

*Aila Järvikoski*

## **Monimuotoinen kuntoutus**

---

# **JA SEN KÄSITTEET**

ty-

# KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	10.1.2014
Tekijät	Toimeksiantaja
Aila Järvikoski	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä

Muiston nimi

Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet

Tiivistelmä

■ Raportissa selvitetään kuntoutuskäsitteen kehittämistä sekä sitä, millaisiin käsitteisiin kuvataan kuntoutuksen tehtäviä ja osa-alueita monialaisessa toimintakentässä. Käsitteiden tarkastelun kautta on myös mahdollista peilata tapahtuneita muutoksia kuntoutuksen ja työ- ja toimintakyvyn ylläpidon eri osa-alueilla.

Aluksi tarkastellaan itse kuntoutustermiä sekä kuntoutuksen määrittelyssä ja toteutuksessa nähtäviä muutostendenssejä ja -haasteita. Niihin kuuluvat asiakkaan olosuhteisiin vaikuttaminen, varhainen käynnistäminen, sosiaalisten tekijöiden käyttö kuntoutuksen käynnistämisen perusteena, yhteisöpohjaisen kuntoutuksen (CBR) kehittyminen, asiakkaan roolin vahvistuminen sekä kuntoutuksen kokonaisjärjestelmän kehittämishaasteet. Kuntoutusjärjestelmän koordinaation ja yhteistyön ongelmiin ei ole löytynyt ratkaisua, vaikka sitä on jo muutamana vuosikymmenen ajan haettu. Luvussa 3 selvitetään kuntoutusasiakkaan vammaisuutta, toiminta- ja työkykyä sekä eräiden kuntoutusprosessia kuvaavien käsitteiden käyttötapoja ja mahdollisia ongelmia. Luvussa 4 pyritään jäsentämään lääkinnällisen, ammatillisen, sosiaalisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen keskinäisiä suhteita lähtien niiden erilaisista tulkinnoista. Luvussa 5 nostetaan esiin eräitä ongelmakohtia kuntoutusprosessissa ja sen toteutuksessa. Luvussa 6 paneudutaan erityisesti kuntoutuksen ja työn välisiin yhteyksiin toisaalta varhaiskuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävän toiminnan, toisaalta ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta. Työ valittiin lähemmän tarkastelun kohteeksi siksi, että työurien pidentäminen on noussut viime vuosien yhteiskunnallisessa keskustelussa niin keskeiseksi.

Viimeisessä luvussa kootaan yhteen aikaisempia teemoja. Kuntoutuksen perustan nähdään olevan niissä yleisissä yhteiskunnallisissa ja väestötasoisissa strategioissa, jotka tukevat ja ylläpitävät toiminta- ja työkykyisyyttä, toimijuutta ja osallisuutta yhteiskunnassa ja sen kaikissa väestöryhmissä. Ns. yhteisöpohjainen kuntoutus (CBR), jolla pyritään vammaisten henkilöiden aseman ja osallisuuden parantamiseen, on tärkeä osa näitä yleisiä strategioita, mutta kyse on myös muiden eri syistä syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten osallisuudesta. Kuntoutuksen ydin on kuitenkin sellaisessa korjaavassa ja varhaiskuntoutuksellisessa toiminnassa, joka käynnistyy työ- tai toimintakykyisyyden alenemisen tai sosiaalisen syrjäytymisen riskien pohjalta, perustuu yhdessä asetettuihin tavoitteisiin ja sisältää sekä yksilöllistä ohjausta ja erilaisia yksilöllisiä, ryhmämuotoisia ja yhteisöllisiä toimenpiteitä. Olosuhteisiin ja mahdollisuuksiin vaikuttaminen on aina osa kuntoutusta.

Jotta kuntoutustoiminta pystyy vastaamaan ajan haasteisiin, tarvitaan eri alojen ja yksittäisten järjestelmien erityisasiantuntijoiden lisäksi koko palvelujärjestelmän ja sen erilaiset toimintatavat hallitsevia moniosaajia, erityisesti työhön ja työssä kuntoutuksen ja työllistymisen alueilla. Sen varmistamiseksi on tärkeää, että kuntoutus monitieteisenä, yhteiskuntatieteellisesti painottuneena yliopistollisena oppiaineena Suomessa säilyy ja vahvistuu.

Asiasanat

Kuntoutus, kuntoutuskäsite, monimuotoinen kuntoutus, työ- ja toimintakyky

Sosiaali- ja terveysministeriön  
raportteja ja muistioita 2013:43

Muut tiedot

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)

ISBN 978-952-00-3457-3 (PDF)

URN:ISBN:978-952-00-3457-3

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>

Kokonaissivumäärä

89

Kieli

Suomi



SOSIAALI- JA  
TERVEYSMINISTERIÖ

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	10.1.2014
Författare	Uppdragsgivare
Aila Järvikoski	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

Rapportens titel

Rehabilitering i olika former och rehabiliteringsbegrepp

Referat

■ I rapporten redogörs för hur rehabiliteringsbegreppet har utvecklats samt med vilka begrepp uppgifterna och delområdena inom rehabiliteringen beskrivs på det multidisciplinära verksamhetsfältet. Genom en granskning av begreppen är det också möjligt att återspegla de förändringar som skett inom de olika delområdena av rehabiliteringen och upprätthållandet av arbets- och funktionsförmågan.

Till en början granskas själva termen rehabilitering samt de förändringstendenser och utmaningar som anknyter till definieringen och genomförandet av rehabilitering. Dessa omfattar påverkande av klientens förhållanden, tidigt inledande, användning av sociala faktorer som grundval för inledande av rehabilitering, utveckling av samhällsbaserad rehabilitering (CBR), klientens förstärkta roll samt utmaningar med anknytning till att utveckla rehabiliteringssystemet i sin helhet. Man har inte hittat en lösning på problem som gäller koordinering av och samarbete inom rehabiliteringssystemet, fastän man har sökt en sådan under flera årtionden. I 3:e kapitlet redogörs för rehabiliteringsklientens handikapp, funktions- och arbetsförmåga samt sätt att använda vissa begrepp som beskriver rehabiliteringsprocessen och eventuella problem. I 4:e kapitlet analyseras de inbördes relationerna mellan den medicinska, yrkesinriktade, sociala och pedagogiska rehabiliteringen utgående från de olika tolkningarna av dessa. I 5:e kapitlet lyfts fram vissa problem inom rehabiliteringsprocessen och genomförandet av denna. I 6:e kapitlet skärskådas i synnerhet sambandet mellan rehabiliteringen och arbetet, å ena sidan från perspektivet för tidig rehabilitering och verksamhet för att upprätthålla arbetsförmågan, å andra sidan för yrkesinriktad rehabilitering. Arbete valdes som föremål för närmare granskning därför att förlängning av arbetslivet har varit ett centralt tema i den samhälleliga debatten på senare år.

Det sista kapitlet sammanställer tidigare teman. Man anser att grundvalen för rehabilitering ligger i de samhälleliga strategier och strategier på befolkningsnivå som stöder och upprätthåller funktions- och arbetsförmågan, aktörskapet och delaktigheten i samhället, i samtliga befolkningsgrupper. Den så kallade samhällsbaserade rehabiliteringen (CBR), som syftar till att förbättra ställningen för personer med funktionsnedsättning och deras delaktighet, utgör en viktig del av dessa allmänna strategier, men det är också fråga om delaktighet av andra människor som av olika orsaker riskerar bli utslagna. Kärnan i rehabiliteringen ligger dock i sådan korrigerande verksamhet och tidig rehabilitering som inleds på grund av att en individs funktionsförmåga riskerar att bli nedsatt eller en individ riskerar bli socialt utslagen, som baserar sig på mål som uppställts tillsammans och innehåller både individuell handledning och olika individuella och samhälleliga åtgärder samt åtgärder i gruppform. Åtgärderna för att påverka förhållandena och möjligheterna utgör alltid en del av rehabiliteringen.

För att rehabiliteringsverksamheten ska kunna svara på de aktuella utmaningarna behövs förutom sakkunniga inom olika områden och enskilda system även mångkunniga personer som behärskar hela servicesystemet och dess olika arbetsmetoder, i synnerhet inom områdena för rehabilitering för och i arbetet och sysselsättning. För att man ska kunna säkerställa detta är det viktigt att rehabilitering som ett multidisciplinärt, samhällsvetenskapligt fokuserat läroämne vid universitet bevaras och förstärks i Finland.

Nyckelord

Arbets- och funktionsförmåga, rehabilitering, rehabilitering i olika former, rehabiliteringsbegrepp

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:43

ISSN-L 2242-0037  
 ISSN 2242-0037 (online)  
 ISBN 978-952-00-3457-3 (PDF)  
 URN:ISBN:978-952-00-3457-3  
 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3

Övriga uppgifter

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Sidoantal

89

Språk

Suomi



SOSIAALI- JA  
 TERVEYSMINISTERIÖ



# SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Kuntoutus ja rehabilitaatio: merkityksiä ja sivumerkityksiä.....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Kuntoutus: pysyvää vai muuttuvaa?.....</b>	<b>11</b>
3.1	Tavoitteena työ ja mahdollisimman hyvä toimintakyky .....	11
3.2	Sosiaalinen integraatio ja olosuhteisiin vaikuttaminen.....	12
3.3	Ehkäisevä näkökulma ja varhaisuus kuntoutuksessa? .....	14
3.4	Sosiaaliset tekijät kuntoutuksen perusteena eli kuntoutuksen laadullinen laajentuminen .....	16
3.5	Yhteisöpohjainen kuntoutus (CBR) – kuntoutuksen kehittämistä kohti lähipalveluja ja työtä vammaisten ihmisen osallisuuden edistämiseksi .....	18
3.6	Kuntoutujan autonomia ja osallisuus: asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa .....	21
3.7	Polkuriippuvuus kuntoutuksessa: historia esteenä järjestelmän muutokselle? ...	24
<b>4</b>	<b>Monenlaisia käsitteitä, erilaisin taustoin .....</b>	<b>27</b>
4.1	Vammaisuus, erityisen tuen tarve ja toiminta- ja työkyky .....	27
4.1.1	Vammaisuuskäsitykset.....	27
4.1.2	ICIDH-malli: toiminnanvajavuus ja sosiaalinen haitta/vajaakuntoisuus ...	27
4.1.3	Toimintakyky ja osallistuminen ICF-mallissa .....	28
4.1.4	Vaikeavammaisuus .....	29
4.1.5	Erytystä tukea tarvitsevat lapset ja perheet .....	30
4.1.6	Vajaakuntoisuus lainsäädännössä .....	31
4.1.7	Työkyky .....	32
4.1.8	Työrajoitteisuus .....	35
4.1.9	Osatyökykyisyys.....	35
4.1.10	Työkyky, työkyvyttömyys ja osatyökyvyttömyys lainsäädännössä .....	36
4.1.11	Lopuksi.....	37
4.2	Kuntoutuksen tavoitteita kuvaavia käsitteitä .....	38
4.2.1	Autonomia ja itsemäärääminen.....	38
4.2.2	Elämänhallinta ja valtaistuminen (empowerment) .....	39
4.2.3	Sosiaalisesta syrjäytymisestä osallisuuteen.....	40
4.2.4	Kuntoutujakeskeisyys ja asiakaslähtöisyys .....	41
<b>5</b>	<b>Toimiiko kuntoutuksen nelijako? .....</b>	<b>42</b>
5.1	Lääkinnällisestä toimintakykykuntoutukseen? .....	42
5.2	Ammatillinen kuntoutus .....	44
5.3	Sosiaalinen kuntoutus .....	47
5.4	Kasvatuksellinen kuntoutus .....	48
5.5	Muita kuntoutuksen muotoja.....	50
5.6	Millainen kokonaisuus? .....	53
<b>6</b>	<b>Kuntoutusprosessin toteutuminen.....</b>	<b>57</b>
6.1	Monialaisen työn taustalla holistinen ihmiskäsitys.....	57
6.2	Ketjumaisesta samanaikaiseen yhteistyöhön .....	57

6.3	Yhteistyön ongelmista vastuuhenkilömalleihin .....	58
6.4	Pääsy kuntoutuspalveluihin .....	60
6.5	Kuntouttava työote eri ammateissa toimivilla.....	63
<b>7</b>	<b>Kuntoutus ja työ .....</b>	<b>64</b>
7.1	Varhaiskuntoutus ja työkykyä ylläpitävä toiminta työpaikoilla .....	64
7.2	Työllistymisen tukeminen osana ammatillista kuntoutusta .....	68
7.3	Lopuksi.....	72
<b>8</b>	<b>Kuntoutus: paradigma muutoksessa .....</b>	<b>73</b>
8.1	Kuntoutuksen ydinalue .....	73
8.2	Eteneekö paradigmanmuutos?.....	74
8.3	Kuntoutus osana toiminta- ja työkykyä ylläpitävää ja sosiaalista osallisuutta lisäävää strategiaa .....	76
8.4	Kuntoutuksen ja toiminta- ja työkykyä ylläpitävän toiminnan koulutustarpeet.....	78
<b>Lähteet</b>	<b>.....</b>	<b>80</b>

# 1 JOHDANTO

Kuntoutuksella on aina ollut muita yhteiskunnan toimintamuotoja täydentävä rooli. Kuntoutus on sidoksissa sekä muiden toimintajärjestelmien toimintaan että yhteiskunnallisen tilanteen muutokseen. Yhteiskunnallisen tilanteen ja väestörakenteen muuttuessa myös väestön kuntoutustarpeet muuttuvat.

Tämän raportin tarkoituksena on selvittää kuntoutuksen käsitteen sisällön ja alan kehittymistä sekä sitä, millaisilla käsitteillä monialaisen kuntoutuksen tehtäviä ja osa-alueita kuvataan. Tavat määritellä kuntoutusta ja kuntoutukselle asetutut tavoitteet ovat muuttuneet ja monipuolistuneet, mutta ydin on säilynyt pitkälti samana. Suomalaisissa käytännöissä syrjäytymisen riskin merkitys kuntoutuksen käynnistämisen yhtenä perusteena on kasvanut. Viime aikoina erityisesti yhteisöpohjaisen kuntoutuksen (*community-based rehabilitation*) maailmanlaajuinen kehityskulku johdattaa kysymään, minne kuntoutuksen rajat on tarkoituksenmukaista asettaa.

Tämän selvitystyön lähtökohta on käsitteissä, mutta käsitteitä ei voi tarkastella irrallaan kuntoutuksen käytännöistä. Käsitteiden tarkastelun kautta on mahdollista peilata tapahtuneita muutoksia kuntoutuksen ja työ- ja toimintakyvyn ylläpidon eri osa-alueilla. Viimeaikaiset arvioinnit ja tutkimukset osoittavat, että kuntoutusjärjestelmän koordinaation ja yhteistyön ongelmiin ei ole löytynyt ratkaisua, vaikka sitä on jo muutaman vuosikymmenen ajan haettu.

Selvitys muodostuu seitsemästä pääluvusta. Luvuissa 2 ja 3 tarkastellaan kuntoutustermiä ja kuntoutuksen määritelmässä ja tavoitteissa havaittavia keskeisimpiä muutostendenssejä. Luvussa 4 selvitetään tavallisimpia kuntoutusasiakkaan tilannetta ja kuntoutusprosessia kuvaavia käsitteitä. Luvussa 5 tarkastelun kohteena ovat kuntoutuksen eri osa-alueiden keskinäiset suhteet ja niiden määrittelytapojen päällekkäisyys. Luvussa 6 tarkastellaan lyhyesti itse kuntoutusprosessia ja sen toteutumista nostaten esiin joitakin toteutuksen kannalta ongelmallisia kohtia. Luvussa 7 näkökulma on erityisesti kuntoutuksen ja työn – ammatillisen kuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävän toiminnan – kysymyksissä. Työ on valittu lähemmän tarkastelun kohteeksi siksi, että työurien pidentämistä koskevat tavoitteet ovat erityisesti tällä hetkellä ajankohtaisia. Viimeisessä luvussa pyritään kokoamaan aikaisempia teemoja yhteen ja asettamaan kuntoutuksen rajoja suhteessa muuhun työ- ja toimintakykyä ja osallisuutta tukevaan toimintaan.

Jotta kuntoutus pystyy vastaamaan ajan haasteisiin, olisi huolehdittava kuntoutusalan osaamisen vahvistumisesta. Eri työntekijäryhmien kuntoutuskoulutusta tarvitaan, mutta on myös tärkeää, että kuntoutuksen asema yliopistollisena oppiaineena vahvistuu eikä Suomi jää tässä suhteessa jälkeen kansainvälisestä kehityksestä. Kuntoutustiede, kuntoutus, kuntoutusneuvonta, ammatillinen kuntoutus ja työkykyasiain hallinta (*disability management*) ovat kaikki yliopistollisia oppiaineita eri maissa ja niiden asema näyttää 2000-luvulla vahvistuneen.

## 2 KUNTOUTUS JA REHABILITAATIO: MERKITYKSIÄ JA SIVUMERKITYKSIÄ

Nykymuotoisen monialaisen kuntoutustoiminnan syntymiselle antoi ratkaisevan syyksen toinen maailmansota ja sen yhteydessä syntynyt työvoimapula, johon pyrittiin vastaamaan kuntoutusta kehittämällä. Kotirintamalla löytyi töitä monille sellaisille henkilöille, joiden jossakin muussa tilanteessa ei olisi katsottu kykenevän vaativiin tehtäviin. Kuntoutus kehittyi näin yhteiskunnallisen tilanteen sitä vaatiessa sotavammaisten, mutta myös muiden vammaisten henkilöiden työ- ja toimintakykyä palauttavaksi, korjaavaksi toimintamuodoksi. Työhön paluu oli toiminnan keskeinen tavoite, ja kuntoutuksella pyrittiin tarjoamaan tarvittava jatkohoito, apuvälineet ja työhön johtava valmennus johdonmukaisena prosessina.

Kuntoutuksen vieraskielisen termin *rehabilitaatio* kantasana on latinan *habilitas* (kyky), ja sanan etuliite *re* kiinnittää kuntoutuksen palauttavaan toimintaan. Palauttavaa toimintaa kuvastavat myös esimerkiksi saksan kuntoutusta merkitsevät sanat *Re/habilitation*, *Wieder/eingliederung* ja *Wieder/herstellung*, ruotsin *re/habilitering* sekä norjan *re/habilitering* ja *att/foring*. Suomessa ehdotettiin jo vuonna 1948 otettavaksi käyttöön vieraskielisen rehabilitaatio-termin sijaan sana *kuntouttaminen*, johon ei kielellisesti liity samaa palauttavaa merkitystä kuin rehabilitaatioon. Kuntouttamisella tarkoitettiin ensi sijassa toimenpiteitä, joiden avulla henkisesti tai kehollisesti vajaakuntoinen pyrittiin tekemään työhön kykeneväksi (ks. Ranta-Knuutila, 1967:8). Kuntouttamistoiminnan uusi piirre oli Niemen (1953) mukaan se järjestelmällisyys, jolla kaikki vajaatyökykyiset pyritään tavoittamaan ja saattamaan ”takaisin tuottavaan työhön”. Kuntouttaminen oli myös vuonna 1962 ilmestyneen kuntoutuksen oppi- ja käsikirjan (Noro, Niemi, Rinne & Tamminen, 1962) otsikkona.

Termistä *kuntouttaminen* siirryttiin kielen kehittymisen myötä jo 1960-70-luvulla termiin *kuntoutus*. Myös alan oppikirjan seuraava, vuonna 1974 julkaistu painos oli nimeltään *Kuntoutus* (Niemi, Rinne, Tamminen, Kananoja & Suonio, 1974). Terminologiassa oli päästy ajan tasalle myös sikäli, että suomen sana ”kuntouttaminen” viittaa pelkästään ulkopuolisen toimijan toimintaan, kun taas sanassa ”kuntoutus” tekeminen ei rajoitu pelkästään ulkopuoliseen toimijaan vaan myös kuntoutusasiakkaaseen. Sanaan ”kuntoutus” sisältyy semanttisesti selvemmin myös tekemisen tulos, ei pelkästään tekeminen.

Monessa maassa rehabilitaation rinnalla käytettiin ja edelleen käytetään myös termiä *habilitaatio* (*habilitation*), jolla ei ole samaa palauttavaa merkitystä kuin rehabilitaatiolla. Tavallisimmin *habilitaatio* on viitattu nimenomaan synnynnäisesti vammaisen lapsen valmennukseen, kuntoutukseen ja kasvatukseen: esimerkiksi kehitysvammaisten lasten puheen opetukseen (Cass, 1955). *Habilitaatio*lla tarkoitetaan prosessia, jossa autetaan ihmisiä saavuttamaan uusia taitoja ja tietoja, *rehabilitaatio*lla taas sellaisten taitojen ja tietojen palautumiseen tai palauttamiseen, jotka ovat heikentyneet vamman tai vammoissa ja olosuhteissa tapahtuneen muutoksen takia (The convention on the rights of the persons with disabilities). Ruotsin sosiaalivaltion (Socialstyrelsen, 2006) mukaan *habilitaatio* on tarkoitettu ihmisille, joiden toiminnanrajoitukset johtuvat synnynnäisistä tai varhaislapsuudessa saaduista sairauksista tai vammoista, ja sen tarkoituksena on auttaa tätä kehittämään toimintakykyään parhaalle mahdolliselle tasolle; *rehabilitaatio*-termi puolestaan liittyy aina myöhemmällä iällä tai aikuisiällä tapahtuneen vammautumisen tai sairastumisen aiheuttamaan toimintakyvyn alenemiseen.



Habilitaatio-termin rajaus lapsiin ei näytä aina olevan ehdoton, sillä habilitaatiolla on toisinaan tarkoitettu myös esimerkiksi aivovamman saaneen aikuisen valmennusta psyykkisissä perustoinnoissa. Muun muassa Norjassa habilitaatio-termiä on aiemmin käytetty tällaisessa laajemmassa merkityksessä. 2000-luvun vaihteessa rehabilitering kuitenkin hyväksyttiin yläkäsitteeksi ja habilitering sen alakäsitteeksi, joka viittaa nimenomaan lasten kuntoutukseen (Norman, Sandvin & Thommesen, 2004). Suomessa habilitaatio-termin käyttöön on ollut vähemmän tarvetta kuin muissa maissa, sillä sen sisältämä toiminta soveltuu myös kuntoutus-termin alle. Esimerkiksi Kuurojen Liitto puhuu englanninkielisillä sivuillaan habilitaatiopalveluista, mutta suomenkielisillä sivuilla kuntoutuksesta<sup>1</sup>.

Termiä *kuntoutuminen* on käytetty jo kauan viittaamaan spesifisemmin asiakkaan ”oman, sisäisen kuntoutumisen prosessiin” (esim. Niemi, 1961). Kuntoutuminen oli myös 1980-luvulla ilmestyneen kuntoutuksen oppikirjan otsikkona (Hyyppä, Kallio, Karppi, Lahtela & Ruponen, 1983). Siinä Markku Hyyppä toteaa lyhyesti kuntoutumisen olevan toimintaa, joka ”vähentää tai poistaa kuntoutuvan ulkopuolisen avun ja tuen tarvetta”. Myöhemmin kuntoutumista on usein kuvattu yksilöllisenä kasvu- ja oppimisprosessina (esim. Järvikoski & Härkäpää, 2011). Sanaa kuntoutuminen on käytetty myös korvaamassa kuntoutus-termiä, ja silloin sillä ilmeisesti korostetaan asiakkaan roolia kuntoutustapahtumassa. Kannattaa panna merkille, että esimerkiksi englannin kielessä ei suoraan kuntoutumista vastaavaa termiä ole: sana *rehabilitate* viittaa aina kuntouttamiseen, ei kuntoutumiseen. Vähitellen kuntoutumista vastaaviksi termeiksi ovat tulleet muun muassa *recovery*, jota käytetään erityisesti psyykkiseen kuntoutumiseen viittaavana käsitteenä, ja *empowerment*, joka on suomen kielelle käännetty useimmiten sanoilla *valtaistuminen* tai *voimaantuminen*. Sosiaalinen integraatio ja osallistuminen (participation) ovat kuntoutuksen yleistavoitteita, mutta eivät sisällä samaa muutosnäkökulmaa kuin kuntoutuminen.

On usein todettu, että nykyisellään kuntoutus sisältää monenlaista toimintaa ja on vaikea vetää raja sen välille, mikä on kuntoutusta ja mikä ei (esim. Ashorn & Miettinen, 2013). Silloin tällöin on myös ehdotettu, että kuntoutuskäsite poistettaisiin vanhanaikaisena tai hankalana ja kustakin sen piiriin kuuluvista toimintamuodoista puhuttaisiin omana käsitteenään pyrkimättä yhdistämään niitä kuntoutuksen yläkäsitteen alle. Rajavaara ja Lehto (2013) toteavat, että kun kuntoutuksen käsitteen käyttö on vähitellen laajentunut, on tuskin enää mahdollista kiteyttää kuntoutuksen olemusta yhden määritelmän avulla. Sen vuoksi he pitävät realistisempänä hyväksyä, että kuntoutus on kussakin tilanteessa sitä, mitä eri tahot siinä spesifisessä yhteydessä haluavat kutsua kuntoutukseksi. Kyse näyttää olevan toisaalta kuntoutuksen laajentumiskehityksen aiheuttamista määrittelyongelmista, toisaalta kuntoutuksen palvelujärjestelmän sekavuudesta ja monimutkaisuudesta.

Myös Norjassa on käyty keskustelua rehabilitering-käsitteestä, mutta kritiikki näyttää keskittyneen enemmänkin termin palauttavaan merkitykseen. Norman, Sandvin ja Thommesen (2004) arvioivat, että toiminnalla, johon kuuluu monialainen, suunniteltu ja koordinoitu tuki yksittäisten palvelujen sijasta, tulisi joka tapauksessa olla yksi yhteinen termi. Tämä termi on norjalaisen asiantuntijaryhmän suosituksen mukaan *rehabilitering*. Vaikka kirjoittajat pitävät rehabilitaatio-termiä jossain määrin harhaanjohtavana nimenomaan sen palauttavan sisällön takia, he pitävät epäviisaana luoda sen sijaan jotakin kokonaan uutta käsitettä.

<sup>1</sup> Rehabilitaatiotermiä käyttävissä kielissä habilitaatiotermiä käyttäminen rehabilitaation rinnalla on tarkoituksenmukainen ratkaisu. Habilitaatio viittaa tällöin luontevimmin nimenomaan synnynnäisiin tai varhaislapsuudessa saatuihin vammoihin tai sairauksiin liittyvien ongelmien käsittelyyn. Koko toimintaa koskeva yleiskäsite lienee kuitenkin rehabilitaatio.

Vastaavaa keskustelua ei ole ainakaan kovin näkyvästi käyty englanninkielisissä lehdissä. Korostuneemmin on viime vuosina tullut esiin eri tieteenalojen yhteinen pyrkimys löytää monialaiselle kuntoutukselle yleisiä, eri tieteiden näkökulmia yhdistäviä teoreettisia lähtökohtia.

Kuntoutustermillä on omat ongelmansa, jotka ovat toisenlaiset kuin rehabilitering-termiin liittyvät. Sen pohjana on sana kunto, joka rajautuu selvästi yksilölliseen ja yksilöön suuntautuvaan toimintaan. Sanan kunto yhdistyy selvemmin fyysiseen toimintakykyyn ja voimaan huolimatta siitä, että sillä on myös yleisempiä vointiin liittyviä merkityksiä. Niinpä kuntoutuksen konnotaatiot liittyvät usein fyysisen kunnan parantamiseen, vaikka termillä on selvästi laajempi merkitys. Arkikielessä kuntoutukseen sekoittuu helposti sana kuntoilu, joka viittaa nimenomaan yksilön fyysisen kunnan ylläpitämiseen tähtäävään liikuntaan. Ajan myötä kuntoutukseen on iskostunut varsin kiinteästi lääketieteellinen arviointi ja seuranta, ja esimerkiksi vammaisliikkeessä tähän medikalistiseen painotukseen on suhtauduttu varsin epäluuloisesti.

Rajavaara ja Lehto (2013) huomauttavat, että kuntoutus on jäänyt suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa sangen syrjäiseen asemaan, vaikka sen voisi olettaa olevan tällä hetkellä julkisen keskustelun keskiössä esimerkiksi väestön ikääntymisen ja työurien pidentämistavoitteiden takia (s. 6–8). Kuntoutus on ollut syrjässä myös keskustelussa nuorten syrjäytymisestä, vaikka monet raportit ovat osoittaneet palvelujärjestelmän ongelmaksi eri sektorien monialaisen yhteistyön vaikeudet, osin myös yhteisen kielen puuttumisen. Juuri tällaisissa tilanteissa tarvitaan eri sektoreiden yhteistä toimintaa, jossa hyväksytään ongelmien monimuotoisuus eikä torjuta apua tarvitsevaa omaan alaan kuulumattomana.

### 3 KUNTOUTUS: PYSYVÄÄ VAI MUUTTUVAA?

#### 3.1 TAVOITTEENA TYÖ JA MAHDOLLISIMMAN HYVÄ TOIMINTAKYKY

Baruchin komitea, joka selvitti kuntoutustoiminnan mahdollisuuksia Yhdysvalloissa maailmansodan jälkeisinä vuosina, arvioi vuosien 1945–46 raportissaan rehabilitaation ”täyttävän kuilun lääkinnällisen hoidon normaalin päätepisteen ja potilaiden todellisten tarpeiden välillä”. Kuntoutus vakiintui toiminnaksi, jonka tavoitteena oli saattaa potilas ”sairasvuoteelta takaisin työhön” ja jolla pyrittiin siten ehkäisemään pysyvää työkyvyttömyyttä (esim. Rusk, 1958; Noro & Niemi, 1962). Kuntoutusta kutsuttiin *terveydenhuollon kolmanneksi vaiheeksi*, joka täydensi terveydenhuollon ehkäiseviä ja hoidollisia tehtäviä, primaari- ja sekundaaripreventiota. Sen päämääränä oli työkykyinen ja työllään yhteiskuntaa hyödyttävä kansalainen.

Työhön palaamisen tärkeyttä korostettiin paitsi vammaisen yksilön myös yhteiskunnan näkökulmasta. Yhdistyneiden kansakuntien asiakirjassa puhutaan sekä vammaisten ihmisten oikeuksista että heidän vastuustaan yhteiskunnassa (United Nations, 1953: 5–6). Suomalaisessa invalidihuollossa on alusta lähtien korostettu sekä vammaisen ihmisen että yhteiskunnan etua ja usko toiminnalla saataviin tuloksiin oli vahva. Niinpä esitystä invaliidihuoltolaiksi perusteltiin vuoden 1946 valtiopäivillä sillä, että keskitetyn erikoishuollon avulla vammaiset henkilöt voidaan ”kaikkein vaikeimpia tapauksia lukuun ottamatta, miltei sataprosenttisesti saada ainakin osittain *omasta toimeentulostaan huolehtiviksi yhteiskuntaa hyödyttäviksi kansalaisiksi*.” Hyvin toteutetun kuntoutuksen katsottiin tuottavan paitsi hyötyä asianomaiselle henkilölle myös taloudellista hyötyä yhteiskunnalle: se tuottaa lisätyövoimaa ja auttaa supistamaan huoltomenoja. Samaan tapaan brittiläinen lääkäriyhdistys korosti, että kuntoutuksen avulla potilas kykenee ottamaan paikkansa vastuullisena kansalaisena ja lisäämään mahdollisimman täysipainoisella tavalla yhteiskunnan fyysistä, henkistä ja sosiaalista hyvinvointia (esim. British Medical Association, 1954, 15).

Vaikka työvoiman lisääminen oli keskeinen kuntoutuksen kehittämistä motivoiva tekijä, kirjattiin kuntoutukselle myös toimintakykytavoitteita: pyrittiin palauttamaan niin täydellisesti kuin mahdollista vammaisen (vajaakuntoisen) henkilön fyysinen, henkinen, sosiaalinen, ammatillinen ja taloudellinen toimintakyky (esim. ILO, 1953; Langenskiöld & Pylkkänen, 1956; Noro & Niemi, 1962). Maailman terveysjärjestö (WHO, 1969) kiteytti – sittemmin yleisesti käytetyssä määritelmässään – kuntoutuksen tehtäväksi ”*the combined and coordinated use of medical, social, educational and vocational measures for training and retraining the individual to the highest possible level of functional ability*”.

Kuntoutuksen funktiot ovat alusta alkaen liittyneet toisaalta fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kohentamiseen, toisaalta työhön palaamisen edistämiseen ja työkyvyn parantamiseen. Molemmat funktiot ovat suomalaisessa kuntoutuksessa edelleen läsnä.

### 3.2 SOSIAALINEN INTEGRAATIO JA OLOSUHTEISIIN VAIKUTTAMINEN

Vammaisliikkeen piirissä kuntoutus on usein nähty korostuneesti vammaisia henkilöitä alistavana ja syyllistävänä toimintamuotona, joka pyrkii sopeuttamaan ja muuttamaan heitä, ”korjaamaan” heitä lääketieteen keinoin, ei parantamaan heidän olosuhteitaan. Kuntoutuksen vastapainoksi syntyi jo 1970-luvulla erityisesti Yhdysvalloissa ns. itsenäisen elämän liikkeitä ja keskuksia, joiden piirissä pyrittiin luomaan mahdollisuuksia vammaisten ihmisten itsenäiselle elämälle ja itsemääräämiselle tekemällä elinolosuhteet heille sopiviksi, ei lääketieteen tai psykologian keinoin (esim. deJong, 1979).

Vammaisliikkeen kritiikki on vaikuttanut paljon myös kansainvälisten järjestöjen näkemykseen kuntoutuksesta. Merkittävä muutos ”sosiaalisen” suuntaan tapahtui 1980-luvulla, jolloin alettiin kiinnittää huomiota vammaisten ihmisten olosuhteisiin ja korostaa kuntoutuksen päätetavoitteena sosiaalista integraatiota mahdollisimman hyvän fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sijasta. Esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO määritteli vuonna 1981 kuntoutukseksi *kaikki ne toimenpiteet, jotka tähtäävät vammauttavien ja vajaakuntoistavien olosuhteiden vaikutusten vähentämiseen ja vammaisten henkilöiden saattamiseen kykeneväiseksi saavuttamaan sosiaalisen integraatio*. Kansainvälinen Työjärjestö (ILO, 1983) katsoi ammatillisen kuntoutuksen tavoitteeksi työn ja työllistymisen ohella myös *tasa-arvon ja täyden osallistumisen yhteiskuntaelämään* ja yhteiskunnan kehittämiseen.

Sosiaalinen integraatio on 1980-luvulta lähtien ollut yleinen käsite kuntoutuksen tavoitteita määriteltäessä. Sosiaalisella integraatiolla kuntoutuksen tavoitteena on tarkoitettu muun muassa prosessia, jonka kautta vammaisilla ihmisillä on samat mahdollisuudet osallistua yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin, oikeuksiin sekä palveluihin ja resursseihin kuin muilla yhteiskunnan jäsenillä. Sosiaalisen integraation yhteydessä on puhuttu myös sosiaalisista siteistä ja kytkennöistä. Viime aikoina on puhuttu pikemminkin sosiaalisesta osallisuudesta (*social inclusion*) sosiaalisen syrjäytymisen vastakohtana tai Maailman terveysjärjestön ICF-mallin (WHO, 2001) myötä myös konkreettisemmin osallistumisesta (*participation*) yhteisön tai yhteiskunnan toimintoihin.

Samaan aikaan 1980-luvulla alettiin aikaisempaa määrätietoisemmin korostaa, että kuntoutustoimenpiteet eivät tähtää vain vammaisten tai vajaakuntoisten henkilöiden muuttamiseen, sopeuttamiseen ja valmentamiseen, vaan integraation toteutumiseksi on myös oltava valmis vaikuttamaan myös heidän fyysiseen ympäristöönsä, lähiyhteisöihinsä ja yhteiskuntaan. WHO (1981) puhuu edellä mainitussa määritelmässään vammauttavien ja vajaakuntoisuutta aiheuttavien olosuhteiden vaikutusten vähentämisestä. ILO (1983) puolestaan mainitsi yhdeksi ammatillisen kuntoutuksen keskeiseksi keinoksi ja tavoitteeksi *vammaisiin henkilöihin kohdistuvan työsyryjinnän poistamista*. Yhteiskunnassa vallitseviin kielteisiin asenteisiin vaikuttaminen haluttiin siis ottaa kiinteäksi osaksi kuntoutusta. Koska kuntoutuksen piirissä työskentelevät olivat avainasemassa näkemään kielteisen asenneilmaston vaikutukset, heidän työhönsä kuului myös vastustaa niitä.

Kansainvälisten järjestöjen kuntoutuksen määritelmiin on 1980-luvulta lähtien sisältynyt näkemys, että kuntoutuksen onnistuminen edellyttää myös muutoksia kuntoutujan fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä ja että tällaiset ne ovat olennainen osa kuntoutustoimintaa. Tämä ajattelutapa edustaa tällä hetkellä kuntoutuksen valtavirtaa. Esimerkiksi kliinisen kuntoutuksen käsikirjan (Barnes et al., 2012) mukaan kuntoutuksella on kolme pääasiallista toimintatapaa: (1) ne joilla pyritään vähentä-

mään toiminnallisia rajoituksia, (2) ne joita käytetään sellaisten uusien taitojen ja strategioiden hankkimiseksi, jotka sellaisenaan vähentävät rajoitusten vaikutusta suoriutumiseen, ja (3) ne jotka auttavat muuttamaan ympäristöä - sekä fyysistä että sosiaalista - siten, että suoritusten rajoitukset tuottavat niin vähän ongelmia osallistumisen kannalta kuin mahdollista.

Suomessa lääkintöhallitus määritteli jo yleiskirjeessään vuonna 1974 kuntoutuksen tarkoituksiksi *vähentää tuen tarvetta kehittämällä ihmisessä itsessään ja ympäristössä olevia mahdollisuuksia*. Vastaavaan tapaan vuoden 2002 kuntoutuslainsäädäntöön viitataan ympäristön merkitykseen: kuntoutusta kuvataan paitsi ihmisen myös *ihmisen ja ympäristön muutosprosessina*, jolla pyritään toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistämiseen. Usein kuntoutus on kuitenkin haluttu ymmärtää selvästi kapeammin. Esimerkiksi vammaisten vuoden 1981 Suomen komitea halusi tehdä käsitteellisen eron kuntoutuksen ja vammaisten henkilöiden tarvitsemien muiden tukitoimien välillä. Se katsoi kuntoutuksen sisältävän *vain sen yksilöllisen muutostyöskentelyn, jonka avulla pyrittiin vahvistamaan vammaisen yksilön henkilökohtaista toimintakykyä*, mutta ei esimerkiksi vammaisen henkilön itsenäisen liikkumisen mahdollistavia kuljetuspalveluja (Kananoja, 2012). Myös vammaispuolustajan mukaiset kotiympäristön muutostyöt on haluttu nähdä ensi sijassa vammaisten oikeutena ja erottaa kuntoutuksesta. Kuntoutuksen tehtävät on rajattu toisin kuin esimerkiksi U.S.A:ssa, jossa erilaisten teknologisten ratkaisujen ja muutostöiden asema kuntoutuksessa vahvistui edelleen vuonna 1992 tehdyissä muutoksissa.

Joitakin poikkeuksia on. Tapaturma- ja liikennevahinkojen jälkeiset, kotona selviytymistä parantavat asunnonmuutostyöt katsottaneen kuuluviksi kuntoutustoimenpiteisiin. Myös erilaisia työn ja opiskelun apuvälineitä myönnetään kuntoutuksena sekä työeläke- että Kelan kuntoutuksessa, vaikka lukumääräisesti niidenkin merkitys jäänee varsin pieneksi. Kokonaisuutena arvioiden *kuntoutustoiminta on Suomessa kuitenkin ollut toteutustavoiltaan pääosin hyvin yksilöön suuntautunutta – yksilöä hoitavaa, kasvattavaa ja sopeuttavaa. Ympäristön ja olosuhteiden muutoksia on vain harvoin onnistuttu yhdistämään siihen*. Esimerkiksi kuntoutujan työllistymisen tueksi tarkoitettu työolosuhteiden järjestelytuki on kuulunut suomalaisen kuntoutuslainsäädäntöön jo 1970-luvulta alkaen, mutta se on vuosikymmen toisensa jälkeen jäänyt lähestulkoon käyttämättä. Tuen käyttö on ollut harvinaista myös 2000-luvulla, vaikka tukea olisi periaatteessa mahdollista käyttää myös työpaikalla tukihenkilöksi nimetyn työtoverin antamaan ohjaukseen ja tukeen. Työnantajat eivät tukea tunne, ja vaikuttaa siltä, että sen mahdollisuuksia ei heille myöskään aktiivisesti esitellä.

