarpeen täsmentää sitä, mikä on yksilön ja mikä yhteiskunnan vastuulla. Yksi lääkäreistä toi esille koko sosiaaliturvaa koskevan ongelman: ”Se riippuu siitä, kuka on muistanut infota ketäkin.” Tietoa ja ymmärrystä on, mutta estääkö nykyisenkaltainen lainsäädäntö tiedonkulkua niissäkin tapauksissa, joissa tiedon jakaminen olisi kaikkien etu?

LÄHTEET

Laki työeläkevakuutusyhtiöistä (25.4.1997/354).

Sairausvakuutuslaki (21.12.2004/1224).

Työntekijän eläkelaki (19.5.2006/395).

Työsopimuslaki (26.1.2001/55).

Työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383).

Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738).

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (10.10.2013/708).

Airaksinen, T. (2013). "Tuli iso elämänmuutos": asiakkaan kokemukset ammatillisen kuntoutuksen alkuselvittelystä tapaturmavakuutusyhtiössä. YAMK Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu: kuntoutuksen koulutusohjelma.

Cambridge Dictionary <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/coordinate>.
Luettu 1.2.2024.

D'Amato, A., & Zijlstra, F. (2010). Toward a climate for work resumption: The nonmedical determinants of return to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(1), 67–80.

Eläketurvakeskus (2022) Hylättyjen työeläkekuntoutushakemusten osuus kasvanut. <https://www.etk.fi/ajankohtaista/hylattujen-tyoelakekuntoutushakemusten-osuus-kasvanut/>. Luettu 16.3.2023.

Eläketurvakeskus (2023) Työeläkekuntoutujien määrä väheni huomattavasti. <https://www.etk.fi/ajankohtaista/tyoelakekuntoutujien-maara-vaheni-huomattavasti/>. Luettu 14.2.2024.

Eläketurvakeskus (2024) Työeläkekuntoutus. <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakekuntoutus/>. Luettu 14.2.2024.

Ervasti, J., Kausto, J., Leino-Arjas, P., Turunen, J., Varje, P. & Väänänen, A. (2022) Työkyvyn tuen vaikuttavuus. Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:7. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.

Gould, R., Laaksonen, M., Kivekäs, J., Ropponen, T., Kettunen, S., Hannu, T., Käppi, I., Ripatti, P., Rokkanen, T. & Turtiainen, S. (2014) Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet. Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 6/2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Gould, R., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (2012) Oikeaan aikaan? Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, 89–105.

Gould, R., Korpiluoma, R., Nyman, H. & Lampi, J. (2010) Ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuus. Teoksessa Uusitalo, H., Kautto, M. & Lindell, C. (toim.) Myöhemmin eläkkeelle – selvityksiä ja laskelmia. Eläketurvakeskuksen selvityksiä 1/2010: Helsinki, 75–83.