Selviytymistä helpottavien olosuhdemuutosten sulkeminen kuntoutuksen ulkopuolelle on ymmärrettävää haluttaessa korostaa vammaisten ihmisten oikeuksia hyvään elämään. Kuntoutus tuo helposti mukanaan myös ulkopuolelta asetettavia tavoitteita ja vaatimuksia. Toisaalta tiedetään, että vaikeastikin vammaisista ihmisistä huomattava osa haluaisi ainakin osapäiväiseen työhön. Ympäristön ja olosuhteiden järjestäminen työlle ja muille aktiviteeteille suotuisiksi olisi heidän tavoitteidensa ja kuntoutuksen yleisten periaatteiden mukaista; se osoittautuisi todennäköisesti myös kokonaistaloudellisesti kannattavaksi.

Arvovaltaisten kansainvälisten järjestöjen kannanotot korostavat, että yksilöllisen kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta on tarpeen saada aikaan muutoksia myös yhteiskunnan asenneilmastossa. Kuntoutuksen määritelmässä pyritään liittämään yksilöllinen kuntoutus- ja työllistämistoiminta selvemmin osaksi yhteiskunnan yleisempää vammaispolitiikkaa. Ympäristöön ja yhteiskuntaan vaikuttaminen ja syrjinnän vähentäminen ovat tavoitteita, joiden saavuttaminen ei ole mahdollista pelkästään perinte-

sen yksilöllisen kuntoutuksen keinoin. Ne ovat kuitenkin asioita, joihin myös kuntoutustyötä tekevät voivat eri tavoin vaikuttaa.

### 3.3 EHKÄISEVÄ NÄKÖKULMA JA VARHAISUUS KUNTOUTUKSESSA?

Kuntoutuksella on 1940-luvulta lähtien katsottu olevan ehkäiseviä tehtäviä: kuntoutus on yleensä määritelty ns. tertiäaripreventioksi, jolloin kyse on pysyvän työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisystä. Kuitenkin kuntoutuksen myöhäinen käynnistyminen on ollut esillä toiminnan alkuvuosista lähtien. Se havaittiin jo 1950-luvulla invalidihuoltoasiain neuvottelukunnassa: tuolloin toiminnanjohtaja Kalevi Vatanen totesi olevan irvokasta, että invalidihuoltolain mukaan on odotettava, että kuntoutettavasta tulisi lopullisesti invalidi ennen kuin kuntoutus aloitetaan (Niemi, 1969). Siitä lähtien on käyty keskusteltua siitä, havaitaanko kuntoutustarve liian myöhään ja menetetäänkö kuntoutuksen vaikuttavuutta myöhäisen käynnistymisen takia.

1970-luvun suomalaisissa määritelmissä kuntoutuksen ehkäisevä tehtävä oli varsin vahvasti esillä: ehkäisyn katsottiin merkitsevän muutakin kuin pysyvän työkyvyttömyyden ehkäisyä. Esimerkiksi lääkintöhallitus (1974) määritteli yleiskirjeessään kuntoutuksen auttamistoimenpiteiksi, joilla pyritään *todetun tai todennäköisesti syntyvän sairauden, vamman tai muun poikkeavuuden seurauksena vajaakuntoisen yksilön suoriutumisedellytysten parantamiseen ja tuen ja avun tarpeen vähentämiseen kehittämällä hänessä itsessään ja ympäristössä olevia mahdollisuuksia*. Lääkintöhallituksen kansanterveysosasto muotoili samassa yleiskirjeessä ehkäisevän tavoitteen hiukan toisin: *”Kuntoutus on laajaa kokonaisvaltaista toimintaa, jolla edistetään kuntoutettavan omintakeista toimeentuloa tai päivittäistä toiminnoista suoriutumista poistamalla tai vähentämällä jo todetun sairauden aiheuttamaa haittaa tai estetään yksilön erikoisominaisuudesta tai ympäristöstä todennäköisesti syntyvän haitan kehittyminen.”* Vaikka molemmat määritelmät vaikuttavat koukeroisilta ja hiukan epätarkoilta, molemmissa määritelmässä puhutaan todennäköisesti syntyvästä sairaudesta tai haitasta ja sen ehkäisystä varsin selkeästi.

1970- ja 1980-luvulla määriteltiin myös ns. **varhaiskuntoutuksen** kriteerejä erotukseksi korjaavasta kuntoutuksesta. Varhaiskuntoutuksen tai varhaisvaiheisen kuntoutuksen käsitettä on käytetty kahdessa eri mielessä<sup>2</sup>. Sillä on tarkoitettu toisaalta (a) kuntoutustarpeen havaitsemista ja kuntoutuksen käynnistämistä riittävän varhaisessa vaiheessa työkyvyn alentumiseen ja työkyvyttömyyteen johtavaa uraa, erilaisten ennakointien oireiden perusteella, toisaalta (b) kuntoutuksen mahdollisimman nopeaa käynnistämistä siinä vaiheessa, kun sairaus on aiheuttanut työkyvyttömyyttä, jolloin pyrkimyksenä on estää työkyvyttömyyden pitkittyminen. Edellinen olisi merkinnyt kuntoutustarpeen kriteerien määrittelyä lainsäädäntöteitse uudestaan, jälkimmäinen parannusta kuntoutuksen toiminta- ja yhteistyökäytännöissä.

Varhaiskuntoutusajattelussa oli kyse ensi sijassa kohdan (a) mukaisista lähtökohdista. Varhaiskuntoutus määriteltiin siten toiminnaksi,

<sup>2</sup> Varhaiskuntoutukseksi on sittemmin kutsuttu myös vammaisen lapsen kuntoutustarpeen aikaista havaitsemista ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhtymistä, mihin termi tietenkin myös hyvin soveltuu. Tässä varhaiskuntoutuksen käsitettä käytetään kuitenkin vain sen ensimmäisessä merkityksessä.

- joka kohdistui henkilöön, jolla oli pitkäaikaista toiminnallista haittaa tai vajaa-kuntoisuutta *ennakoivia oireita*,
- jonka tavoitteena oli toiminta- ja työkyvyn palauttaminen parhaalle mahdolliselle tasolle tai sen alenemisen estäminen ja
- joka sisälsi yksilön voimavaroja kehittäviä ja ympäristön asettamia suoritusesteitä poistavia toimenpiteitä. (Esim. Järvikoski & Lahelma, 1980.)

Samaan tapaan Veikko Kallio (1979) määritteli varhaiskuntoutuksen toiminnaksi, joka kohdistui vielä työkykyiseen työntekijään tavoitteena estää sairauden tai vaman aiheuttamaa pysyvää työ- ja toimintakyvyn alenemista ja työkyvyttömyyttä. Hän määritteli varhaiskuntoutuksen sijoittuvan terveydenhuollon preventioketjussa osaksi **sekundaaripreventiota** yhdessä sairausprosessin varhaisen havaitsemisen ja hoidon kanssa. Molemmissa määritelmissä lähdettiin siitä, että varhaiskuntoutuksen käynnistäminen perustui ”yksilölliseen riskiin”, ei kuitenkaan työkyvyttömyyden uhkaan vaan työkyvyn alentumisen uhkaan. Yksilöllisen riskin näkökulma erotti varhaiskuntoutuksen terveydenhuollon primaaripreventiosta.

Toimivan varhaiskuntoutusmallin katsottiin 1980-luvulla edellyttävän *työntajavastuista perusrakennetta* ja työpaikan yhteistyötä kuntoutuksen palvelujärjestelmien kanssa. Ns. työkykyä ylläpitävän toiminnan käynnistyminen suomalaisilla työpaikoilla 1990-luvun alussa olisi tarjonnut hyvän mahdollisuuden tällaiselle kehitystyölle, mutta työ-toiminnassa fokus oli selvästi muualla kuin kuntoutustarpeen varhaisessa havaitsemisessa.

Sittemmin kuntoutuksen varhaiseen käynnistämiseen kiinnitettiin huomiota kaikissa 1990- ja 2000-luvun kuntoutuslontoissa. Päähuomio näyttää kuitenkin olleen siinä, että on pyritty ratkomaan kuntoutuksen käynnistymisvaiheen ongelmia yhteistyötä parantamalla: aikaa on usein kulunut vastuukysymysten ratkaisemiseen ja asiakkaan ohjaamiseen eri osajärjestelmästä toiseen. Aidosti varhaiskuntoutuksellinen näkökulma oli tavoitteena Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestämässä lääkinällistä ja ammatillista toimintaa yhdistävässä Aslak-kuntoutuksessa. Sen ongelmaiseksi muodostuivat kuitenkin muun muassa toiminnan järjestäminen kuntoutuslaitoksissa etäällä työpaikoilta, työelämäsidosten puuttuminen sekä kuntoutuslaitosten henkilöstön vahvasti yksilöorienteiset toimintamallit. Kun työkykyä ylläpitävän toiminnan perusta työpaikoilla on usein edelleen hatara, Aslak-kuntoutukseen valikoituminen tapahtuu sattumanvaraisesti, mikä heikentää todennäköisesti tuloksia.

Kuntoutuksen varhaisempi käynnistyminen oli myös yksi vuoden 2004 eläkelakiuudistuksen tavoitteita. Tavoitteita ei kuitenkaan asetettu tässä suhteessa kovin korkealle, kun kriteeriksi määriteltiin jo selvästi todettava työkyvyttömyyden uhka, ts. määriteltiin vain tertiäriprevention kriteerit hiukan aikaisemmasta poikkeavalla tavalla. Käytännössä uudistus ei johtanut tavoitteeseen ainakaan lakiuudistusta välittömästi seuraavina vuosina: muutosta asiakaskunnan rakenteessa ei havaittu ja valtaosa asiakkaista katsoi edelleen kuntoutustarpeensa tulleen havaituksi ja kuntoutuksensa käynnistyneen liian myöhään (esim. Gould, Järvikoski & Härkäpää, 2012). On kuitenkin mahdollista, että lainkohdan sanamuodosta huolimatta tilanne jonkin verran muuttuu toimintakäytäntöjen kehittyessä, kuten monet järjestelmän edustajat ovat ennakoineet.

Suomessa suppeita kuntoutuspiirejä laajempi kiinnostus työkykyasioiden hoitoon työpaikalla on herännyt vasta 2000-luvulla työurien pidentämiskeskustelun takia. Myös ajatus työpaikalle integroituneesta varhaiskuntoutuksesta on noussut uudella tavalla esiin Työterveyslaitoksen aktivoitua tässä asiassa viime vuosina. Kun varhaiskuntoutusta tarkastellaan osana työpaikan työ-toimintaa, luonteva peruste työkykyä tukevien toimenpiteiden käynnistämiseksi on *työkyvyn alenemisen uhka, joka*

*ilmenee sairauspoissaolona, työssä suoriutumisen ongelmina tai koettuna uupumuksena ja jaksamattomuutena. Näihin kysymyksiin palataan luvussa 7.*

### 3.4 SOSIAALISET TEKIJÄT KUNTOUTUKSEN PERUSTEENA ELI KUNTOUTUKSEN LAADULLINEN LAAJENTUMINEN

Kuntoutuksen käynnistymisen ensimmäisenä kriteerinä on yleensä lääkärin toteama sairaus tai vamma, ja kansainväliset järjestöt WHO ja ILO ovat yleensä kuntoutuksesta puhuessaan keskittyneet vammaisuuteen liittyvään kuntoutustarpeeseen. Kuntoutustarvetta on kuitenkin määritelty myös ns. sosiaalisten syiden perusteella. Viime vuosikymmeninä lienee kansainvälisesti tarkastellen ollut näkyvimmin esillä *rikoksentekijäin tai vankien kuntoutus*. Siihen liittyvää keskustelua on useimmiten kuitenkin käyty eri areenoilla kuin muuhun kuntoutukseen – esimerkiksi alan tutkimuksia on julkaistu yleensä kriminologisissa tai kriminaalipsykologisissa tai -sosiologisissa julkaisuissa. Vasta 2000-luvulla eri lähestymistavat ovat alkaneet kohdata esimerkiksi pohdittaessa kuntoutuksen yleisempää teoriaa (esim. Ward & Maruna, 2007; Siegert ym., 2007). Myöskään päihdekuntoutuksessa ei aina haeta diagnosoitua sairautta päihteiden käytön takaa.

Suomessa – kuten muuallakin – kuntoutuksen käynnistyminen edellyttää yleensä sairauden tai vamman ilmenemistä. Jonkinlainen poikkeus oli työvoimahallinnon käytäntö 1970- ja 1980 -luvuilla, jolloin myös ns. sosiaalisista syistä aiheutunut työrajoitteisuus tai ns. sosiaalinen vajaakuntoisuus kelpuutettiin kuntoutuksen perusteeksi. Vuonna 1988 siirryttiin kuitenkin ILO:n yleissopimuksen nro 159 mukaiseen käytäntöön, joka edellytti ammatillisen kuntoutuksen perusteena asianmukaisesti todettua sairautta tai vammaa. Kuntien sosiaalihuollossa kuntoutukselliset näkökulmat ovat harvoin olleet näkyvästi esillä; huomio näyttää enemmänkin olleen huollon ja hoivan varmistamisessa.

Käytännöt muissa maissa ovat vaihdelleet. Yhdysvalloissa käynnistettiin 1960-luvulla suuri ”sota köyhyyttä vastaan”, ja siinä käytettiin hyväksi monenlaisia ammatillisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen menetelmiä. Vaikeasti työllistettävät, erilaisista sosiaalisista syistä huono-osaiset ja etniset vähemmistöryhmät olivat tuolloin kuntoutuksen kohderyhmiä (esim. Wright & Reagles, 1971; Kunce, Cope, Miller & Lesowitz, 1972; Margolin & Goldin, 1969). Kuntoutuksen pääsyn kriteereitä määriteltiin sellaisten taloudellisten (henkilö/perhe sosiaalihuollon varassa; köyhyys; työttömyyskaudet), kasvatuksellisten (peruskoulutus kesken; ei hallitse perustaitoja) ja sosiaalisten (ei tavanomaisia perhesuhteita; sosiaalisesti poikkeava käyttäytyminen) tekijöiden pohjalta, joista nykyään puhutaan sosiaalisen syrjäytymisen riskeinä (esim. Hammond, Wright & Butler, 1968). Terveydelliset tekijät olivat yhtenä tekijänä muiden muassa kuntoutustarvetta määritettäessä, mutta sairauden tai vamman esiintyminen ei ollut kuntoutuksen edellytys.

Monet tutkijat ovat todenneet, että huono-osaisuus pitkittyessään tuottaa myös yksilötason ongelmia, psyykkisiä (ei välttämättä kuitenkaan ”psykiatrisia”) vaikeuksia, jolloin tilanteen korjaaminen pelkästään työllisyys- ja koulutusasioita hoitamalla tai taloudellista tukea myöntämällä voi olla vaikeaa. Esimerkiksi Ritakallio (1991) arvioi, että sosiaalityön käytettävissä olevat keinot eivät ole riittäviä moninkertaisten hyvinvointipuutteiden käsittelyyn, vaan vaaditaan intensiivistä ja kokonaisvaltaista paneutumista tilanteeseen. Vastaavin perustein on ehdotettu harkittavaksi (esim. Järvi-



koski 1984, Järvikoski & Härkäpää 1995), että myös sellainen ”sosiaalinen vajaakuntoisuus” ja sillä tavoin vaikea elämäntilanne, johon asianomainen henkilö itse ei kykene vaikuttamaan, hyväksytään kuntoutuksen käynnistymisen kriteeriksi. Palola (2012) katsoo muun muassa syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamisessa taustalla olevan ymmärrys pitkäjänteisen ja kokonaisvaltaisen työskentelyn välttämättömyydestä silloin, kun ongelmat ovat kasautuneet ja pitkittyneet.

Suomessa kysymys ajankohtaistui 1990-luvulla, kun havaittiin, että työttömyyden ”kova ydin” ei ollut saatettavissa työhön työhallinnon perinteisillä keinoilla. Kuntoutustarpeen lääketieteellisten kriteerien valta-asemaan otettiin varovasti kantaa vuoden 2002 kuntoutuslainsäädännössä, johon kirjattiin maininta: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon lakisääteinen kuntoutus perustuu todettuun oireeseen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen tai vammaan. *Kuntoutuksen perusteiksi on alettu vähitellen katsoa myös työkyvyn heikkenemisen tai vakavan sosiaalisen syrjäytymisen riski.*” Teksti sisältää ajatuksen, että työkyvyn heikkenemisen taustalla – varsinaisena ”syynä” – voi olla muutakin kuin lääketieteellisesti todettu sairaus tai vamma.

Aktiivisen sosiaalipolitiikan kokeiluhankkeissa 2000-luvun alussa kuntoutukseen osallistuminen perustui pitkäaikaiseen työttömyyteen ja syrjäytymisen riskiin; näihin hankkeisiin osallistui kuntien lisäksi myös työ- ja elinkeinohallinto ja Kela. Myös vankeinhoidon piirissä oli 2000-luvun alkupuolella kokeiluprojekteja, joissa kehitettiin verkostopohjaista kuntoutusmallia rangaistusta kärsiville. Nykyisen vankeuslain (767/2005) mukaan pyritään turvaamaan rangaistusta kärsivän mahdollisuus lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen ja siten kuntoutumiseen rikoksettomaan elämäntapaan ja yhteiskuntaan integroitumiseen. Vapautuvan vangin saama kuntoutus ei edellytä sairautta tai vammaa toteutuakseen. Vastaavia tavoitteita rikoksen tekijöiden kuntoutukselle on asetettu muissa maissa.

Merkittävä askel vaikea-asteisen huono-osaisuuden ja ”sosiaalisten tekijöiden hallitsemattoman vajaakuntoisuuden” hyväksymiseksi kuntoutuksen piiriin otettiin sosiaalihuoltolain uudistamista pohtineen työryhmän loppuraportissa (Sosiaalihuollon., 2012), jossa sosiaalisen kuntoutuksen tarpeen kriteerit määritellään muiden tekijöiden kuin lääketieteellisesti todetun sairauden tai vamman esiintymisen pohjalta. Sen mukaan kunnan tulee huolehtia sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisestä toimintakykyyn, sosiaaliseen syrjäytymiseen, lähisuhde- ja perheväkivaltaan tai äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvässä tuen tarpeessa olevien henkilöiden sosiaalisen toimintakyvyn, vuorovaikutuksen sekä yhteiskunnallisen osallisuuden vahvistamiseksi.

*Sosiaalisen syrjäytymisen riskin – pitkään kestäneen työttömyyden, huonon koulutuksen ja niihin liittyvien ongelmien – ottaminen kuntoutuksen perusteeksi on tarpeellista ja tarkoituksenmukaista 1990-luvun laman pitkäaikaisvaikutuksia sekä nuorten syrjäytymistä koskevien tietojen valossa.* Tällaisissa tilanteissa on kysymys ongelmavyyhdistä, josta eteenpäin pääseminen edellyttää usein monenlaisen tuen yhtäaikaista järjestämistä. Monialaisen avun tarvetta on myös monissa perhe- tai lähisuhdeväkivaltilanteissa. Lakiehdotuksen perusteluissa kiinnitetään huomiota pelkästään väkivallan uhrin tilanteeseen, vaikka yhtä tärkeää olisi havaita ajoissa myös väkivaltaisen osapuolen usein monisyinen (esimerkiksi liiallisiin työpaineisiin ja päihteiden käyttöön liittyvä) tuen tarve, johon vastaaminen voi vaikuttaa monen ihmisen elämään. Äkillisten kriisitilanteiden aiheuttama tuen tarve tuntuu luettelossa yllättävältä, sillä kuntoutuksen avulla puututaan yleensä pitkäkestoisiiin tai sellaisiksi ennakoitaviin ongelmiin. Myös kriisitilanteet voivat tuottaa kärsimystä, jonka vaikutukset heijastuvat pitkälle tulevaisuuteen. Ensisijaiset tehtävät niiden käsittelyssä ovat todennäköisesti hoidollisia tai huollollisia.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän kannanotto merkitsee kuntoutuksen laadullista laajentumista, ts. laajentumista lääketieteellisin perustein määritellyn kuntoutustarpeen ulkopuolelle. Tärkeäksi kysymykseksi tulevana vuosina nousee, merkitseekö tämä vastaavaa laajennusta myös muiden kuntoutusjärjestelmien, erityisesti Kelan toiminnassa. Merkittävä askel tähän suuntaan ollaan ottamassa Kelan ammatillista kuntoutusta koskevassa lakimuutoksessa (HE 128/2013), jossa luovutaan sairauden tai vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden uhkan käsitteestä ja korostetaan sairauden tai vamman aiheuttamien työkyvyn rajoitusten rinnalla tai sijasta asiakkaan kokonaistilannetta ja siinä olevia työ- ja opiskelukykyä tai ansiomahdollisuuksia heikentäviä tekijöitä kuten pitkittynyt työttömyys, puuttuva koulutus tai taloudelliset vaikeudet. Tämän lakiuudistuksen myötä sairaus ja vamma asettuvat yhdeksi työ- tai opiskelukyvyn rajoituksia aiheuttavaksi tekijäksi sen sijaan että rajoituksia tarkasteltaisiin aina niiden kautta. Uudistuksen jälkeinen tilanne vastaa aikaisempaa paremmin ICF-viitekehystä (vrt. WHO, 2001).

### 3.5 YHTEISÖPOHJAINEN KUNTOUTUS (CBR) – KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISTÄ KOHTI LÄHIPALVELUJA JA TYÖTÄ VAMMAISTEN IHMISEN OSALLISUUDEN EDISTÄMISEKSI

Yhteisöpohjaisen kuntoutuksen (community-based rehabilitation) käsite syntyi 1980-luvulla, jolloin haettiin vaihtoehtoisia ja vähemmän kustannuksia tuottavia ratkaisuja kuntoutuspalvelujen järjestämiseen erityisesti kehitysmaissa. Periaatteena oli siirtää kuntoutustoiminnan edellyttämää osaamista paikallistasolle, myös perheille, ja siten vähentää riippuvuutta kalliista laitoksista, välineistä ja ammattilaisista.

Alkuvuosina yhteisöpohjaisessa kuntoutuksessa painotettiin nimenomaan yksilöllisten, vammaisten henkilöiden toimintakykyä parantavien palvelujen toteuttamista edullisesti koti- ja asuinympäristössä. Kehitysmaiden tarpeisiin kehitettynä se tarkoitti lyhyitä koulutusjaksoja avustaville työntekijöille ja perheenjäsenille. Ohjelmiin kuului fysioterapiaa, fyysistä harjoitusta, apuvälineitä ja lääketieteellisiä toimenpiteitä, mutta myös monenlaista taitojen valmennusta ja koulutusta.

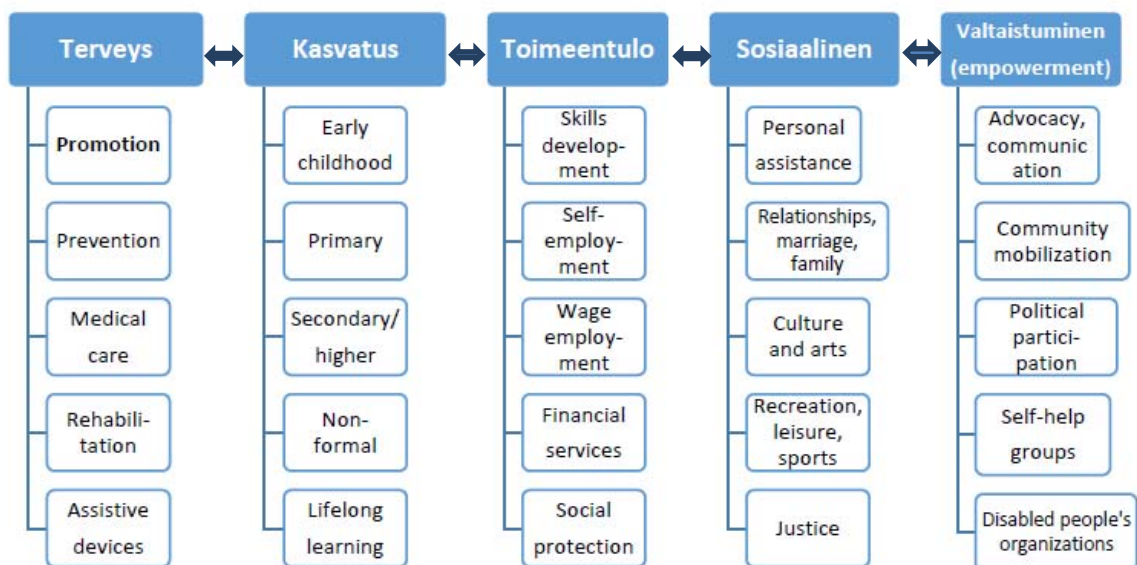
Myöhemmin yhteisöpohjaisen kuntoutuksen käsite on laajentunut. Helsingissä vuonna 2003 järjestetyn asiantuntijakokouksen suositusten pohjalta valmistui yhteinen julkaisu (ILO, UNESCO ja WHO, 2004), joka laajensi yhteisöpohjaisen kuntoutuksen käsitteen huomattavasti yksilöllisten toimenpiteiden ulkopuolelle. Siinä määritellään yhteisöpohjainen kuntoutus (CBR) yhteisölliseksi strategiaksi, jonka tavoitteena on vammaisten ihmisten aseman parantaminen kaikkialla: parantaa kuntoutusmahdollisuuksia, vähentää köyhyyttä, luoda tasa-arvoiset mahdollisuudet ja parantaa sosiaalista osallisuutta. Yhteisöpohjainen kuntoutus on käytäntölähtöinen strategia vammaisten ihmisten oikeuksia koskevan kansainvälisen sopimuksen toteuttamiseksi ja sosiaalisen osallisuuden tukemiseksi. Sen mukaan vammaisilla ihmisillä tulee olla oikeus kaikkiin yhteisön palveluihin, myös kuntoutuspalveluihin.

Yhteisöpohjaisella kuntoutuksella pyritään erilaisissa yhteiskunnissa varmistamaan, että vammaisilla ihmisillä on kaikkialla mahdollisuus hyvään toimintakykyyn ja tarvittavien palvelujen saamiseen ja he siten voivat antaa oman panoksensa yhteisön ja yhteiskunnan toimintaan. Toisaalta sen avulla pyritään aktivoimaan yhteisöjä edistämään vammaisten ihmisten inklusiota ja toteuttamaan heidän oikeuksiaan tekemällä tarpeellisia muutoksia olosuhteisiin, esimerkiksi poistamalla osallistumisen

esteitä. Samalla korostetaan, että kuntoutuspalveluja ei enää tule toteuttaa ilman palvelunkäyttäjän mahdollisuutta osallistua oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja toteutukseen. (ILO, Unesco & WHO, 2004.)

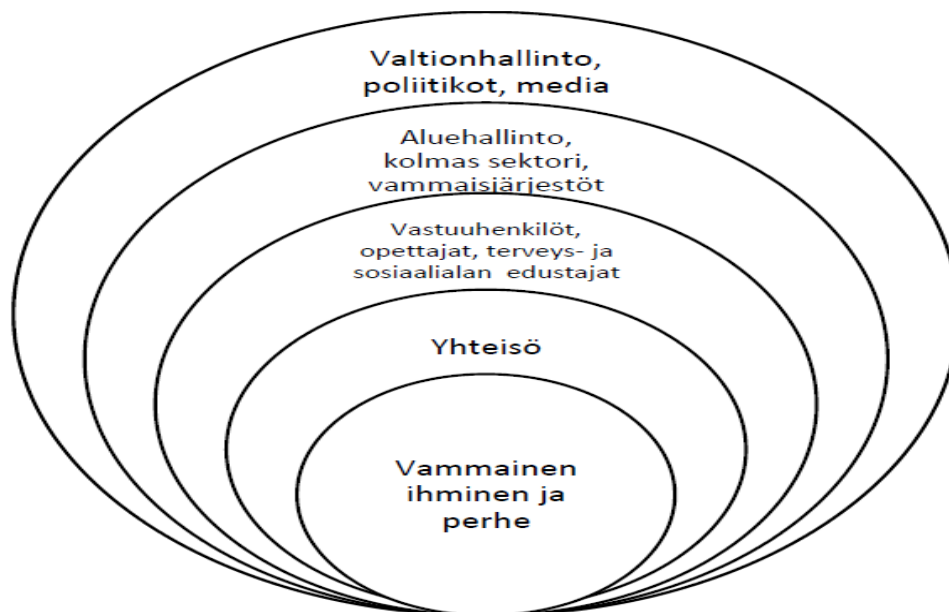
Yhteisöpohjainen kuntoutus on siis vähitellen kehittynyt lääketieteellisesti painotuneesta, kehitysmaiden vammaistyöhön suunnitellusta toimintatavasta laajaksi, vammaisten ihmisten oikeuksiin ja inklusiivisen yhteiskunnan tavoitteisiin perustuvaksi strategiaksi. Sen tavoitteena ovat vammaisten ihmisten täysi osallisuus ja yhtäläiset mahdollisuudet yhteiskunnassa, ja se ei rajoitu pelkästään kehittyviin maihin vaan on myös kehittyneiden maiden asia. (Esim. Lightfoot, 2004; Thomas, 2011.)

Yhteisöpohjaisen kuntoutuksen viitekehys esitetään matriisina, jossa on viisi osatekijää (kuvio 1). Neljä ensimmäistä - terveys, kasvatus, toimeentulo, sosiaalinen - noudattavat kuntoutuksen nelijakoa lääkinnälliseen, kasvatukselliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen sektoriin. Viides komponentti, valtaistuminen (empowerment), tulkitaan perustaksi kaikelle muulle: valtaistuminen on keskeinen toimintatapa ja päämäärä vammaisen ihmisen ja hänen perheensä elämänlaadun ja ihmisoikeuksien kannalta. Ammatillisessa kuntoutuksessa ja työllistymisessä kiinnitetään huomiota muun muassa siihen, että vammaisten henkilöiden työllistymiseen voidaan vaikuttaa myös lainsäädännön ja tietoisuuden lisäämisen keinoin. Vammaisen ihmisen syrjäytyminen yhteiskunnasta ja työmarkkinoilta merkitsee taakkaa paitsi hänelle ja hänen perheelleen myös yhteiskunnalle.



**Kuvio 1.** Yhteisöpohjaisen kuntoutuksen (CBR) tehtävämatriisi (WHO, 2010: 24-25).

CBR-viitekehyksessä korostetaan myös sen merkitystä, että kaikki prosessin kannalta tärkeät osapuolet tunnustetaan ja samalla varmistetaan niiden osallistuminen prosessiin. Vammaisilla ihmisillä ja heidän perheillään katsotaan olevan tärkeä rooli CBR-toiminnassa, myös vapaaehtoistoiminnan kautta. CBR hyödyttää kuitenkin myös muita yhteiskunnan jäseniä, joita tulisi rohkaista tarttumaan niihin esteisiin, joita vammaisten henkilöiden osallistumisen tiellä on. Kuntoutustyöntekijät ja esimiesasemassa olevat ovat keskeisessä asemassa paitsi kuntoutuspalvelujen tuottajina myös yhteiskunnallisen tietoisuuden lisäämisen kannalta. Myös valtionhallinnon ja paikallis- tai aluehallinnon roolia painotetaan. Kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyö nähdään erityisen tärkeänä. (Kuvio 2.)



**Kuvio 2.** Yhteisöpohjaisen kuntoutuksen toimijatahot (WHO, 2010).

Yhteisöpohjaisen kuntoutuksen (CBR) strategia on laaja ja ulottuu selvästi perinteisen yksilöllisen kuntoutustoiminnan ulkopuolelle. Thomasin (2011) mukaan yhteisöpohjaisen kuntoutuksen termiä on muun muassa vammaisjärjestöjen piirissä vastustettu sillä perusteella, että kuntoutus-termi viittaa lääketieteelliseen orientaatioon vammaisten oikeuksiin perustuvan orientaation sijasta; *community-based rehabilitation* ei tästä syystä olisi ”poliittisesti korrekti” termi yleiselle vammaisten yhteiskunnallisen aseman parantamiseen tähtäävälle toiminnalle. Ehkä Thomasin mainitsemasta syystä toiminnasta käytetään usein vain kirjainyhdistelmää.

Yksi yhteisöpohjaisen kuntoutuksen lähtökohdista oli, että nykyistä suurempi osa kuntoutuspalveluista tulisi voida toteuttaa kuntoutujan kotona tai lähiyhteisössä, mikä olisi useimpien kuntoutujien kannalta toivottava ratkaisu ja kustannuksiltaan edullisempaa kuin laitoksissa ja sairaaloissa toteutettavat ratkaisut. Thomas (2011; ks. myös Lightfoot, 2004) huomauttaa, että CBR-käsitteen laajentumisesta huolimatta perinteisillä kuntoutuspalveluilla on siinä edelleen paikkansa. Yhä yleisemmin on alettu hyväksyä, että yhteisöperustaisessa kuntoutuksessa edetään kahta väylää: toiminnan yleistavoitteena ovat vammaisten inklusio ja ihmisoikeudet, mutta samalla pyritään vastaamaan vammaisten ihmisten erityistarpeisiin kuntoutuksen avulla. WHO:n suuntaviivoissa (2010) eri näkökulmien välinen tasapaino löytyy toteamuksesta, että vammaisilla ihmisillä on muiden oikeuksien ohella myös oikeus terveydenhuoltoon ja kuntoutuspalveluihin, ja se on oikeutena yhtä tärkeä kuin muutkin oikeudet.

Tarvitaanko rajanvetoa kuntoutuksen ja yleisten vammaisten asemaa parantavien strategioiden tai politiikkojen välillä? Samojenkin organisaatioiden eri julkaisuissa asiaan suhtaudutaan eri tavoin. Esimerkiksi WHO:n ja Maailmanpankin yhteisjulkaisu *World Report on Disability* (2011) ottaa kysymykseen kantaa todetessaan, että esimerkiksi julkisten rakennusten esteettömyydestä huolehtimista ei sellaisenaan ole syytä lukea kuntoutuksen piiriin.

Rajanvetoihin palataan viimeisessä luvussa. On kuitenkin syytä huomata, että viime vuosina on Suomessakin syntynyt monenlaisia yhteisöllisiä toimintamuotoja, jotka täydentävät perinteistä yksilöllistä kuntoutusta. Sellaisina voidaan pitää esimerkik-

si nopeasti yleistyneitä mielenterveyskuntoutujien klubitaloja ja erilaisille asiakasryhmille tarkoitettuja tuetun asumisen yhteisöjä. Esimerkiksi Fountain House –tyyppiset klubitalot voivat tarjoamansa toiminnan ja sosiaalisen osallisuuden avulla vähentää jäsenkunnassaan muiden palvelujen tarvetta, ylläpitää itsenäistä selviytymistä ja vähentää sairaalahoidon tarvetta. Joillakin klubitaloilla on myös ns. siirtymätyöohjelmia, joiden avulla klubitalon jäsenillä on mahdollisuus kokeilla avoimien työmarkkinoiden töitä. Klubitalojen määrä on Suomessa kasvanut nopeasti, ja niillä on selvästi oma paikkansa sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntoutuksen kentässä. Klubitalojen ylläpito edellyttää jonkin verran ulkopuolista taloudellista tukea, jota tällä hetkellä myöntää kuntien lisäksi Raha-automaattiyhdistys. Toiminnan merkitystä on arvioitu eri näkökulmista (esim. Hietala-Paalamaa, Hujanen, Härkäpää & Reuter, 2009; Hänninen, 2012). Amerikkalaiset psykiatrit ja kuntoutuksen ammattilaiset ovat määritelleet yhteisöpohjaisen klubitalotoiminnan selkeästi yhdeksi ns. psykososiaalisen tai psykiatrisen kuntoutuksen keskeiseksi menetelmäksi tai toimintatavaksi. Se sijoittuu perinteisen kuntoutuksen ja sosiaaliseen tukeen ja yhteisöllisyyteen perustuvan vapaaehtoistoiminnan välimaastoon, ja sitä on pidetty yhtenä tärkeänä psykososiaalisen kuntoutuksen muotona tulevaisuudessa (esim. Warner, 2006).

### 3.6 KUNTOUTUJAN AUTONOMIA JA OSALLISUUS: ASIAKASLÄHTÖISYYS KUNTOUTUKSESSA

Monet kuntoutuksessa 1970-luvun lopulla alkaneet muutokset ovat olleet seurausta vammaisliikkeen vahvistumisesta ja sen muilta vähemmistöjen oikeuksia korostavilta liikkeiltä saamasta tuesta. Kuntoutusta on siten alettu tarkastella myös kuntoutujan tai vammaisen ihmisen oikeuksien näkökulmasta. Kansalaisyhteiskuntaan kuuluu oikeus työhön, mutta myös oikeus olla itse päättämässä omista asioistaan, oikeus tasa-arvoiseen ja itsenäiseen elämään.

Itsenäinen ja tasa-arvoinen elämä, elämänhallinta ja valtaistuminen alkoivat ilmaantua kuntoutuksen tavoitteiksi 1980-luvulla. Esimerkiksi Emener (1991) määritteli kuntoutuksen prosessiksi, jossa vammaista tai vajaakuntoista ihmistä tuetaan siirtymään riippuvuutta ylläpitävistä olosuhteista kohti itsenäisyyttä ja valtaistumista. Suomalaisissa määritelmissä käytettiin muun muassa elämänhallinnan käsitettä: ”Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat (sairauden tai vamman tai muiden syiden vuoksi) uhattuina tai heikentyneet” (Järvikoski & Härkäpää 1995). Vastaavaan tapaan todetaan vuoden 2002 kuntoutusselonteossa kuntoutuksen olevan ”suunnitelmallista ja monialaista, yleensä pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa”.

Siirtyminen ”kohteiden kuntouttamisesta” ”subjektien tai toimijoiden kuntoutumiseen” näkyi kuntoutuksen määritelmässä siinä, että sen tehtäväksi katsottiin kuntoutujan auttaminen tai tukeminen hänen pyrkiessään saavuttamaan tavoitteitaan. Yhdistyneiden Kansakuntien vuoden 1993 yleiskokouksen päätösasiakirjassa todettiin kuntoutuksella tarkoitettavan prosessia, ”jonka avulla vammaisia henkilöitä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvää fyysistä, aistimuksellista, älyllistä, psyykkistä ja sosiaalisen toiminnan taso, jolloin heillä on mahdollisuus elää mahdollisimman itsenäistä elämää”. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) vammaisten

ihmisten oikeuksia koskevan sopimuksen (2006) artiklassa 26 kuntoutuksen tavoitteet on formuloitu samaan tapaan: kuntoutuksella tarkoitettiin ”*kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla vammaisille pyritään tekemään mahdolliseksi saavuttaa ja ylläpitää mahdollisimman hyvä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ammatillisen toiminnan taso sekä täydellinen osallisuus ja osallistuminen kaikilla elämän osa-alueilla*”.<sup>3</sup>

Esimerkiksi kuntoutuksen kansainvälinen järjestö Rehabilitation International katsoo www-sivuillaan tämän sopimuksen merkitsevän “paradigman muutosta” sekä asenteissa vammaisiin ihmisiin että heidän palveluissaan: vammaisia ihmisiä ei enää nähdä palvelujen kohteina vaan subjekteina, joilla on oikeuksia ja jotka kykenevät puolustamaan näitä oikeuksiaan, tekemään elämäänsä koskevia päätöksiä ja toimimaan yhteiskunnan aktiivisina jäseninä.

Miten kuntoutusprosessin toteutusta siis kuvataan? Oxford Handbook of Clinical Rehabilitation kuvaa kuntoutusta seuraavaan tapaan (Ward, Barnes, Stark & Ryan, 2009): “Kuntoutus on *prosessi, jossa keskeistä on se, että vammaainen henkilö tekee suunnitelmia ja asettaa tavoitteita, jotka ovat tärkeitä ja sopivia hänen omiin olosuhteisiinsa. Kuntoutus ei ole prosessi joka tehdään ihmiselle, vaan prosessi jonka ihminen itse toteuttaa ammattilaisten, perheen ja ystävien johdolla ja tuella.*” Edelleen todetaan, että kuntoutus on luonteeltaan *kasvatuksellinen prosessi*, jonka kautta kuntoutukseen osallistuvaa *autetaan hankkimaan niitä tietoa ja taitoja, joita tarvitaan mahdollisimman hyvän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan saavuttamiseksi.* Ammattilaisten tuki ja kumppanuus on tarpeen, mutta ammattilaisten rooli on kuntoutujaa tukeva, ei häntä määräävä.

Brittiläisessä kuntoutusteoksessa kuntoutusta kuvataan *henkilökohtaisena matkana, jossa kuntoutuja valitsee pääteaseman ja tekee myös pääosan työstä* (McLellan, 1997). Kirjoittajan mukaan kuntoutus on enemmän kasvua, harjoittelua ja oppimista kuin hoitoa ja toimenpiteitä: kuntoutuja on aktiivinen toimija, ei kuntoutustoimenpiteiden passiivinen vastaanottaja.

Myös ILO, UNESCO ja WHO (2004) korostavat, että kuntoutuspalveluja ei enää tule toteuttaa ilman palvelunkäyttäjän osallistumista: palvelunkäyttäjän rooli ei ole objektin rooli. Kuntoutus ymmärretään prosessiksi, jossa vammaiset ihmiset ja heidän asianajajinaan toimivat henkilöt tekevät päätöksiä siitä, millaisia palveluja he tarvitsevat osallistumismahdollisuuksiensa parantamiseksi. Ammattilaisten tehtävänä on antaa palvelunkäyttäjille riittävästi tietoa niin, että he voivat tehdä ratkaisunsa relevantin tiedon perusteella.

Myös Suomessa keskustelu kuntoutuksen asiakaslähtöisyydestä ja kuntoutujan aktiivisesta roolista itse kuntoutustapahtumassa käynnistyi jo 1990-luvulla. Ns. kuntoutujalähtöisyys on kuulunut kuntoutuksen retoriikkaan jo kauan, mutta on edelleen vaikea sanoa, missä määrin keskustelussa näkyvät painotukset todella toteutuvat käytännön toiminnassa. Joka tapauksessa viime vuosina on aikaisempaa määrätietoisemmin korostettu sitä, että kuntoutusprosessin suotuisa eteneminen edellyttää kuntoutujan kuulemistä ja aktiivista mukana oloa. Asiakkaan vaikutusmahdollisuuksiin kuuluu kuitenkin myös mahdollisuus olla tekemättä päätöksiä ja tukeutua päätöksenteossa asiantuntijaan.

<sup>3</sup> Tämän tavoitteen saavuttamiseksi jäsenvaltiot sitoutuivat organisoimaan ja vahvistamaan monialaisia habilitaatio- ja kuntoutuspalveluja, erityisesti terveyden, työllisyyden, kasvatuksen ja sosiaalipalvelujen piirissä. Pyrkimyksenä on, että palvelut ja ohjelmat (a) käynnistyvät mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ja perustuvat monialaiseen yksilöllisten tarpeiden ja vahvuuksien arvioon, (b) tukevat osallistumista ja osallisuutta yhteisöön ja yhteiskuntaelämän eri osa-alueille, ovat vapaaehtoisia ja ovat vammaisten ihmisten käytettävissä mahdollisimman lähellä heidän omia yhteisöjään.

Vuonna 1991 voimaan tullut laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (L 604/1991; L497/2003) antaa perustan asiakkaan asemalle ja osallisuudelle kuntoutuksessa. Siinä edellytetään muun muassa kuntoutussuunnitelman laatimista yhdessä asiakkaan kanssa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000) turvaavat asiakkaan osallisuuteen ja itsemääräämiseen liittyvät vähimmäisoikeudet sosiaali- ja terveyshuollossa. Terveys- ja sairaanhoitoa tai sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa (L 785/1992; L 812/2000). Asiakkaan toivomukset ja mielipide on otettava huomioon ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettava. Asiakkaalle on myös annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (L 812/2000). Potilaalla on oikeus saada selvitys hoitovaihtoehtoista ja hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hoitoa koskevissa päätöksissä (L812/2000). Valmisteilla on itsemääräämisoikeuslaki, jonka tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tarkentaa aikaisempia säädöksiä.

Asiakkaan osallistumiseen tai osallisuuteen sisältyy kuntoutuksessa kaksi perusasiaa: (1) osallisuus kuntoutussuunnitteluun ja päätöksentekoon ja (2) toiminta itse kuntoutuksen toteutuksessa, kuntoutusprosessissa (esim. Cardol, deJong & Ward, 2002).

Edellinen osa-alue edellyttää, että asiakas saa (a) riittävästi tietoa päätöksentekoa varten, (b) riittävän hyvän käsityksen eri ratkaisujen todennäköisistä seurauksista ja (c) mahdollisuuden aidosti vaikuttaa tehtäviin päätöksiin. Asiantuntijan käytössä oleva tieto saa merkityksensä vasta silloin, kun se lisää kuntoutujan oman tilanteensa arviointiin tarvitsemia ”tilanne-kompetensseja”. Läheskään kaikki asiakkaat eivät tunne kuntoutuksen palvelujärjestelmää riittävästi pystyäkseen ennakoimaan niitä tilanteita, joihin kuntoutuksen käynnistyminen voi johtaa. Monet kuntoutuspalvelujen käyttäjät kokevat edelleen, että he eivät saa riittävästi tietoa kuntoutuspalveluista ja olemassa olevista vaihtoehtoista niiden käytössä ja että enemmän tietoa saaneilla on paremmat mahdollisuudet saada toivomiaan palveluja (esim. Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää, 2009). *Asiakkaan tukeminen päätöksenteossa antamalla tietoa eri mahdollisuuksista ja pohtimalla yhdessä asiakkaan kanssa eri vaihtoehtojen mahdollisia seurauksia tulevaisuuden kannalta on kuntoutuksessa erityisen tärkeää.*<sup>4</sup> Se voi tarkoittaa myös sitä, että kuntoutustyöntekijä pyrkii osoittamaan asiakkaalleen jonkin kuntoutusintervention merkityksen suhteessa hänen elämäntavoitteisiinsa (Nair, 2003). Itsemäärääminen on tärkeää asiakkaan oikeuksien, mutta myös motivaation näkökulmasta. Monipuoliseen tietoon perustuva valinnanmahdollisuus näyttää vaikuttavan myös ammatillisen kuntoutuksen lopputulokseen (Kosciulek, 2007). Osallisuus valintoihin ja päätöksentekoon edellyttää myös, että (d) asiakkaalla on todellinen mahdollisuus tehdä aitoja valintoja, ts. tarjolla on useampi kuin yksi vaihtoehto.

Jälkimmäisessä osa-alueessa on kysymys asiakkaan roolista toimenpiteiden toteutuksessa. Monet kirjoittajat ovat viime aikoina korostaneet, että asiakkaan oma toiminta on keskeistä hyvän kuntoutustuloksen saavuttamisessa. Kaikilla kuntoutuksen osa-alueilla asiakkaan motivaatio on tärkeä tekijä yhteistyön onnistumisen kannalta. Asiakasta voidaan eri keinoin suostutella aktiivisempaan osallistumiseen, ja erilaiset asiakastyön menetelmät (esim. ns. motivoiva haastattelu) voivat olla tässä hyödyllisiä. Keskeinen tekijä motivaation kannalta on kuitenkin se, että kuntoutussuunnitelma on linjassa hänen elämäntavoitteidensa kanssa ja asiakas kokee voineensa aidosti vaikuttaa siihen, mitä hänen kuntoutuksenaan tapahtuu. On selvä, että eri asiakasryhmissä osallisuus toteutuu eri tavoin. Autti-Rämö (2008) korostaa, että myöskään lapsen

<sup>4</sup> Sekä potilaan asemaa ja oikeuksia koskevaa lakia että sosiaalihuollon asiakaslakia ollaan uudistamassa niin, että niihin lisätään asiakkaan tukemista päätöksenteossa koskeva säädös.

kuntoutuksessa tavoitteiden saavuttaminen ei ole mahdollista, elleivät ne ole tärkeitä myös lapselle itselleen, ja se edellyttää kuntoutustyöntekijältä lapsen ajatustapoihin paneutumista ja hänen toimintansa seuraamista. Esimerkiksi lääkinnällisessä kuntoutuksessa parhaat tulokset saavutetaan, jos kuntoutuja pystyy käyttämään yksilöterapiassa harjoiteltavaa toimintaa hyväksi myös arjen tilanteissa.

Ainakin teoriatasolla on siis alettu ymmärtää, että *kuntoutus jää tuloksettomaksi ja siihen käytetyt varat menevät hukkaan, ellei kuntoutusta pystytä toteuttamaan asiakaslähtöisesti, yhteistyössä kuntoutujan kanssa, jaetun toimijuuden periaatteella, yhteisin tavoittein*. Yhä useammat tutkimukset ovat osoittaneet, että kuntoutujan oma käsitys toimintakyvystään ja hänen itse asettamansa henkilökohtaiset tavoitteet vaikuttavat ratkaisevasti siihen, millaiseksi tulevaisuus määräytyy. Kuntoutujaa on kuultava ja hänen tahtotilansa otettava huomioon, mikäli kuntoutuksella halutaan saavuttaa kuntoutusjärjestelmän tai yhteiskunnan odottamia tuloksia. Vaikka kuntoutusta yleensä aina rahoittaa jokin kuntoutusorganisaatio, sen on pystyäkseen taloudellisesti kannattavaan toimintaan otettava asiakkaansa näkemykset huomioon myös kuntoutustoiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa.<sup>5</sup>

### 3.7 POLKURIIPPUUUS KUNTOUTUKSESSA: HISTORIA ESTEENÄ JÄRJESTELMÄN MUUTOKSELLE?

Kuntoutusjärjestelmän institutionaalinen rakentuminen käynnistyi invalidihuoltolain myötä 1940-luvulla. 1960-luku oli kasvun aikaa: kuntoutus liitettiin työeläkejärjestelmän, tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmän ja aikaisempaa tukevammin Kelan lainsäädäntöön. Luotiin myös pohja työvoimahallinnon ammatilliselle kuntoutukselle. Suomalainen ratkaisu integroi 1980-luvun loppuun mennessä kuntoutuksen useaan, toisistaan suhteellisen riippumattomasti toimivaan palvelujärjestelmään. Samalla kuntoutuksen toteutus hajautui useaan eri järjestelmään, joilla kullakin oli kokonaisuuden kannalta erilaiset, osin myös päällekkäiset funktiot. Koordinointiyrityksiä tekivät Kuntoutuskomitea 1960-luvulla, opetusministeriön, työvoimaministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön asettamat toimikunnat 1970-luvun lopulla. Vuonna 1982 perustettiin kuntoutusasiain neuvottelukunta koordinointielimeksi. Vuoden 1991 lainsäädännöllä pyrittiin ratkomaan yhteistyön ongelmia kuten myös monilla muilla ratkaisuilla sen jälkeen.

Kuntoutuksen ympärille on syntynyt monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, osajärjestelmiä, rahoittajia ja palveluntuottajia, ja tämä hajanaisuus ja siihen liittyvä ns. osa-optimointi heikentää kuntoutuksen vaikuttavuutta. Eri järjestelmien välisen yhteistyön ongelmiin on viitattu monissa vertailevissa ja kansallisissa selvityksissä ja puheenvuoroissa (OECD, 2008; Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2009; Paatero, 2008).

Miettinen, Ashorn ja Lehto (2011) ja Lehto ja Miettinen (2013) ovat käyttäneet erilaisia aineistoja kuvatessaan järjestelmään ja yhteistyöhön liittyviä ongelmia. Kuntoutuspolitiikan ydinpiirissä näyttää olevan kolme keskusta. Niistä kullakin on vahvoja

<sup>5</sup> Konkreettisesti tilanne kiteytyy esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen koulutus päätöksissä. Edelleen esiintyy tilanteita, joissa kuntoutuksen kustantaja on valmis kustantamaan enintään vuoden mittaisen koulutuksen, mutta kuntoutujan tavoittelema ammatti, johon kouluttautuminen hän itse on vahvasti sitoutunut, edellyttää kahden vuoden koulutusta. Olisiko nykyistä useammin mahdollista etsiä kompromissia eri rahoitusvaihtoehtoja ja asianomaisen henkilön omia mahdollisuuksia yhdistämällä?



vaikutuskanavia, minkä vuoksi ei ole helppo saada aikaan uudistuksia, jotka kokonaisuuden kannalta vaikuttavat perustellulta, mutta muuttavat niiden suhteellista asemaa. Keskuksista *kunnallinen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä* nojaa kunta-valtiosuhteen politiikkaan. Sille on määrittynyt eräänlainen ”jarrurooli”, joka tarkoittaa tiukkaa vastuualueen rajaamista ja siitä huolehtimista, että kuntoutuksen kustannuksia ei vyöry sinne. *Kelalla* on taustalla sen itsenäisyyttä puolustavia ryhmiä. Sillä on monissa asioissa eräänlainen veto-mahdollisuus, ja se on usein toiminut ”pallottelun” toisena osapuolena. *Työeläkejärjestelmän* erityinen vaikutusvalta muodostuu työmarkkinoiden kolmikantaisen konsensusjärjestelmän kautta. Sillä on vähän vastuuta, mutta mahdollisuus kerätä hyödyt kuntoutuksesta. Muiden osainstituutioiden vaikutusmahdollisuudet koetaan heikommiksi: esimerkiksi työhallinnon ja liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmän rooli näytti tässä tarkastelussa jäävän vähäiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriöllä oli koordinaatiotehtävä, mutta ei paljon valtaa sen toteuttamiseen. Tutkijat toteavat, että mikäli yhteistä kuntoutuspolitiikan areena tavoiteltaisiin, olisi huomio kiinnitettävä eri osa-instituutioiden välisiin valta-asemiin, veto-oikeuksiin ja yhteisen politiikan mahdollisuuksiin. Se edellyttäisi kuitenkin instituutioiden keskinäissuhteiden uusiutumista.

Samat tutkijat (Miettinen, Ashorn & Lehto 2013; Lehto & Miettinen, 2013) arvioivat kuntoutuskeskustelua käytävän neljässä keskenään hyvin erilaisessa kehyksessä: ensimmäinen painottaa hyvinvointivaltiota kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaajana; toinen edustaa työelämäkeskeistä ajattelua, jossa kuntoutusta lähestytään ensi sijassa työvoiman riittävyuden ja työurien pidentämisen näkökulmasta; kolmas edustaa kriittistä ajattelua hyvinvointivaltiosta, sen laajentumisesta ja tehottomuudesta; ja neljäs hyväksyy kuntoutusjärjestelmän kompleksisuuden, mutta pitää sen säätelyn ongelmana sitä, että se ei edistä reilua kilpailua kuntoutuspalvelujen tuottajien kesken. (Taulukko 1.)

Tutkijat (emt.) käyttävät polkuriippuvuuden käsitettä arvioidessaan kuntoutuksen nykyistä tilannetta Suomessa. Heidän mukaansa *historiallinen kehitys on luonut tilanteen, joka vastustaa järjestelmän suuria muutoksia. Myöskään viime vuosikymmenten yhteistyöpyrkimykset eivät ole heidän mukaansa poistaneet kuntoutusjärjestelmän ongelmia*. Kuitenkin monet järjestelmän ongelmat viittaavat siihen, että muutosta tarvittaisiin. Miettisen (2011) erottaa kuntoutusjärjestelmässä kaksi pääosaa: toinen perustuu näkemykseen perinteisestä hyvinvointivaltiosta (valtionhallinnon johtama kokonaisuus, keskitetyt ratkaisut), toinen näkemykseen kilpailuvaltiosta, jossa keskiössä ovat markkinaorientaatio ja korporatismi. Nämä kaksi eri periaatettiin perustuvaa käsitystä ja toimintatapaa tulisi saattaa jollakin tavoin yhteen ja yhdessä arvioitaviksi.

**Taulukko 1.** Kuntoutuksessa käytävän keskustelun kehukset ja niiden piirteet (Miettinen ym. 2013).

Frame	Problem	Policy solution	Institutional failure
The welfare state as an equalizer	Differences between population groups	More centralization (legislation, authorities) More voluntary cooperation	Fragmentation within and between different institutions (financiers, providers)
The welfare state as a promoter of the reproduction of labour force	Average career length too short	More corporatism More centralization (legislation, authorities) More cooperation	Societal need for rehabilitation only partially met (the level of well-being too low)
The welfare state as over-expanded and ineffective	Suboptimal value for money	Develop incentives and discipline	Lack of discipline in the system and/or its subsystems
The welfare state as a guardian of fairness of competition	Unequal position of service providers in the market	No obvious solutions	Fragmented market: semi-markets

Rakenteiden muutostarvetta voidaan havaita myös osaorganisaatioiden sisällä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutus edustaa huomattavaa osaa kaikesta kuntoutuksesta. Vaikka laitoshoidon suhteellista osuutta on pyritty 1980-luvulta lähtien pienentämään ja painopistettä siirtämään avohoidon suuntaan, ei avohoidon resursseja ole tavoitteen edellyttämällä tavalla lisätty. Samalla *kuntoutukseseen terveydenhuollossa suunnatut resurssit ovat Suomessa kansainvälisesti tarkastellen poikkeuksellisen pienet suhteessa sairaala- ja laitoshoidon resursseihin*. Suomalainen palvelurakenne on laitosvoittoinen, kallis ja painottuu hoidon tarjoamiseen; se poikkeaa tässä suhteessa selvästi muista Pohjoismaista ja eurooppalaisista rakenteista. Kun Suomessa terveyskeskuspäivystys on usein ainoa kanava palvelujärjestelmään, käytännössä terveyskeskusten vuodeosastolle joudutaan paljolti myös muiden syiden kuin hoidon tarpeen takia, muun muassa sosiaalisten syiden, yksinäisyyden ja turvattomuuden vuoksi. Suomalaisessa hoitokulttuurissa erityisesti vanhuus ja siihen liittyvät sairaudet ovat vahvasti medikalisoituneita, mikä johtaa kustannusrakenteen vuodepaikkapainotukseen. (Autio, Groop, Kuusterä & Vauramo, 2012.) Voidaan todeta, että suomalaisessa terveydenhuollossa ihmisten fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ongelmia pyritään paljolti ratkaisemaan laitoshoidon avulla. Tutkimusten mukaan fyysinen ja psyykinen toimintakyky kuitenkin heikkenee vuodeosastolla. Sieltä kotiuttamista yritettäessä kuntoutuksen tarve on erityisen suuri, ja kuntoutusresurssien puuttuessa joudutaan usein palaamaan takaisin sairaalaan.

## 4 MONENLAISIA KÄSITTEITÄ, ERILAISIN TAUSTOIN

Edellisessä luvussa tarkasteltiin kuntoutuksen käsitettä, sen erilaisia tulkintoja ja siinä tapahtuneita muutoksia. Tässä luvussa tarkastellaan erilaisia kuntoutuksen piirissä käytettyjä käsitteitä. Tyypillistä on, että lähes kaikkia käsitteitä käytetään useammassa kuin yhdessä merkityksessä. Esimerkiksi vamman tai sairauden seurausvaikutuksia, toimintakykyä ja työkykyä koskevaa sanastoa on käytetty suomen kielessä hyvin vaihtelevasti. Sama koskee sellaisia sanoja kuin asiakaslähtöisyys, osallisuus tai asiakkaan autonomia. Sanat kuluvat käytössä nopeasti, ja aikaisemmin suhteellisen neutraaleiksi koetut sanat ovat saaneet erilaisia sivumerkityksiä, minkä takia on haettu uusia tapoja ilmaista vastaavia asioita.

### 4.1 VAMMAISUUS, ERITYISEN TUEN TARVE JA TOIMINTA- JA TYÖKYKY

#### 4.1.1 Vammaisuuskäsitykset

Vammalla on perinteisesti tarkoitettu fyysistä tai fysiologista vauriota, johon voi liittyä tai olla liittymättä toimintakyvyn heikentymistä tai sosiaalista haittaa. Toisinaan korostetaan, että vamma on eri asia kuin sairaus: vammainen ihminen voi olla välillä terve ja välillä sairas, ja ihmisellä oleva vamma ei sellaisenaan merkitse riippuvuutta terveydenhuoltojärjestelmästä (Määttä, 1981). Esimerkiksi suomalaisessa lainsäädännössä mainitaan yleensä erikseen ”sairaus, vika ja vamma”.

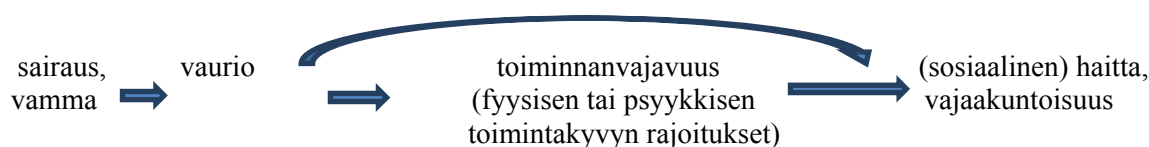
Kun kuitenkin puhutaan vammaisuudesta yleensä, käsite sisältää sekä sairauteen että vammaan liittyvät ilmiöt. *Vammaisuuden lääketieteellisessä, kliinisessä tai biomedikaalisessa selitysmallissa* vammaisuutta on tulkittu etupäässä fyysisen vamman ja siitä aiheutuvien haittojen kautta ja kuntoutus on sen mukaan merkinnyt ensi sijassa vammaisen henkilön hoitamista ja valmentamista. *Sosiaalisissa tai sosiopoliittisissa selitysmalleissa* vammaisuus on tulkittu muun muassa yhteiskunnan eriarvoistavien rakenteiden tuloksena tai kansalaisoikeusasiana. Viime aikoina on vammaisuus alettu nähdä vuorovaikutuksellisena ja monitahoisena ilmiönä ja samalla on haettu erilaisia välittäviä malleja ääripäiden välille. Maailman terveysjärjestön ICIDH-malli oli askel tähän suuntaan. ICF-mallia voidaan jo selvästi pitää vuorovaikutuksellisten tarkastelutapojen edustajana (esim. Lindh & Suikkanen, 2011).

#### 4.1.2 ICIDH-malli: toiminnanvajavuus ja sosiaalinen haitta/vajaakuntoisuus

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 1980 sairauden tai vamman seurausvaikutusten luokitusjärjestelmän (ICIDH; International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), joka täydensi kansainvälistä tautiluokitusta. Siinä seurausvaikutuksissa erotettiin kolme eri tasoa. Ensimmäinen taso, vaurio (*impairment*), viittasi ihmisen rakenteissa tai elintoiminnoissa ilmenevään puutteeseen tai poikkeavuuteen, toiminnanvajavuus (*disability*) puolestaan vaurion aiheuttamiin rajoituksiin ihmiselle normaaleiksi katsottavissa kokonaisvaltaisissa fyysisissä ja psyykkisissä

toiminnoissa, ts. fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ongelmiin. Kolmas taso oli *sosiaalinen haitta tai vajaakuntoisuus (handicap)*, joka viittasi ihmisen ongelmiin hänen sosiaalisissa roolitehtävissään: se kuvasti niitä ongelmia, joita ihmisellä oli suhteessa fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä ja yhteiskuntaan. (Kuvio 3.)

Työ on työikäiselle ihmiselle keskeinen sosiaalinen rooli, mutta sosiaalisia rooleja liittyy myös opiskeluun, kotielämään, vapaa-aikaan, poliittiseen ja yhdistystoimintaan, sosiaaliseen kanssakäymiseen lähiyhteisöissä jne. ICIDH-mallissa otettiin huomioon, että vaikka ihmisellä ei olisikaan fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn rajoituksia, hänellä voi silti olla vamman tai sairauden takia ongelmia sosiaalisissa rooleissa (esim. vamman näkyvyys, leimautuminen). Ihminen voi myös pystyä tekemään täysipainoisesti työtä (eli olla täysin työkykyinen), vaikka hänellä olisi vajaakuntoisuutta muulla alueella, esimerkiksi liikkuvuudessa tai sosiaalisessa kanssakäymisessä.



**Kuvio 3.** ICIDF-malli (WHO, 1980)

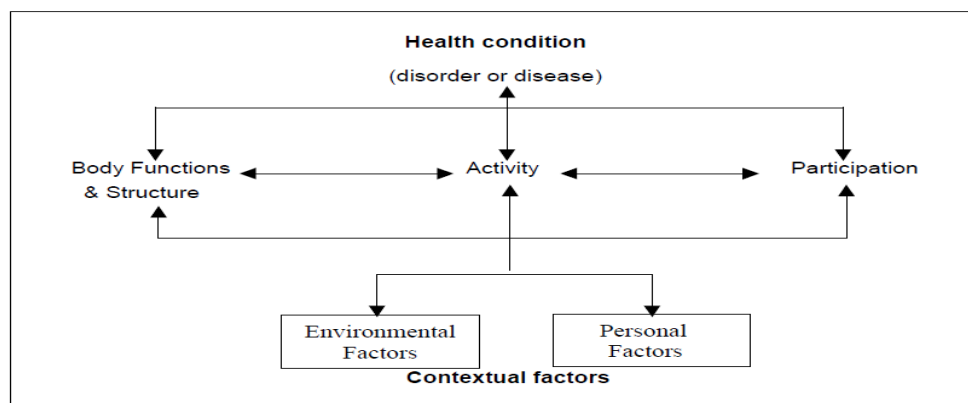
ICIDH-mallin laatimiseen osallistui suuri joukko eri tieteenalojen edustajia. Siinä pyrkimyksenä oli luoda välittävä ratkaisu lääketieteellisen ja sosiaalisen vammaisuusmallin välille. Malli sai kuitenkin paljon kritiikkiä vammaisjärjestöiltä ja sosiaali-tieteen puolelta. Kritiikki kohdistui muun muassa siihen, että mallissa implisiittisesti oletettiin, että toiminnanvajavuus ja vajaakuntoisuus olivat välitöntä seurausta sairaudesta tai vammasta. Mallista ei korostunut riittävän selvästi, että toiminnanvajavuuden ja haitan syntymiseen ja merkitykseen vaikuttavat aina myös se ympäristö ja olosuhteet, joissa ihminen elää. WHO:n seuraavassa mallissa ICF:ssä peruskäsitteenä on toimintakyky ja kontekstuaaliset tekijät on otettu paremmin huomioon.

#### 4.1.3 Toimintakyky ja osallistuminen ICF-mallissa

Ihmisen fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä on määritelty eri tavoin, usein selostamalla millaisia osa-alueita kuhunkin niistä kuuluu. Fyysisellä toimintakyvyllä on tarkoitettu muun muassa yleiskestävyyttä, lihaskuntoa ja liikkeiden hallintaa, psyykkistä toimintakykyä on kuvattu kognitiivisten kykyjen, psyykkisten voimavarojen ja kestävyuden pohjalta ja sosiaalisella toimintakyvyllä on viitattu muun muassa ihmisen toimintaan vuorovaikutussuhteissa tai hänen osallistumiseensa yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan. On myös pidetty (esim. Talo, 2001) tarkoituksenmukaisempuna puhua vain yleisestä toimintakyvystä ja sen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista edellytyksistä.

WHO:n (2001) ICF-mallissa toimintakyky on sateenvarjokäsite (1) ruumiin ja kehon tai sen osien toiminnoille, (2) ihmisen *suorituksille* (kokonaisvaltainen toiminta ”ihmisen tasolla”) ja (3) ihmisen *osallistumiselle* erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa, ts. elämän eri osa-alueilla, yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. Sen katsotaan toteutuvan yksilön terveydentilan ja erilaisten kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristötekijät ja henkilökohtaiset tekijät) vuorovaikutuksessa. Vastaavasti toiminnanvajavuus

(disability) on sateenvarjotermi eri osa-alueilla ilmeneville rajoituksille tai vaikeuksille. ICF-malli ei erottele fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Kuvio 4.)



**Kuvio 4.** ICF-malli (WHO, 2001)

Ihmisen toimintakykyä ja sen alentumista kuvataan suoritusten ja osallistumisen tasoilla yhdeksän osa-alueen kautta: (1) oppiminen ja tiedon soveltaminen; (2) erilaiset tehtävät ja niiden tekemisen vaateet (mm. stressin käsittely); (3) kommunikointi; (4) liikkuminen; (5) itsestä huolehtiminen; (6) kotielämä; (7) vuorovaikutus ja ihmissuhteet; (8) keskeiset elämänalueet kuten koulutus ja työ; (9) yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen toiminta. Samoja osa-alueita käytetään sekä suoritusten että osallistumisen kuvaamisessa.

Toimintakyvyn käsitteen ongelmallisuutta osoittaa se, että suorituksia ja osallistumista ei ole pystytty erottamaan toisistaan, vaan kumpaakin niistä kuvataan samojen osa-alueiden tai ulottuvuuksien avulla. Käyttäjälle annetaan suositus käyttää samoja osa-alueita sekä suorituksia että osallistumista määriteltäessä. Hänelle annetaan myös mahdollisuus määritellä jotkin osa-alueista suorituksiin, toiset osallistumiseen kuuluviksi, mikä se tuntuu tarpeelliselta. Se, millaiset toiminnot eri osa-alueiden sisällä heijastavat suorituksia, ts. ihmisen fyysisiä ja psyykkisiä toimintoja, ja mitkä osallistumista, ts. toimintaa sosiaalisessa kontekstissa ja selviytymistä sosiaalisista rooleista, jää erikseen harkittavaksi.

ICF erottaa myös toisistaan *suorituskyvyn* ja *aktuaalisen suoritustason*. Jälkimmäinen siirtää huomion yksilön sisäisistä ”kyvyistä” toimintaan, erilaisiin toimintatilanteisiin ja toimintakäytäntöihin. Samalla se merkitsee pientä askelta toimintakyvyn käsitteestä kohti toimijuuden käsitettä.

Kun kuntoutuksen viitekehyksestä verrataan ICIDH- ja ICF-mallia, edellisessä näkökulmassa oli erilaisten vajavuuksien ja rajoitusten poistaminen, kun taas ICF:ssä näkökulmana on osallistumismahdollisuuksien lisääminen. ICF:n lähtökohdat soveltuvat siten selvästi paremmin kuntoutuksen tavoitteisiin ja voimavaralähtöiseen työtöteeseen. Kokonaisuutena ICF tarjoaa siten – ollessaan kompromissi vammaisuuden medikalististen ja sosiaalisten mallien välillä - kohtalaisen onnistuneen yhteisen viitekehyksen eri ammattiryhmien yhteiseen käyttöön.

#### 4.1.4 Vaikeavammaisuus

Suomalaisessa kuntoutuslainsäädännössä sairaus tai vamma määritellään ensin lääketieteellisin kriteerein ja sen asianomaiselle henkilölle aiheutuneita haittoja tai avun tarpeita arvioidaan sen jälkeen. Esimerkiksi Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen

kuntoutuksen palveluissa vakuutettu määritellään vaikeavammaiseksi (L 566/2005), jos 1) hänellä on sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuva yleinen lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve; sekä 2) kyseinen haitta on niin suuri, että hänellä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia tai rasituksia selviytyä jokapäiväisistä toimistaan kotona, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella.” Kuntoutuksen saaminen edellyttää lisäksi, että henkilön tulee paitsi olla vaikeavammaisen myös saada vähintään korotettua alle 16-vuotiaan vammaistukea, korotettua 16 vuotta täyttäneen vammaistukea tai eläkettä saavan korotettua hoitotukea. Vaikeavammaisuuden määrittely noudattelee siten kohdassa 3.1.2 kuvattua ICIDH-mallia.

Autti-Rämö, Faurie ja Sakslin (2011) ovat arvioineet kriittisesti vaikeavammaisuuden käsitettä ja erityisesti tapaa sitoa vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus vammaisuuksiin, jotka määrittyvät osin taloudellisin perustein.<sup>6</sup> Kirjoittajat toteavat, että käsite vaikeavammaisuus mielletään helposti pysyväksi tilaksi, vaikka toimintakyvyn merkittävä haitta voi olla itsestään tai kuntoutuksellisten toimenpiteiden avulla merkittävästi korjaantuva. Vaikeavammaiseksi toteaminen antaa myös mielikuvan vamman tai sairauden huonosta ennusteesta. Vaikeavammaiseksi nimeäminen koetaan myös helposti leimaavaksi (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää, 2009). Autti-Rämö ym. (2011) toteavat, että vaikeavammaisuus on hallinnollinen eikä arjessa tarpeellinen tai hyödyllinen ihmisen toimintakyvyn vaikeuksia yhtenäisesti kuvaava käsite. Erityisesti lasten kohdalla vaikeavammaisuuden arviointi on vaikeaa ja usein epätarkoituksenmukaista, eikä vaikeavammaiseksi määrittäminen kuntoutuksen toteutumisen ja jatkuvuuden takaamiseksi ole lapsen edun mukaista.

Vaikeavammaisuuden käsite sisältyy myös vammaispalvelulakiin. Lain mukaan vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden vuoksi on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista (2 §). Vaikeavammaisuuden määrittely poikkeaa Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa käytetystä määrittelystä siinä, että vammaispalvelulaissa vaikeavammaisuus määritellään aina suhteessa johonkin spesifiseen toimintaan tai palvelun tarpeeseen. Siten vaikeavammaisuus määritellään erikseen suhteessa henkilökohtaiseen apuun, kuljetuspalveluun, palveluasumiseen tai päivätoimintaan. Esimerkiksi henkilökohtaisen avun tarvetta määritettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, joka tarvitsee pitkäaikaisen tai etenevän vamman tai sairauden johdosta välttämättä ja toistuvasti toisen henkilön apua päivittäisissä toimissa, työssä ja opiskelussa, harrastuksissa, yhteiskunnallisessa osallistumisessa tai sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämisessä. Kuljetuspalvelujen tarvetta määriteltäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Tämä tekee vammaispalvelulain mukaisesta vaikeavammaisuuden käsitteestä suhteellisen, kun se Kelan lääkinnällisessä kuntoutuksessa sitoutuu yksilöön ja aikaan.

#### 4.1.5 Erityistä tukea tarvitsevat lapset ja perheet

Käsitteellä ”erityistä tukea tarvitsevat” lapset tai nuoret viitataan usein tarkemmin määrittelemättä tilanteisiin, joissa lapsen tai nuoren vammaisuus, oppimisvaikeudet tai käyttäytymisen tai tunne-elämän ongelmat aiheuttavat hänelle tai hänen perheelleen vaikeuksia arjessa selviytymisessä. Vastaavalla tavalla puhutaan erityistä tukea

<sup>6</sup> Lakia on näiltä osin ehdotettu muutettavaksi jo 1990-luvulla (Kallanranta & Rissanen, 1996).

tarvitsevista perheistä. Kyseessä on ensi sijassa yleiskäsite, jolla vältetään ongelmien luonteen tarkempi määrittely.

Erityisen tuen tarve on toisaalta opetushallinnon termi, jonka avulla määritellään niitä tukitoimia, joita kohdennetaan oppilaiden opetukseen ja opetuksessa käytettäviin menetelmiin. Perusopetuslain mukaan erityinen tuki muodostuu erityisopetuksesta ja oppilaan tarvitsemasta muusta tuesta. Erityisopetusta voivat saada oppilaat, jotka tarvitsevat erityistä tukea vamman, kehityksen viivästymisen, tunne-elämän häiriön tai muun syyn vuoksi. Erityisopetus on ensisijaisesti pedagogista, oppimisen tukea. Oppilaan, jolle on tehty erityisen tuen päätös, opetus annetaan hänelle laaditun henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevan suunnitelman (HOJKS) mukaisesti. Muu tuki on koulunkäynnin tukea. Erityistä tukea saavalle oppilaalle annettavaa muuta laissa tarkoitettua tukea ovat esimerkiksi oppilashuollon palvelut sekä tulkintemistai avustajapalvelut. Erityisopetus ja oppilaan saama muu tuki muodostavat järjestelmällisen ja suunnitelmallisen kokonaisuuden. Erityistä tukea tarvitsevan oppilaan opetusta on viime vuosina pyritty kehittämään kiinteänä osana perusopetuksen kehittämistä siten, että painopiste siirtyisi aikaisempaa selvemmin oppilaalle annettavaan ennaltaehkäisevään ja mahdollisimman varhaiseen tukeen. Tavoitteena on järjestää riittäviä tukitoimia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tukipalveluissa painotetaan moniammatillista, hallintorajat ylittävää yhteistyötä, jonka tarkoituksena on tukea lapsen kasvua ja kehitystä ja toisaalta edistää hänen oppimaan oppimisen taitojaan ja valmiuksiaan.

#### 4.1.6 Vajaakuntoisuus lainsäädännössä

Suomalaisessa lainsäädännössä vajaakuntoisuuden käsite on koskenut pääasiassa ihmisen suhdetta työhön: vajaakuntoisuudella ei yleensä ole viitattu muissa sosiaalisissa rooleissa (vrt. ICIDH) selviytymiseen.

Työhallinnossa vajaakuntoisella on tarkoitettu henkilöasiakasta, jonka mahdollisuudet saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä ovat huomattavasti vähentyneet asianmukaisesti todetun vamman, sairauden tai vajavuuden takia. Käsite otettiin työhallinnossa käyttöön vuonna 1988, jolloin haluttiin suunnata erityispalvelut nimenomaan yksilön fyysisen tai psyykkisen vamman, sairauden tai vajavuuden perusteella ja rajattiin sosiaaliset syyt vajaakuntoisuuden määrittelyn ulkopuolelle. On huomattava, että vajaakuntoisuus ei määritelmän mukaan välttämättä merkinnyt työkyvyn heikentymistä – keskeistä oli, että henkilöllä oli sairauden tai vamman takia vaikeuksia työmarkkinoilla, työmahdollisuuksien realisoitumisen ongelma. Esimerkiksi henkilöllä, jolla psykiatrinen sairaus on johtanut pitkittyneeseen sairaalahoitoon, voi olla vaikeuksia saada työtä, vaikka hänen ammatilliset valmiutensa ovat erinomaiset ja hänen henkilökohtainen työkykynsä olisi täysin palautunut. Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa vajaakuntoisuus on määrittynyt pääosin ICIDH-mallin mukaisesti: siinä on lähtökohtana ollut lääkärin toteama sairaus, vika tai vamma, joka aiheuttaa työkyvyn alenemista tai työkyvyttömyyden uhkaa. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2.** Työkyvyn ja työmahdollisuuksien realisoitumisen välinen ero eli työ- ja elinkeinohallinnon ja muiden kuntoutusjärjestelmien ero vajaakuntoisuuden määrittäytavassa (vuoteen 2013 saakka) (Kuusinen, 2011) .

	Yksilön mahdollisuudet työmarkkinoilla	
	Alentuneet	Eivät ole alentuneet
<b>On työkyvyn alentumaa/ongelmia</b>	”Tyypillinen liikunta- ja tapaturmavakuutuksen, työeläkelaitoksen tai Kelan asiakas”	”Henkilö, jonka osaaminen kompensoi työkyvyn ongelmia” tai ”henkilö, jonka osaamisesta on erityisen suurta kysyntää työmarkkinoilla”
<b>Ei työkyvyn alentumaa/ongelmia</b>	”Tyypillinen työ- ja elinkeinohallinnon asiakas”	”Tavallinen työnhakija-asiakas”

Vuoden 2013 alussa voimaan tullessa julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta annetusta laista (916/2012) vajaakuntoisuuden käsite puuttuu<sup>7</sup>. Työttömän työnhakijan määritelmään ei sisälly ikärajoja eikä työkykyisyyttä koskevaa edellytystä. Muun muassa työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevat ovat työttömiä työnhakijoita ilmoittaututtuaan työnhakijoiksi TE-toimistoon.