- Gould, R., Härkäpää, K., Järvikoski, A. (2008) Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. *Kuntoutus* 31(1):39–53.
- Günther, K., Hasanen, K. & Juhila, K. (2023) Johdanto: Analyysi ja tulkinta. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>. Luettu 9.12.2023.
- Hakala, J. (2017) Tulevan maisterin graduopas. Gaudeamus Oy, Helsinki.
- Hansen, A., Edlund, C., & Henningsson, M. (2006). Factors relevant to a return to work: A multivariate approach. *Work* (Reading, Mass.) 26 (2), 179–190.
- Heijbel, B., Josephson, M., Jensen, I., Stark, S. & Vingård, E. (2006) Return to work expectation predicts work in chronic musculoskeletal and behavioral health disorders: prospective study with clinical implications. *Journal of Occupational Rehabilitation* 16, 173–84.
- Härkäpää, K. (1992). Psychosocial factors as predictors for early retirement in patients with chronic low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (6), 553–559.
- Härkäpää, K., Järvikoski, A., & Gould, R. (2011). Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Esimerkkinä työeläkekuntoutus. Teoksessa Järvikoski A., Lindh J., Suikkanen A., toim. *Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi*, 73–88.
- Härkäpää, K. & Järvikoski, A. (2012). Mikä motivoi työeläkekuntoutukseen? Teoksessa: Gould, R., Härkäpää, K., & Järvikoski, A. (2012). *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia*, 01/2012, 145–162.
- Juhila, K. Koodaaminen. (2023) Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/koodaaminen/>. Luettu 9.12.2023.
- Juvonen-Posti, P., Tarvainen, K., Helin-Salmivaara, A., Räsänen, K. & Liira, J. (2021) Lääkäri työkykyä tukemassa. *Duodecim* 137 (3): L 293–300.
- Juvonen-Posti, P., Seppänen-Järvelä, R., Pesonen, S., Savinainen, M., Laaksonen, M. & Kaleva, S. (2015) Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana. *Kuntoutus* (3), 28–41.
- Juvonen-Posti, P., Viljamaa, M., Uitti, J., Kurppa, K. & Martimo, K. (2014) Työkyvyn tuki – tavoitteena työssä jatkaminen. Teoksessa: Uitti, J. (toim.) *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki*, 212–233.
- Juvonen-Posti, P., Uitti, J., Kurppa, K., Viljamaa, M. & Martimo, KP. (2014b) Työterveysyhteistyö. Teoksessa: Uitti, J. (toim.) *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki*, 22–30.
- Järvikoski, A., & Härkäpää, K. (2012). Miten kuntoutusprosessi etenee? Teoksessa: Gould, R., Härkäpää, K., & Järvikoski, A. (2012). *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia*, 01/2012, 109–144.
- Järvikoski, A., Takala, E., Juvonen-Posti, P. & Härkäpää, K. (2018) Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä. *Sosiaali- ja terveysturvan raportteja* 13. Kela, Helsinki.
- Kaasila, M. (2023) Työeläkekuntoutus vuonna 2022. Eläketurvakeskuksen tilastoja: 04/2023.

- Kausto, J., Viikari-Juntura, E., Virta, L.J., Gould, R., Koskinen, A. & Solovieva, S. (2014) Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. *BMJ Open*, 4 (12).
- Kausto, J., Virta, L., Luukkonen, R., & Viikari-Juntura, E. (2010). Associations between partial sickness benefit and disability pensions: initial findings of a Finnish nationwide register study. *BMC public health*, 10, 361.
- Kela (2024a) <https://www.kela.fi/sairauspaivaraha>. Luettu 17.2.2024.
- Kela (2024b) <https://www.kela.fi/osasairauspaivaraha>. Luettu 17.2.2024.
- Koivuniemi, M., Karapalo, T., Walden, P. & Pikkarainen, A. (2016) Kuntoutuksen ohjaajat (AMK) – Osaajina kuntoutuksen koordinoititehtävissä. *Kuntoutus* (1): 65–70.
- Koukkari, M. (2010). Tavoitteena kuntoutuminen - Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto.
- Kulmala, J., (2017) Palveluverkoston toteuttaman työeläkekuntoutuksen vaikuttavuus. Tampereen yliopisto.
- Laaksonen, M., Blomberg, J. & Gould, R. (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivardi, M. & Champagne, F. (2014) Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability. A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation* 24, 242–267.
- Lehto, J. & Miettinen, S. (2013) Erillisistä osajärjestelmistä toimivaksi kokonaisuudeksi. Kuntoutuspolitiikan koordinaation edellytyksiä ja esteitä. Teoksessa Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J., Rajavaara, M. (toim.) *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 34–44.
- Lehto, M. (2011) Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus* 2011:5, 75–76.
- Leinonen, T., Viikari-Juntura, E., Husgafvel-Pursiainen, K., Juvonen-Posti, P., Laaksonen, M., Solovieva, S. (2019) The effectiveness of vocational rehabilitation on work participation: a propensity score matched analysis using nationwide register data. *Scand J Work Environ Health* 2019;45(6):651–660.
- Lindh, J. (2013). Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkoston rakenteistumiseen. Rovaniemi: Lapin yliopisto, *Acta Universitatis Lapponiensis* 259.
- Lindh, J., & Suikkanen, A. (2008) Ammatillinen kuntoutus pysyvässä muutoksessa. *Kuntoutus*, 31(1), 59–63.
- Lindh, J. (2007) Ammatillisen kuntoutussuunnittelun vuorovaikutteisuuden ja toteutumisen haasteet. *Kuntoutus* 30 (4), 3–26.
- Liukko, J. (2021) Työeläkekuntoutuksen vaikuttavuuden kehittäminen ja työkykyajattelu. Työeläkelaitosten asiantuntijoiden haastatteluihin perustuva tutkimus. *Kuntoutus* 44 (4), 18–30.
- Liukko, J. & Kuuva, N. (2015) Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Liukko, J., Polvinen, A., Kesälä, M., Varis, J. (2017) Työkyvyttömyyseläkkeiden maksuluokkamallin toimivuus ja kannustinvaikutukset. Kyselytutkimus työnantajien näkemyksistä. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 03/2017. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Martimo, KP. & Ala-Mursula, L. (2021) Sairauspoissaolojen harkittu käyttö ja työhön paluun tuki ovat osa hyvää hoitoa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 137 (2): 123–125.