Kelan ammatillisesta kuntoutuksesta vajaakuntoisuuden käsite ei ilmeisesti poistu myöskään vuoden 2014 lakiuudistuksen jälkeen (HE 128/2013). Lain 3 §:n mukaan Kansaneläkelaitos järjestää ja korvaa muun muassa vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta. Lakiuudistuksen jälkeen vajaakuntoisuus määrittyy kuitenkin uudella tavalla. Sairautta tai vammaa ei enää nähdä ensisijaisena tai ainoana työkyvyn alenemisen syynä, vaan muut tekijät – kuten pitkäaikaistyöttömyys tai muu vaikea elämäntilanne – voivat olla yhtä tärkeitä tai tärkeämpiä työkyvyn alenemiseen vaikuttavia tekijöitä. Voidaan tulkita niin, että lakiuudistuksen jälkeinen tapa määrittellä vajaakuntoisuutta alkaa vastata ICF-mallia: toimintakyvyn määrittely tapahtuu sairauden ja tilannetekijöiden yhdysvaikutuksena, vuorovaikutuksen pohjalta. Samalla työkyvyttömyyden uhka käsitteenä poistuu.

#### 4.1.7 Työkyky

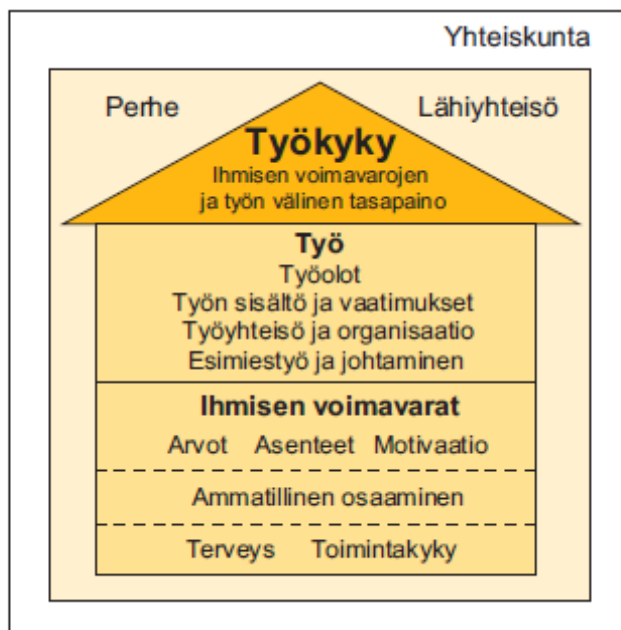
Työkyvyn käsitettä on Suomessa tarkasteltu monin eri tavoin. Työkykykäsitteet luokitellaan usein edelleen Mäkitalon ja Palosen (1994) esittämällä tavalla kolmeen ryhmään. *Lääketieteellisessä työkykykäsitteessä* työkykyisyys merkitsee terveyttä, ja työkyvyn alenemisen ja työkyvyttömyyden syynä on aina sairaus tai vamma. *Työkyvyn tasapainomallissa* työkyky ymmärretään yksilön toimintakyvyn ja työn asettamisen vaatimusten tasapainoisena suhteena. Yleensä ihmisen ammatillisia kompetensseja ei siinä suhteuteta työn tai ammatin asettamiin vaatimuksiin, vaan kyse on enemmänkin fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä ja vastaavasti työn fyysisestä ja psyykkisestä kuormittavuudesta. *Integroiduissa työkykymalleissa* (esim. Järvikoski, 1990) painotetaan sitä, että työkyvyssä on aina kyse ihmisen toiminnasta sosiaalisessa ympäristössään ja että se työ, jota hän tekee, ja se ympäristö, jossa hän työtään tekee, ovat olennaisia elementtejä siinä, millaisena työntekijän työkyky näyttäytyy. Integroiduista työkykymalleista näyttää olleen suhteellisen lyhyt matka siihen, että 2000-

<sup>7</sup> Vajaakuntoisuustermiä on pidetty leimaavana, ja suuri osa TE-toimistojen virkailijoista on kannattanut sen poistamista käytöstä (Vedenkannas ym., 2011).



luvun alussa työhyvinvointia alettiin pitää työkykyä parempana työyhteisön monipuolista toimintaa kuvaavana terminä.

Työterveyslaitoksen *työkykytalo* (kuvio 5; Ilmarinen, 2003) on ollut viittekehyyksenä sekä työkykyä että työhyvinvointia koskeville tutkimuksille. Siinä työkyky määritellään tasapainomallin mukaisesti työn ja ihmisen voimavarojen suhteena. Malli kuvaa kattavasti paitsi työkykyä myös niitä erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilöllisen työkyvyn kehittymiseen. Työkykyyn vaikuttavat monet yksilölliset ja ympäristötekijät: niitä ovat terveydentilan ohella monet työntekijään ja työyhteisöön liittyvät kontekstuaaliset tekijät, joita sekä ICF-mallissa että työkykytaloissa kuvataan.



**Kuvio 5.** Työkykytalo (Ilmarinen ym., 2003).

Kuntoutussäätiössä kehitetyssä ns. *moniulotteisessa työkykymallissa* (kuvio 6; Järviskoski, Härkäpää & Mannila, 2001) työkyvyn katsotaan muodostuvan kolmesta ydinasiasta: (1) jaksaminen, (2) työn hallinta ja (3) työyhteisöosallisuus. Jaksaminen viittaa fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä työn kuormittavuuden väliseen suhteeseen, hallinta ammatillisten kompetenssien sekä työn tiedollisten ja taidollisten vaatimusten väliseen suhteeseen ja osallisuus sosiaalisten taitojen ja yleisten työelämävalmiuksien sekä työyhteisössä selviytymisen edellytysten väliseen suhteeseen. Eri osatekijät ovat yhteydessä toisiinsa. Jos esimerkiksi ammatilliset valmiudet ovat hyvät, työntekijä voi valita sellaisia työn sisältöjä tai työskentelytapoja, että työ ei muodostu hänen toimintakyvyllään liian kuormittavaksi. Mallin oikeanpuoleinen sarake kuvaa sitä, että eri työpaikat ja työyhteisöt tarjoavat erilaisia mahdollisuuksia eri työkykyprofiilein työtä tekeville ihmisille.

Ruotsalainen filosofi Tengland (2011) tarkastelee työkykyä hieman samaan tapaan, mutta analysoiden systemaattisesti kutakin perustellen kutakin sen osakäsitettä. Hänen mukaansa työkyky muodostuu terveyden, ihmisen peruskompetenssien ja hyveiden sekä ammatillisten kompetenssien (tiedot ja taidot) pohjalta. Keskeinen osatekijä työkyvyssä on myös työn vaatimukset: se, millaisia suorituksia työntekijältä työssä odotetaan. Motivaatiota Tengland ei pidä työkykyyn kuuluvana lukuun ottamatta sitä äärimmäistä tapausta, jossa työntekijä ei yksinkertaisesti kestä työtä eli se tekee hänet masentuneeksi tai hän kokee sen niin voimakkaasti vastenmieliseksi, että hän ei pysty

sitä tekemään. Työympäristön ja työyhteisön hän tulkitsee toteutuvan toiminnan areenaksi tai alustaksi, ei osaksi työkykyisyyttä.

TYÖNTEKIJÄ		TYÖNTEKIJÄN TYÖ	TYÖORGANISAATION TEHTÄVÄT JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ
Fyysinen ja psyykinen toimintakyky, kestävyys	TYÖSSÄ JAKSAMINEN ↔	Työprosessin/ työolosuhteiden fyysinen ja psyykinen kuormittavuus (resurssi- ja haittekijät)	Toiminta-ajatus, työnjaolliset ratkaisut, työolosuhteet ja työprosessit organisaatiossa
Ammatilliset valmiudet ja kompetenssit	TYÖN HALLINTA ↔	Työprosessin tiedolliset ja taidolliset edellytykset; vaikutus-, oppimis- ja kehittymismahdollisuudet työssä	Työroolit ja niiden tiedolliset ja taidolliset edellytykset; työn välineet; henkilöstön vaikutus-, oppimis- ja kehittymismahdollisuudet
Yleiset työelämävalmiudet ja sosiaaliset taidot; työnhakutaidot; intressit	TYÖYHTEISÖÖN OSALLISUUS ↔	Työyhteisössä selviytymisen edellytykset; sosiaalisen osallisuuden mahdollisuudet; sosiaalinen tuki; työroolien vaihtelevuus	Organisaation arvot ja asenteet (mm. erilaisuuden ja monikulttuurisuuden hyväksyminen); työyhteisön ilmapiiri; rekrytointia ja työuran edistämistä koskevat käytännöt

**Kuvio 6.** Moniulotteinen työkykymalli (Järvikoski, Härkäpää & Mannila, 2001).

Työkykyä on hyödyllistä tarkastella myös ICF:n tapaan erottamalla toisistaan suorituskky ja suoritustaso. *Suoritustaso* kuvastaa kunkin hetkistä työssä suoriutumista eli on suoraan sidoksissa siihen kontekstiin, jossa ihminen työtään tekee. *Suorituskky* kuvaa ihmisen kapasiteettia ja muuntuu hitaammin ihmisen, työn ja työympäristön vuorovaikutuksen tuloksena.

*Suoritustason* kannalta keskeistä on kunakin hetkenä toteutuva toiminta ja se työyhteisö, jossa ihminen työtään tekee: suoritustaso vaihtelee työpaikan ja työyhteisön tilanteiden mukaan. Jos työhyvinvointi on hyvin alhainen esimerkiksi huonon johtamisen tai työyhteisöongelmien takia, suoritustaso voi jäädä heikoksi, vaikka suorituskkyä olisi. Suoritustaso voi olla huono myös, jos työ on tekijälleen esimerkiksi fyysisesti liian kuormittava: työssä fyysinen väsymys heikentää suoritustasoa nopeasti. Suoritustaso voi olla heikko myös silloin, kun työtehtävät ovat niin monotonisia, että työntekijän on vaikea pitää yllä motivaatiotaan työhön. Työnantajan kannalta suoritustason heikkeneminen on hankala asia siksi, että se tarkoittaa työntekijän antaman työpanoksen välitöntä heikentymistä. Tällä alueella työhyvinvoinnin ja työkyvyn yhteys on selvästi nähtävissä. Mutta vaikka työkykyisyys jollakin työpaikalla ja työyhteisössä realisoituu heikkona, suoritustaso voi olla hyvä siirryttäessä toiseen työpaikkaan. Suoritustasossa on kyse nimenomaan ihmisen työkykyisyydestä spesifisessä työssä ja työyhteisössä, spesifisenä ajankohtana.

*Suorituskky* viittaa työntekijän yleisempään kykyyn pärjätä siinä ammatissa, johon hän on saanut koulutuksensa, ja niissä töissä, joissa hän työskentelee. Suorituskky muuttuu hitaammin kuin välittömästi aikaan ja paikkaan sidottu suoritustaso. Se muuttuu vähitellen erilaisten kokemusten myötä – toisaalta voimavarojen lisääntymisen ja erilaisten oppimisprosessien, toisaalta kulumisen ja uupumisen myötä. Ihmisellä on suorituskkynsä kannalta sopivassa, haastavassa työssä mahdollisuus vahvistaa fyysisiä ja psyykkisiä voimavarojaan, lisätä ammatillisia valmiuksiaan ja erilaisia työelämätaitojaan: parantaa työkykyään. Hänelle huonosti sopivassa työssä todennäköisyys kuluu fyysisesti ja henkisesti kasvaa, mutta usein myös mahdollisuudet oppia ja lisätä sitä kautta valmiuksiaan vähenevät. Jos ihmisen suoritustaso työssä on pit-

kään ollut alhainen, se nakertaa myös hänen suorituskyykyään, joka seuraa häntä myös hänen siirtyessään seuraavaan työhön. Toisaalta ammatin sisällöt ja vaatimukset voivat vähitellen muuttua niin, että työntekijän hankkimat ammatilliset valmiudet voivat vanhentua.

Tengland erottaa toisistaan myös *spesifisen työkyvyn*, jota ihmisellä on suhteessa nykyiseen työhönsä tai ammattiinsa, ja *yleisen työkyvyn*, joka viittaa kykyyn suoriutua työstä, jota on työmarkkinoilta saatavissa eikä vaadi erityistä koulutusta, ts. joka ei edellytä erityisiä ammatillisia kompetensseja. Edellinen koskee tilanteita, joissa kyse on ihmisen palaamisesta entiselle työpaikalle kuntoutuksen avulla. Jälkimmäinen koskee tilanteita, joissa ihmisellä ei ole spesifistä työtä, vaan kuntoutusmahdollisuuksia on etsittävä laajemmin työmarkkinoilta. (Tengland, 2011.)

#### 4.1.8 Työrajoitteisuus

Työhallinnossa käytettiin 1970- ja 1980-luvuilla myös termiä *työrajoitteinen*, jolla viitattiin työnhakijaan, jolla fyysinen tai psyykinen sairaus tai vamma tai sosiaaliset tekijät aiheuttivat rajoituksia työllistymisessä tai asianomaiselle sopivassa työssä. Tärkeää oli löytää työ, jossa työrajoitteisuudesta ei ollut haittaa ja johon työnhakija oli mahdollisimman työkykyinen. Työrajoitteisuus saattoi merkitä myös työn räätälöintiä hänelle sopivaksi. Sosiaalinen työrajoitteisuus viittasi käytännössä muun muassa päihdeongelmiin tai korkeaan ikään, jotka molemmat vaikeuttivat työn saantia.

Työrajoitteisuus oli yksi hallinnon yrityksistä löytää sopiva termi kuvaamaan ihmisiä, joilla erilaiset tekijät vaikeuttavat työllistymistä tai työssä oloa. Termi innosti suomalaisia humoristeja monenlaisiin ehdotuksiin: muutamassa vuodessa sille muodostui sivumerkitys ”työtä kartteleva”, ja sen korvaavaksi poliittisesti korrektiksi käsitteeksi tarjoihtiin muun muassa termiä ”vapaa-aikasuuntautunut”. Työrajoitteisuustermi vaihdettiin 1980-luvun lopulla tiukemmin määriteltyyn vajaakuntoisuus-termiin.

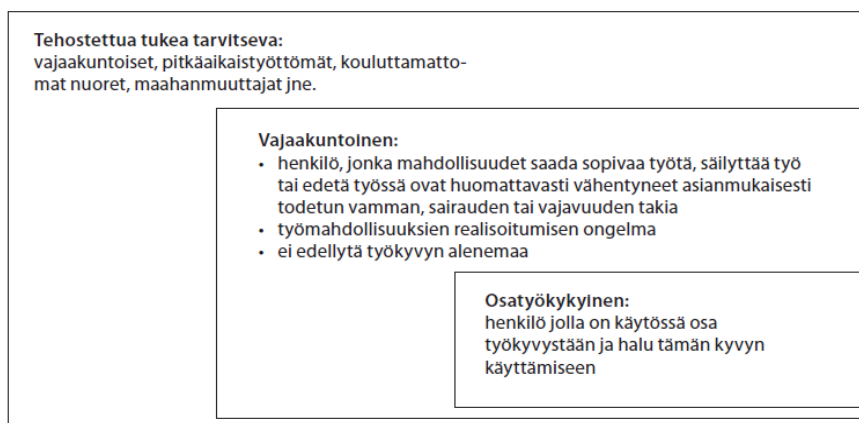
#### 4.1.9 Osatyökykyisyys

Viime vuosina on termiä *osatyökykyisyys* alettu käyttää aikaisemman vajaakuntoisuus-käsitteen asemesta tai rinnalla. Vuorela (2007) selvitti toimeksiantonsa puiteissa työeläkejärjestelmän piirissä täydellä tai osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevien ja työhön haluavien henkilöiden määrää ja mahdollisuuksia päästä työvoiman piiriin. Tämän selvitystehtävänsä yhteydessä hän määritteli *osatyökykyisen* henkilöksi, jolla *on käytössä osa työkyvystään ja myös halu tämän kyvyn käyttämiseen* (Vuorela, 2007). Vuorela totesi samalla käsitteen ongelmat: mikäli osatyökykyisyyden käsitettä esimerkiksi työ- ja elinkeinohallinnossa käytetään laajemmin, on syytä huomioida erikseen ne tilanteet, joissa sairaus tai vamma vain vaikeuttaa työnhakua ja työllistymistä.

Uudempia määritelmiä osatyökykyisyydestä ei ole esitetty. Lehto (2011) katsoo käsitteiden osatyökykyisyys ja osatyökyvyttömyys tarkoittavan suunnilleen samaa. Ensin mainittu korostaa jäljellä olevaa työkykyä, jälkimmäinen taas menetettyä työkykyä. Edellisen käyttöön ottoa on pidetty tarkoituksenmukaisena, koska osatyökykyinen on merkityssisällöltään työelämäsuuntautuneempi ja positiivisempi termi kuin osatyökyvytön: se kuvaa yksilön pyrkimystä ja tahtotilaa päästä työmarkkinoille (STM, 2013a). Yksilön henkilökohtaisen motivaation huomioon ottaminen oli Vuore-

lan toimeksiannon näkökulmasta tarkoituksenmukaista: arvioitaessa sitä, kuinka suuri osa nykyisin työkyvyttömyyseläkkeellä olevista olisi käytettävissä työmarkkinoilla. Voidaan kuitenkin kysyä, miten tarkoituksenmukaista on sitoa osatyökykyisyys työhön halukkuuteen ja pitäisikö esimerkiksi sopivan työn saatavuus ottaa jotenkin huomioon.

Käsitettäessä käytettäessä on joka tapauksessa huomattava, että ilman lisämääreitä käytettynä osatyökykyisyys viittaa henkilön alentuneeseen kykyyn työskennellä yleensä työssä. Osatyökykyisyyden käsite rajaa palvelujen käyttäjät selvästi tiukemmin kuin työhallinnossa aikaisemmin käytössä ollut vajaakuntoisuuden käsite. Osatyökykyisyys edellyttää selvää työkyvyn alenemaa toisin kuin vajaakuntoisuus, joka merkitsi vain vaikeuksia saada työtä. Vajaakuntoisuus ei edellyttänyt työkyvyn alenemaa, eikä ole syytä olettaa, että työhallinnossa vajaakuntoisena työnhakijana ollut henkilö kuuluisi automaattisesti osatyökykyisten ryhmään (esim. Kuusinen, 2011). (Kuvio 7.)



**Kuvio 7.** Osatyökykyisyyden käsite suhteessa työhallinnossa aikaisemmin käytettyyn vajaakuntoisuuden käsitteeseen sekä tehostetun tuen tarpeeseen (Kuusinen, 2011).

Myös Jaana Paanetoja ([www.sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi)) arvioi osatyökykyisyyden käsitettä käytettävän osin harhaanjohtavasti. Hän korostaa, että ketään ei voida luokitella etukäteen yleisesti osatyökykyiseksi työelämässä. Vammainen tai vajaakuntoinen henkilö voi olla osatyökykyinen, jos hänen yksilölliset edellytyksensä eivät ole tasapainossa hänen työnsä asettamien vaatimusten kanssa, mutta näin ei aina ole eikä tällaista rajausta tulisi etukäteen tehdä: ”Ennen kuin tiedetään, mitä työtä henkilö aikoo tehdä tai tekee, ei voida selvittää, onko hänen työkykynsä tässä työssä alentunut vai ei.” (Ks. myös Paanetoja, 2013.)

#### 4.1.10 Työkyky, työkyvyttömyys ja osatyökyvyttömyys lainsäädännössä

*Työeläkelakien mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen* myöntäminen edellyttää, että työntekijän työkyky on heikentynyt sairauden, vian tai vamman johdosta. Työkyvyn heikentymistä arvioitaessa otetaan lääketieteellisen selvityksen lisäksi huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia ansiotuloja sellaisessa saatavissa olevalla työllä, jonka tekemistä häneltä voidaan kohtuudella edellyttää. *Kansaneläkelain mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen* myöntäminen edellyttää puolestaan, että henkilö on sairau-

den, vian tai vamman takia kykenemätön tekemään tavallista työtään tai muuta siihen verrattavaa, kohtuullisen toimeentulon turvaavaa, työtä.

Kummassakin eläkelaisissa painotetaan kuitenkin 60 vuotta täyttäneen työntekijän työkyvyttömyyseläkeoikeutta arvioitaessa työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta: työntekijän jäljellä olevaa työkykyä arvioidaan suhteessa häneen omaan tai ammattia vastaavaan työhönsä.

60 vuotta täyttäneillä kyse on ilmeisesti ns. ammatillisen työkyvyn käsitteestä, johon Tengland (2011) viittaa puhuessaan ”spesifisestä työkyvystä” ja joka vastaa työkyvyn tasapainomallia. Sitä nuorempien kohdalla työkyvyttömyyden määrittely näyttäisi enemmänkin perustuvan Tenglandin ”yleisen työkyvyn” käsitteeseen: työkykyä arvioitaessa toimintakykyä verrataan töihin, joita ylimalkaan on työmarkkinoilla saatavissa.

Käytössä on myös termi *osatyökyvyttömyys*: ihminen on oikeutettu työeläkelakien mukaiseen osatyökyvyttömyyseläkkeeseen, jos hänen työkykynsä on pidempiaikaisen sairauden vuoksi alentunut vähintään 40 prosentilla, mutta hän kykenee siitä huolimatta edelleen jatkamaan ansiotyössä. Työkyvyn alentumista arvioitaessa on kohteena se, millainen mahdollisuus eläkkeenhakijalla on vielä jäljellä olevalla työkyvyllään ja saatavissa olevaa työtä tehden hankkia ansiotuloja. Erilaisissa yhteiskunnan tilanteissa työn saatavuus voi käytännössä tarkoittaa hyvinkin erilaisia töitä. Yksityissektorin osatyökyvyttömyyseläkkeissä myöntöperusteena on yleisimmin ollut jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus, kun taas mielenterveysongelmat ovat yleisin myöntöperuste täysissä työkyvyttömyyseläkkeissä. Osatyökyvyttömyyseläkkeen tarkoituksena todetaan olevan osatyökykyisen henkilön osa-aikaisen työssäolon mahdollistaminen (esim. HE 72/2009).

*Osatyökykyisyyden* käsite on mukana uudistusten perusteluissa mukana muun muassa hallituksen esityksessä laiksi taloudellisesti tuetusta ammatillisen osaamisen kehittämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 99/2013). Erityisesti se sisältyy yritysten ja julkisen sektorin yhteistoimintalakien muutoksiin.<sup>8</sup>

Kela järjestää vajaakuntoisille henkilöille ammatillista kuntoutusta tavoitteena kuntoutujan työkyvyttömyyden estäminen tai työ- ja ansiokyvyn tukeminen tai parantaminen. Vuonna 2014 voimaan tuleva lakiuudistus muuttaa kuitenkin olennaisella tavalla kuntoutuksen myöntämisen perusteita. Aikaisemmin myönnön kriteereinä oli, että henkilön työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet tai että sairaus tai vamma aiheuttaa työkyvyttömyyden uhan. Uudistuksen jälkeen myöntöedellytykset täytyisivät myös henkilöillä, joilla sairaus tai vamma sellaisenaan ei aiheuta työ- tai opiskelukyvyn tai ansiomahdollisuuksien heikentymistä mutta joiden kokonaistilanne on sellainen, että selvää heikentymistä havaitaan tai heikentymistä arvioidaan lähivuosina tapahtuvan. Huomioon otettaisiin muun muassa pitkittynyt työttömyys tai asunnottomuus, elämänhallinnan taitojen puute ja yleensä syrjäytymisvaara. Toisin sanoen: sairaus, vika tai vamma säilyy määrittelyssä, mutta hyväksytään se, että työ- ja opiskelukyvyn alentumisen kannalta keskeiset tekijät voivat olla muitakin kuin sairausperusteisia.

#### 4.1.11 Lopuksi

Ihmisiä toiminta- ja työkyvyn perusteella luokittelevat käsitteet ovat Suomessa kulu-neet käytössä nopeasti. Niille ja niiden osille näyttää muutamassa vuodessa tai vuosi-

<sup>8</sup> Käsitteen uutta määrittelyä ei esityksistä näytä löytyvän.

kymmenessä ilmaantuvan alkuperäistä merkitystä kielteisempiä ja selvästi ihmisryhmää leimaavia sivumerkityksiä. Sopivan ja sävyltään positiivisen termin valinta on vaikeaa. Koulutussektorilla ja yleensä lapsista ja perheistä puhuttaessa on viime aikoina käytetty usein termiä ”erityistä tukea tarvitsevat”. Työhallinnon termit ”vaikeasti työllistettävät” ja ”heikossa työmarkkina-asemassa olevat” tarkastelevat ongelmia työn saannin näkökulmasta. Arnkil, Spangar ja Jokinen (2012) korostavat asiakkaiden rajojen liikkuvuutta ja epämääräisyyttä ja puhuvat raportissaan muun muassa ”työllistymishaasteellisista” tai ”terveyssyistä työllistymishaasteisista” ryhmistä käyttäen alussa sitaatteja ja myöhemmin sitaateista luopuen.

Uusin tulokas, osatyökykyisyyden käsite, on sävyltään myönteinen, mutta sikäli ongelmallinen, että se johtaa helposti tulkintaan, jonka mukaan kaikki terveydelliset ongelmat merkitsevät automaattisesti heikentynyttä työkykyä. Tällä hetkellä käytössä olevista käsitteistä kuitenkin sekä vajaakuntoisuus että vaikeavammaisuus ymmärretään yleensä sävyltään leimaaviksi.

Tällä monessa suhteessa sensitiivisellä alueella olisi pyrittävä käyttämään mahdollisimman harvoin kokonaisia ihmisryhmiä tai ihmistä suoraan luokittelevia ja leimaavia laadullisia määreitä tai substantiiveja. Se tarkoittaa, että silloin kun on mahdollista, olisi syytä puhua vajaakuntoisten tai osatyökykyisten sijasta henkilöistä, joilla on sairaus tai vamma tai joiden työkyky on sairauden tai vamman takia tai muusta syystä alentunut. Esimerkiksi englannin kielessä on jo pitkään pyritty käyttämään termiä ”persons with disabilities” termin ”disabled persons” asemesta; tarkoituksena on osoittaa, että vammaisuus ei määrittele ihmistä, vaan ihmisellä on vamma yhtenä ominaisuutena muiden joukossa. Samasta syystä ei ole suositeltavaa käyttää sellaisia termejä kuin ”diabeetikko” tai ”epileptikko” viitattaessa ihmiseen, jolla on diabetes tai epilepsia.

## 4.2 KUNTOUTUKSEN TAVOITTEITA KUVAAVIA KÄSITTEITÄ

### 4.2.1 Autonomia ja itsemäärääminen

Autonomia terminä muodostuu kahdesta kreikan sanasta, jotka tarkoittavat itseä ja hallintaa. Autonomialla tarkoitetaan yleensä yksilön oikeutta, kykyä ja mahdollisuutta määrätä itse toiminnastaan: tehdä päätöksiä henkilökohtaisten arvojen ja käsitysten perusteella. Vammaispolitiikassa autonomian on katsottu merkitsevän ihmisen tai hänen perheensä oikeutta tehdä päätöksiä omassa asiassaan: itsenäisyyttä ja itsemääräämistä (esim. Stowe, Turnbull & Umbarger, 2005). Silloin asiantuntijoiden paternalististen asenteiden katsotaan usein muodostavan esteen asiakkaan autonomialle. Paternalistisen väliintulon taustalla on yleensä asiantuntijan olettaus, että hän tietää asiakasta paremmin, mikä on tälle hyväksi, tai että hän voi tietojensa pohjalta suojella asiakasta virheellisiltä ratkaisuilta, joiden seurauksia tämä ei itse ymmärrä.

Autonomiassa voidaan myös korostaa yksilön vapautta tavoitella omia tavoitteita: mahdollisuutta suunnata elämäänsä henkilökohtaisten vakaumusten pohjalta (esim. Schipper, Widdershoven & Abma, 2011). Tämä näkökulma autonomiaan ei niinkään painota itsenäisyyttä kuin yhteistyötä ja vuorovaikutusta niiden kanssa, jotka voivat antaa tietoa ja sosiaalista tukea, innostaa ja stimuloida reflektointiin. Kuntoutuksessa erotetaan usein toisistaan päätöksentekoautonomia, joka viittaa selvästi yksilön mahdollisuuksiin tehdä päätöksiä, ja toimeenpanon autonomia, joka viittaa hänen ky-

kyynsä toimia päätöksen mukaan (Cardol, deJong & Ward, 2002). Kuntoutustyöntekijät voivat auttaa asiakkaitaan saamaan haltuunsa tietoa joka tukee mahdollisuutta päätöksentekoon. He voivat myös tukea asiakasta tavoitteisiin tähtäävässä toiminnassa. Jos henkilökohtainen avustaja auttaa asiakasta toteuttamaan aitoja valintojaan, hänen läsnäolonsa ei kavenna tämän autonomiaa, vaan päinvastoin laajentaa sitä poistaessaan ympäristön aiheuttamia esteitä.

Itsemäärääminen viittaa ihmisen toimintaan niin, että hän kokee itse vaikuttavansa itseensä ja ympäristöönsä. Itseään määräävä ihminen on vastuullinen subjekti, jolla on omaan elämäänsä liittyviä tavoitteita: hän pystyy harkitsemaan, suunnittelemaan ja tekemään valintoja, ja hän myös kantaa tekojensa seuraukset. (Suomen Akatemia, 1988.) Suomen perustuslaki turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Perusoikeusuudistusta koskeneessa Hallituksen esityksessä (HE 309/1993) todettiin yksilön itsemääräämisoikeuden, oikeuden määrätä itsestään ja toimistaan, olevan useiden muiden oikeuksien käytön perustana. Oikeus itsemääräämiseen on osa oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Sitä ei kuitenkaan nimenomaisesti mainita perustuslaissa. Itsemääräämisoikeutta käsitellään kuitenkin Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) ja Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta on parhaillaan valmistella uusi laki, jonka yhteydessä on tarkoitettu täydentää aikaisempia lakeja nimenomaan asiakkaan päätöksentekoa varten annettavan tuen osalta.

Pietarinen (1994) toteaa itsemääräämisen edellyttävän henkilöltä kykyä harkintaan, päätöksentekoon ja toimintaan (eli erilaisia kompetensseja), mutta myös valtaa sellaisiin tekijöihin, joista asian toteutuminen on – henkilön omien tekojen lisäksi - riippuvainen. On kuitenkin vaikea vetää rajaa sen suhteen, milloin kompetenssit ovat riittäviä itsemääräämisen edellytysten toteutumiselle. Pietarinen puhuu myös *tilannekompetensseista*, joilla hän viitanee päätöksenteon edellytyksiin yksittäisessä tilanteessa. Kuntoutusammattilaisten tehtävä on pyrkiä antamaan asiakkaalle sellaista luotettavaa, tilanteeseen liittyvää informaatiota, jonka avulla tämä pystyy – myös silloin kun hänen kompetenssinsa yleisesti ovat suhteellisen heikot – käyttämään päätöksenteon edellyttämää itsenäistä harkintaa. Itsenäinen harkinta voi johtaa myös siihen, että kuntoutuja päättää jättää valinnan asiantuntijan tehtäväksi. Jenkinson (1993) tarkastelee asiaa kehitysvammaisen näkökulmasta. Kehitysvammaisen henkilön oikeus valintoihin kielletään usein oletetun kompetenssien puutteen vuoksi. Jenkinson katsoo, että näennäiset ristiriidat voidaan yleensä välttää paneutumalla riittävän huolellisesti päätöksentekotilanteisiin ja tukemalla ratkaisun tekoa prosessin aikana.

#### 4.2.2 Elämänhallinta ja valtaistuminen (empowerment)

Elämänhallinta ja valtaistuminen ovat positiivisia käsitteitä, joilla usein kuvataan kuntoutuksen tavoitteita. Valtaistumisen käsite on peräisin 1960-luvulta, jolloin brasialainen kasvatusfilosofi Paulo Freire pyrki kasvatuksen avulla vapauttamaan talonpojat sorrosta. Valtaistumisella on tarkoitettu prosessia, jossa ihmisen avuttomuus tai vallanpuute vähenee tai tämän prosessin lopputilaa. Asiakastyön tavoitteena valtaistuminen tarkoittaa, että asiakas oppii näkemään itsensä aktiivisena toimijana, jolla on mahdollisuus saada aikaan toivomiaan muutoksia omassa elämässään ja vaikuttaa myös muiden ihmisten elämään (esim. Solomon, 1976).

Valtaistuminen on käsite, jolla on sekä yksilöllinen että yhteiskunnallinen taso. Yksilöllisenä prosessina valtaistuminen viittaa yksilön kehittymiseen: tiedon ja tietoisuuden lisääntymiseen, itsearvostuksen vahvistumiseen ja hallinnan tunteen lisääntymiseen. Valtaistuminen merkitsee yksilön ja ympäristön välisen suhteen muuttumista: sellaisia olosuhteissa tapahtuvia muutoksia, jotka innostavat ja luovat mahdollisuuksia omassa toiminnassa tapahtuville muutoksille. Sosiaalisella ja yhteiskunnallisella tasolla empowerment-prosessi merkitsee organisaation tai yhteiskunnan rakenteellisia muutoksia. Se voi tarkoittaa esimerkiksi prosessia, jonka myötä kansalaisten, palvelunkäyttäjien tai työntekijöiden mahdollisuudet osallistua suunnitteluun ja päätöksentekoon lisääntyvät lainsäädännöllisten muutosten tai sopimusten myötä.

Kuntoutujan valtaistumisprosessin ytimeen kuuluu, että hänellä on mahdollisuus suunnitella omaa elämäänsä ja tehdä sitä ja omaa kuntoutustaan koskevia valintoja. Siksi hänellä tulisi olla kuntoutuksen aikana mahdollisuus reflektoida omaa elämäänsä ja mahdollisuuksiaan sekä arvioida kuntoutuksensa etenemistä. Valtaistuminen etenee kuntoutusprosessissa konkreettisten elämäntapahtumien ja olosuhteissa tapahtuvien muutosten myötä. (Esim. Emener, 1991.)

Elämänhallinta on suomalainen valtaistumisen lähikäsite, jota Roos (1985) käytti tutkiessaan ihmisten elämäkertoja. Se on sittemmin ollut kuntoutuksen piirissä yleisesti käytössä. Elämänhallinnan ongelmat voidaan Ritakallion (1991) tapaan tulkita immateriaalisiksi hyvinvointipuutteiksi tai Mannilan (1993) tapaan hallitsemattomiksi tapahtumiksi, jotka alkavat hajottaa ihmisen oman toiminnan ehtoja ja käynnistää menetyskierteitä.

### 4.2.3 Sosiaalisesta syrjäytymisestä osallisuuteen

Sosiaalisen syrjäytymisen riskiä on pidetty sosiaalisen kuntoutuksen käynnistämisen perusteena ja vastaavasti sosiaalista osallisuutta voidaan pitää yhtenä kuntoutuksen tavoitteena. Syrjäytyminen ja osallisuus ovat kuitenkin varsin vaikeasti lähestyttäviä käsitteitä, joita voidaan tarkastella toisaalta yhteiskunnasta ja sen rakenteista käsin, toisaalta yksilöiden ja ihmisryhmien elämäntilannetta kuvaavina käsitteinä.

Sosiaalinen syrjäytyminen voidaan tulkita prosessiksi tai tapahtumaketjuksi, jossa osa yhteiskunnan jäsenistä joutuu tahtomattaan sivuun yhteiskunnasta ja yhteisöistä. Yhteiskunnan yleiset rakenteet, toimintatavat ja syrjivät asenteet määrittävät kansalaisten riskiä syrjäytyä, mutta usein syrjäytyminen yksilöllistetään ihmiseen ja hänen elämäntilanteeseensa: pitkäaikaiseen työttömyyteen, toimeentulo-ongelmiin, elämänhallinnan ongelmiin, vammaisuuteen, työkyvyttömyyteen tai vuorovaikutussuhteista sivuun joutumiseen. Kun syrjäytymisen riskiä käytetään sosiaalisen kuntoutuksen käynnistämisen perusteena, on samalla nähtävä, että kyseessä ei ole pelkästään yksilön ongelma, vaan syrjäytymisen syyt nousevat pitkälle yhteiskunnan käytännöistä.

Sosiaalinen inklusio yhteiskunnallisena ilmiönä viittaa sellaisiin rakenteisiin ja käytäntöihin, joiden kautta kaikilla yhteiskunnan jäsenillä on yhtäläiset mahdollisuudet päästä niihin vuorovaikutussuhteisiin, organisaatioihin, palveluihin ja rakenteisiin, jotka muodostavat jokapäiväisen elämän perustan. Vammaisten ihmisten sosiaalisesta osallisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan siten yhtäläisiä oikeuksia, tasa-arvoista kohtelua ja erilaisten osallistumismahdollisuuksien yhdenvertaisuutta: pääsyä erilaisiin toimintoihin, sosiaalisiin rooleihin ja suhteisiin, työhön, koulutukseen ja muuhun yhteiskunnalliseen elämään.

Sosiaalinen osallisuus hyväksytään yleensä nykyään kuntoutuksen tavoitteeksi. Tavoitteen saavuttamisen keskeinen keino on tukea kuntoutujan vaikutusmahdolli-



suuksia ja osallisuutta myös itse kuntoutusprosessin aikana, sen kaikissa vaiheissa. Valitettavasti tunne autonomian menetyksestä ja syrjäytymiskokemukset eivät ole vieraita myöskään kuntoutusprosessin aikana (vrt. Koukkari, 2010).

Inklusion tavoite kouluelämässä perustuu muun muassa YK:n ihmisoikeuksien ja vammaisten oikeuksien julistukseen. Inklusiolla eli osallistavalla kasvatuksella viitataan kaikkien lasten oikeuteen osallistua yhteiseen opetukseen, jonka yhteydessä järjestetään kunkin tarvitsemat tukitoimet ja samalla huolehditaan siitä, että myös vammaiset oppilaat ovat hyväksytyjä ja arvostettuja kouluuyhteisön jäseniä. Vammaisten tai erityisiä tuen tarpeita omaavien lasten sijoittuminen omiin erillisiin opetusryhmiin katsotaan silloin syrjinnäksi. YK:n lasten oikeuksien komitea korostaa toisaalta, ettei vammaista lasta tule sijoittaa yleisopetukseen ilman hänen erityistarpeidensa huomioon ottamista (Erityistä tukea..., 2011). Suomessa lienee ollut lukuisia syitä, jotka ovat johtaneet erityisjärjestelyjen poikkeuksellisen voimakkaaseen painottumiseen koulutuksessa.

#### 4.2.4 Kuntoutujakeskeisyys ja asiakaslähtöisyys

Kuntoutuksen piirissä on 1990-luvulta lähtien käytetty käsitteitä kuntoutuja- ja asiakaskeisyys tai -lähtöisyys. Asiakaskeisyys on vanha termi, joka lienee peräisin Carl Rogersin asiakaskeisyydestä terapiasta. Järvikoski (1994) kuvasi ns. kuntoutuja-keskeistä mallia kuntoutuksen kliinisen mallin vastinparina: siinä asiakas ymmärrettiin elämäänsä suunnittelevana, aktiivisena subjektina ja kuntoutustyöntekijä hänen yhteistyökumppaninaan tai konsulttinaan suunnitelmien teossa.

Tavallisimmat englanninkieliset termit ovat *person-centredness* ja *client-centredness*, jotka vastaavat suoraan asiakaskeisyyden käsitettä. Leplege ym. (2008) katsovat asiakaskeisyyden edustavan kuntoutuksessa antireduktionismia, jossa asiakasta ei redusoida vammoihinsa, vaan hänet nähdään subjektina henkilökohtaisine ominaisuuksineen ja elinympäristöineen. He kiinnittävät kuitenkin huomiota siihen, että käsitteellä on useita rinnakkaisia merkityksiä, esimerkiksi seuraavat: (1) asiakkaan yksilölliset ja holistiset ominaisuudet havaitaan ja otetaan huomioon, (2) asiakasta ei tutkita erillään hänen arkielämästään, sosiaalisesta ja fyysisestä ympäristöstään, (3) asiakas ymmärretään asiantuntijaksi omassa elämässään ja kuntoutuksessaan, tai (4) asiakas ja hänen voimavaransa nähdään vammaisuuden takaa.

Myös suomenkielisellä asiakaskeisyyden käsitteellä on monenlaisia merkityksiä, vaikka sillä usein lienee tarkoitettu Leplegen ym. kolmatta vaihtoehtoa: asiakkaan näkemistä subjektina ja aktiivisena toimijana, jolla on oikeus olla mukana suunnittelemassa omaa kuntoutustaan ja tekemässä siihen liittyviä päätöksiä. Tässä mielessä parempi termi on *asiakaslähtöinen kuntoutus* (ks. esim. Suikkanen & Piirainen, 1995; Virtanen ym., 2011), jossa ”lähtöisyys” viittaa siihen, että suunnitelmia tehdään asiakkaan tavoitteista lähtevien vaihtoehtojen pohjalta. Tämä termi on ollut viime vuosikymmenen aikana laajasti käytössä kuntoutuksessa ja muualla sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaessa nimenomaan asiakkaan tavoitteiden pohjalta tapahtuvaa toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa. Myös englannin kielessä on jonkin verran käytetty asiakkaan aktiivista roolia selvemmin ilmaisevia käsitteitä ’client-driven practice’ (Gage & Polatajko, 1995) ja ’consumer direction’ (Kosciulek, 2000).

Myös palvelun asiakaslähtöisyyden termi on saanut osakseen kritiikkiä (”asiakas lähtee, elleivät palvelut parane”). Yksinkertaista uutta termiä, joka osoittaisi asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia kuntoutuksessa, ei tällä hetkellä kuitenkaan liene tiedossa. Asiakasjohtoinen kuntoutus lienee sävyiltään liian voimakas termi saavuttaakseen yleisempää hyväksyntää.

## 5 TOIMIIKO KUNTOUTUKSEN NELIJAKO?

Huolimatta vahvasta lääketieteellisestä painotuksesta ja yhtä selkeästä työtavoitteesta kuntoutus toimintana nähtiin jo 1950-luvulla monialaisena toimintana. Yhdistyneiden Kansakuntien raportissa ”Rehabilitation of the Handicapped” (United Nations, 1953) kuntoutusta kuvattiin lääkinällisistä, kasvatuksellisista, sosiaalisista ja ammatillisista palveluista koostuvana toimintana. Kuntoutuksen nelijako lääkinälliseen, kasvatukselliseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen on säilynyt vuosikymmenestä toiseen. Sen rinnalla on käytetty myös kaksijakoa lääkinälliseen ja sosiaaliseen tai lääkinälliseen ja ammatilliseen toimintaan. Esimerkiksi Langenskiöld ja Pylkkänen (1956) korostivat, että kuntouttaminen ei ole yksinomaan lääkinällistä, vaan myös sosiaalista toimintaa eli työhön sijoittamista ja tukea työvälaineiden hankkimisessa. Sosiaalinen puoli tulee yhä voimakkaammin esiin, mikäli lääkinällinen vaihe venyy ja on olemassa pysyvän invaliditeetin mahdollisuus.

### 5.1 LÄÄKINNÄLLISESTÄ TOIMINTAKYKY-KUNTOUTUKSEEN?

Päävastuu lääkinällisen kuntoutuksen toteuttamisesta Suomessa on terveydenhuollolla, ja terveydenhuollossa lääkinällinen kuntoutus ymmärretään yleensä kiinteäksi osaksi hoitoa. Selkeää rajanvetoa hoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen välillä on usein vaikea tehdä, ja usein todetaankin, että tällainen rajanveto ei ole tarpeen (esim. Kuntoutusselonteko, 2002). Kuntoutukseen ei kuitenkaan aina kiinnitetä riittävää huomiota hoitajakson aikana. Hoitoketjujen vaikuttavuutta heikentävät nimenomaan jatkohoidon ja kuntoutuksen ongelmat: kuntoutukseen on hoitoketjuissa vaikea päästä ja jatkohoitoon hakeutuminen jää liiaksi asiakkaan omalle vastuulle (esim. Silvennoinen-Nuora, 2010). Terveyspalvelujärjestelmän hoitopainotteisuus näkyy myös siinä, että laitospaikkojen määrä verrattuna avomuotoisessa kuntoutuksessa olevien määrään on kansainvälisesti tarkasteltuna suuri.

Läähinnällinen kuntoutus on käsitteenä vakiintunut, ja sitä on viime vuosina määriteltä varsin harvoin. Suomessa nojataan usein edelleen lääkinällistä kuntoutusta koskevan asetuksen (1991) määritelmään, jonka mukaan lääkinällisellä kuntoutuksella pyritään ”parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa”. Määritelmä on varsin laaja ja sopisi myös kuntoutuksen yleiseksi määritelmäksi.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Viimeaikaisissa kuntoutuslääketiedettä ja sen tehtäviä kuntoutuksessa tarkastelevissa raporteissa on lähtökohtana ollut laaja kuntoutuksen määritelmä, ei lääkinällisen kuntoutuksen määritelmä. Esimerkiksi brittiläisten lääkärin raportissa ”Medical rehabilitation in 2011 and beyond” tarkastelun kohteena ei ole lääkinällinen kuntoutus, vaan nimenomaan kuntoutuslääketiede ja lääkärin tehtävät kuntoutuksessa. Se on tarkastelun kohteena myös eurooppalaisten lääkärin raportissa ”White book on physical and rehabilitation medicine in Europe” (2006).

Sosiaaliportin sivuilla ([www.sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi)) lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan niitä kuntoutuksen toimenpiteitä, jotka tarvitaan lääketieteellisesti todetun vamman tai sairauden aiheuttaman toimintakykyrajoitteen parantamiseksi, toimintakyvyn turvaamiseksi tai tukemiseksi. Siinä laajimmat tavoitteet, sosiaalisen toimintakyvyn ja elämänhallinnan parantaminen on jätetty lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteiden ulkopuolelle. Ruotsalaisissa lähteissä lääkinnällisellä kuntoutuksella on tarkoitettu samaan tapaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn palauttamista niin pitkälle kuin mahdollista: kuntoutus voi tarkoittaa esimerkiksi heikentyneen toiminnon parantamista tai palauttamista ennalleen, saavutetun toimintakyvyn ylläpitämistä ja muiden, kompensoivien toimintojen harjoittamista ([www.forsakradviajobbet.se/fakta-banken/rehabilitering](http://www.forsakradviajobbet.se/fakta-banken/rehabilitering)). Jos näitä määrittäviä siirretään ICF:n kielelle, puhutaan ruumiintoinninnoista ja kokonaisvaltaisista fyysisistä ja psyykkisistä toiminnoista, mutta ei osallistumisesta eikä sosiaalisista rooleista.

Usein lääkinnällisen kuntoutuksen määritelmässä on tavoitteeksi mainittu toimintakyvyn parantamisen lisäksi myös työkyvyn parantaminen eli on liikahtettu jo ammatillisen kuntoutuksen suuntaan. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän (STM, 2013b) mukaan ”lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään työ- ja toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpitoon jo ennen hoitotarpeen ilmenemistä tai hoitotapahtumien jälkeen”. Vastaavaan tapaan ruotsalaisessa työelämäsuuntautunutta kuntoutusta koskevassa selvityksessä lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan sellaisia aktiivisia toimenpiteitä, jotka tähtäävät sairautensa lyhentämiseen ja sairauden etenemisen estämiseen sekä osittain tai kokonaan ehkäisemään työkyvyn alentumista (Johansson ym., 2011).

Edellä mainittu suomalaisen työryhmän (STM, 2013b) määritelmä sisältää myös selvän viittauksen siihen, että kuntoutustarvetta voi syntyä alentuneen työ- ja toimintakyvyn perusteella jo ennen kuin mikään sairaus tai vamma on aiheuttanut hoidon tarvetta. Siinä korostetaan siis, ilmeisesti harkitusti, myös kuntoutuksen käynnistämisen varhaisuutta eräiden 1970-luvun määritelmien (esim. Lääkintöhallitus, 1974) tapaan.

Terveydenhuoltolaissa (2010) puolestaan määritellään lääkinnällistä kuntoutusta vain siihen kuuluvien toimintamuotojen ja toimenpiteiden kautta: 1) kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus; 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi; 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia; 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet; 5) apuvälinepalvelut; 6) sopeutumisvalmennus; 7) 1–6 kohdassa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitosp- tai avohoidossa. Luettelo on tiivistys vuoden 1991 asetuksen vastaavasta toimenpideluettelosta, ja vastaavia luetteloja esiintyy kirjallisuudessa paljon. Merkille pantavaa on kuntoutusohjauksen ja sopeutumisvalmennuksen sisällyttäminen osaksi lääkinnällistä kuntoutusta. Erikseen todetaan, että kunta vastaa potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta ja kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

Kelan vaikeavammaisille tarkoitettu lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn turvaaminen ja kuntoutujan tukeminen erilaisissa arkielämän toiminnoissa selviytymisessä. Toiminnan standardin mukaan tavoitteen saavuttamiseen pyritään tukemalla kuntoutujaa itselle tärkeiden päämäärien tavoitteluun ja että yhteistyössä asetetut tavoitteet ottavat huomioon kuntoutujan yksilöllisen elämäntilanteen, voimavarat, elinympäristön ja ajankohtaiset tarpeet sekä muut- ja siirtymävaiheet. Standardissa edellytetään myös, että yksilöllisen kuntoutusjakson sisällön suunnittelussa otetaan laaja-alaisesti huomioon kuntoutujan fyysisen, kogni-

tiivisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen tarve. Tämä edellytys viittaa holistiseen ihmiskäsitykseen eli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kietoutumiseen toisiinsa, mutta ilmaisu liikkuu mielenkiintoisella tavalla perinteisen lääkinällisen, sosiaalisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen välimaastossa.<sup>10</sup> Todetaan myös, että kaikilla kuntoutusjakson toteutukseen osallistuvilla työntekijöillä tulisi olla kokonaisvaltainen näkemys kuntoutujasta ja hänen tavoitteistaan, joiden mukaisesti he tekevät vuorovaikutuksessa suunnitelmallista työtä keskenään ja kuntoutujan ja hänen omaistensa kanssa.

Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään useimpien määritelmien mukaan parempaan toimintakykyyn. Viime vuosina lääkinällisen kuntoutuksen termin rinnalle onkin noussut uusi termi: *toimintakykykuntoutus* tai *toimintakykyä parantava ja ylläpitävä kuntoutus*. Esimerkiksi Vakuutuskuntoutus VKK:n www-sivuilla toimintakykykuntoutuksella tuettavan ”kuntoutujan mahdollisimman itsenäistä suoriutumista sekä mahdollisuuksia osallistua arkielämän toimintoihin”. Toimintakykykuntoutus on organisaation toiminnassa selkeä vastinpari ammatilliselle kuntoutukselle, eikä sen tavoitteisiin sisällytetä työkykyä tai työhön palaamista. Toimintakykykuntoutuksen piiriin kuuluvat Vakuutuskuntoutus VKK:n mukaan yksilöllisten kuntoutustoimenpiteiden ja apuvälineiden lisäksi myös asunnon muutostyöt<sup>11</sup>.

Lääkinnällisen kuntoutuksen käsitteen korvaaminen toimintakykykuntoutuksen käsitteellä tuntuu monella tavoin perustellulta ratkaisulta, ovathan elintapoja, liikuntaa ja ravitsemusta koskevat tottumukset ja niiden muuttaminen nykyään myös sairauslähtöisessä kuntoutuksessa entistä keskeisemmässä asemassa.

## 5.2 AMMATILLINEN KUNTOUTUS

Ammatillisessa kuntoutuksessa on kyse ihmisen työkyvystä ja suhteesta työhön. Toiminta kohdistuu tyypillisimmillään toisaalta työsuhteessa oleviin henkilöihin, joiden työkyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt tai jotka ovat palaamassa sairauslomalta takaisin työhön, toisaalta henkilöihin, joilla työvoimaura on syystä tai toisesta rapautunut ja joiden riski syrjäytyä työmarkkinoilta työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikaistyöttömyyteen on sairauden tai työkyvyn alenemisen uhkan takia tavallista suurempi.

Ammatillista kuntoutusta on määritelty sekä toiminnan sisällön, ts. käytettyjen toimenpiteiden tai palvelujen, että toiminnan tavoitteiden kautta. Toimenpideperusteinen määrittelytapa perustuu toiminnan kuvaukseen tai niiden toimenpiteiden rajaamiseen ja kuvaamiseen, jotka katsotaan kuuluvan ammatillisen kuntoutuksen piiriin (esimerkiksi ammatinvalinta, työkokeilu, työhönvalmennus, ammatillinen koulutus). Esimerkiksi Kansainvälisen työjärjestön (ILO, 1955) mukaan ammatillinen kuntoutus tarkoitti sitä osaa kuntoutuksesta tai kuntoutusprosessista, jossa toteutetaan ammatillisia tai työhön liittyviä toimenpiteitä: vajaakuntoisen henkilön ohjausta, ammatillista koulutusta, työkokeilua, työpaikkakokeilua, työhönvalmennusta tai muita

<sup>10</sup> On kuitenkin huomattava, että Kela käyttää kuntoutuksessaan pelkästään jakoa ammatilliseen ja lääkinälliseen.

<sup>11</sup> Asunnon muutostöissä on kysymys sellaisista ympäristön muutostoimenpiteistä, jotka voitaisiin kuntoutuksen nelijaossa lukea myös sosiaalisen kuntoutuksen piiriin.

työkykyisyyttä tai työllistymistä tukevia toimenpiteitä. Myöskään sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä (2013a) ei pyrkinyt määrittelemään ammatillista kuntoutusta muuten kuin luettelemalla eri palvelujärjestelmien ammatilliseen kuntoutukseen liittyvät toimenpiteet ja toimintatavat.

Tavoiteperusteisessa määrittelyssä toiminnan rajaus perustuu tavoitteisiin, ei toimenpiteisiin. Niinpä Kansainvälisen työjärjestö on katsonut ammatillisen kuntoutuksen olevan ”toimintaa, jolla pyritään *parantamaan kuntoutujien ammatillisia valmiuksia, kohentamaan heidän työkykyisyyttään, edistämään työmahdollisuuksiaan ja vähentämään heihin kohdistuvaa diskriminaatiota työpaikoilla*, ts. edistämään heidän integroitumistaan työelämään ja yhteiskuntaan” (esim. ILO, 1981, 1998) tai ”prosessi, jonka avulla vajaakuntoiset henkilöt saavat tai säilyttävät sopivan työn ja etenevät työssään ja joka edistää heidän integroitumistaan tai palaamistaan yhteiskuntaan” (ILO, 2002). *Työhön kuntoutus* (work rehabilitation) on toisinaan käytetty, ammatillista kuntoutusta rajaavampi termi, ja myös *työelämäkuntoutus* sopii hyvin ILO:n (1981) määritelmään.

Korostetusti tavoiteperusteisen lähestymistavan (toimenpideperustaisen asemesta) valitsivat Waddell, Burton ja Kendall (2008) todetessaan, että ammatillista kuntoutusta on *kaikki se toiminta, joka auttaa terveysongelmaista ihmistä pysymään työssä tai palaamaan työhön*. Vastaava ajattelutapa oli Kansainvälisellä työjärjestöllä (ILO, 2002) sen todetessa, että *amatillisen kuntoutuksen prosessiin sisältyy usein samanaikaisesti sekä ammatillisia että lääkinällisiä, kasvatuksellisia, sosiaalisia ja psykologisia osatekijöitä*. Jotkut korostavat, että hyvään ammatilliseen kuntoutukseen sisältyy aina myös lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteitä (esim. Irving, 2004). Ruotsalaisessa selvityksessä (Johansson ym., 2011) todetaan, että toimenpiteet saattavat olla samoja, olipa tavoitteena parantunut toimintakyky tai työkyvyn palauttaminen. Kirjoittajat viittaavat tässä yhteydessä fysioterapeutin ohjaamaan ryhmässä tapahtuvaan valmennukseen ja toteavat, että se kummasta on kysymys, riippuu osallistujista ja heidän yksilöllisistä tavoitteistaan.

On kuitenkin myös vastakkaisia, tutkimustuloksiin perustuvia näkemyksiä. Esimerkiksi ns. tuetun työllistymisen mallin (supported employment) tutkijat ovat todenneet, että *pyrittäessä saamaan aikaan työllistymistuloksia on tärkeää pitää työllistymistavoite fokuksena kaikessa työskentelyssä ja huolehdittava siitä, ettei palvelu ajaudu pelkästään terveydellisten ja sosiaalisten asioiden hoitoon* (esim. Drake ym., 2012). Myös Kelan ja työhallinnon työhönvalmennustoimintaa koskevat tulokset viittasivat tutkijoiden mukaan siihen, että työllistymisen tukeminen ja työn saantiin keskittyvä toiminta sekä koulutusmahdollisuuksien realisointiin tähtäävä toiminta olisi syytä eriyttää esiammatillisesta, yleiseen elämänhallintaan liittyvästä valmennustoiminnasta selkeästi omaksi toimintalohkokseen (Härkäpää, Harkko & Lehikoinen, 2013). Myös hoidolliset palvelut tulisi antaa selvästi erillään ammatillisista palveluista, vaikka yhteistyö onkin välttämätöntä.

Myös Waddell ym. (2008) korostavat, että vaikka ammatillinen kuntoutus voikin sisältää monenlaisia toimenpiteitä, sen toteutuksessa on olennaista, että työssä jaksaminen ja työhön palaaminen pystytään pitämään toiminnan fokuksessa. Erilaiset hoidolliset ja lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteet voivat siten olla osa ammatillista kuntoutusta, mikäli niitä toteutettaessa työ on yhteisenä päämääränä. Aina kun kuntoutus suuntautuu työelämään, on kyse yksilön kykyjen ja työolosuhteiden yhteispeleistä ja sellaisten olosuhteiden luomisesta, jotka luovat mahdollisuuksia yksilön selviytymiselle ansiotyön vaatimuksista. Keskeisessä asemassa ovat silloin ne toimenpiteet, joita työpaikalla tehdään työllistymisen tai työhön palaamisen helpottamiseksi.

Suomalainen työeläkekuntoutus on ammatillista kuntoutusta, jolla on selvästi määritellyt ammatillisen kuntoutuksen tavoitteet, mutta joka edellyttää sidonnaisuutta työelämään. Se määritellään myös siihen sisältyvien toimenpiteiden mukaan (ammatillinen koulutus, työpaikkakuntoutus, apuvälineet, elinkeinotuki). Hoito ja lääkkinnällisen tai psyykkisen kuntoutuksen toimenpiteet eivät siihen yleensä sisälly, eivät myöskään tilannetta arvioivat tutkimukset. (Saarnio, 2013.) Jos kuntoutuja tarvitsee tällaisia toimenpiteitä, ne on järjestettävä muin keinoin.

Myös Kelan ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteistä toiset (koulutus, työkokeilu, työhönvalmennus, työn apuvälineet) on luonteeltaan puhtaasti ammatillisia tai työhön liittyviä samaan tapaan kuin työeläkekuntoutuksessa. Sen sijaan erityisesti työssä käyville tarkoitettu ammatillisen kuntoutuksen muoto, Tyk-kuntoutus, on luonteeltaan monialaista kuntoutusta, jonka tavoitteena on varmistaa työuran jatkuminen erilaisin terveyteen, toiminta- ja työkykyyn ja työhön kohdistuvin toimenpitein. Aslakuntoutus eli ammatillisesti syvennetty lääkkinnällinen kuntoutus puolestaan pyrkii erityisesti kuntoutujaan, mutta myös työhön ja työolosuhteisiin kohdistuvin toimenpitein työntekijän työssä jaksamisen ja työn ja elämänhallinnan parantamiseen. Monialaisissa malleissa lienee tärkeätä huolehtia siitä, että toiminta rakentuu työssä jaksamiseen liittyvien kysymysten ympärille ja yhteydet työpaikoille toimivat. Sen vuoksi viime vuosina on pyritty varmistamaan, että kuntoutuslaitosten työryhmissä on riittävästi myös työelämäosaamista. (Lind ym., 2013; Aalto & Hinkka, 2012.)

Englannin kielessä on käytössä kaksi ammatillista kuntoutusta koskevaa termiä, *vocational rehabilitation* ja jonkin verran uudempi *occupational rehabilitation*, joita käytetään hyvin vaihtelevasti. Jälkimmäistä niistä käytetään useammin puhuttaessa työelämässä kiinni olevan henkilön kuntoutuksesta ja sairausloman jälkeisestä työhönpaluusta, kun taas edellistä käytetään usein kuvaamaan vasta ammattiin koulututtavan tai työelämään kiinnittymättömän henkilön kuntoutusta. Myös Ruotsissa on käytössä kaksi termiä, *yrkesinriktad rehabilitering* ja *arbetslivsinriktad rehabilitering*, joiden sisältöä on vaikea erottaa toisistaan. Työelämäsuuntautuneessa kuntoutuksessa kyse on usein työntekijästä, jonka kuntoutuksesta lainsäädäntö määrittelee vastuita myös työnantajalle. Työelämäsuuntautuneella kuntoutuksella katsotaan pyrittävän siihen, että ”en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete” (esim. Johansson ym., 2011; Fokus på åtgärder, 2006).

Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa työssä olevien työssä jatkamisen tai työelämän ulkopuolella olevien työllistymisen mahdollisuuksia. Viime aikoina on yleistynyt *työelämäkuntoutuksen* käsite. Internetin hakuohjelmat osoittavat, että termiä on käytetty varsin runsaasti kuntoutuksen palveluntuottajien piirissä. Suikkanen ja Lindh (2012; ks. myös Lindh, 2013) sisällyttävät työelämäkuntoutukseen työssä olevien kuntoutuksen ja työelämän ulkopuolella olevien työhön kuntoutuksen lisäksi ”työelämäosallisuuden vahvistamisen”. Sillä viitataan ”välityömarkkinatyypisiin kuntouttavan työllistymisen muotoihin”, joissa pääpaino on elämänhallinnan ja sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteissa, mutta joissa myös tuettu siirtymä avoimille työmarkkinoille on mahdollinen. Kuntoutuksen nelijaossa termi hämärtää rajan sosiaaliseen kuntoutukseen. Voidaan myös kysyä, sisältyykö termin yleistymiseen se itseäänkin toteuttava profetia, että tulevaisuudessa vammaisten tai osatyökykyisten henkilöiden on entistä useammin hyväksyttävä asemansa avoimien työmarkkinoiden ulkopuolella.

### 5.3 SOSIAALINEN KUNTOUTUS

Sosiaali- ja terveysministeriön sivujen mukaan sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan vaikeasti syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä ([www.stm.fi](http://www.stm.fi), luettu elokuu 2013). ”Vaikea syrjäytyminen” voinee tässä johtua erilaisista tekijöistä eli taustalla voi olla yhtä lailla terveydentilan ja toimintakyvyn ongelmia kuin pitkäaikaistyöttömyyttä tai sosiaalisia ongelmia.

Sosiaaliportissa ([www.sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi)) sosiaalista kuntoutusta määritellään toiminnan tavoitteiden mukaan, mutta viittaamalla myös sen eri toimintatapoihin. Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sen mukaan prosessia, jolla pyritään parantamaan sosiaalista toimintakykyä - kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä oman toimintaympäristön rooleista. Näissä selviytymistä voidaan auttaa muun muassa helpottamalla asumista, liikkumista sekä yleistä osallistumista, huolehtimalla taloudellisesta turvallisuudesta ja tukemalla sosiaalisia verkostoja.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportin (2012) mukaan sosiaalista kuntoutusta voidaan järjestää toimintakykyyn, sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseen, lähisuhde- ja perheväkivaltaan tai äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvän tuen tarpeessa oleville henkilöille. Sosiaalisen kuntoutuksen *edellytyksenä* ei siten olisi sairaus, vika tai vamma, vaikka onkin todennäköistä, että huomattavalla osalla sosiaalisen kuntoutuksen palveluja saavista sellainen on. Huomio kiinnittyy erityisesti erilaisista sosiaalisista syistä avun tarpeessa tai syrjäytymisvaarassa oleviin, jotka eivät sisälly lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen perinteisiin kohderyhmiin. Kyse on henkilöistä, jotka ovat monista eri syistä syrjäytyneet työelämästä ja yhteiskunnallisista asemista - pitkäaikaistyöttömistä, päihdeongelmaisista, rikoksen tekijöistä – tai niistä nuorista, jotka puuttuvan koulutuksen, oppimisvaikeuksien ja muiden syiden takia ovat jääneet tai jäämässä työelämän ja yhteiskuntasidosten ulkopuolelle. Lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyvän tuen tarvetta tarkastellaan raportissa väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneen, ei väkivallan tekijän näkökulmasta; sosiaalisen kuntoutuksen ja erilaisten vertaistukiryhmien tarve olisi kaikkien osapuolten hyvinvoinnin takia tärkeää havaita ajoissa. Uudet kohderyhmät osoittavat osaltaan sosiaalisen kuntoutuksen käsitteen tarpeellisuuden tällä hetkellä.

Sosiaalisen kuntoutuksen kohderyhmä ei kuitenkaan rajaudu pelkästään kuntoutuksen uusiin ryhmiin, vaan sosiaalinen kuntoutus kohdistuu myös fyysisen tai psyykkisen sairauden tai vamman takia syrjäytyneisiin tai syrjäytymisvaarassa oleviin. Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään saavuttamaan ja palauttamaan kuntoutuvan henkilön kyky selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja oman toimintaympäristön rooleista. Yhteiskunnallista osallisuutta tuetaan vahvistamalla hänen itsenäistä suoriutumistaan, sosiaalista toimintakykyään ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Tavoitteisiin pyritään luomalla edellytyksiä osallistumiseen, tukemalla sosiaalisten verkostojen toimivuutta ja taloudellista turvallisuutta sekä helpottamalla asumista ja liikkumista.

Tavoitteiden osalta sosiaalisen kuntoutuksen raja lääkinnälliseen tai toimintakykykuntoutukseen on suhteellisen selvä, mikäli jälkimmäisten tavoitteeksi asetetaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn paraneminen. Sosiaalinen kuntoutus täydentää silloin lääkinnällistä tai toimintakykykuntoutusta niissä tilanteissa, joissa toimintakyvyn paraneminen ei sellaisenaan riitä sosiaalisen integraation saavuttamiseen – siihen tapaan kuin Langenskiöld ja Pylkkänen (1956) aikoinaan kuvasivat.

Kuntoutuksen nelijaossa sosiaalisen kuntoutuksen piiriin kuuluu muun muassa se toiminta, jolla varmistetaan turvallinen kotiin ja lähiyhteisöihin paluu fyysisen tai psyykkisen sairauden tai vammautumisen aiheuttaman sairaalajakson jälkeen. Lääkinnällinen kuntoutus voi tyypillisesti ulottua sairaalajakson jälkeisiin fysioterapiajaksoihin tai tarvittavien apuvälineiden käytön harjoittamiseen, mutta sosiaalinen integraatio edellyttää usein myös muita toimenpiteitä ja onnistuminen sen järjestämisessä todennäköisimmin myös vähentää myöhempää hoito- ja huoltokustannuksia.

## 5.4 KASVATUKSELLINEN KUNTOUTUS

Kuten muitakin kuntoutuksen osa-alueita, myös kasvatuksellista kuntoutusta on määriteltä ja kuvattu eri tavoin. Yleensä sen katsotaan viittaavan vammaisen tai vajaakuntoisen lapsen tai aikuisen kasvatukseen ja koulutukseen sekä niiden edellyttämiin erityisjärjestelyihin. Sen lähtökohtana ovat yksilölliset tuen tarpeet ja tavoitteena on yksilöllisyyden ja elämänhallinnan kehittäminen kasvatuksen, opetuksen, oppilashuollon ja kuntoutuksen keinojen avulla. (Esim. [www.kuntoutusportti.fi](http://www.kuntoutusportti.fi).)

Kuusisen (2009) mukaan kasvatuksellinen kuntoutus sisältää kaikki ne tukimuodot, joilla vammaisuuden ja pitkäaikaisen sairauden yksilön sosiaaliselle ja kulttuuriselle kehitykselle mahdollisesti asettamat esteet pyritään voittamaan. Sen tavoitteena on tukea ihmisen kehitysprosessia, kasvua ihmisyyteen ja vastuulliseen yhteiskunnan jäsenyyteen kasvatuksen ja kuntoutuksen monialaisin menetelmin, ohjaamalla ja valmentamalla. Esimerkiksi CP-liitto ymmärtää [www-sivuillaan](http://www.sivuillaan) kasvatuksellisen kuntoutuksen laajassa merkityksessä niin, että se kattaa kaiken uuden oppimisen erikäisten ihmisten elämässä ja tilanteissa, joissa halutaan muutosta ihmisen toimintakykyyn. Murto (1999) on todennut, että kasvatuksellisessa kuntoutuksessa painottuvat yleistä kasvatusta voimakkaammin kasvatustavoitteet, -sisällöt ja -menetelmät.

Vaikka kasvatuksellisesta kuntoutuksesta useimmin puhutaan lasten ja nuorten yhteydessä, se sisältää siis periaatteessa myös aikuisten ihmisen oppimisen ja koulutuksen. Kasvatuksellista kuntoutusta koskeva kirjallisuus tarjoaa esimerkkejä muun muassa syöpää sairastaneiden, kehitysvammaisten, aistivammaisten ja aivovaurion saaneiden henkilöiden, ylivilkkaiden lasten, sopeutumattomien nuorten, rikoksenteijäin ja vankien kuntoutuksesta.

Kuntoutus on aina luonteeltaan oppimis- ja kehitysprosessi. Kasvatukselliset elementit ovat aina mukana ihmisen pyrkiessä sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseensa ja oppimaan sen edellyttämät tiedot, taidot ja valmiudet. Kasvatuksellinen kuntoutus ymmärretään osaksi kokonaisvaltaista kuntoutusta. Murto (ei vuosil.) katsoo kasvatuksellisen kuntoutuksen tavoitteiksi fyysisen toimintakyvyn, psyykkisen itseenäisyyden ja realistisen minäkuvan sekä sosiaalisten vuorovaikutustaitojen ja kansalaistaitojen kehittymisen (kuvio 8).

Erytyiskasvatus on alue, jossa kuntoutus ja kasvatus kohtaavat väistämättä. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen kehityksen tukemisen tulee kuntoutuksen näkökulmasta olla yksilöllistä ja laaja-alaista. Erytyiskasvatus voidaan nähdä toisaalta yleisen kasvatuksen tukimuotona erityistä tukea tarvitsevien lasten kasvatuksessa, toisaalta yhtenä kuntoutusmuotona muiden kuntoutusmuotojen ohella (vrt. Sipari, 2008). Lasten ja nuorten kasvatuksellisessa kuntoutuksessa on korostettu sitä oppilaitosten henkilökunnan, kuntoutuksen ammattilaisten ja perheen yhteistyötä, jonka avulla pyritään varmistamaan, että kuntoutuja selviytyy opinnoissaan ja opiskelu-urallaan. Haapaniemi (2003) näkee kasvatuksellisen kuntoutuksen olennaisesti verkostotyönä, jota



tehdään opettajien ja oppilashuollon, kuntoutuksen ammattilaisten ja perheen kesken. Siinä on keskeistä lapsen tai nuoren arkielämän ymmärtäminen ja siksi yhteistyö perheen kanssa erityisen tärkeää.

<b>KASVATUKSELLINEN KUNTOUTUMINEN</b>
<b>FYYSINEN TOIMINTAKYKY</b> Liikunnallinen ja motorinen valmius
<b>PSYKKINEN ITSENÄISYYS</b> <b>Realistinen minäkuva</b> Itsensä hyväksyminen ja itsetunto Oman itsenäisyyden tiedostaminen Omien tarpeiden ja motiivien tiedostaminen Riippumattomuus muista Kyky pyytää apua Sukuolinen identiteetti
<b>SOSIAALISET VUOROVAIKUTUSTAITOT</b> <b>Subjektina toimiminen ja toisten huomioiminen</b> Oman tahdon ja mielipiteen ilmaisu Tunteiden ilmaisu Päätöksenteko ja vastuunotto Uskallus ottaa riskejä Kuunteleminen Toisten huomioiminen Ryhmätyötaitot
<b>KANSALAIKUUSTAITOT</b> Osallistuminen Oman viiteryhmän aseman parantaminen

**Kuvio 8.** Kasvatuksellisen kuntoutuksen osa-alueet (Murto, 1999).

Myös kasvatuksellisen kuntoutuksen raja muihin kuntoutuksen osa-alueisiin on häilyvä. Lasten kuntoutus sisältää aina kasvatuksellisen kuntoutuksen lisäksi toimintakykykuntoutuksen ja sosiaalisen kuntoutuksen elementtejä. Esimerkiksi Kelan vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus sisältää osa-alueita, joissa kasvatukselliset kysymykset korostuvat. Neuropsykologinen kuntoutus rakentuu samoille oppimisteoreettisille periaatteille, joita kasvatuksellisessa kuntoutuksessa sovelletaan. Itsenäiseen elämään tähtäävä ja kansalaiskoulutus voivat olla osa kasvatuksellista kuntoutusta, mutta ammattiin tähtäävässä koulutuksessa on syytä puhua jo ammatillisesta kuntoutuksesta.

Monet sairauskohtaiset kuntoutusinterventiot rakentuvat pitkälle terveystieteellisten elementtien varaan. Esimerkiksi diabetes on sairaus, jossa elintavat – ravinto- ja liikuntatottumukset - määräävät paljon sairautteen liittyvien toiminnallisten haittojen luonnetta. Sairautta koskeva tieto ja sen soveltaminen käytännön elämässä voivat olla keskeinen osa kuntoutusinterventiota. Tiedon välittymisen ohella kysymys on tiedon soveltamista helpottavista ja vaikeuttavista psykologisista ja sosiaalisista prosesseista sekä taloudellisista kannustimista. Kuntoutusprosessin eteneminen edellyttää oppimista käyttämään tietoja ja kokemusta hyväksi omassa toiminnassa. Ollaan terveystieteellisen, omatoimisen oppimisen ja toimintakykykuntoutuksen välisellä rajalla, jossa toisaalta ihmisten taloudelliset mahdollisuudet vaikuttavat yksilöllisiin ratkaisuihin.

## 5.5 MUITA KUNTOUTUKSEN MUOTOJA

Kuntoutuksessa vakiintuneen nelijaon rinnalla on lukuisia kuntoutusmuotoja tai –lajeja, jotka hakevat paikkaansa kuntoutuksen käsitejärjestelmässä. Seuraavassa käsitellään lyhyesti muutamia selvitystyön yhteydessä esiin nostettuja käsitteitä.

***Liikunnallinen kuntoutus vai kuntoutusliikunta?*** Tutkimukset ovat osoittaneet liikunnan myönteiset vaikutukset sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Liikunta on terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen menetelmä, ja liikunnan avulla voidaan ehkäistä useiden sairauksien kehittymistä ja niiden aiheuttamia toimintarajoituksia (esim. Muutosta liikkeellä, 2013). Liikunta on jo kauan kuulunut osana eri kuntoutusohjelmiin (esim. Wallin, Karppi & Talvitie, 2004). Kuntoutusmenetelmänä liikuntaa käytetään eri muodoissaan esimerkiksi sepelvaltimotaudin, diabeteksen ja selkäsairauden yhteydessä. Ohjattu liikunta on tarpeen silloin, kun harjoittelu edellyttää sairauden takia kuormitusrajojen tarkkaa tuntemista ja fysioterapeutin ohjausta, tai kun potilas pelkää liikkua. Sopiva harjoittelutaso voidaan määrittellä sairauskohtaisesti joko kliinisen rasisuskokeen avulla tai muin keinoin. Käytännössä kuntoutusohjelmiin kuuluvasta ohjatusta liikunnasta ovat useimmiten vastanneet fysioterapeutit. Ohjauksen tavoitteena lienee vaikuttaa myös liikuntatottumuksen pysyvään muutokseen.

Viime vuosina on liikunnallisesta kuntoutuksesta alettu puhua myös omana osaluueenaan (Wallin ym., 2004). Sitä vastansee englanninkielinen termi *exercise rehabilitation*, jota on käytetty muun muassa selkäleikkauksessa olleiden liikunnallisesta ohjauksesta ja sen jälkeisestä kotona tapahtuvasta liikunnasta (esim. Tarnanen ym., 2012) sekä dementiaa sairastavien vanhusten pitkäkestoisesti ja säännöllisesti toteutetusta ohjauksesta (esim. Pitkälä ym., 2010).

Liikunnallinen kuntoutus omana käsitteenään johdattaa ajattelemaan, että kaikki liikunta on kuntoutusta tai että liikunta riittää kuntoutukseksi. Monessa yhteydessä olisi ehkä mielekkäämpää puhua liikunnallisen kuntoutuksen sijasta *kuntoutusliikunnasta* (samaa tapaan kuin nykyään puhutaan esimerkiksi kuntoutuspsykoterapiasta) tai *liikuntaharjoittelusta*, mahdollisesti *ohjatusta liikuntaharjoittelusta* toimintakyvykuntoutukseen kuuluvana toimintamuotona. Onnistuessaan toiminta voi tuottaa sellaisia oppimiskokemuksia, jotka johtavat myös pysyvien liikunta- tai harjoitustottumusten muodostumiseen.

Kaikki erityisryhmien ohjattu liikunta tai vammaisurheilu ei ole kuntoutusta.

**Ravitsemuskuntoutus** (*nutritional rehabilitation*) on termi, joka on alkujaan viitannut aliravitsemuksen tuottamien terveydellisten ongelmien hoitamiseen oikean ravinnon ja ravitsemusta koskevan ohjauksen avulla. Siihen on ollut erityistä tarvetta kehittyvissä maissa; esimerkiksi Nepalissa on laitoksia nimenomaan aliravitsemuksesta kärsivien lasten kuntoutusta varten (Nutritional Rehabilitation Centres). Myös syömishäiriöihin liittyvien aliravitsemus- ja puutostilojen yhteydessä on jo kauan puhuttu ravitsemuskuntoutuksesta (Densmore-John, 1988). Marzola ym. (2013) arvioivat kuitenkin, että ravitsemusta koskevaa perustietoa tarvitaan lisää, jotta esimerkiksi anoreksiaa sairastavien kuntoutusohjelmat voisivat pohjautua näyttöön.

Duodecimin valmisteilla olevassa Kuntoutuminen-teoksessa tullaan määrittelemään ravitsemuskuntoutus toiminnaksi, joka koostuu ravitsemusohjauksesta ja sitä tukevasta ruokatarjonnasta.<sup>12</sup> Kuntoutujia ohjataan siinä, miten ravitsemukseen liitty-

<sup>12</sup> Kiitän Paula Hakalaa ja Ilona Autti-Rämöä tätä koskevista tiedoista.

viä sairauksia voidaan hoitaa ja ehkäistä ruokavalion avulla, ja toiminta on osa kuntoutujan toimintakyvyn ylläpitoa ja elämänlaadun kohentamista. Lähtökohtana on, että ohjaus ei sellaisenaan usein riitä, vaan erityisesti kuntoutuslaitoksissa olisi kiinnitettävä huomiota myös ruokatarjontaan.

Ravitsemuksella on, kuten liikunnallakin, merkitystä monien sairauksien, esimerkiksi diabeteksen ja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien ja niiden aiheuttamien haittojen etenemisessä. Ravitsemuskuntoutuksen määritelmä näyttää olevan lähellä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan vuonna 2010 laatimaa ravitsemushoidon määritelmää, jossa painopiste on kuitenkin sopivassa ruokavaliossa, mutta myös ohjaus ja seuranta huomioidaan. Ravitsemuskuntoutus on tärkeä osa toimintakykykuntoutusta, mutta termin käytössä on samoja ongelmia kuin liikunnallisen kuntoutuksen yhteydessä.