Martimo KP. & Liira J. (2016) Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Suom. Lääkäril. 71 (21), 1513–1518.

Martimo, KP. & Mäkelä, K. (2021) Työkyvyttömyyden ensimmäinen vuosi. Lääkärilehti 76 (4), 208–210.

Nielsen, M. B., Madsen, I. E., Bültmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2011). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *European journal of public health*, 21(6), 806–811.

Nissinen, S., Soini, S., & Hakulinen, H. (2021). Relevance of documented work ability data in occupational health care – a survey for occupational health professionals. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 13(1), 19–31.

Palomäki, S. (2012) Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

Pasanen, J. (2018) ”Mä rupesin näkemään auringon taivaalla” – Kuntoutujien kokemuksia palveluverkoston toteuttamasta kuntoutuksesta. Tampereen yliopiston tutkimusraportti.

Pekkarinen, L. & Sohlman, P. (2020) Ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen julkisella alalla. Helsinki: Keva.

Pensola, T. & Järvikoski, A. (2006) Psykkiset rasittuneisuusoireet ja niiden huomioon otto työpaikalla. Teoksessa: Lehto, A., Sutela, H. & Miettinen, A. (toim.) Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Helsinki: Tilastokeskus, Tilastokeskuksen tutkimuksia 244, 317–336.

Pesonen, S., Juvonen-Posti, P., Ristimäki, H.-L., Weiste, E., Koskela, I., Ruusuvuori, J., & Seppänen-Järvelä, R. (2021). Yhteistoimijuus työterveysneuvottelussa. *Kuntoutus*, 44(3), 5–20.

Pulkki, J., Rissanen, P., Raitanen, J. & Viitanen, E. (2011) Overlaps and accumulation in the use of rehabilitation services. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34, 255–260.

Purhonen, S., Ashorn, U., Viitanen, E., Rissanen, P. & Lehto, J. (2006) Kansalaisten yhdenvertaisuus etuuskien saajina kuntoutuksen lakiviidakossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43 (4): 283–294.

Rajavaara, M. (2013) Kuntoutus- ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta? Teoksessa Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J., Rajavaara, M. (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 46–76.

Rajavaara, M. & Lehto, J. (2013) Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Teoksessa Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J., Rajavaara, M. (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 6–16.