***Apuvälineet, kuntoutusteknologia ja teknisavusteinen kuntoutus.*** Teknologian ja apuvälinesuunnittelun kehittyminen suuntaa väestön palvelutarpeita vähentämällä niitä yhtäällä, mutta mahdollisesti myös lisäämällä niitä toisaalla. Hyvät apuvälineet ja muut teknologiset ratkaisut parantavat vammaisten ihmisten toimintamahdollisuuksia olennaisella tavalla. Toisaalta niiden tarkoituksenmukainen käyttö edellyttää panostamista käytön harjoitteluun, muuten hyödyt jäävät saavuttamatta. Alan terminologia on vaihtelevaa. Yksilölliset apuvälineet on perinteisesti luettu lääkinällisen tai toimintakykykuntoutuksen piiriin. Teknisavusteinen kuntoutus (*technology-assisted rehabilitation*), jossa hyödynnetään teknologiaa, robotiikan sovelluksia ja virtualisuutta kuntoutusharjoituksia tehtäessä ja jossa tekniikan ja laitteiden avulla tehdään harjoittelusta turvallisempaa ja vaikuttavampaa (esim. [www.terkku.fi](http://www.terkku.fi)), sopii hyvin saman nimikkeen alle.

Termejä kuntoutusteknologia (rehabilitation technology) ja teknologinen kuntoutus (technological rehabilitation) on käytetty yleistermeinä viittaamassa teknologisten sovellusten, laitteiden, robotiikan ja apuvälineiden käyttöön pyrittäessä parantamaan vammaisten ihmisten toimintamahdollisuuksia. Tekniset ja teknologiset ratkaisut voivat sekä parantaa ihmisen selviytymistä erilaisissa työ- ja kotiympäristöissä että luoda ihmisille uusia mahdollisuuksia oppimiseen. Yleistermi teknologinen kuntoutus ei tunnu tarkoituksenmukaiselta – mielekkäämmältä tuntuu puhua kuntoutusteknologisista sovelluksista, jotka voivat olla osa ammatillista, kasvatuksellista tai sosiaalista kuntoutusta.

***Psykiatrinen, psykososiaalinen ja mielenterveyskuntoutus.*** Psykiatrinen kuntoutus on vanha termi, jolla tarkoitetaan diagnosoituja psykiatrisia sairauksia potevien henkilöiden kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutus on Suomessa 2000-luvulla käyttöön tullut termi, jolla on viitattu erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kuntoutukseen: kyse voi olla paitsi diagnosoiduista psykiatrisista sairauksista myös vaikeista elämänkriiseistä tai uupumuksesta (esim. Näkökulmia..., 2002). Pyrkimyksenä lienee ollut korvata medikalistisia sävyjä sisältävä psykiatrisen kuntoutuksen termi vähemmän leimaavalla termillä, joka on paremmin sovitettavissa asiakaslähtöisten toimintatapojen ja sosiaalisen vammaiskäsityksen kehyksiin. Englanninkielisen termin *psychiatric rehabilitation* rinnalle nousi vastaavin perustein termi psykososiaalinen kuntoutus<sup>13</sup> (*psychosocial rehabilitation*; esim. Cnaan, 1988), jota koskevan konsen-

<sup>13</sup> Psykososiaalisella kuntoutuksella voidaan myös viitata toteutettavaan kuntoutusmenetelmään, toisin sanoen psykologisten ja sosiaalisten menetelmien soveltamiseen esimerkiksi fyysisiin rajoituksiin liittyvässä kuntoutuksessa. Tässä ei käsitellä tätä merkitystä.

suslausunnon Maailman Terveysjärjestö antoi vuonna 1996 tukena alan asiakasjärjestölle.

Pylkkänen (2008) näkee mielenterveyskuntoutuksen käsitteen ongelmalliseksi sen laajuuden takia ja pitää parempana erottaa ns. vaikeista mielenterveyden häiriöistä potevien psykiatrisen kuntoutus muihin psyykkisiin ongelmiin liittyvästä kuntoutuksesta. Selvää rajaa hän ei kuitenkaan määrittele. Irma Moilanen (2008) käyttää pääasiassa termiä mielenterveyskuntoutus kirjoittaessaan lasten ja nuorten kuntoutuksesta. Rajanveto hoidon ja kuntoutuksen välillä on erityisesti mielenterveysongelmissa vaikeaa. Moilanen (2008) toteaa, että esimerkiksi autistisen lapsen hoitoon kuuluvat lääkehoidon lisäksi erilaiset terapeuttiset, yhteisölliset ja kasvatukselliset toimet, joita voidaan ehkä paremminkin määritellä kuntoutukseksi kuin hoidoksi.

Käytetäänpä termiä psykiatrisen kuntoutus tai mielenterveyskuntoutus, käsite ei sisällä pelkästään toimintakykykuntoutusta, vaan myös useat psykiatrisen kuntoutuksen oppikirjat käsittelevät myös klubitalomalleja, tuettua asumista, tuettua oppimista ja tuettua työllistymistä eli selvästi sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen piiriin kuuluvia asioita. Mielenterveyskuntoutuksen käsite on Suomessa nopeasti levinnyt ja tarkoituksenmukainen käsite psykiatrisen kuntoutuksen käsitteen rinnalla. On kuitenkin varottava käsitteen käyttöä kaikessa mahdollisessa mielenterveyttä edistävässä toiminnassa.

***Opinnollinen kuntoutus?*** Termi opinnollinen kuntoutus syntyi Parlamentaarisen aikuiskoulutustyöryhmän työn pohjalta 2000-luvun alkuvuosina. Sillä on viitattu aikuiskoulutukseen ja elinikäiseen oppimiseen liittyvään yleissivistävään koulutukseen, jonka avulla pyritään kehittämään oppijan oppimisvalmiuksia ja yleistä elämänhallintaa. Opinnollisen kuntoutuksen kehittämisen tukena on ollut opetusministeriön vapaalle sivistystyölle hyväksymä toimintamalli, jonka tavoitteena on ollut lisätä aikuiskoulutuksessa aliedustettujen kansalaisryhmien osallistumista vapaan sivistystyön koulutukseen. Opinnollisen kuntoutuksen on katsottu soveltuvan erityisesti maahanmuuttajien, vaikeasti vammaisten henkilöiden ja vapautuvien vankien koulutukseen.

Kaikkea opiskelua ei kuitenkaan pidä määritellä kuntoutukseksi. Opiskelu on väylä parempaan elämään ja sellaisenaan usein valtaistavaa, ja kaikki eri väestöryhmien opiskelua ja sivistystyötä tukevat ratkaisut yhteiskunnassa ovat luonnollisesti kannatettavia. Ns. tuettu koulutus tai opiskelu (supported education) on tärkeä osa kuntoutusta henkilöillä, jotka tarvitsevat opintojensa aikana enemmän tukea kuin suomalaisissa oppilaitoksissa on nykyään mahdollista saada. Yleissivistävä opiskelu voi olla osa kasvatuksellista kuntoutusta, mutta voi tukea myös sosiaalisen kuntoutuksen toteutusta.

Opinnollisen kuntoutuksen piiriin kuuluva toiminta on nelijaossa selvästi aikuisten kasvatuksellista (educational) kuntoutusta. Termin käytön perusteet jäivät epäselviksi.

***Geriatrinen, gerontologinen ja iäkkäiden kuntoutus.*** Sairaudet ja erilaisten toiminnanvajeiden riskit lisääntyvät ikääntymisen myötä, mutta vanhuus ei sellaisenaan ole sairaus. Geriatrinen kuntoutus on lääketieteen piiriin kuuluva käsite, jonka lähtökohdista ovat ikääntyneen väestön sairaudet, kun taas gerontologinen kuntoutus pyrkii olemaan laaja-alaisempi, vanhenemisen eri puolet ja kotiympäristössä selviytymisen haasteet huomioon ottava kuntoutusmuoto. Geriatrisessa kuntoutuksessa korostetaan siten painokkaammin lääketieteellisten tutkimusten ja diagnosoinnin merkitystä kuntoutustarpeiden määrittelyssä. Kummassakin tavoitteena on mahdollisimman hyvä toimintakyky ja arkielämässä selviytyminen eivätkä kuntoutusmuodot määrittelytapo-

jensa osalta nykyään eroa paljonkaan toisistaan: kummassakin käytetään sekä toimintakykykuntoutuksen että sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteitä.

## 5.6 MILLAINEN KOKONAISUUS?

Edellä esitetystä käy ilmi, että tavat määritellä ja kuvata kuntoutuksen eri osa-alueita vaihtelevat ja eri osa-alueet kietoutuvat toisiinsa monin tavoin. Ne eivät rajaudu asiantuntijoiden ammattialojen mukaan, vaan kaikki osa-alueet ovat toteutukseltaan monialaisia ja -ammattillisia. Toimintakykykuntoutus ei ole vain lääkärien aluetta, vaan mukana on laaja joukko työntekijöitä terapeuteista psykologeihin ja sosiaalityöntekijöihin. Myöskään sosiaalinen kuntoutus ei ole sosiaalityöntekijöiden toteuttamaa kuntoutusta, vaan monialaista, monenlaista osaamista edellyttävää toimintaa, johon osallistuvat eri ammattiryhmät.


Hyvä kuntoutus on lähes aina monialaista. Esimerkiksi Kansainvälisen työjärjestön (ILO, 2002) mukaan ammatillisen kuntoutuksen prosessiin sisältyy usein samanaikaisesti sekä ammatillisia että lääkinällisiä, kasvatuksellisia, sosiaalisia ja psykologisia osatekijöitä, ja Kelan vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutusjakson sisällön suunnittelussa pyritään ottamaan laaja-alaisesti huomioon kuntoutujan fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen tarve (Kela, 2011). Psyykkinen ja sosiaalinen ovat läsnä jo sairauden hoitovaiheessa ja sen jälkeisessä fysioterapiassa. Sairausloman jälkeinen työhön paluu voi edellyttää työjärjestelyjen ja työkokeilun lisäksi monenlaista ohjausta ja tukea, psyykkistä valmennusta, kuntoutujan saattamista kotoa työpaikalle ja mahdollisesti henkilökohtaisen tukihenkilön nimeämistä työpaikalta.

Jos kuntoutuslajeja sovitetaan vanhaan sairaus- ja vammaperusteiseen ICIDH-viitekehukseen, toimintakykykuntoutuksessa ja kasvatuksellisessa kuntoutuksessa lienee ensi sijassa kyse fyysisen ja psyykkisen toiminnanvajavuuden voittamisesta, kun taas ammatillisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa kyse on ensi sijassa yksilön selviytymisestä fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössään eli sosiaalisen haitan vähentämisestä. ICF-mallissa vastaavanlaista rajanvetoa suoritusten ja osallistumisen välillä ei ole tehty, mutta lääkinällinen ja kasvatuksellinen kuntoutus koskettanevat ensi sijassa suoritusten aluetta, kun taas ammatillisessa ja sosiaalisessa kyse on ensi sijassa osallistumisesta. Vaikka voidaan toivoa, että lääkinällinen tai toimintakykykuntoutus sellaisenaan riittää sosiaalisten roolien palautumiseen ja sosiaaliseen osallisuuteen, se ei sisällä niitä suoranaisesti tukevia elementtejä.

Kuviossa 9 on tarkasteltu kuntoutuksen eri osa-alueiden roolia ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen eri osa-alueilla, alkaen oppimisesta ja tiedon soveltamisesta aina yhteiskunnalliseen ja yhteisölliseen toimintaan saakka. Kyseessä on eräänlainen harjoitelma, joka samalla osoittaa sekä ICF-luokituksen että kuntoutuksen osa-aluejaon ongelmakohtia. Suoritusten ja osallistumisen ulottuvuudet on osittain jaettu suoritusten ja osallistumisen kesken<sup>14</sup>, huolimatta siitä, että kaikkiin ulottuvuuksiin kuuluu osittain kummankin tason piirteitä. Oppiminen ja tiedon soveltaminen, erilaiset tehtävät ja niiden tekemisen vaateet ja kommunikointi on sijoitettu enemmän suoritusten kuin osallistumisen alueelle, kun taas kotielämä, koulutus ja työ sekä yhteiskunnallinen osallistuminen kuuluvat pääasiassa osallistumisen ja sosiaalisten roolien

<sup>14</sup> Vastaavia kokeiluja on ICF-mallin käyttöönottovaiheessa tehty mm. Australiassa (ICF Australian..., 2003). Todettakoon, että kuviossa 9 esitetty ulottuvuuksien jako suoritusten ja osallistumisen kesken ei täysin vastaa kumpaakaan Australiassa kokeiltua jaottelutapaa.

toteutuksen alueelle. Monet ulottuvuudet liikkuvat selvästi sekä suoritusten että osallistumisen alueella. Kuntoutuksen osa-alueista toimintakykykuntoutuksen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen katsotaan painottuvan useammin suoritusten kuin osallistumisen alueelle, ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen pääosin osallistumisen alueelle.

	Suoritukset (tehtävät ja toimet)	Osallistuminen (sosiaaliset roolit arkielämässä ja yhteiskunnassa)
Oppiminen ja tiedon soveltaminen	kasvatuksellinen kuntoutus toimintakykykuntoutus	
Erilaiset tehtävät ja niiden tekemisen vaateet	toimintakykykuntoutus	
Kommunikointi	kasvatuksellinen kuntoutus toimintakykykuntoutus	
Liikkuminen	toimintakykykuntoutus	
Itsestä huolehtiminen	toimintakykykuntoutus sosiaalinen kuntoutus	
Kotielämä		sosiaalinen kuntoutus
Vuorovaikutus ja ihmissuhteet	kasvatuksellinen kuntoutus toimintakykykuntoutus sosiaalinen kuntoutus	
Keskeiset elämänaalueet: koulutus		kasvatuksellinen kuntoutus ammatillinen kuntoutus
Keskeiset elämänaalueet: työ		ammatillinen kuntoutus
Keskeiset elämänaalueet: taloudellinen elämä		ammatillinen kuntoutus sosiaalinen kuntoutus
Yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen toiminta		sosiaalinen kuntoutus

**Kuvio 9.** Harjoitelma sosiaalisen, ammatillisen, kasvatuksellisen ja toimintakykykuntoutuksen toiminta-alueista ICF:n suoritusten ja osallistumisen eri osa-alueilla.

Kuntoutuksen sisällöllinen moninaisuus ja moniasiantuntijuus merkitsee, että eri kuntoutuslajit eivät erotu toisistaan toiminnan tarkoituksen ja sisällön perusteella määrittävinä peräkkäisinä kokonaisuuksina. Kyse on samaan tavoitteeseen tähtäävien eri alojen asiantuntijoiden tai organisaatioiden yhteistyöstä, jossa jokainen taho tarjoaa käyttöön oman asiantuntemuksensa mukaisen työpanoksen. Kuntoutuksen neljä osa-alueita ovat toimintamuodoiltaan moniammatillisia, ja niiden erottaminen toisistaan tapahtuu vain yhdistäen niiden tavoitteita, toimintamuotoja ja asiakkaiden ongelmia. Karkea yhteenveto on seuraava:

- 1) **Toimintakykykuntoutuksessa** (joka kuvastaa nykytilannetta paremmin kuin *lääkinnällinen kuntoutus*) pyritään kuntoutujan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn paranemiseen tai sen alentumisen estämiseen. Erilaiset elintapoihin ja elämäntapoihin liittyvät asiat – mm. liikuntaharjoittelu ja ravintoasiat - ovat toimintakykykuntoutuksen keskeistä aluetta. ”Elämäntapakuntoutukseen” olisi kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota; siihen kuuluu opetuksen ja ohjauksen lisäksi myös elämäntapamuutosten mahdollistaminen fyysisten, sosiaalisten ja taloudellisten ratkaisujen avulla. Teknologiset apuvälineet ja kuntoutusteknologia muuttavat osaltaan toimintakykykuntoutuksen luonnetta. Usein oletetaan, että onnistunut toimintakykykuntoutus sellaisenaan johtaa myös arkielämässä, työssä ja yhteiskunnassa selviytymiseen. Näin ei kuitenkaan läheskään ole, minkä

vuoksi toimintakykykuntoutuksen yhteydessä olisi aina selvitettävä, miten kuntoutusprosessia jatketaan lopullisen tavoitteen saavuttamiseksi.

- 2) ***Ammatillisessa kuntoutuksessa*** pyritään työttömyyden tai työssä selviytymisen ongelmien takia tukea tarvitsevan työkyvyn tai työssä selviytymisen paranemiseen, työhön paluuseen tai työllistymiseen. Erilaiset työllistymistä tukevat toimenpiteet kuten tuetun työllistymisen keinot, työn räätälöinti, työvälineiden ja työympäristön suunnittelu ovat osa ammatillista kuntoutusta ja edellyttävät yhteistyötä työnantajien kanssa. Siihen kuuluvat myös työllistymismahdollisuuksia tukevat pidemmät väylät kuten ammatilliseen pätevoitymisen tähtäävä koulutus ja sen edellyttämä pohjakoulutus. Kun työ asetetaan kuntoutuksen tavoitteeksi, on huolehdittava siitä, että muu toiminta ei nouse esteeksi siihen etenemiselle. Vaihtoehtoiseksi termiksi ammatilliselle kuntoutukselle on noussut *työelämäkuntoutus*. Se laajentaa ammatillisen kuntoutuksen käsitettä sosiaalisen kuntoutuksen ja välityömarkkinoiden suuntaan ja voi sen vuoksi hämärtää työtavoitteiden määrittelyä ja määrätietoista pyrkimistä kohti työtavoitetta.
  
- 3) ***Sosiaalisessa kuntoutuksessa*** tavoitteena on eri syistä syrjäytyneiden tai tuen tarvetta omaavien henkilöiden yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen osallisuuden vahvistaminen. Se voi edeltää ammatillista kuntoutusta tai voi seurata toimintakykykuntoutusta silloin, kun paluu sosiaaliseen yhteisöön tai kotiympäristöön osoittautuu vaikeaksi. Myöskään sosiaalisista syistä kuntoutusta tarvitsevien, esimerkiksi syrjäytyneiden nuorten, palvelutarpeet eivät rajoitu pelkästään ns. sosiaalisiin palveluihin. Esimerkiksi liikunnalliset palvelut, psyykkinen valmennus, opiskelun tukeminen tai suorat työllistävät toimenpiteet voivat olla avain muutokseen. Vankien kuntoutumisessa yhteiskuntaan erilaiset oppimiseen ja sopeutumiseen liittyvät kysymykset voivat olla keskeisiä ja sosiaalinen kuntoutus lähentyä kasvatuksellista kuntoutusta.
  
- 4) ***Kasvatuksellisessa kuntoutuksessa*** kyse on kasvatuksellisten ja kuntoutuksellisten keinojen yhdistämisestä tavoitteena vammaisen, pitkäaikaissairaana tai sosiaalisen syrjäytymisen kierteessä olevan ihmisen sosiaalisen ja kulttuurisen kehityksen tukeminen ja kansalaistaitojen oppiminen. Käsitteenä se soveltuu sekä lasten että aikuisten kuntoutukseen, mutta Suomessa se toteutuu etupäässä oppilaitoksissa ns. erityistä tukea tarvitseville lapsille ja nuorille annettavana opintojen tukena. Aikuisilla kasvatuksellinen kuntoutus toteutunee tällä hetkellä etupäässä kiinteänä osana toimintakykykuntoutusta eikä erotu siitä omaksi alueekseen.

Yritys määrittellä kuntoutuksen osa-alueita osoittautui vaikeaksi: tarkkaa rajanvetoa eri osa-alueiden välille ei edellisessä tarkastelussa muodostunut. Nelijako on siitä huolimatta käyttökelpoinen monissa tilanteissa toiminnan suuntautumisen karkeaan osoittamiseen. Termien käyttö edellyttää kuitenkin, että kussakin spesifisessä tilanteessa todetaan toiminnan tarkemmat rajat (vrt. Rajavaara & Lehto, 2013). Viime aikoina on tendenssinä ollut muodostaa uusia osa-alueita eri ammattiryhmien tai asiantuntijaryhmien toteuttamalle kuntoutustoiminnalle. Tässä luvussa mainitaan mm. käsitteet liikunnallinen kuntoutus, ravitsemuskuntoutus ja opinnollinen kuntoutus, jotka kuvaavat liikunnan ja fysioterapian asiantuntijoiden, ravitsemuksen asiantunti-

joiden ja yleissivistävien oppilaitosten henkilöstön toteuttamaa osaa kuntoutuksesta. Tämä ei välttämättä ole tarkoituksenmukainen kehityssuunta.



## 6 KUNTOUTUSPROSESSIN TOTEUTUMINEN

### 6.1 MONIALAISEN TYÖN TAUSTALLA HOLISTINEN IHMISKÄSITYS

Kuntoutuksen on katsottu toiminnan alkuvaiheista lähtien edellyttävän monialaista ja moniammatillista työskentelyä: kuntoutusprosessin eri vaiheissa voidaan tarvita muun muassa lääkärin, sosiaalityöntekijän, psykologin, työelämän asiantuntijan, fysioterapeutin, askartelunohjaajan ja opettajan asiantuntemusta sekä heidän näkemyksensä sovittamista tarkoituksenmukaiseksi kokonaissuunnitelmaksi (United Nations, 1953). Maailman terveysjärjestön ja Maailmanpankin julkaisemassa teoksessa World Report on Disability (2011) todetaan vastaavaan tapaan kuntoutuksen olevan monialaista ja eri toimintasektorien poikki kulkevaa toimintaa, jota toteuttavat terveysalan ammattilaiset yhteistyössä kasvatuksen, työllisyyden, sosiaalialan ja muiden alojen ammattilaisten kanssa.

Monialainen, hyvin toimiva yhteistyö on useiden tutkimusten mukaan toiminnan vaikuttavuutta parantava tekijä (esim. Rissanen & Aalto, 2002). Sen perustana on holistinen ihmiskäsitys, jossa yhdistyvät olemassaolon eri puolet: kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus, suhde ympäristöön (Rauhala, 2005). Ihminen ymmärrettään toimivana agenttina, joka on vuorovaikutuksessa ympäristöönsä ja pyrkii toteuttamaan omia tavoitteitaan elämässä. Kuntoutuksen asiantuntijoiden piirissä on varsinkin laajasti hyväksytty Maailman Terveysjärjestön (WHO, 2001) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF, joka tarjoaa – ongelmistaan huolimatta – viitekehyksen toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan kuvaamiseen ja voi siten luoda perustan eri ammattiryhmien väliselle yhteistyölle.

### 6.2 KETJUMAISESTA SAMANAIKAISEEN YHTEISTYÖHÖN

Monialainen työskentely on aina ollut kuntoutukselle tyypillistä. Erityisesti kuntoutuksen ensimmäisinä vuosikymmeninä eri ammattilaiset osallistuivat yksilön kuntoutusprosessiin vaiheittain.

Monialainen yhteistyö toteutui tuolloin *ketjumaisena yhteistyönä*: kuntoutus muodostui peräkkäisistä jaksoista ja eteni lineaarisesti kasvatuksellisesta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta edelleen ammatilliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Silloin keskeinen asia yhteistyössä oli, kuinka kuntoutumisen etenemisen kannalta relevantti tieto onnistuttiin siirtämään edellisestä vaiheesta seuraavaan.

Viime vuosina yhteistyön luonteessa on kuitenkin tapahtunut selvä muutos. Tällä hetkellä kuntoutus perustuu paljolti *samanaikaiseen, ”reaaliaikaiseen” yhteistyöhön*: eri alojen tai organisaatioiden asiantuntijat osallistuvat asiakkaan kuntoutusprosessiin samaan aikaan, ja asiantuntijoiden hyvää keskinäistä yhteistyötä tarvitaan, jotta asiakas saa tarvitsemansa tuen sekä tavoitteiden muodostamisessa että pyrkiessään etenemään niitä kohti. (Esim. Järvikoski & Karjalainen, 2008.)

Tämä kuntoutuksen eri vaiheisiin sisältyvä monen toimijan yhteistyö voi olla selvästi kahdenlaista:

- 1) Se voi perustua tyypillisesti eri ammattiryhmien edustajien yhteistyöhön: esimerkiksi kuntoutuslaitoksessa lääketieteen eri erikoisalojen, psykologian, toimintaterapian ja sosiaalityön edustajat tekevät tiimityötä, jonka tuloksena mahdolliset toimintavaihtoehdot kiteytyvät ja interventio toteutuu. Asiakas voi tavata joskus koko työryhmän samalla kertaa, mutta yleensä työskennellä tiiviimmin jonkun työryhmän jäsenen tai joidenkin jäsenien kanssa.
- 2) Usein kuitenkin on kyse eri organisaatioiden edustajien yhteistyöstä. Silloin asiakas käy kunkin asiantuntijan kanssa erikseen keskustelemassa tai hoitamassa jotakin osaa kuntoutuksestaan. Prosessin eteneminen edellyttää kuitenkin myös jonkinlaista yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Se voi olla pelkkää tietojen vaihtamista, mutta useimmiten lienee tarpeen luoda yhteinen käsitys asiakkaan tilanteesta, jotta vältetään ristiriitaiset viestit asiakkaalle. Yhteistyön onnistumisesta riippuu, tekeekö asiakas lopulliset ratkaisunsa ilman tukea vai onko hänellä tukihenkilö hänen tehdessään omia valintojaan.

Monialaisen työskentelyn merkittävä etu on se, että se voi periaatteessa taata sen, että kuntoutujan erilaiset tarpeet otetaan samalla kertaa huomioon. Silloin kun on kyse useasta eri organisaatiosta ja niiden keskinäisestä yhteistyöstä, ei eri osapuolten tapaaminen ole jatkuvaa, vaan tapahtuu silloin tällöin, spesifisiä tavoitteita varten. Silloin on huolehdittava erityisen tarkasti vastuukysymyksistä. Asiakkaiden kannalta erityisen vaikeita ovat tilanteet, joissa kuntoutusprosessi katkeaa siksi, että kukaan ei huolehdi siitä, sekä se, että mikään organisaatio ei katso olevansa vastuusta tuen tarpeessa olevan henkilön asioista.

### 6.3 YHTEISTYÖN ONGELMISTA VASTUUHENKILÖMALLEIHIN

Monialainen toiminta ja eri ammattialojen ja organisaatioiden asiantuntemus ovat kuntoutuksessa usein välttämättömiä. Kuntoutuksen vaikuttavuutta murentavat kuitenkin vastuiden jakamisen ongelmat. Jos monialaisessa tai usean organisaation yhteisessä asiakasyhteistyössä vastuu on monella, vaarana on, että sitä ei kanna kukaan: mikään taho ei tunnista olevansa ensisijaisvastuussa prosessin etenemisestä. Silloin ”prosessinohjaus” jää asiakkaalle itselleen, eikä hänellä useinkaan ole sen edellyttämiä riittäviä tietoja ja taitoja. Monissa tutkimuksissa on todettu, että *palvelujärjestelmän ongelmana ovat vastuuta koskevat epäselvyydet, prosessien umpikujat ja väliinpuotoamistilanteet, jotka tuhlaavat sekä inhimillisiä voimavaroja että yhteiskunnan rahoja*. Riitta-Liisa Kokon (2003) tutkimuksessa kävi ilmi tapauksia, joissa kukaan kuntoutustyöryhmän jäsenistä ei muistanut viedä kuntoutujan asiaa eteenpäin eikä vastuuhenkilöä ollut sovittu. Anna Metteri (2012) toteaa: ”Väliinpuotoaminen järjestelmiin ja sosiaaliturvaa vaille jääminen tapahtuu osaksi sen takia, että eri organisaatiot ja ammattilaiset eivät tee yhteistyötä, eivät selvitä kokonaistilannetta eivätkä katso asiakkaiden tilanteita riittävän monipuolisesti. Hyvinvointipalvelujen ja sosiaalivakuutuksen eri alueet ja eri ammatit eivät tuo osaamistaan ja tietoaan yhdessä asiakkaan tilanteeseen, vaan asiakkaan vastuulle jää kulkeminen luukulta toiselle ja omien asioiden koordinoiminen, mihin monella ei ole tietoa, osaamista eikä käytännön mahdollisuuksia.”

Tiiviimmän prosessinohjauksen välttämättömyydestä kuntoutuksessa on puhuttu 1970-luvun lopulla asetettujen kuntoutustoimikuntien mietinnöistä alkaen. Keskustelu on paljolti koskenut kuntoutuksen *vastuuhenkilön* määrittelyä. Vaikeutena on ollut

päätää, mihin järjestelmään vastuuhenkilö kussakin vaiheessa sijoittuu ja miten vastuuhenkilön vaihto tapahtuu asiakkaan siirtyessä toimimaan pääasiassa jonkin toisen järjestelmän piirissä.

Vastuuhenkilön, kuntoutukseluotsin tai kuntoutuksen palveluohjaajan tehtäväksi on katsottu laatia suunnitelma kuntoutuksen tavoitteista ja toteutuksesta yhdessä kuntoutujan kanssa, eri järjestelmien edustajia konsultoiden, sekä sen jälkeen pyrkiä turvaamaan kuntoutusprosessin jatkuvuus sen kaikissa vaiheissa. Se tarkoittaa, että kuntoutukseluotsi arvioi yhdessä asiakkaan kanssa prosessin etenemistä ja silloin, kun prosessin etenemisessä kohdataan ongelmia, niitä ratkotaan yhdessä. (Esim. Järvikoski & Puumalainen, 1998; ks. myös Lindh, 2013.)

Kysymys kuntoutuksen vastuuhenkilöstä on ollut yhtä ajankohtainen vuosikymmenestä toiseen. Esimerkiksi Asiakkaan äänellä –tutkimuksen mukaan Kelan vaikeavammaisten kuntoutukseen osallistuneiden lasten vanhemmista ja aikuisista kuntoutujista suuri osa kaipasi yhteyshenkilöä, jonka puoleen tietäisi kääntyä kuntoutusasiossa (Martin ym., 2008), ja kuntoutustulokset arvioitiin paremmiksi, jos tällainen yhteyshenkilö oli (Järvikoski ym., 2013). Sama tilanne on havaittu monissa muissakin yhteyksissä. Työeläkelaitosten ja Vakuutus kuntoutus VKK:n kuntoutusneuvojat hoitavat asiakkaidensa kuntoutusprosessia tähän tapaan, mutta ongelmana ovat usein pitkät etäisyydet ja pääasiassa puhelinkontaktit, joiden takia eniten tukea tarvitsevat asiakkaat eivät aina saa riittävää tukea.

Viime vuosina yhteys- ja vastuuhenkilökysymykseen on alettu kiinnittää erityistä huomiota työelämätaavoitteisessa toiminnassa. Kela käynnisti vuonna 2012 työkykyneuvontapalvelun nimeten siihen *työkykyneuvoja*, jotka antavat sairauspäivärahaa saaville ja kuntoutusta tarvitseville yksilöllistä tukea työelämään paluun edistämiseksi. He kartoittavat tilanteen, antavat tietoa mahdollisuuksista, keskustelevat yhteistyökumppanien kanssa tilanteesta, tekevät asiakkaan kanssa työhönpaluuta koskevan suunnitelman, ohjaavat kuntoutuspalveluihin, seuraavat ja arvioivat prosessin etenemistä yhdessä asiakkaan kanssa ja sopivat jatkotoimenpiteistä.

Osatyökykyiset työelämässä –raportin laatinut asiantuntijatyöryhmä (STM, 2013b) ehdottaa puolestaan *työkykykoordinaattorien* nimeämistä toisaalta työpaikalle tai työterveyshuoltoon (työssä olevat), toisaalta TE-toimistoon (työelämän ulkopuolella olevat). Työkykykoordinaattori laatii yksilöllisen suunnitelman, jonka tavoitteena on työssä jatkaminen, työhön palaaminen tai työllistyminen. Käytännössä hän rakentaa eri keinoista yhdessä osatyökykyisen henkilön kanssa henkilökohtaisen, toimivan kokonaisuuden, johon osatyökykyinen on sitoutunut. Hän huolehtii myös siitä, että suunnitelma etenee vaihe vaiheelta, ja vaikuttaa siihen, että osatyökykyisen motivaatio kestää mahdolliset takaiskut.

Tällaisissa malleissa kuntoutusratkaisut kiteytyvät kuntoutujan ja neuvojan tai koordinaattorin välisessä yhteistyössä, jossa tehdään suunnitelmia, arvioidaan yhdessä prosessin etenemistä ja tehdään tarpeen mukaan uusia valintoja. Kuntoutusverkostoon kuuluvat muut toimijat näyttäisivät olevan lähinnä konsultin asemessa suhteessa tähän työpariin: he arvioivat tilannetta oman organisaationsa tai ammattinsa näkökulmasta ja antavat sen perusteella lisätietoja. Ensisijainen vastuu toiminnan etenemisestä näyttää kuitenkin olevan kuntoutujan ja koordinaattorin työparilla. Jos yhteistyö jatkuu koko prosessin ajan riippumatta siitä, minkä organisaatioiden palveluja käytetään, tällä mallilla on todennäköisesti huomattavia ansioita muihin vaihtoehtoihin nähden. Työkykyneuvojalta tai –koordinaattorilta edellytetään tällöin hyvää perehtyneisyyttä koko palvelujärjestelmään ja vaihtoehtoihin kuntoutuspalveluihin. Silloin kun työkykykoordinaattori toimii työpaikalla tai työterveyshuollossa, avainasioita ovat työpai-

kan, sen organisaatioiden ja työkyvyn tukemisen strategioiden tuntemus sekä työnantajan ja esimiehen sitoutuminen toimintaan.

On kuitenkin kysyttävä, onko syntymässä ratkaisu, jossa kullakin järjestelmällä tai organisaatiolla on oma työkyky- tai kuntoutusyhteyshenkilönsä. Kuntoutuksen kokonaisjärjestelmän uusimista odoteltaessa kaivattaisiin erityisesti *malleja, joissa koordinaattorin avulla voitaisiin ylittää eri järjestelmien tai organisaatioiden rajat nykyistä joustavammin, ilman pitkiä odotusaikoja tai uusia päätöksiä.*

## 6.4 PÄÄSY KUNTOUTUSPALVELUIHIN

Kuntoutuksen asiakas on henkilö, jolla on ”kuntoutuksen tarvetta”: tavallisimmin henkilö, jolla on sairauden tai vamman aiheuttamaa tai siihen liittyvää pitkäaikaista tai pysyvää toimintakyvyn alenemaa ja haittaa selviytymiselle ja jonka tilannetta arvioidaan voitavan parantaa kuntoutuksen toimenpiteiden avulla. Eri organisaatioilla on omat kriteerinsä kuntoutuksen käynnistymiselle tai kuntoutusoikeuden muodostumiselle. Tällaisessa tilanteessa mahdollisuus järjestelmien ulkopuolelle putoamiseen on aina olemassa, vaikka kuntoutustyöntekijä havaitsisikin kuntoutustarvetta. Seuraavassa muutamia esimerkkejä järjestelmän ongelmakohdista:

*Havaitaanko lasten ja nuorten kuntoutustarve liian myöhään?* Ns. kasvatuksellinen kuntoutus toteutuu Suomessa etupäässä oppilaitoksessa järjestettävänä tukena erityistä tukea tarvitseville lapsille ja nuorille. Suomessa erityisluokille siirtojen määrä on ollut eurooppalaisessa vertailussa poikkeuksellisen suuri 2000-luvulla. Valtiontalouden tarkastusvirasto (2013) toteaa, että tosiasiallista inklusiota tai integraatiota ei ainakaan laajassa mittakaavassa ole toistaiseksi tapahtunut. Asiasta käydään opetussektorilla edelleen kiivasta keskustelua, johon opettajien uupumus antaa oman lisänsä.

Valtiontalouden tarkastusviraston mukaan erityisopetukseen siirrettyjen oppilaiden määrä on perusopetuksessa kasvanut 2000-luvulla voimakkaasti. Alakoulussa siirron perusteena ovat pääasiassa vaikeat vammat ja oppimisvaikeudet, kun taas yläkoulussa perusteena ovat yleensä tunne-elämän häiriö, sosiaalinen sopeutumattomuus tai kielen kehityksen häiriöistä johtuvat oppimisen vaikeudet. Siirrot painottuvat perusopetuksen viimeisille luokille: yhdeksäsluokkaisista 11 % oli syksyllä 2012 siirretty erityisopetukseen. Tavoite varhaisesta puuttumisesta oppimisvaikeuksiin ja käytöshäiriöihin ei siis näytä kaikilta osin toteutuneen.

Yhdistyneiden Kansakuntien lapsen oikeuksien komitea (Committee on the Rights of the Child) on esittänyt Suomelle huolensa siitä, että opettajia ei kouluteta riittävästi työskentelemään vammaisten lasten kanssa eivätkä vammaisten lasten perheet saa riittävästi tukea ja opetuksen ohjausta lastensa kuntoutuksen tueksi (Erityistä tukea..., 2013). Haapaniemi (2003) painottaa ns. sopeutumattomien lasten erityisluokkaopetusta koskevassa tutkimuksessaan oppilaiden kokonaisvaltaista tukemista riittävän varhaisessa vaiheessa; se edellyttää usein myös koulun ja vanhempien yhteistyötä terveyden- ja sosiaalihuollon kanssa.

*Kuntoutukseen pääsy normaalina osana hoitoketjua.* Terveystieteiden kuntoutuksen ongelma on, että hoitoketju näyttää usein päättyvän ennen kuntoutukseen pääsyä. Esimerkiksi Silvennoinen-Nuoran (2012) väitöskirja-aineiston perusteella kuntoutuksen pääsyyssä on ongelmia kaikissa tutkituissa hoitoketjuissa. Käytännössä hoitoketjujen vaikuttavuutta seurataan harvoin lopputulokseen, esimerkiksi potilaan kotiutu-

miseen saakka. Kuntoutukseen halukkaat ja siitä mahdollisesti tai todennäköisesti hyötyvät eivät pääse kuntoutukseen tai kuntoutusta ei saada riittävässä määrin. Erityisesti työelämän tai työiän ulkopuolella olevilla on vaikeuksia saada hoidon jälkeistä kuntoutusta. Se voi merkitä yksilölle aiheutuvien ongelmien lisäksi sitä, että sairauden tai vamman välilliset kustannukset ovat odotettua suuremmat.

**Mikään taho ei katso olevansa ”ensisijaisessa vastuussa” moniongelmaisesta henkilöstä: esimerkkinä mielenterveys- ja päihdeongelmaiset henkilöt.** Silloin kun asiakkaalla on monenlaisia ongelmia, on vaarana, että mikään palveluorganisaatio ei ota kantaakseen vastuuta hänen asiansa hoitamisesta, vaan kukin taho ohjaa asianomaisen jonkin toisen organisaation palveluihin Muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmaiset henkilöt ohjataan usein mielenterveyspalveluista päihdepalveluihin ja päinvastoin. Myös tämän asiakasryhmän kuntoutuksesta on kansainvälisten tutkimusten mukaan saatu hyviä tuloksia (esim. Drake, O’Neal & Wallach, 2008), mutta ne edellyttävät nimenomaan monialaisia toimia ja eri osapuolten yhteistyötä. Suomessa mielenterveys- ja päihdekuntoutukseen on paneuduttu projektien avulla (esim. Fränti & Väyrynen, 2010), ja parhaillaan toteutetaan kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa (Mielenterveys- ja ..., 2012).