- Reho, T., Atkins, S., Talola, N., Sumanen, M., Viljamaa, M. & Uitti, J. (2020) Frequent attenders at risk of disability pension: a longitudinal study combining routine and register data. *Scand J Work Environ Health* 2020 (48) 2, 181–189.
- Reini, K. (2020) Työhön paluu ja työkyvyttömyyseläkkeen riski sairauspoissaolon jälkeen. *Katsaus 2008–2018 julkaistuun suomalaistutkimukseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 57: 168–184.
- Rinne, H. & Blomgren J. (2020) Kuntoutukseen osallistuminen ja eri osajärjestelmien ristikkäiskäyttö. *Rekisteritarkastelu Oulun väestössä vuonna 2018. Kuntoutus* 43 (4), 6–20.
- Rinne, H. & Blomgren, J. (2022) Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomiset erot – rekisteritutkimus oululaisista vuonna 2018. *Sosiaalilääketieteellinen* 59: 16–33.
- Saari, P. (2012) Onnistuneesti takaisin työhön ammatillisella kuntoutuksella. Työntekijöiden ja työnantajien näkemyksiä onnistuneesta työhön paluusta. *Kevan tutkimuksia 2/2012*. Helsinki.
- Saari, P. (2013) Työhön paluuseen liittyvät haasteet ja ratkaisukeinot pitkältä sairauslomalta. *Kuntoutus* 2013 (1), 32–38.
- Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Verkostovaliokunnan asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (Luettu 2.8.2023).
- Salonen, L., Blomgren, J., Laaksonen, M. & Niemelä, M. (2018) Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. *BMJ Open* 2018:8.
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J., Martínez, J., Delclos, G. & Benavides, F. (2012) Return to work expectations of workers on long-term nonwork-related sick leave. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (1), 15–26.
- Sarkkinen, M. (2023) Hyvä työterveysyhteistyö perustuu siihen, mitä työpaikka tarvitsee. <https://www.ttl.fi/tyopiste/hyva-tyoterveysyhteistyo-perustuu-siihen-mita-tyopaikka-tarvitsee>. Luettu 16.8.2023
- Seppänen, A. (2017) Hyvässä lääkärinlausunnossa kiteytyy olennainen. *Lääkärilehti* 2017 72 (9), 570–571.
- Seppänen-Järvelä, R. (2018) Kuntoutus osana työkykyjohtamista henkilöstöasiantuntijan näkökulmasta. *Kuntoutus* 2018 (1), 21–32.
- Seppänen-Järvelä, R., Aalto, A-M., Juvonen-Posti, P., Laaksonen, M. & Tuusa, M. (2015). (toim.) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139.
- Shemeikka, R., Rinne, H., Saares, A., Parmanne, P., Valkonen, VP. & Poutiainen, E. (2013) Lääkäreiden näkemyksiä kuntoutuksen haasteista ja kehittämisideoista. *Kuntoutus* 36 (3): 20–30.
- Shiri, R., Kausto, J., Martimo, KP., Kaila-Kangas, L., Takala, EP. & Viikari-Juntura, E. (2013) Healthrelated effects of early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2013 (39), 37–45.
- Suomisanakirja.fi <https://www.suomisanakirja.fi/koordinoida>. Luettu 1.2.2024
- Tirkkonen, M. (2012). ASLAK-kuntoutus vahvistaa työhyvinvointia valikoivasti. Tampere: Tampere University Press, Acta Electronica Universitatis Tampereensis 1235.

Tuomala, J. (2012) Vaikuttaako kuntoutus työssä jatkamiseen? Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, 163–192.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Turja, J. (2009). Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 1375.

Työeläkelakipalvelu (2024) Työeläkekuntoutuksen käsittely. https://www.telp.fi/ohjeet/etuudet/tyoelakekuntoutus/tyoelakekuntoutuksen-kasittely/?version_date=2024-02-18. Luettu 18.2.2024.

Työeläkevakuuttajat TELA ry (2024) Työeläkekuntoutuksella ehkäistään työkyvyttömyyttä. <https://www.tela.fi/tyoelakejarjestelma/tyoelakekuntoutus/>. Luettu 25.2.2024.

Työterveyslaitos (2024a) Työterveyshenkilöstö. <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/tyoterveyshuolto/tyoterveyshenkilosto>. Luettu 17.2.2024

Työterveyslaitos (2024b) Palvelujen koordinointi. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tyokyvyntuki/palvelujen-koordinointi>. Luettu 1.2.2024.

Uitti, J. (2014) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi.

Valtioneuvosto (2023) Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58.

Ventelä, A. (2022) Yhä useampi saa osasairauspäivärahaa – mitä etuuden vaikuttavuudesta tiedetään? <https://sosiaalivakuutus.fi/yha-useampi-saa-osasairauspaivarahaa-mita-etuuden-vaikuttavuudesta-tiedetaan/>. Luettu 18.8.2023.

Viikari-Juntura, E., Leinonen, T., Virta, L. J., Hiljanen, I., Husgafvel-Pursiainen, K., Autti-Rämö, I., Rissanen, P., Burdorf, A. & Solovieva, S. (2019). Early part-time sick leave results in considerable savings in social security costs at national level: an analysis based on a quasi-experiment in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(2), 203–208.

Viikari-Juntura, E., Kausto, J., Shiri, R., Kaila-Kangas, L., Takala, EP., Karppinen, J., Miranda, H., Luukkonen, R. & Martimo, KP (2012) Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2012 (38), 134–143.

Viikari-Juntura, E., Virta, L., Kausto, J., Autti-Rämö, I., Martimo, KP., Laaksonen, M., Leinonen, T., Husgafvel-Pursiainen, K., Burdorf, A. & Solovieva, S. (2017) Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scand J Work Environ Health* 2017 (43), 447–456.

Viljamaa, M., Juvonen-Posti, P., Uitti, J., Kurppa, K. & Martimo, KP. (2014) Työterveysyhteistyö työkyvyn tuessa. Teoksessa: Uitti, J. (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi, 31–39.

Åkerblad, L. & Haapakoski, K. (2020a) Hauras jaettu toimijuus ammatillisessa kuntoutuksessa. *Janus* 28 (3) 2020, 220–236.

Åkerblad, L. & Haapakoski, K. (2020b) Työnantajayhteistyö ammatillisessa kuntoutuksessa ja tuetussa työllistymisessä. *Integroiva kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus* 43 (3), 20–33.

LIITTEET

Liite 1.

Lääkäreiden haastattelut

TAUSTAKYSYMYKSET:

1. Mitä työhösi tällä hetkellä kuuluu ja millainen työhistoria sinulla on?
2. Kuinka paljon työstäsi kuluu aikaa työkyvyn tukemiseen eli ennaltaehkäisyyn verrattuna sairauslomiin tai kuntoutukseen eli kun työkyky on jo heikentynyt?

TEEMA

Työkyvyn tukeminen ja työterveysyhteistyö ennen sairauslomaa tai sairausloman pitkittymistä

1. Millaisia ennaltaehkäisy keinoja käytät työntekijöiden työkyvyn tukemisessa? Miten ne mielestäsi toimivat?

- a. Mitä työterveyshuolto ja työterveyslääkäri käytännössä tekee työkyvyn tukemiseksi?
 - i. Miten ne toimivat käytännössä? Eli onko niistä hyötyä?
- b. Työkyvyn tuen toimintamalli: Millainen rooli työterveyshuollolla on sen laadinnassa ja miten se käytännössä laaditaan? Kuka laatii? Kuka seuraa sen toteutumista? Millaista yhteistyötä vaatii?
 - i. Onko jotain näistä: esim. työkyvyn seuranta, työ- ja toimintakyvyn arviointi, kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutuksen ohjaus sekä koordinoituvastuu, yhteydenpito sairauspoissaolijaan, työterveysneuvotteluiden organisointi ja siihen osallistuminen, työhön paluun tukeminen eli sen koordinointi yhteistyössä muun terveydenhuollon ja sosiaalivakuutusjärjestelmän kanssa, työterveysneuvotteluiden organisointi, hoidon ja kuntoutuksen seuranta, työssäjätkamislausunto 90pv, työkyvyn seurannan tuloksista raportointi, sairauspoissaoloseuranta ja niistä raportointi

2. Mitä työterveyshuollon vastuulle kuuluu, kun puhutaan työkyvyn tukemisesta?

- a. Mitä keinoja tai työtehtäviä siihen sisältyy?

3. Millaisina näet työterveyshuollon ja työnantajan roolit työkyvyn tukemisessa (ennaltaehkäisyssä)?

- a. Mitä työterveyshuolto tekee vs työnantaja?

4. Millaista yhteistyötä työterveyshuolto tekee yleisesti työnantajan kanssa ennen tietyn työntekijän työkyvyn alenemista?

- a. Toimiiko yhteistyö?

5. Miten työntekijöiden työssä selviytymistä käytännössä seurataan ja edistetään, kenen vastuulla se on?

II TEEMA

Työntekijän työkyky on alentunut, sairausloma-aika ja kuntoutukseen ohjaus

1. Miten työkyvyn tuen tarve havaitaan? Millainen rooli työterveyshuollolla vs työnantajalla?

- a. Tunnistetaanko mielestäsi työkyvyn tuen tarve usein ajoissa vai havaitaanko työkyvyn aleneminen ”liian myöhään”? Mitä ongelmia tässä näet?
- b. Kenen vastuulla se on mielestäsi tai mikä toimija on tässä vaiheessa kriittisin?