***Vanhusten ja muiden sairaalasta kotiutuvien henkilöiden kuntoutustarvetta ei havaita.*** Kuntoutus ei läheskään aina toteudu niillä iäkkäillä vammaisilla henkilöillä, joilla työhön paluu ei ole tavoitteena. Heidän potentiaalinen kuntoutuksen tarpeensa jää, osin resurssien vähäisyyden vuoksi, usein havaitsematta. Käytännössä se voi tarkoittaa vanhusväestöllä esimerkiksi sairaalahoidon pitkittymistä, vuodepaikoilla ”makuuttamista”, vaikka tiedetään, että pitkäaikainen vuodelepo sairaalassa ei paranna vanhuksen kuntoa vaan heikentää sitä. Nykyään puhutaan jo sairaalahoittoon liittyvästä toimintakyvyn menetyksestä, joka voi olla vakavampi kuin vanhuksen perustauti (Hospital-associated disability H-AD; esim. Sandberg & Valvanne, 2012). Se voi myös tarkoittaa asianomaisen henkilön kotiuttamista ilman riittävää kotikuntoutusta ja siihen liittyvää kotona selviytymisen edellytysten kartoittamista, jolloin seurauksena voi olla paluu sairaalaan muutaman päivän tai viikon kuluttua. Pitemmällä aikavälillä se arvioiden mukaan merkitsee kokonaiskustannusten huomattavaa lisääntymistä kasvavien hoiva- ja huoltokulujen tai uusien sairaalapäivien takia.

***Kelan järjestämän vaikeavammaisten kuntoutuksen saaminen on välillisesti riippuvainen perheen tulotasosta.*** Kelan kuntoutuslakiin sisältyvä säädös vaikeavammaisten henkilöiden lääkinällisestä kuntoutuksesta pyrkii tasoittamaan alueellisia eroja lääkinällisen kuntoutuksen saamisessa. Sen saamisen kriteerinä on muun muassa korotettu- tai erityisvammaistuki tai –hoitotuki, jonka saamiseen vaikuttavat myös vamman tai sairauden aiheuttamat kustannukset, jotka hyvätuloisilla ovat yleensä suuremmat kuin pienituloisilla (esim. Virta, 2006; Autti-Rämö ym., 2011). Tämä tarkoittaa, että erityisesti pienituloisissa perheissä vaikeavammaisten lasten tai aikuisten kuntoutustarve jää helposti havaitsematta. Se, millaisia palveluja saadaan, on myös osin riippuvainen tietojen saamisesta ja asianomaisen henkilön tai hänen omaisensa valmiuksista perustella palvelujen tarvetta.

***”Tarkoituksenmukaisuus” ja ”kiinnittyminen vakiintuneesti työelämään” ammatillisen kuntoutuksen kriteereinä.*** Kun arvioidaan työeläkekuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta, otetaan huomioon työntekijän ikä, ammatti, aikaisempi toiminta, koultus, vakiintuneisuus työelämään sekä se, johtaako haettu ammatillinen kuntoutus to-

dennäköisesti työntekijän terveydentilan kannalta sopivassa työssä jatkamiseen tai työhön palaamiseen. Lisäksi tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan huomioon, siirtääkö kuntoutus todennäköisesti eläkkeelle jäämistä ja siis säästää eläkemenoja. (Esim. [www.etk.fi](http://www.etk.fi).) Hakijan liian huonoksi arvioitu työkyky on usein syy siihen, että ammatillista kuntoutusta ei enää katsota tarkoituksenmukaiseksi. Esimerkiksi vuonna 2011 vajaassa kolmanneksessa kuntoutushakemusten hylkäyspäätöksistä hylkäyksen syynä oli, että kuntoutusta ei pidetty tarkoituksenmukaisena.

Oikeus työeläkekuntoutukseen edellyttää siis, että henkilö on *vakiintuneesti kiinnittynyt työelämään ja yhteys työelämään on säilynyt*. Yhteyden työelämään katsotaan yleensä katkenneen, jos työttömän henkilön viimeisen työsuhteen päättymisestä on jo kulunut yli 2 vuotta (TELA). Tämä säädös ja sen tulkinta lienee yksi syy siihen, mikä takia Miittisen ym. (2011) tutkimuksen mukaan työeläkekuntoutuksen tulkitaan usein keräävän hyödyt kuntoutuksesta. *On vaikea löytää perusteita sille, että työttömyyden pitkittyminen vapauttaa työeläkelaitoksen kokonaan kuntoutusvastuusta silloinkin, kun työntekijällä olisi takanaan pitkä työura ennen työttömäksi joutumista ja työkyvyttömyystilanteessa hänen eläkkeensä maksaisi työeläkelaitos*. Olisiko kuntoutuksen kokonaisjärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaista, että työelämään kiinnittymistä määriteltäisiin vähemmän rajaavasti ja työeläkekuntoutuksen vastuita siten laajennettaisiin?

Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden arviointi edellyttää myös tulevan kehityksen arviointia. Tarkoituksenmukaisuutta on vaikea arvioida lääketieteellisin kriteerein. Gouldin, Saarnion ja Härkäpään (2012) tutkimuksen mukaan niistä hakuhetkellä työvoimassa olleista henkilöistä, jotka saivat kuntoutushakemukseensa hylkäyspäätöksen tarkoituksenmukaisuuskriteerin perusteella, vain noin kolmasosa oli siirtynyt viiden vuoden kuluessa työkyvyttömyyseläkkeelle. Mikä piti heidät työssä näin pitkään, vaikka he saivat hakemaansa kuntoutukseen kielteisen päätöksen siksi, että kuntoutuksen kustantamista ei katsottu tarkoituksenmukaiseksi?

***Työkyvyttömyyden uhka puuttuu.*** Työeläkelaitokset tukevat eri tavoin yritysten työhyvinvointityötä, mutta työeläkekuntoutuksen kriteerit on pidetty tiukkoina. Tavallisin hylkäysperuste työeläkekuntoutuksessa on se, että hakijalta puuttuu sellainen työkyvyttömyyden uhka, joka johtaisi viiden vuoden kuluessa työkyvyttömyyseläkkeelle. Kriteeri on tiukka, kun tiedetään, että esimerkiksi monet tuki- ja liikuntaelinten sairaudet voivat heikentää työpanosta ja aiheuttaa sairauspoissaoloja kymmenen tai kahdenkymmenen vuoden ajan ennen työkyvyttömyyttä. Tiedetään myös, että vaikea psyykinen rasittuneisuus ja uupumusasteinen väsymys ennakoivat myöhempää työkyvyttömyyttä, mutta varmaa tulkintaa viiden vuoden aikana todettavasta työkyvyttömyydestä on lähes mahdoton asettaa.

Työeläkekuntoutuksessa runsas kymmenesosa niistä työssä olevista, joiden kuntoutushakemus hylättiin työkyvyttömyyden uhkan puuttumisen perusteella, siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle viiden vuoden kuluessa (Gould, Saarnio & Härkäpää, 2012). Osuus ei ole kovin suuri, mikä osoittaa, että valtaosa tällä perusteella hylätyistä pystyy koetusta kuntoutustarpeestaan huolimatta pysyttelemään työelämässä vielä pitkään. Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa on myös tämä tieto otettava huomioon. Toisaalta viimeaikaisissa tutkimuksissa huomattava osa kuntoutusta hakeneista on kokenut, että kuntoutus käynnistyi heidän kohdallaan liian myöhään (esim. Gould, Järvikoski & Härkäpää, 2012). Se tarkoittaa, että heidän työpanoksensa on ollut jo pitkään heikentynyt ennen kuin kuntoutusmahdollisuuksia selvitetään.

## 6.5 KUNTOUTTAVA TYÖOTE ERI AMMATEISSA TOIMIVILLA

Edellä viitattiin siihen, että tavat määritellä kuntoutusta muuttuvat yhteiskunnan muuttuessa. Kuntouttavan tai kuntoutumista tukevan työotteen on jo jonkin aikaa katsottu kuuluvan periaatteena ja toimintatapana monenlaiseen hyvään hoitoon ja hoivaan. Sitä painotetaan muun muassa sosiaalityössä ja hoitotyössä sekä muun muassa vanhustyössä ja mielenterveystyössä. Sillä viitataan yhden ammattiryhmän edustajan työtapaan, jossa pyritään ottamaan huomioon asiakkaan autonomia ja vaikutusmahdollisuudet. Asiakastyössä pyritään valitsemaan sellaisia toimintatapoja, jotka tukevat asiakkaan omatoimisuuden ja itsemääräämisen mahdollisuuksia ja siten todennäköisesti edistävät hänen itsenäistä selviytymistään ja elämönhallintaansa.

Esimerkiksi *kuntouttava sosiaalityö* (empowering social work) ymmärretään työorientaatioksi, jonka tavoitteena on sosiaalityön keinoin luoda, palauttaa ja ylläpitää omaehtoisen selviytymisen, hyvän elämänlaadun ja elämönhallinnan edellytyksiä, ehkäistä syrjäytymistä, tukea asiakkaiden itsenäisiä ja myönteisiä elämänvalintoja sekä täysivaltaista kansalaisuutta. Sitä tarvitaan erilaisissa elämäntilanteissa, joissa ihmisten ja erilaisten ryhmien täysivaltainen toiminta on vaikeutunut tai vaikeutumassa, ennen muuta kuntien sosiaalitoimistoissa, päihde-, mielenterveys-, kuntoutus-, vammais-, vanhus- ja maahanmuuttajatyössä sekä terveys- ja kriminaalisosiaalityössä ([www.sosnet.fi](http://www.sosnet.fi)). Voidaan väittää, että kuntouttavan orientaation tulisi olla nykyistä vahvemmin esillä kaikessa sosiaalipalveluissa.

Vastaavasti kuntouttavan tai *kuntoutumista edistävän hoitotyön* tavoitteeksi on katsottu tukea potilasta saavuttamaan ja ylläpitämään toimintakykyä, jotta hän voi elää mahdollisimman itsenäistä ja täysipainoista elämää. Kuntouttavaa hoitotyötä edistävissä mallissa sekä hoitaja että kuntoutuja ovat subjekteja henkilön kuntoutumista vaativassa tilanteessa. (Esim. Routasalo, 2003.) Esimerkiksi vanhusten kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on pidetty tukea potilaan toimintakykyä, jäljellä olevia voimavaroja ja hyvinvointia. Siinä kannustetaan potilasta omatoimisuuteen, muun muassa aktivoimaan häntä liikkumaan omatoimisesti, apuvälineiden kanssa tai hoitajan avustamana. Se on jatkuvaa ja tavoitteellista, voimavaraletäistä toimintaa, joka vaatii potilaan omaa aktiivisuutta, voimavaroja sekä pitkäjänteisyyttä.

Asiakkaan kuntoutumista tukeva toiminta ei aina ole monialaista tai ammatillista. Jos toiminnassa ei tarvita muiden ammattiryhmien tai palveluorganisaatioiden konsultointia tai mukana oloa eikä eri organisaatioiden yhteisiä sopimuksia, lienee tarkoituksenmukaista puhua yksinkertaisesti kuntouttavasta työotteesta tai toimintatavasta liittämättä toimintaa kuntoutuksen yläkäsitteen alle. Silloin kun kuntoutusasiakkaan ongelmat havaitaan aikaisin ja ne ovat suhteellisen yksinkertaisia ja kapea-alaisia, myös toimintatavat voivat olla yksinkertaisia. Asiakkaan kuuleminen, asiakaslähtöisyys ja valtaistava työote ovat olennaisia kaikessa kuntouttavassa.

## 7 KUNTOUTUS JA TYÖ

### 7.1 VARHAISKUNTOUTUS JA TYÖKYKYÄ YLLÄPITÄVÄ TOIMINTA TYÖPAIKOILLA

Työnantajilla on pitkään ollut erilaisia kuntoutus- ja uudelleensijoituskäytäntöjä, joita on sovellettu tilanteissa, joissa työntekijä tulee kyvyttömäksi jatkamaan entisessä työssään. Suurilla työnantajilla näitä ohjelmia oli käytössä jo 1950- ja 1960-luvuilla<sup>15</sup>. Varhaiskuntoutus työpaikalla oli 1970-luvun innovaatio, jonka tarpeen nosti esiin Työterveyslaitoksen Kuntoutuskeskuksen johtaja Pertti Huju (esim. 1976). Sen yksinkertaisena lähtökohdana oli, että työpaikalla tarvitaan kuntoutusta, joka käynnistyy ennen työkyvyttömyystapahtumaa, *työkyvyn alenemista ennakoivien oireiden tai sairauksien* perusteella.

Helsingin kaupungin ja Kuntoutussäätiön yhteistyönä kehitetyssä varhaiskuntoutusmallissa tavoitteena oli työkyvyn ylläpito ja työkyvyn heikentymisen ja työkyvyttömyyden ehkäiseminen. Lähdettiin siitä, että työpaikalla toteutettava varhaiskuntoutus on ensi sijassa *työnantajavastuista toimintaa*, joka olisi kytkettävä työpaikan normaaleihin toimintoihin ja jolla tulisi olla kiinteät yhteydet kuntoutuksen palvelujärjestelmään. Kokeilussa mallissa toimintaa toteutti *kuntoutustyöryhmä*, johon kuului työterveyshoitajan ja työpaikkalääkärin lisäksi kuntoutusalan erityistuntemusta omaava osa-aikainen kuntoutusohjaaja ja osa-aikainen kuntoutuslääkäri. Työyksiköihin valittiin *kuntoutuksen yhdyshenkilöt*, jotka antoivat tarvittaessa tietoa toiminnasta; työsuojelutoimikunta valvoi toimintaa. Varhaiskuntoutukseen voi hakeutua ongelmien perusteella tai sinne kutsuttiin sairausloman tai määritellyn sairauspäiväkertymän jälkeen. Ensisijainen kuntoutustoiminta tapahtui työpaikalla (mm. ohjaus ja neuvonta, erilaiset ryhmämuotoiset kurssit mm. selkä- ja niskaoireiden ja stressin hallintaan, erilaiset työhön liittyvät toimenpiteet ja uudelleen sijoitus). Mikäli tällaiset toimet eivät johtaneet toivottuihin tuloksiin, kuntoutukseen hakeutuva voitiin ohjata työpaikan ulkopuolisiin hoito- ja kuntoutustoimenpiteisiin eri palvelujärjestelmiin, mahdollisesti eri kuntoutusjärjestelmien kustantamana. (Järvikoski & Lahelma, 1980; Järvikoski & Mannila, 1989).

Kansainvälisesti tarkastellen työpaikalla toteutettavan varhaiskuntoutuksen idea otettiin myönteisesti vastaan (esim. Galvin, 1986). Hunt (2009) arvioi Helsingin kaupungin varhaiskuntoutusohjelman olevan ensimmäinen dokumentoitu esimerkki sellaisesta työpaikalla tapahtuvasta *disability management* -toiminnasta, jossa lähtökohdana on työkyvyttömyyden tai työkyvyn alenemisen riski, mutta ei välttämättä jo todettu työkyvyttömyys. Myös Harder ja Scott (2005) viittaavat Järvikosken ja Lahel-

<sup>15</sup> Aikaisemmat käytännöt ovat viime vuosikymmeninä täydentyneet erilaisilla varhaista tukea, reilua esimiestyötä ja työhyvinvointia koskevilla ohjelmilla. Esimerkiksi Neste Oil kertoo www-sivuillaan työterveyshuoltonsa tarjoavan kokonaisvaltaisesti palveluita henkilöstön terveyden ja työkyvyn edistämiseksi. Yhtiössä on käytössä varhaiskuntoutusmallit ja Neste Oilin kuntoutuskurssit, joiden avulla tuetaan ja edistetään työntekijöiden työkykyä. Yrityksellä on oma uudelleensijoitustoiminta, jota varten yrityksessä toimii uudelleensijoituskoordinaattori, sekä ns. korvaavan työn käytäntö, jolloin työtapaturmatilanteissa pyritään löytämään sopiva korvaava työ kuntoutumisajaksi. Yhtiössä sovelletaan myös erilaisia osatyöntekijäkorvauksia. Viime aikoina on pyritty kehittämään erityisesti ennakoivan työhyvinvoinnin toimenpiteitä. Työhyvinvointia on korostettu aiempaa enemmän esimiesten valmennuksessa. Yrityksellä on myös työpsykologi, jonka avulla työn psyykinen rasitus pyritään ottamaan huomioon aikaisempaa paremmin. Toiminnassa yhdistyvät ns. korjaava kuntoutus, varhaiskuntoutus ja yleinen työkykyä ja työhyvinvointia ylläpitävä toiminta, joita kaikkia työnantaja toteuttaa omana toimintanaan.



man (1980) esittelemään varhaiskuntoutuksen käsitteeseen (ks. luku 2.3) tarkastellakseen disability management –toiminnan kehityksen alkutaivalta: ”By providing this definition they set the stage for others such as policy-makers, business and labour leaders, healthcare professionals and academics to begin the process of putting these notions into practice and DM was born.” Galvin (1986) käytti tällaisesta toiminnasta nimitystä ”employer-based disability management and rehabilitation programs”. Sittemmin *disability management* (työkykyasiain hallinta) on ymmärretty työpaikalla toteutettavaksi ehkäiseväksi ja korjaavaksi strategiaksi, jolla pyritään estämään työkyvyttömyyttä ja reagoimaan varhaisessa vaiheessa työkyvyttömyyteen käyttäen koordinoituja, kustannustietoisia, laadukkaita kuntoutuspalveluja, jotka osoittavat myös organisaation sitoutumista toiminnallisia rajoituksia kokevien työllistämiseen (esim. Akabas, Gates & Galvin, 1992; Randall & Buys, 2011).

Suomessa lanseerattiin työkykyä ylläpitävän toiminnan käsite työmarkkinajärjestöjen suosituksen pohjalta 1980-luvun lopulla, ja se siirtyi vuonna 1992 myös työterveyshuoltolakiin. Se tarkoitti ”kaikkea sitä toimintaa, jolla työnantaja ja työntekijät sekä työpaikan yhteistyöorganisaatiot pyrkivät yhteistyössä edistämään ja tukemaan jokaisen työelämässä mukana olevan työ- ja toimintakykyä työuran kaikissa vaiheissa” (STM, 1992). Suomalainen käsite työkykyä ylläpitävä toiminta oli laaja-alainen: keskeisiä kohteita olivat ”työn ja työympäristön parantaminen, työyhteisön ja työorganisaation kehittäminen ja työntekijän terveyden ja ammatillisen osaamisen edistäminen” (STM, 1999). Välitön työkyvyttömyyden ehkäisy ja varhaiskuntoutus eivät kuuluneet työtoiminnan ydinalueisiin, fokus oli sairauksien preventiossa ja myöhemmin yleisessä hyvinvointityössä. Erilaisten hyvinvointia tukevien ohjelmien piiriin hakeutui aktiivisin ja todennäköisesti myös hyvinvoivin työntekijäkunta ja huonommassa asemassa olevat – ne joilla oli todellista työkyvyn alenemisen uhkaa - jäivät helposti sen ulkopuolelle (esim. Liira & Rasanen, 2001).

Kansainvälisessä keskustelussa vastakkainasettelua toisaalta työpaikkojen yleisten hyvinvointistrategioiden, toisaalta yksilöllisen varhaiskuntoutuksen tai työkyvyn huollon välillä ei – ainakaan etäältä tarkastellen - voi havaita. Työkykyasioiden hoitoa tai hallintaa työpaikalla (*disability management*) on yleensä kuvattu sekä työpaikan yleisenä strategiana<sup>16</sup> ja toimintaperiaatteena että terveysongelmaisten työntekijöiden yksilöllisenä palveluna, johon kuuluvat tuki, ohjaus ja työssä selviytymisen kannalta keskeisten toimijoiden välisen yhteistyön koordinointi (esim. Verjans ym., 2011). (Taulukko 3.)

---

<sup>16</sup> Työpaikkakohtaisena strategiana työkykyasioiden hallinta voidaan ymmärtää osana ns. *erilaisuuden tai monimuotoisuuden johtamista* (diversity management). Siinä on lähtökohtana työntekijöiden erilaisuuden tunnistaminen, heidän erilaisuutensa ymmärtäminen arvokkaaksi (ei työpaikan ongelmaksi) sekä yksilöllisten erojen ottaminen huomioon sekä henkilöstöhallinnossa ja työtehtävien ja työolosuhteiden suunnittelussa. Tämä näkökulma koskee kaikkia työntekijöitä, kaiken ikäisiä ihmisiä, eri kulttuurien edustajia, maahanmuuttajia ja myös henkilöitä, joilla heikentynyt terveys tai vamma aiheuttaa rajoituksia työssä. (Esim. Nafukho ym., 2010; Geisen, 2011).

**Taulukko 3.** Työkykyasiain hallinta työpaikalla (disability management): työpaikan strategia ja yksilöllinen toimintamalli (Verjansia ym., 2011 mukailten).

Työkykyasiain hallinta työpaikalla	
Työpaikkakohtainen strategia	Yksilöllinen lähestymistapa
Työpaikkakohtainen sopimus järjestelmästä, jolla työkykyasioita (myös sairauslomalta työhön paluun ongelmia) hoidetaan työpaikalla ehkäisevin ja päämääräorientoitunein periaattein	Yksilöllisesti suunnitellut toimet työkyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi: esim. ohjaus ja tuki; hoitava ja valmentava toiminta; koulutus; työolosuhdemuutokset; työjärjestelyt; tehtävien muutokset, työn vaihto; eri osapuolten toiminnan koordinointi

Yksilöllisenä lähestymistapana työkykyasiain hallinta tarkoittaa niiden työntekijöiden tukemista, joilla on eri syistä aiheutuvia ongelmia työssä selviytymisessä ja työssä jaksamisessa. Tällaisesta työkykyongelmiin liittyvästä yksilöllisestä palvelusta on käytetty myös nimitystä ammatillinen varhaiskuntoutus (*early intervention vocational rehabilitation*) (Allaire, Niu & LaValley, 2005; Allaire ym., 2011). Tällaisissa malleissa ammatillinen varhaiskuntoutus kohdistuu ensi sijassa vielä työsuhteessa oleviin henkilöihin, joilla on kuntoutuksen tarvetta – myös niihin, joilla työkyvyn heikentyminen ei ole vielä aiheuttanut pitkiä sairauslomia ja työkyvyttömyyttä. Malli on siten lähtökohdiltaan sukua suomalaiselle 1970-luvun varhaiskuntoutusmallille.

Suomessa kiinnostus työkykyasiain hoitoon työpaikoilla heräsi uudestaan 2000-luvulla työurien pidentämiskeskustelujen vanavedessä. Disability management -termistä on Suomessa käytetty sekä *työkyvyn hallinnan* (esim. Laine, 2013) että *työkykyjohtamisen* (esim. EK, 2011) termiä. Työkykyjohtaminen on ytimekäs termi, joka kuvannee ensi sijassa taulukon 3 vasemmanpuoleista lohkoa. Työkyvyn tai työkykyasiain hallinnan käsite vastannee paremmin englanninkielisen termin sisältöä. Työkyvyn tukeminen tapahtuu periaatteessa kaikilla prevention tasoilla, ja osa toimista kohdistuu koko organisaatioon, osa johonkin yksikköön ja osa yksilöllisesti työntekijöihin.

Tällä hetkellä Työterveyslaitoksessa toimii asiantuntijajoukko, joka ei vierasta kuntoutuksen yhdistämistä työpaikan työkykyä ylläpitävään toimintaan. Samalla ajatus *työpaikkaan integroituneesta varhaiskuntoutuksesta* on noussut esiin entistä määrätietoisemmin tavoittein. Taulukossa 4 on esitetty aikaisempia jäsennyksiä yhdistäen varhaiskuntoutuksen ja korjaavan kuntoutuksen suhdetta toisaalta terveydenhuollon preventiotasoihin, toisaalta tyky-toiminnan eri tasoihin. Kun tarkastellaan varhaiskuntoutusta osana työpaikan tyky-toimintaa, kyse on *työkyvyn alenemisen uhkan* perusteella käynnistyvästä toiminnasta. Uhkan merkkejä voivat olla toistuvat sairauspäivät, sairausloma tai vaikeudet selviytyä työstä esimerkiksi uupumusoireiden tai kivun takia. Uhka voi tulla esiin sairauspäiväseurannan perusteella, työterveyshuollossa käynnin yhteydessä tai se voidaan havaita suoraan työpaikalla tai tulla esiin esimiehen ja työntekijän keskustelussa.

**Taulukko 4.** Varhaiskuntoutuksen ja korjaavan kuntoutuksen rooli terveydenhuollon preventioketjussa ja työpaikan tyky-toiminnassa (mukaillen Juvonen-Posti, 2010; Juvonen-Posti, Liira & Järvisalo, 2011; Järvikoski & Härkäpää, 2011: 206).

Preventiotaso	tyky-toiminnan taso ja kohde	Kuntoutusnäkökulma
Promootio ja primaaripreventio	Taso 1: koko työpaikka	<b>Toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitäminen:</b> Työhyvinvointia tukevat toimet työpaikalla Terveyttä ja hyviä elintapoja ylläpitävät toimenpiteet (esim. ryhmämuotoinen toiminta, ergonomiset toimenpiteet)
Sekundaaripreventio	Taso 2: työntekijät, joita uhkaa (pitkäkestoinen) työkyvyn aleneminen	<b>Varhaiskuntoutus:</b> – ohjauskeskustelut, suunnittelu, seuranta – työhön ja työpaikkaan integroitu – työssäkuntoutus – ammattitaidon ja osaamisen kehittäminen – varhainen ammatillinen kuntoutus
Tertiääripreventio	Taso 3: työntekijät, joiden työkyky on heikentynyt tai joilla on työkyvyttömyyden uhka	<b>Työkykyä parantava ja työkyvyttömyyttä ehkäisevä kuntoutus</b> – ohjauskeskustelut, suunnittelu, seuranta – työhön paluuta tukeva kuntoutus – ohjaus tarvittaessa ulkopuoliseen kuntoutukseen – ammatillinen kuntoutus työntekijöillä, joilla työkyky on alentunut tai työkyvyttömyyden uhka – ammatillinen kuntoutus työttömyyden uhatessa

Sairauslomalta työhön palaamiseen on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota. Loiselin ym. (1997) tutkimus osoitti, että sairauslomaan liittyvä ammatillinen interventio yhdessä kliinisen intervention kanssa voi lyhentää poissaolopäivien määrän puoleen, ja Anema ym. (2007) totesivat työpaikalla tapahtuvan, erilaisia työjärjestelyjä sisältävän intervention tuottavan huomattavasti parempia tuloksia kuin yksilöllinen valmennusohjelma. Sairauslomalta työhön paluuta tukevat mallit ovat vaihdelleet yksilöllisestä ohjauksesta, ryhmämuotoisesta tuesta, kotoa noutamisesta työkokeiluihin, työjärjestelyihin ja tehtävien muutoksiin. Myös suomalaiset kokemukset sairauslomalta työhön palaamisen tukemisesta ovat olleet myönteisiä (esim. Joensuu, Malmelin, Lindström & Kivistö, 2008; Kivistö, Kallio & Turunen, 2008; Tiainen, Oivo, Puumalainen & Korkeamäki, 2011).

Työpaikan tyky-toimintaan on alusta alkaen kuulunut myös ohjaus tarvittaessa työpaikan ulkopuolisiin kuntoutuspalveluihin, tavallisimmin Kelan ammatilliseen tai lääkinnälliseen kuntoutukseen tai ammatilliseen työeläkekuntoutukseen. Ongelmana on ollut toisaalta kuntoutusmahdollisuuksia koskevan tiedon puute ja kuntoutuspalve-

luihin ohjaamisen sattumanvaraisuus, toisaalta se, että ulkopuolella tapahtuva kuntoutus ei ole yhdistynyt riittävällä tavalla työpaikalla tapahtuvaan toimintaan ja työntekijän työssä jatkamista tukeviin järjestelyihin. Työpaikalla ja työterveyshuollossa tarvitaan eri tutkimusten mukaan enemmän tietoa kuntoutuksesta, sen keinoista ja mahdollisuuksista.

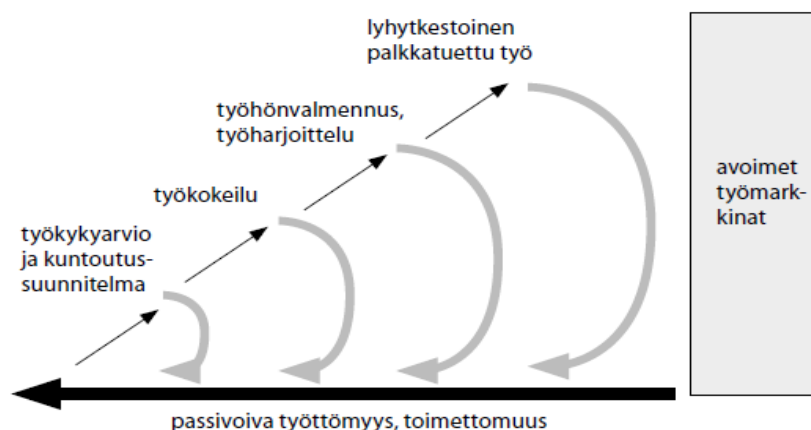
Työeläkekuntoutusta myönnetään varsin tiukkojen kriteerien mukaisesti (luku 5.4). Sen sijaan työeläkelaitosten asiakasyrityksilleen tarjoamien yleisten työhyvinvointipalvelujen toteutukselle ei ole ollut lainkaan säädöksiä. Yrityksille tarjottavien työhyvinvointi-ohjelmien ja tiukoin myöntökriteerein toteutettavan työeläkekuntoutuksen väliltä puuttuu työeläkelaitosten varhaiskuntoutuksellinen toiminta.

Osatyökykyisten tilannetta selvittäneen työryhmän ehdotus työkykykoordinaattorin nimeämisestä työpaikoille tai työterveyshuoltoon on kannatettava. Jos terveydenhuollon monikanavaisuutta pyrittäisiin tulevaisuudessa vähentämään siirtämällä työterveyshuoltoon kuuluva sairaanhoito yleisen terveydenhuoltojärjestelmän piiriin, olisi mahdollista painottaa myös työterveyshuollon tehtäväkenttää nykyistä selvemmin työssä jatkamisen tukemiseen erilaisissa sairaus-, vammautumis- ja uupumistilanteissa.

## 7.2 TYÖLLISTYMISEN TUKEMINEN OSANA AMMATILLISTA KUNTOUTUSTA

Ammatillinen kuntoutus on pääasiassa yksilöön suuntautuvaa toimintaa, jonka avulla pyritään arvioimaan työkykyä, selvittämään mahdollisuuksia työkokeilun avulla ja valmentamaan asianomainen henkilö työmarkkinoille kelpaavaksi. Työllistymisvaihetta ei Suomessa ole ollut tapana lukea varsinaiseen ammatilliseen kuntoutukseen kuuluvaksi: se on ikään kuin kuntoutusta seuraava vaihe, jota varten asiakas ohjataan työ- ja elinkeinotoimiston palveluihin. Kuntoutusprosessin jatkuvuuden kannalta ohjausvastuu vaihtuu siten sangen hankalassa vaiheessa. Muun muassa OECD (2008) viittasi raportissaan siihen, että ammatillinen kuntoutusjärjestelmä on Suomessa monimutkainen ja etäällä työelämästä ja työllistyminen kuntoutuksen jälkeen onnistuu liian harvoin.

Kokonaisuutena ammatillinen kuntoutus toteutuu usein erilaisina valmennusvaiheina, joiden aikana huomio on ensi sijassa kuntoutujan valmiuksien kehittämisessä, ts. niissä yksilöllisissä ominaisuuksissa ja resursseissa, joita pidetään kuntoutujan työllistyvyyden kannalta tärkeitä. Jos mukaan luetaan sekä aikaisemmat ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet että työ- ja elinkeinohallinnon työllistymistä edistävät toimenpiteet, voi vammaisen henkilö osallistua useisiin erilaisiin toimenpiteisiin ilman pääsyä avointen työmarkkinoiden työpaikalle. Erilaisia kuntoutustoimenpiteitä tai työ- ja elinkeinohallinnon työllistymistä tukevia toimenpiteitä voi olla useita, mutta usein ne vain katkaisevat passiivista joutenoloa tai työttömyyttä. Niiden hyödyt jäävät vähäisiksi, jos kuntoutujalla ei niiden aikana ole riittävästi tukea, oppimismahdollisuudet jäävät käyttämättä ja kuntoutuja ei itse löydä keinoja integroitukseen työpaikalle. Toistuvat valmennusjaksot, joista Ollikainen (2008) käyttää käsitettä ”passivoiva palveluspiraali”, ovat ongelmallisia myös kuntoutujan motivaation näkökulmasta. Jos spiraalimainen prosessi jatkuu pitkään, se vahvistaa eläkeorientaatiota ja katkaisee psyykkisen yhteyden työhön. (Kuvio 10.)



**Kuvio 10.** Kuntoutus- ja työllistymispalvelujen passivoiva spiraali (Ollikaisen, 2008, kaaviota mukaillen Järvikoski & Härkäpää, 2013).

Viime vuosina on käytetty käsitteitä siirtymätyö- tai välityömarkkinat kuvaamassa erilaisia vaiheita tai asemia täysipäiväisen työssäolon ja työvoiman ulkopuolella olemisen välillä (Suikkanen, 2008). Kuntoutuksen kannalta niissä on kyse erityisesti siirtymistä eläkkeellä, kuntoutustuella tai työttömänä olemisen, erilaisten työtoiminta- ja tukityöratkaisujen, koulutuksen ja avointen työmarkkinoiden työpaikkojen välillä. Näitä siirtymiä on viime aikoina pyritty sekä Suomessa että muissa maissa tukemaan monenlaisin keinoin. Heikossa työmarkkina-asemassa olevien palveluja koskevan selvityksen (Arnkil, Spangar & Jokinen, 2012) mukaan kaikissa tarkastelluissa maissa oli pyrkimyksenä, että sosiaali- ja terveystoiminta ja palvelut saataisiin paremmin tukemaan työelämään pääsyä, siellä pysymistä ja mahdollisimman hyvää kuntoutumista. Selkeä viesti oli myös, että *parhaiten toimivia olivat sellaiset työelämäratkaisut, joissa pyritään mahdollisimman nopeasti järjestämään mahdollisimman normaali työsuhde normaaliin työelämään ja sitten eri tavoin tukemaan tämän työsuhteen toimivuutta ja vakiintumista.*

Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteiden kannalta kiinnostavia ovat kolme toimintamallia, ts. tuettu työllistyminen, klubitalojen siirtymätyöpaikat ja sosiaaliset yritykset, joiden avulla on viime vuosina pyritty tukemaan siirtymiä kohti mahdollisimman normaaleja työsuhteita. Mallit rantautuivat Suomeen 1990-luvulla Euroopan Sosiaalirahaston projektien kautta (Työhön, elämään, työelämään, 1998.) Seuraavassa käsitellään lyhyesti tuettua työllistymistä ja klubitalojen siirtymätyöohjelmia.

**Tuettu työllistyminen (supported employment).** Tuetun työllistymisen toimintamalli sekoitetaan usein Suomessa jo pitkään käytössä olleeseen palkkatukityöhön. Kyseessä on kuitenkin sisällöltään kaksi täysin eri asiaa. Palkkatukityössä tuki on työnantajalle maksettavaa korvausta siihen, että tämä työllistää terveys- tai työllistymisongelman asiakkaan. Tuetun työllistymisen mallissa tuki on henkilökohtaista ohjaavaa tukea, jota annetaan työllistyvälle henkilölle, mutta tarvittaessa myös tiedollista tukea hänen työnantajalleen. Tuettu työllistyminen edustaa nimenomaan niitä työelämäläheisiä ratkaisuja, joihin Arnkil ym. (2012) raportissaan viittaavat.

Perinteistä ammatillisen kuntoutuksen mallia on kuvattu ns. *valmenna-sijoita*-mallina: kuntoutujaa valmennetaan, jotta hän saavuttaisi riittävän hyvän työkyvyn ja osaamistason pystyäkseen selviytymään työssä. Tuetun työllistymisen mallissa (*supported employment*) pyritään perinteisen toimintamallin sijasta soveltamaan ns. *sijoi-*

*ta-valmenn*a -mallia. Tuetun työllistymisen prosessi käynnistyy sen selvittämisellä, millainen työ ja millaiset työolosuhteet soveltuvat kuntoutujalle hänen toimintakykynsä ja motivaationsa näkökulmasta parhaiten, ja etsimällä hänen tilanteeseensa mahdollisimman hyvin sopivia työpaikkoja. Pyrkimyksenä on, että kuntoutujaa valmennetaan selviytymään tässä spesifisessä työssä työpaikalle sijoittumisen jälkeen. Usein käytetään työharjoittelua tai työkokeilujaksoja sijoittumisen tukena, mutta niitä käytettäessä pyritään ennalta varmistamaan, että mikäli kuntoutuja selviytyy työssään hyvin, hänellä on myös mahdollisuus työllistyä. Työllistyvälle henkilölle pyritään antamaan sekä työharjoittelujakson aikana että myöhemmin hänen työllistyttyään riittävä valmennus ja tuki, jotta hän pystyy vastaamaan parhaalla mahdollisella tavalla työn vaatimuksiin. Työnantajan työllistymispäätöstä helpottaa tieto, että ohjaaja-valmentaja on tukena ja valmis ratkomaan mahdollisia ristiriitoja, mikäli niitä ilmaantuu; valmentaja voi myös informoida työnantajaa käytettävissä olevista tukimahdollisuuksista ja auttaa tätä niiden hakemisessa. (Härkäpää, 2005.)

Tuettu työllistyminen on jo joitakin vuosia ollut ns. näyttöön perustuva ammatillisen kuntoutuksen malli: kansainvälinen tutkimus on osoittanut sillä saavutetut tulokset paremmiksi kuin perinteisen ammatillisen kuntoutuksen tulokset (esim. Crowther ym., 2001; Burns ym., 2007; Bond ym., 2012; Drake ym., 2012). Tuettua työllistymistä on sovellettu eniten mielenterveysongelmaisten (ns. IPS-malli) ja kehitysvammaisten henkilöiden työllistämiseen. Sen on kuitenkin todettu soveltuvan myös muille asiakasryhmille, muun muassa maahanmuuttajille (Härkäpää & Peltola, 2005) ja pitkään työttömänä olleille henkilöille (Arola, Härkäpää & Järvikoski, 2013). Yksi mallin lähtökohtia on, että työhönvalmentaja tuntee työllistyjän hyvin: yhdessä pystytään etsimään sellaisia työpaikkoja, jotka työ- tai harrastustaustan, henkilökohtaisten kiinnostusten ja työkyvyn kannalta ovat tälle sopivia. Työnantajat näyttävät arvostavan työhönvalmentajan antamaa tukea (Karhu, 2013).

Työhönvalmennuksen tuottamien työllistymistulosten kannalta on pidetty tarpeellisenä jäsentää työhönvalmennukseen osallistuvien työntekijöiden keskinäistä työnjakoa työllistymisen tukemisen ja muun toiminnan osalta (Härkäpää ym., 2013). Lapin Kompassi-projektissa kokeiltiin erilaisia työnjakomalleja työllistymispalvelun organisoinnissa. Parhaiten näytti toimivan *kolmen työntekijän työnjakomalli*, jossa ammatillisen kuntoutuksen palveluun sisältyivät *kuntoutuksen palveluohjaus, työhönvalmennus ja työnetsintä*. Käytännössä se merkitsi, että kuntoutujan asioi kolmen työntekijän kanssa, jotka toimivat läheisessä yhteistyössä keskenään. Työhön sijoittumiseen, työssä selviytymiseen ja valmennuksen ja tuen tarpeisiin liittyviä asioita hän selvitteli työhönvalmentajan kanssa. Sopivan työn löytämisessä heitä avusti työnetsijä, jonka tehtävänä oli selvittää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työllistymismahdollisuuksia paikkakunnalla ja tarpeen mukaan selvittää työn räätälöinnin mahdollisuuksia työpaikoilla. Mikäli asiakkaalla oli ratkaisemattomia terveydellisiä, sosiaalisia tai taloudellisia ongelmia, yhteyshenkilönä näissä asioissa toimi kuntoutuksen palveluohjaaja. Kolmen työntekijän työnjakomalli toimi ainakin tässä nimenomaisessa hankkeessa paremmin kuin esimerkiksi työntekijän ja yhden kuntoutussuunnittelijan yhteistyöhön perustuva malli, jossa sama työntekijä huolehti kaikista kuntoutujan tarpeista. (Arola & Sirviö, 2013; Härkäpää & Järvikoski, 2013.)