2. Mitä tapahtuu tai mitä keinoja käytät ennen kuin ohjaat potilaan/puhutaan ammatillisesta kuntoutuksesta? Millaisena koet näiden toimenpiteiden merkityksen? Mikä on toimivin?

Hyödynnetäänkö näitä:

- a. työterveyslääkärin rooli kuntouttavien toimenpiteiden käynnistämisessä:
- b. ehdotukset työpaikalle ja niiden seuranta (TTH-laki 12§)
- c. työkuormituksen arviointi (TTH-laki 12§, 4. momentti)
- d. työpaikkaselvityksessä työstä, työympäristöstä ja työyhteisöstä aiheutuvien terveysvaarojen ja haittojen, kuormitustekijöiden sekä voimavarojen terveydellistä merkitystä ja merkitystä työkyvylle (Asetus HTTHK:n periaatteista 6§)
- e. korvaavan/kevennetyn työn käyttö
- f. työkykyneuvottelu
- g. osasairauspäiväraha
- h. työterveyshuollon päätöksellä työkokeilu (KPM&KMäkelän artikkeli)
- i. fysioterapia/lyhytterapia työterveyshuoltona
- j. sosiaalialan asiantuntijan käyttö
- k. kuntoutusta koskeva neuvonta ja hoitoon tai lääkinnälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen ohjaaminen (TTH-laki 12§, 5. momentti)
- l. ohjaus lääkinnälliseen kuntoutukseen/Kela
- m. ohjaus ammatilliseen kuntoutukseen/TyEL tai Kela, tapaturmayhtiö
- n. moniammatillinen yhteistyö työterveystiimin sisällä / työterveyshuollon ulkopuolella (TTH-laki)

3. Miten arvioit työkyvyttömyyden uhkaa ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta?

4. Miten kuntoutukseen ohjaus tai kuntoutustarve tapahtuu käytännössä?

- a. Miten prosessi alkaa? Mistä lähdetään liikkeelle?

5. Jos kuntoutuja ei ole motivoitunut, kuka mielestäsi voi motivoida häntä eniten ja miten?

- a. Millaisia motivaation keinoja käytät?

6. Millainen mielestäsi on työterveyshuollon rooli kuntoutuksen alussa? Mitä kuuluu työterveyshuollon vastuulle entä työnantajan tai eläkeyhtiön? Onko vastuunjako epäselvää?

- a. Toimiiko yhteistyö?
- b. Onko roolit selvät?
- c. Mitä haasteita tässä vaiheessa ilmenee?
- d. Onko parannusehdotuksia kuntoutuksen alkuvaiheeseen?

7. Mitä tapahtuu työterveyshuollon näkökulmasta, jos kuntoutuspäätös on kielteinen?

III TEEMA

Roolit kuntoutuksen aikana

1. Millainen roolisi on kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa / kuntoutustoimenpiteen aikana? Entä muiden toimijoiden roolit?

2. Mitä mielestäsi tarkoittaa kuntoutuksen tai kuntoutustoimenpiteiden koordinointi?

- a. Kenen tai minkä tahon olisi mielestäsi paras koordinoida kuntoutusta?
- b. Miten koordinoitivastuu olisi hyvä toteuttaa?
- c. Pitäisikö koordinoitivastuu olla tilanteesta riippuva vai kaikilla sama?

3. Millainen rooli työterveyshuollolla on kuntoutustoimenpiteen päättymisen jälkeen?

IV TEEMA

Työterveyshuollon osaaminen ja eri toimijoiden välisen yhteistyön toimivuus

1. Miten kuntoutus ja työkyvyn tukeminen ”opitaan” työterveyshuollossa ja millaiseksi arvioisit kuntoutusosaamisen yleisesti työterveyshuollossa?

- a. Onko kaikille työterveyshuollon toimijoille kuntoutusprosessi selvä?

2. Mistä haet tietoa kuntoutukseen liittyen?

- a. Onko olemassa jotain yleisiä ohjeita tai dokumenttia?

3. Kuinka paljon kuntoutusprosessi vie yhden kuntoutujan kohdalla työaika?

4. Minkälaista verkostoyhteistyötä tehdään kuntoutusprosessiin liittyen?

5. Onko tiedonkulussa (työterveys, työnantaja, työeläkelaitos, kuntoutuja + kela/te-palvelut) jotain eroja/vaikeuksia? Millaisessa tilanteessa toimii/ei toimi?

6. Onko kuntoutukseen liittyvät roolit selvät eri toimijoille?

- a. Puhutaanko niistä?
- b. Pitäisikö niitä muokata?
- c. Pitäisikö lisäksi olla jokin muu toimija mukana, ”kuntoutujan asianajaja” tms.?

7. Jos kuntoutusprosessissa ilmenee häiriö/ongelma tai se ei etene suunnitellusti, mitä tapahtuu?

8. Kuka mielestäsi johtaa kuntoutusprosessia?

LOPUKSI:

Haluatko lisätä vielä jotain liittyen työeläkekuntoutusprosessiin ja sen toimijoiden rooleihin?

Liite 2.

Kuntoutujien haastattelut

TAUSTAKYSYMYKSET:

1. Yhteydenottolomakkeen läpikäynti.
2. Kertoisitko koulutus- ja työhistoriastasi lyhyesti viime vuosilta ennen kuntoutusta?
3. Olitko työsuhteessa juuri ennen kuntoutusta?
4. Millainen käsityksesi ammatillisesta kuntoutuksesta oli entuudestaan?

I TEEMA

Ennen ammatillisen kuntoutuksen aloittamista

- 1. Miten työkyvyttömyytesi tai sairauslomasi alkoi?**
 - a. Oliko sairausloma heti pitkä vai haettiin siihen useasti jatkoa?
 - b. Millaisia tapaamisia työterveyshuollossa oli? Lääkäri, hoitaja jne.?
 - c. Oliko keskusteluja työnantajan kanssa?
- 2. Miten työkyvyn tilannetta seurattiin tai arvioitiin työpaikalla ja työterveyshuollossa? Miten työkyvyn heikkenemiseen suhtauduttiin?**
 - a. Puhuttiinko työpaikallasi työkyvystä ja sen tukemisesta?
 - b. Millaisia keinoja työpaikallasi käytettiin työkyvyn ylläpitämiseksi tai parantamiseksi? Oliko puhetta työhön paluun keinoista?
 - c. Oliko työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyö näkyvää?
- 3. Millaista tukea sait työterveyshuollosta tai työpaikalta sairausloman aikana?**
 - a. Pidettiinkö esim. yhteyttä sairauspoissaolon aikana?
 - b. Mitä kuntoutustoimenpiteitä tarjottiin? Esim. työkokeilu työterveyshuollon päätöksellä, osasairauspäiväraha, fysioterapia, sosiaalialan ammattilaisen käyttö, korvaavan/kevennetyn työn käyttö
- 4. Pidettiinkö sinulle työterveysneuvottelu?**
 - a. Kuka niihin osallistui?
 - b. Oliko niitä useampia?
 - c. Mitä neuvottelussa puhuttiin tai sovittiin?
 - d. Millainen kokemus se oli?
 - e. Ohjasiko joku keskustelua?
- 5. Miten kuntoutustarve ilmeni ja kuka ohjasi kuntoutukseen?**
 - a. Ehdotettiinko kuntoutusta mielestäsi oikea-aikaisesti?
- 6. Millaista tietoa sait kuntoutuksesta ja keneltä tieto tuli?**
 - a. Saiko tietoa riittävästi?

- b. Pitikö itse etsiä tietoa?
- c. Millaiselta prosessi tässä vaiheessa vaikutti?

7. Kuka osallistui kuntoutussuunnitelman tekemiseen ja miten sen tekeminen sujui?

- a. Kuka ohjasi keskustelua?
- b. Oliko monia eri vaihtoehtoja/ehdotuksia?
- c. Kuinka paljon sait itse vaikuttaa suunnitelmaan kouluasteikolla 4–10? (4 olin täysin eri mieltä suunnitelmasta, 10 suunnitelma oli oma ideani/olin täysin samaa mieltä suunnitelmasta)
- d. Millainen motivaatiotasosi oli suunnitelman tekemisen jälkeen? Muuttuiko se alkuun nähden?

8. Millaisena aikana muistelet sairausloma-aikaasi?

- a. Miltä silloin tuntui?
- b. Millaista apua tai ohjausta olisit kaivannut, mutta et saanut?
- c. Oliko jokin taho tässä vaiheessa erityisen tärkeä/merkityksellinen?

II TEEMA

Kuntoutus alkaa

1. Miten kuntoutuksen aloitus/hakeminen kohdallasi meni?

- a. Haitko suoraan ammatillista kuntoutusta vai haitko kuntoutustukea/työkyvyttömyyseläkettä, josta ohjattiin ammatilliseen kuntoutukseen?
- b. Miten hakeminen sujui? Oliko eläkelaitos helposti tiedossa? Miten hakemuksen teko sujui? Pyydettiin lisäselvityspyynnöjä tms.?
- c. Saitko myönteisen päätöksen heti?

2. Millainen oma käsityksesi oli prosessista siinä vaiheessa, kun myöntöpäätös oli tullut?

- a. Oliko kaikki selvää?

3. Millainen motivaatiotasosi oli kuntoutuksen alussa?

4. Tiesitkö oman roolisi prosessiin lähtiessäsi? Kerrottiinko siitä, mitä sinulta odotetaan tai mikä on sinun vastuullasi?

- a. Millaiseksi kuvittelit oman roolisi tässä vaiheessa?

III TEEMA

Kuntoutuksen aikana

1. Mitä eri toimijoita kuntoutusprosessissasi oli mukana ja millaiset heidän roolinsa mielestäsi olivat?

- a. Olivatko roolit/työnjako sinulle koko ajan selvät?
- b. Muuttuiko toimijoiden roolit kuntoutuksen edetessä?
- c. Toimiko yhteistyö eri toimijoiden välillä?

d. Millaista ohjausta sait miltäkin taholta?

2. Koordinoiko joku mielestäsi prosessia?

a. Tuntuiko jokin taho ottavan selkeämmän ”johtajan” roolin?

3. Seurasiko joku kuntoutusprosessiasi? Miten?

a. Vaihtuiko se prosessin eri vaiheissa?

4. Minkälainen työterveyshuollon rooli kuntoutusprosessissa oli?

a. Oliko aluksi erilainen kuin lopuksi tms.?

5. Miten työnantaja ja esihenkilö osallistuivat kuntoutusprosessiin, jos työsuhteesi oli voimassa?

a. Olivatko he yhteydessä? Millaiseksi koit heidän kiinnostuksensa?

6. Oliko kuntoutusprosessissa epäselviä asioita? Esim. keneltä kuuluu kysyä tai mitä seuraavaksi tapahtuu.

7. Kuinka paljon piti itse tietää prosessista/osata hakea tietoa?

a. Oliko ohjeistus alusta alkaen selvää ja riittävää?

8. Kuinka selkeäksi kuvailisit omaa kuntoutusprosessiasi?

a. Mikä siihen vaikutti?

b. Oliko jotain, mitä olisit kaivannut lisää?

c. Oliko prosessissa epäselvyyttä aiheuttavia asioita/toimijoita?

d. Olisiko prosessissa parantamisen varaa? Miten?

IV TEEMA

Kuntoutuksen päätyminen

1. Miten kuntoutus päättyi?

a. Tiesitkö, koska kuntoutus on virallisesti päätynyt? Kertoiko jokin taho sen?

2. Millaiset jatko-ohjeet tai jatkosuunnitelman sait ja keneltä?

a. Oliko se mielestäsi hyvä?

b. Oliko jokin toimija mielestäsi turha?

3. Millaiseksi jälkikäteen arvioisit koko kuntoutusprosessisi?

a. Oletko tyytyväinen? Mihin erityisesti?

b. Mikä mielipiteeseesi vaikutti eniten?

c. Mikä oli lopulta vaikeinta / haastavin osuus?

4. Millainen tilanteesi on nyt?

a. Oliko kuntoutuksesta apua?

5. Kuka oli kokonaisuudessaan koordinoija tai tärkein toimija? (tämä lisätty ensimmäisen haastattelun jälkeen)

6. Muuttuiko mielipiteesi tai käsityksesi kuntoutusprosessin aikana? (tämä lisätty toisen haastattelun jälkeen)

a. Oliko esim. ennakkoluuloja tai epäselvyyksiä jotka lopulta selvisi tms?

LOPUKSI:

Haluatko lisätä vielä jotain kuntoutusprosessiisi ja sen toimijoihin liittyen?