Tuetun työllistymisen mallia on Suomessa kokeiltu useissa projekteissa, mutta se ei ole vielä runsaan 15 vuoden kuluessa vakiintunut osaksi kuntoutuksen palvelujärjestelmää. Myöskään muihin Pohjoismaihin se ei ole vielä vakiintunut. Esimerkiksi Norjassa on aktiivista pyrkimystä siihen suuntaan (Spjelkavik, Hagen, Härkäpää, 2011), mihin myös Arnkil ym. (2012) viittaavat raportissaan.

**Klubitalojen siirtymätyöpaikat.** Mielenterveyskuntoutujien klubitalotoimintaa kuvataan yleensä psykososiaalisen kuntoutuksen mallina, jossa yhteisöllisyys ja yhteisön tuki on keskeinen vaikutustekijä. Fountain House -klubitalon jäseniltä odotetaan osallistumista klubin arkipäivän toimintaan tekemällä kuntonsa ja mahdollisuuksiensa mukaan tarjolla olevia klubitalon päivittäiseen toimintaan liittyviä töitä. Klubitalon periaatteisiin kuuluu myös tukea jäsentensä työllistymistä klubin ulkopuolelle. Se järjestää ns. siirtymätyöpaikkoja, joiden avulla pyritään kaventamaan kuilua klubin omiin työtehtäviin osallistumisen ja avoimien työmarkkinoiden palkkatyön välillä. Käytännössä klubitalo etsii jäsentensä käyttöön avoimilta työmarkkinoilta työpaikkoja, joita se tarjoaa jäsenilleen usein osapäivätyönä ja esimerkiksi puolen vuoden jaksoina. Siirtymätyö on siten eräänlainen työkokeilupaiikka, josta kuitenkin maksetaan palkka. Siirtymätyö ymmärretään alusta alkaen väliaikaisena ratkaisuna, mikä tarkoittaa, että sen ei tarvitse esimerkiksi sisällöltään vastata asianomaisen henkilön työhön liittyviä tavoitteita. Klubin henkilökunta tukee kuntoutujaa hänen työssään, ja jos tämä väsyä tai sairastuu, hänen tilalleen lähetetään sijainen. Näin pyritään varmistamaan se, että epäonnistumiset eivät muodostu liian masentaviksi tai rasittaviksi, vaan niiden katsotaan kuuluvan osana kuntoutusprosessiin.

”Siirtymätyössä on parasta taustatuki. Ihminen joka on sairastanut pitkään psyykkisesti... vaikka olisi motivaatio työhön, on hirveästi kaikkia pelkoja. Että sä saat sen rohkeuden, että sä tartut siihen työhön, ettet pelkää ettet selviydy. Jos et jaksa ja jos et selviydy, niin joku toinen ottaa sen homman, ei oo niin hirvee paine ja stressi siihen, että sun on pakko onnistua. Taustatuki, hyvä tietää että se on olemassa vaikkei sitä tarvitsisikaan. Se lisää itseluottamusta ja rohkeutta.” (Hietala, Valjakka & Martikka, 2000.)

**Työnantajayhteistyö.** Ammatillista kuntoutusta ja työllistämistoimintaa tarkasteltaessa suurimpia yksittäisiä ongelmakohtia on työnantajayhteistyön riittämättömyys. Yhteistyötä kaivataan monella tasolla.

Työnantajilla on liian vähän tietoja ja liikaa ennakkoluuloja vammaisten tai osatyökykyisten ihmisten tai pitkään työttömänä olleiden työkyvystä ja työssä selviytymisestä. Heillä ei myöskään ole riittävästi tietoa niistä taloudellisista tuista, joita terveysongelmaista tai pitkään työttömänä ollutta henkilöä työllistävä työnantaja voi saada. Nekin, jotka tietävät tukien mahdollisuudesta, kokevat usein niiden hakemisen niin monimutkaiseksi, että mieluummin luopuvat työllistamisestä. Mahdollisuutta esimerkiksi työ- ja elinkeinohallinnon keinovalikoimaan kuuluvan työolosuhteiden järjestelytuen käyttöön ei juuri tunneta.<sup>17</sup> (Ala-Kauhaluoma & Härkäpää, 2006; Varanka & Lindberg, 2011; Karhu, 2013.)

Työkokeilujen, työharjoittelun ja palkkatukijaksojen aikana yhteyksiä työnantajaan ja työpaikalle pidetään liian harvoin. Kun työnantaja ottaa työntekijän työharjoitteluun tai työkokeiluun, on tärkeätä, että siitä on jotakin hyötyä työpaikalle ja kuntoutujalle. Työnantajat haluavat enemmän tietoa työhönvalmentajan tai yhteyshenkilön toimintatavoista ja pitävät tärkeänä, että tällä on myös aikaa vierailta työpaikalla ja arvioida yhteisissä palavereissa työharjoittelun etenemistä. (Härkäpää ym., 2013.)

Kuntoutustyöntekijöiden osaaminen keskittyy perinteisesti yksilöohjaukseen, ja monet kokevat työnantajayhteistyön itselleen vieraaksi. Haluttaessa parantaa ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta on kuntoutustyöntekijöille järjestettävä koulutusta työpaikkayhteistyöstä ja työn etsinnän ja räätälöinnin menetelmistä.

<sup>17</sup> Sitä on mahdollista käyttää myös työhön perehdyttämiseen kuluvan työajan korvaamiseen.

### 7.3 LOPUKSI

Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus edellyttää aktiivista paneutumista itse työllistämistapahtumaan ja työyhteisöön sopeutumiseen, mikä olisi nähtävä oleelliseksi osaksi ammatillisen kuntoutuksen prosessia. Tulosten saavuttaminen on sidoksissa sekä olemassa tai räätälöitävissä oleviin työpaikkoihin että terveysongelmaisten henkilöiden työssäkäyntiin kohdistuviin asenteisiin yhteiskunnassa ja työelämässä. Työhaluisia ja ainakin osittain työkykyisiä on työmarkkinoiden ulkopuolella kymmeniä tuhansia henkilöitä. Työuran pidentämistä koskevien keskustelujen jatkuessa on kuntoutuksen näkökulmasta helppo todeta, että ammatillisen kuntoutuksen painopistettä olisi muutettava työpaikkayhteistyön suuntaan ja entistä määrätietoisemmin työelämään suuntaavaksi.

Tarvitaan kuitenkin myös muutoksia työelämässä. Tällä hetkellä vallalla on yleinen antautuminen globalisaation ja talousongelmien edessä. Suomessa ei missään vaiheessa ole pyritty käyttämään hyväksi työelämään suuntautuneita keinoja terveysongelmaisten ihmisten integroimiseksi työelämään. Suomessa ja osin muissa Pohjoismaissa on painotettu passiivitukien järjestämistä, ts. sosiaaliturvaa, kun taas monissa maissa on työnantajille asetettu erilaisia velvoitteita. Verrattuna useisiin muihin Euroopan maihin Pohjoismaat ovat olleet haluttomia asettamaan työnantajille velvoitteita terveysongelmaisten työllistymistä koskevissa asioissa. (Halvorsen & Hvinden, 2011; ks. myös Arnkil ym., 2012.)

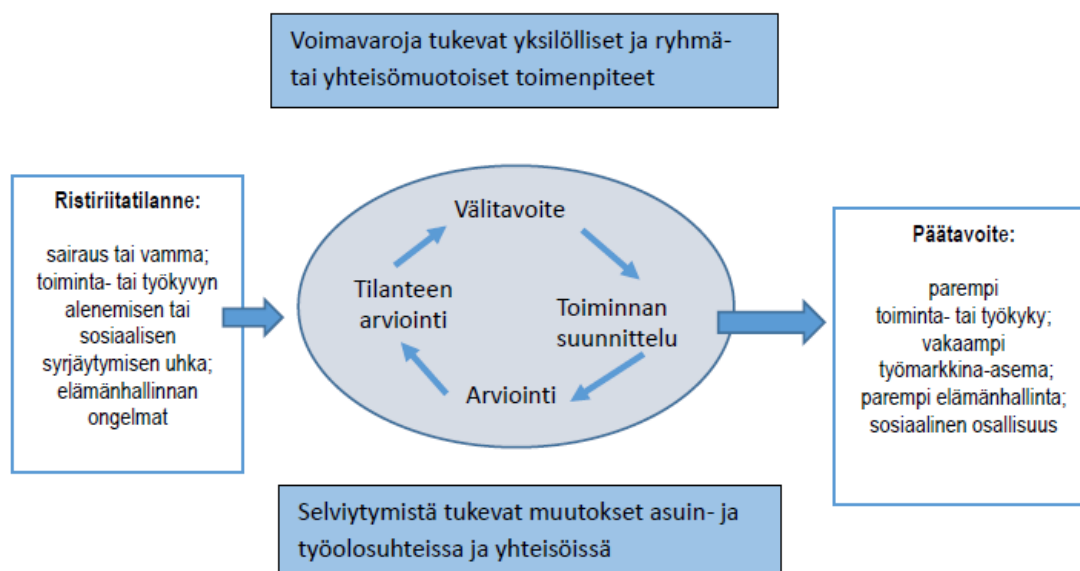


## 8 KUNTOUTUS: PARADIGMA MUUTOKSESSA

Kuntoutustermiä on käytetty monissa yhteyksissä perinteisen kuntoutuskäsitteen ulkopuolella. Seuraavassa pyritään erottamaan toisistaan kuntoutuksen perinteinen ydinalue, siinä tapahtumassa oleva paradigmanmuutos sekä yleisempi, toimintakykyä, hyvinvointia ja sosiaalista osallisuutta tukeva toiminta, joka luo edellytyksiä kuntoutukselle. Esimerkiksi Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmaa (2004) laadittaessa yhdeksi kuntoutuksen tutkimuksen painoalueeksi määriteltiin yleisten edellytysten luominen kuntoutumiselle. Lopuksi kiinnitetään huomiota alan koulutustarpeisiin.

### 8.1 KUNTOUTUKSEN YDINALUE

Kuntoutuksen käsitteen ydinalueena voitaneen edelleen pitää *yksilöllistä, tavoitteellista toimintaa, joka tähtää kuntoutujan tavoitteiden mukaiseen<sup>18</sup> muutokseen hänen elämäntilanteessaan*: työssä, opinnoissa, kotielämässä, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja muilla elämänalueilla. Kuntoutus on luonteeltaan yhteistyötä, jossa kuntoutustyöntekijän osuus painottuu kuntoutujan tarpeiden mukaan. Kuntoutustyöntekijän tukemana kuntoutuja suunnittelee prosessin eri vaiheita, tekee sitä koskevia päätöksiä ja arvioi tavoitteiden ja suunnitelmien toteutumista. (Kuvio 11.) Kuntoutuksen tulisi aina olla luonteeltaan ns. voimavarasuuntautunutta, yksilön vahvuuksia etsivää ja oma-aloitteisuutta tukevaa.



**Kuvio 11.** Asiakkaan ja kuntoutusluotsin/koordinaattorin yhteiseen työskentelyyn perustuva kuntoutus (Järvikoski & Härkäpää, 2004).

<sup>18</sup> Varmuuden vuoksi voitaisiin lisätä: ”yhteiskunnallisesti hyväksyttävään”.

Kuntoutukseen sisältyy tuen ja ohjauksen lisäksi yleensä erilaisia toimenpiteitä: toisaalta yksilöllisiä toimenpiteitä tai toimintaa (terapiaa, kuntoutusjaksoja ja kursseja, koulutusta ja valmennusta), toisaalta erilaisia fyysistä ja sosiaalista ympäristöä muokkaavia ja muuttavia toimenpiteitä. Yksittäinen toimenpide tai toimintamuoto ei sellaisenaan ole kuntoutusta, ellei se liity muuhun kuntoutusprosessiin. Esimerkiksi koulutus on ”vain” koulutusta, terapia ”vain” hoitoa ja liikunta ”vain” liikuntaa, elleivät ne liity kuntoutuksen kokonaisuuteen.

Kuntoutuksen toimenpiteet voivat olla *yksilöllisiä*, asianomaisen kuntoutujan tarpeisiin suunniteltuja, usein myös jonkin kuntoutusorganisaation kustantamia. Ne voivat myös olla *ryhmämuotoisia*: kursseja, kipukouluja, työelämätaitojen opettelua jne. Kuntoutuksen ydinalueeseen voi sisältyä myös *yhteisöllisiä toimenpiteitä*. Vaikeavammaisen lapsen tai masennuksesta kärsivän nuoren perheen tukeminen eri menetelmin kuuluu ainakin periaatteessa kuntoutuksen perinteisiin keinoihin. Mielenterveyskuntoutujan osallistuminen klubitalon toimintaan voi olla keino pitää yllä hänen vuorokausirytmäänsä ja sosiaalista osallisuuttaan ja ehkäistä sairaalakierrettä. Työyhteisön työntekijöiden valmentaminen ottamaan vastaan pitkältä sairauslomalta palaava työntekijä voitaisiin hyvinkin lukea asianomaisen henkilön kuntoutumisprosessia tukeviin toimenpiteisiin.

Kansainvälisen työjärjestön (esim. ILO, 1983) mukaan vammaisten henkilöiden työsyöjinnän vähentämiseen liittyvä toiminta on myös kuntoutusta. Tuntuu luontevalta lukea kuntoutuksen ydinalueeseen se toiminta, jonka kautta työhönvalmentaja pyrkii vaikuttamaan yrityksen rekrytointikäytäntöihin tai sen asenneilmastoon niin, että hänen asiakkaansa otetaan sinne töihin. Sen sijaan yleisempää syrjinnän vastaista toimintaa on vaikea tulkita kuntoutukseksi.

## 8.2 ETENEEKÖ PARADIGMAMUUTOS?

Kuntoutuksen piirissä on – sekä Suomessa että ulkomailla – jo pitkään puhuttu ”paradigman muutoksesta”. Keskeinen asia tässä muutoksessa on asiakkaan roolin vahvistuminen kuntoutuksen suunnittelussa ja päätöksenteossa: muuttuminen objektista subjektiksi. Siihen kuuluu myös näkemys, että ”vajaakuntoisuus” tai ”osatyökykyisyys” ei ole yksilön ominaisuus, vaan – kuten myös ICF-malli olettaa – keskeisesti riippuvainen ihmisen toimintaympäristöstä. Osatyökykyinen on täysin työkykyinen hänelle sopivassa työssä ja työympäristössä, mutta ei kykene lainkaan työhön jossakin toisessa ympäristössä. Kuntoutus voi olla ”vikojen korjaamista”, mutta sen pitäisi myös auttaa kuntoutujaa löytämään uusia voimavaroja ja mahdollisuuksia, joiden varassa hän voi jatkaa elämäänsä. (Taulukko 6.)

Paradigman muutokseen kuuluu myös se WHO:n yhteisöpohjaisen kuntoutuksen (CBR) näkemys, että kuntoutuksen pitäisi toteutua niin pitkälle kuin mahdollista kuntoutujan omassa ympäristössä, osana arkielämää. Tämä tavoite ei ole ristiriidassa sen tosiasian kanssa, että monet kuntoutustarvetta aiheuttavat sairaudet vaativat jossakin hoito- tai kuntoutusvaiheessa myös pitkälle erikoistuneita lääketieteellisiä tai psykologisia toimenpiteitä sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa. Näiden toimenpiteiden vaikuttavuus jää kuitenkin vähäiseksi, ellei kuntoutusprosessia pystytä ulottamaan kuntoutujan arkielämäänsä saakka. Olisi huolehdittava siitä, että vanhusten ja vaikeavammaisten kuntoutuksen etenemistä seurataan myös kotona tai kotiinpaluun jälkeen. Toimintakykyä tukevan liikunnan tulisi tavalla tai toisella toteutua myös kotipaikkakunnalla eikä vain kerran vuodessa kuntoutusjaksolla. Erityistä tukea tarvitsevalle

perheelle tulisi järjestää tuki- ja neuvontapalveluja tai nuorelle terapiaa sen sijaan, että odotetaan, milloin huostaanoton tai työkyvyttömyyseläkkeen kriteerit täyttyvät. Mielenterveyskuntoutuja tulisi noutaa kotoa ryhmäkuntoutukseen tai klubitalotoimintaan kotoa sen sijaan, että odotetaan seuraavaa sairaalajaksoa. Edellä mainittu tarkoittaa, että kuntoutuksen piirissä tarvitaan pitkälle erikoistuneiden asiantuntijoiden lisäksi toisaalta kuntoutusalan lähityöntekijöitä<sup>19</sup>, toisaalta moniosaajia, jotka hallitsevat kuntoutusalan palvelujärjestelmän ja voivat ohjata lähityöntekijöitä heidän vaativassa työssään.

**Taulukko 6.** Kuntoutusparadigman muutos: ns. vajavuusparadigman kehitys kohti valtaistavaa ja ekologista paradigmaa. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämishojelman (2004) ja Järvikosken ja Härkäpään (2011) kaavioita mukaillen.

	<b>VAJAVUUSPARADIGMA</b>	<b>VALTAISTAVA JA EKOLOGINEN PARADIGMA</b>
Kuntoutustarpeen aiheuttaja	Yksilön puute tai vajavuus	Ihmisen ja (fyysisen, sosiaalisen, kulttuurisen) ympäristön suhteen ristiriita
Kuntoutuksen käynnistämisperuste	Sairauden tai vamman aiheuttama haitta	Työssä ja arkielämässä selviytymisen vaikeudet, hyvinvointivajeet; elämänhallinnan menetyksen uhka
Tavoite	Vajavuuksien ”korjaaminen” tai kompensointi	Voimavarojen vahvistuminen; uusien mahdollisuuksien syntyminen; parempi selviytyminen ja sosiaalinen osallisuus
Kuntoutuksen keinot	Yksilölliset toimenpiteet: arviointi, hoito, valmennus, sopeutus	Yksilön resursseihin ja ympäristön mahdollisuuksiin vaikuttaminen
Toiminnan painopiste	Arviointipainotteisissa asiantuntija- ja erityistason palveluissa	Perus- ja lähipalveluissa; yhteisö- ja kotikuntoutuksessa; työnantajayhteistyössä; vertaistuen mahdollisuuksien hyödyntämisessä
Asiakkaan rooli	Intervention kohde, potilas, edunsaaja	Elämäänsä suunnitteleva toimija; täysivaltainen kumppani kuntoutuksen suunnittelussa, päätöksenteossa ja arvioinnissa
Kuntoutuksen toiminta-alue	Rajautuu yksilöön ja hänen vajavuuksiinsa	Yksilö ja hänen toimintaympäristönsä ja sosiaaliset verkostonsa

Lääketieteellisten, psykologisten ja sosiaalisten tutkimusten ja hoidon suhde toteutuvaan kuntoutukseen ja sillä saavutettaviin tuloksiin on mielenkiintoisella tavalla ambivalentti. Monet kuntoutuksen piirissä pitkään toimineet työntekijät sanovat, että he eivät halua tutustua asiakkaansa papereihin, koska ne suuntaavat asiakkaan kanssa tehtävää yhteistyötä väärällä tavalla: ihmistä on vaikea nähdä sairauksien ja ongelmien takaa. On selvä, että erityisesti silloin kun on kyse etenevästä sairausprosessista, lääketieteellinen tieto ja luottamuksellinen yhteys hoitavaan tahoon ovat korvaamattomia. Silloinkaan lääketieteellinen ja psykologinen tieto ei kuitenkaan saisi muodostua kuntoutusyhteistyön fokukseksi. Vaarana on aina, että vahva lääketieteellinen painotus johtaa ajatukset pois kuntoutumisesta ja toimii kuntoutustavoitteille vastak-

<sup>19</sup> Myös omaishoitajien huomattavasti vahvempaa tukemista

kaiseen suuntaan (vrt. Anema ym., 2002). Ihmiset elävät, tekevät työtä ja nauttivat elämästä erilaisista sairauksista ja vammoista huolimatta.

### 8.3 KUNTOUTUS OSANA TOIMINTA- JA TYÖKYKYÄ YLLÄPITÄVÄÄ JA SOSIAALISTA OSALLISUUTTA LISÄÄVÄÄ STRATEGIAA

Kuntoutuksen perusta on sellaisissa yhteiskunnallisissa strategioissa, jotka tavoittelevat *toiminta- ja työkykyisyyden, toimijuuden ja osallisuuden ylläpitoa ja vahvistamista yhteiskunnassa ja kaikissa väestöryhmissä*. Kuntoutus on tuloksellista yhteiskunnassa, jossa sen jokaisella jäsenellä ja sen erilaisilla vähemmistöryhmillä on oikeus ja mahdollisuus osallistua voimiensa mukaan sen toimintaan, myös työelämään. Vammaisten henkilöiden aseman parantaminen yhteisöpohjaisen kuntoutuksen (CBR) tavoitteiden mukaan on tärkeä osa näitä yleisiä yhteiskunnallisia strategioita. Kyse ei kuitenkaan ole pelkästään vammaisten ihmisten asemasta, vaan myös muiden huonoosaisten ryhmien, eri syistä syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien henkilöiden elämästä ja mahdollisuuksista.

Taulukossa 5 on kuvattu kolme tasoa, joilla väestön työ- ja toimintakykyyn ja osallisuuteen liittyviä tavoitteita voidaan toteuttaa. Taso 1 edustaa yleistä, koko väestöön ja yhteiskuntaan kohdistuvaa toimintaa, jolla pyritään huolehtimaan kansalaisten hyvinvoinnista, sosiaalisesta osallisuudesta ja tasa-arvosta. Siihen kuuluu myös toiminta, jolla pyritään huolehtimaan, että yleinen riski väestön työ- ja toimintakyvyn alenemiseen johtavien prosessien käynnistymiseen on mahdollisimman pieni. Taso 2 edustaa varhaiskuntoutuksellista, ilmenneiden riskien tai ongelmien perusteella käynnistytävää toimintaa ja taso 3 perinteistä, korjaavaa kuntoutusta.

Yksilöllisin perustein määräytyvät yksilölliset, ryhmämuotoiset tai yhteisölliset toiminnat muodostavat kuntoutuksen ydinalueen (toiseksi alin ruuturivi). Alin ruuturivi edustaa toimenpiteitä, jotka kohdistuvat koko väestöön tai yhteiskuntaan. Tämän ruuturivin oikeanpuoleinen ruutu kuvaa vammaisten ja syrjäytyneiden ryhmien oikeuksia ja osallisuutta tukevia yleisiä strategioita, joista WHO:n CBR-strategia muodostaa keskeisen osan. Toiminta ei kohdistu suoraan yksittäisten kuntoutujien tilanteisiin eivätkä heidän välittömiin ympäristöihinsä, vaan ne ovat yleistä toimintaa kyseisten väestöryhmien aseman ja sosiaalisen osallisuuden parantamiseksi. Tämä tarkoittaa muun muassa lainsäädännöllisiä keinoja, joilla pyritään vaikuttamaan kyseisten ryhmien mahdollisuuksiin työmarkkinoilla, sekä yleistä tiedottamista ja asennekasvatusta.

Tasolla 1 tapahtuvassa toiminnassa edistyminen vähentää tasoilla 2 ja 3 esiintyvää kuntoutuksen tarvetta, mutta ei koskaan poista sitä. Tässä suhteessa kuntoutus sitoutuu aina muuhun yhteiskunnalliseen toimintaan: tavat tulkita sitä vaihtelevat yhteiskunnallisen tilanteen mukaan ja myös sen tulokset ovat yhteydessä siihen, mitä muilla toimintasektoreilla tapahtuu. Yleisen osallisuuden ja hyvinvoinnin kohotessa työkyvyttömyys- ja syrjäytymistilanteet todennäköisesti vähenevät, mutta eivät valitettavasti poistu. Aina joudutaan uudestaan kysymään, miltä osin ja missä määrin on taroituksenmukaista panostaa yleiseen hyvinvointityöhön, miltä osin työkyvyn alenemisen uhkan ja syrjäytymisriskien perusteella käynnistytävään toimintaan ja miltä osin jo syntyneiden työkyvyttömyys- tai syrjäytymistilanteiden vähentämiseen.

**Taulukko 5.** Toiminta- ja työkykyä ja sosiaalista osallisuutta ylläpitävä toiminta. Tasolla 1 kohteena on yhteiskunta ja sen kaikki väestöryhmät, taso 2 on varhaiskuntoutuksen taso ja taso 2 ns. korjaavan kuntoutuksen taso. (Järvikoski & Härkäpää, 2001, mukailleen.)

	<b>TASO 1</b>	<b>TASO 2</b>	<b>TASO 3</b>
<b>Kohderyhmä, jonka tilanteeseen pyritään vaikuttamaan</b>	<p><b>Koko väestö</b></p> <p><b>Asuin- ja työyhteisöt, organisaatiot</b></p> <p><b>Yhteiskunta lakeineen ja rakenteineen</b></p>	<p><b>Henkilöt, joilla on toiminta- ja työkyvyn heikentymisen tai syrjäytymisen uhka</b></p> <p><b>Työ-, opiskelu- tai muut yhteisöt, joissa työkyvttömyyttä tai syrjäytymistä tuottavia prosesseja</b></p>	<p><b>Henkilöt, joiden työ- tai toimintakyky tai sosiaalisen osallisuuden mahdollisuudet ovat heikentyneet</b></p>
<b>Toiminnan nimike</b>	Toiminta- ja työkykyisyyden ja sosiaalisen osallisuuden ylläpito yhteiskunnassa	<p>Varhaiskuntoutus</p> <p>Yhteisöpohjainen toiminta- ja työkyvyn heikentymisen ja syrjäytymisprosessien ehkäisy</p>	Kuntoutus
<b>Yksilölliset kuntoutustoimenpiteet (kuntoutuksen ydinalue)</b>		Varhaiskuntoutukseen osallistuvien henkilöiden toiminta- ja työkykyä tukevat ja ylläpitävät toimenpiteet heidän asuin-, opiskelu- ja työyhteisöissään	<p>Kuntoutujien toiminta- ja työkykyä ja voimavaroja kohentavat yksilölliset, ryhmämuotoiset tai yhteisölliset toimenpiteet</p> <p>Kuntoutujan fyysisen ja sosiaalisen ympäristön antamia mahdollisuuksia parantavat toimenpiteet</p>
<b>Yleiset toimenpiteet</b>	<p>Yleinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen</p> <p>Väestön hyvinvointia ja osallisuutta tukevien toimintaympäristöjen kehittäminen</p> <p>Erilaisuutta arvostavan henkisen ilmapiirin luominen</p> <p>Sosiaalista osallisuutta edistävän lainsäädännön ja rakenteiden kehittäminen</p>		<p><b>KUNTOUTUSMAHDOLLISUUKSIA PARANTAVAN FYYSISEN JA SOSIAALISEN YMPÄRISTÖN LUOMINEN (vrt. CBR)</b></p> <p><b>Lainsäädännölliset sekä väestöön, yhteisöihin, työelämään ja toimintaympäristöihin kohdistuvat toimet, joiden tarkoituksena tukea vammaisten tai huono-osaisien väestöryhmien sosiaalista osallisuutta ja estää syrjäytymistä ja syrjintää</b></p>

## 8.4 KUNTOUTUKSEN JA TOIMINTA- JA TYÖKYKYÄ YLLÄPITÄVÄN TOIMINNAN KOULUTUSTARPEET

Kuntoutus on monialaista toimintaa, joka edellyttää usean eri tieteenalan ja ammattialan asiantuntemusta. Tätä monialaisuutta ja siihen liittyvää tutkimustarvetta on pohdittu sekä Suomessa että muualla (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003). Suomessa kuntoutuksen palvelujärjestelmä rakentuu vahvasti lääketieteellisen asiantuntijuuden varaan, vaikka myös kuntoutuslääkärit korostavat toiminnan monitieteistä perustaa ja muiden tieteenalojen asiantuntemuksen tärkeyttä kuntoutuksessa.

Väestöltään suuremmissa maissa painotukset näyttävät jossain määrin erilaisilta. Kuntoutusalan yliopistollisia maisteritutkintoon johtavia koulutusohjelmia ovat muun muassa *rehabilitation counseling*, *community rehabilitation*, *vocational evaluation*, *rehabilitation and career counseling* ja *vocational rehabilitation* kuntoutustieteisiin tyypillisesti luettavien *fysioterapian* ja *toimintaterapian* tieteenalojen lisäksi. Kanadan yliopistoissa on 2000-luvulla syntynyt useita *disability management* -koulutusohjelmia, joissa pyritään integroimaan sosiaalitieteiden, psykologian, kasvatustieteiden, terveystieteiden ja taloustieteiden osaamista fokuksena ammatillisen kuntoutuksen, työllistymisen ja työhönpaluun strategiat.<sup>20</sup>

Kuntoutustieteet – *rehabilitation sciences* – tunnustetaan nykyään varsin yleisesti moni- tai poikkitieteiseksi alueeksi, jossa haetaan erityisesti terveystieteitä, psykologiaa ja sosiaalitieteitä yhdistävää näkökulmaa. Esimerkiksi Ruotsissa kuntoutustiede on monitieteinen oppiaine, jonka maisterikoulutuksessa työhön kuntoutus on varsin keskeisessä asemassa. Oppiaineen kuvauksessa Mittuniversitetin www-sivuilla käy ilmi myös yhteiskuntatieteellinen orientaatio. Ruotsissa ja Kanadassa on alan oppiaineen tarpeellisuutta perusteltu nimenomaan työuran pidentämistavoitteilla.

Suomessa tilanne on useita muita maita heikompi, huolimatta siitä, että väestön ikärakenteen muutoksen aiheuttamaa kuntoutustarvetta ja työuran pidentämistavoitteita koskevaa keskustelua on käyty jo useita vuosia. Lapin yliopisto on antanut muutamana vuoden ajan yhteiskunta-, käyttäytymis- ja terveystieteisiin pohjaavaa kuntoutustieteen maisterikoulutusta ainoana yliopistona Suomessa. Oppiaineessa on alusta alkaen ollut vain kaksi opettajaa, tällä hetkellä kuntoutustieteen professori (terveyspsykologian dosentti; tutkinto psykologiassa ja sosiaalipsykologiassa) ja yliopisto-opettaja (tutkinnot kuntoutustieteessä ja sosiaalityössä). Oppiaineella on monipuolinen ja korkeatasoinen dosenttikunta, jonka nimikkeissä ovat edustettuina kuntoutustieteen lisäksi kuntoutuksen sosiaalipolitiikka, kuntoutus ja työkykyä ylläpitävä toiminta, kuntoutus ja työterveyshuolto, kuntoutus ja toimintaterapia sekä terveys sosiologia. Pienen ja lähtökohdiltaan monitieteisen oppiaineen tulevaisuus yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa oli kuitenkin jo alusta lähtien uhattuna muun muassa tiedekunnan aloituspaikkojen vähäisyyden takia.<sup>21</sup> Käytännössä kuntoutustieteen pääaineopiskelijoiden sisäänotto loppui muutama vuosi alkamisensa jälkeen eikä opetusministeriö ole halunnut ottaa asiaan kantaa – sosiaalihuollon ongelmat ovat merkinneet, että tällä hetkellä sosiaalityö on opetusministeriössä paremmassa nosteessa.

*Suomessa tarvitaan yliopistotasoisista perus- ja jatkokoulutusta monitieteisessä, vahvasti yhteiskunta- ja käyttäytymistieteisiin nojaavassa kuntoutustieteessä.* Suomalaisista osaamista ja asiantuntijuutta olisi vahvistettava erityisesti ammatillisen ja työelämäkuntoutuksen, kuntoutuksen suunnittelun ja ohjauksen, ikääntyneiden kuntou-

<sup>20</sup> On ehkä syytä mainita, että kyse ei ole lääketieteen erityisalueesta eikä lääkärijohtoisesta toiminnasta, kuten Suomessa ollaan usein taipuvaisia tulkitsemaan.

<sup>21</sup> Toinen oppiaine, jonka edustajat kansainvälisesti ovat toimineet ammatillisen kuntoutuksen alueella, on toimintaterapia, joka lakkautettiin Jyväskylän yliopistosta muutama vuosi sitten.

tuksen sekä kuntoutuskäytäntöjen monialaisen kehittämisen alueilla. Tämä vaatii kuntoutuksen poikkitieteellisen tiede- ja teoriaperustan vahvistamista, mitä nykyiset ratkaisut ja suunnitelmat eivät takaa. Tarvitaan myös kuntoutuksen ja työkyvyn edistämisen näyttöön perustuvien käytäntöjen systemaattista kehittämistä sekä monialaisten toimintamallien rakentamista kehittävän arvioinnin tuella.

## LÄHTEET

- Aalto L & Hinkka K (toim) (2011) Uudenlaista työikäisten kuntoutusta. Ideoista tuloksiin Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa. *Nettityöpapereita* 32/2011. Helsinki: Kela.
- Akabas S, Gates L & Galvin D (1992) *Disability management*. New York: AMACOM.
- Ala-Kauhaluoma M & Härkäpää K (2006) Yksityinen palvelusektori heikossa työmarkkina-  
asemassa olevien työllistäjänä. *Työpoliittinen tutkimus* 312. Helsinki: Työministeriö.
- Allaire SH, Niu J, LaValley MP (2005) Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 48(2): 100-109.
- Allaire SJ, Niu J, Zhu Y, Brett B (2011) Providing effective early intervention vocational rehabilitation at the community level. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 54(3): 154-163.
- Anema JR, Steenstra IA, Bongers HCW, deVet HC, Knol DR, Loisel P et al (2007) Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 32: 291-298.
- Anema JR, van der Giezen AM, Buijs PC & van Mechelen W (2002). Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3–4 months. *Occupational & Environmental Medicine* 59: 729-733.
- Arnkil R, Spangar T & Jokinen E (2012) Selvitys heikossa työmarkkina-asemassa olevien palveluista Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa, Saksassa ja Ranskassa. *Työ ja yrittäjyys. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja* 10/2012. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Arola A-M & Sirviö J (2013) Kompassi-projektin toimintamallin lähtökohdat ja muotoutumisen vaiheet. Teoksessa: Arola A-M, Härkäpää K & Järvikoski A (toim) (2013) *Työtä tavoittelemassa. Ammatillisen kuntoutuksen projekti tarkastelun kohteena*. Lapin yliopisto & Kompassi-projekti, 28 – 43.
- Arola A-M, Härkäpää K & Järvikoski A (toim) (2013) *Työtä tavoittelemassa. Ammatillisen kuntoutuksen projekti tarkastelun kohteena*. Lapin yliopisto & Kompassi-projekti.
- Ashorn U & Miettinen S (2013) Kuntoutus hyvinvointivaltion kerrostumissa. Teoksessa: Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J & Rajavaara M (toim) *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Autio A, Groop J, Kuusterä K & Vauramo E (2012) *Palvelujärjestelmän rakennemuutos ja uudet toimintatavat. PARETO kehittämishanke 2008-2012. Loppuraportti*. Aalto-yliopisto, Hema-instituutti.
- Autti-Rämö I (2008) Lasten ja nuorten kuntoutus. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 479-488.
- Autti-Rämö I, Faurie M & Sakslin M (2011) Vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisevolyollisuus Suomessa. Aihetta lainsäädännön muutokseen? *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 79/2011. Tampere: Kela.
- Bond GR, Drake RE & Becker D (2012) Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 11:32-39.
- Bond G & Kukla M (2011) Is job tenure brief in individual placement and support (IPS) employment programs? *Psychiatric Services* 2011. doi:10.1176/appi.ps.62.8.950.
- British Medical Association (1954) *The rehabilitation and resettlement of disabled persons*. London: British Medical Association.
- Burns T, Catty J, Becker T ym (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled study. *Lancet* 370: 1146-1152.
- Cardol M, deJong BA & Ward CD (2002) On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24(18): 970-974.



- Cass MT (1955) *Speech habilitation in cerebral palsy*. New York: Columbia University Press.
- Cnaan, Blankertz, Messinger & Gardner (1988) Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(4): 61.
- Crowther R, Marshall M, Bond GR & Huxley P (2001) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2.
- deJong G (1979) Independent living: from social movement to analytical paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 60: 435-46.
- Drake RE, O'Neal EL & Wallach MA (2008) A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34: 123-138.
- Drake RE, Bond GR & Becker DR (2012) *Individual placement and support. An evidence-based approach to supported employment*. New York: Oxford University Press.
- EK (2011) Johda työkykyä, pidennä työuria. EK:n työkykyjohtamisen malli. ([http://www.ek.fi/ek/fi/tutkimukset\\_julkaisut/2011/3\\_maalis/Tyokykyjohtamisenmalli.pdf](http://www.ek.fi/ek/fi/tutkimukset_julkaisut/2011/3_maalis/Tyokykyjohtamisenmalli.pdf))
- Emener WG (1991) An empowerment philosophy for rehabilitation in the 20<sup>th</sup> century. *Journal of Rehabilitation* 57(4): 7-12.
- Erityistä tukea tarvitseva lapsi on ensisijaisesti lapsi (2011). Lapsen oikeudet osaksi vammaispolitiikkaa. Toim. Hujala A. *Julkaisuja* 2011:10. Jyväskylä: Lapsiasiavaltuutetun toimisto.
- Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. Betänkande av Rehabiliteringsutredningen. SOU 2006:107. Stockholm.
- Fränti J & Väyrynen S (2010) Miepä. Tutkimus kaksoisdiagnoosiasiakkaiden intensiivisen avokuntoutuksen vaikuttavuudesta. Oulu: Nuorten ystävät ry.
- Gage M & Polatajko H (1995) Naming practice: The case for the term client-driven, *Canadian Journal of Occupational Therapy* 62(3): 115-118.
- Galvin D (1986) Employer-based disability management and rehabilitation programs. *Annual Review of Rehabilitation* 5: 173-215.
- Geisen T (2011) Workplace disability management as an instrument for human resources and organizational development. Teoksessa: Geisen T & Harder H (eds) *Disability management and workplace integration. International research findings*. Farnham: Gower, 13-26.
- Gould R, Härkäpää K & Järvikoski A (toim) (2012) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Gould R, Järvikoski, A & Härkäpää K (2012) Oikeaan aikaan? Teoksessa: Gould R, Härkäpää K & Järvikoski A (toim) (2012) *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia* 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus, 85-108.
- Gould R, Saarnio L & Härkäpää K (2012) Myöntö vai hylkäys? Gould R, Härkäpää K & Järvikoski A (toim) (2012) *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia* 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus, 57-84.
- Haapaniemi L (2003) *Sopeutumattomien erityisluokkaopetus – konfliktisimulaattoriko?* Acta Universitatis Tamperensis 915. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Halvorsen R & Hvinden B (2011) *Andre lands modeller for å fremme sysselsetting blant personer med nedsatt funksjonsevne*. NOVA Rapport 14/2011. Oslo: Norsk institutt for forskning om
- Hammond CD, Wright GN, Butler AJ (1968) *Caseload feasibility in an expanded rehabilitation program*. Wisconsin Studies in Vocational Rehabilitation, Monograph VI. Madison: University of Wisconsin.
- Harder HG & Scott LR (2005) *Comprehensive disability management*. Elsevier.
- Hayes A, Gray M & Edwards B (2008) *Social inclusion. Origin, concepts and key themes*. Paper prepared by the Australian Institute of Family Studies.

- HE128/2013. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta.
- Hietala-Paalasmaa O, Hujanen T, Härkäpää K & Reuter A (2009) Mielenterveyskuntoutujien klubitalot. Yhteisön tukea ja yksilöllistä kuntoutumista. Avustustoiminnan raportteja 20. Helsinki: Raha-automaattiyhdistys.
- Hunt HA (2009) The evolution of disability management programs in North-American Workers' Compensation Programs. Report prepared for Victoria, British Columbia, Canada, NIDMAR. Reports 179. WE Upjohn Institute for Employment Research. (<http://research.upjohn.org/reports/179>)
- Hyypä MT (1983) Lääketieteellinen kuntoutuminen osista kokonaiseksi. Teoksessa: Hyypä MT, Kallio V, Karppi S-L, Lahtela K, Ruponen S-L (1983) Kuntoutuminen. Helsinki: Kirjayhtymä, 24-59.
- Hyypä MT, Kallio V, Karppi S-L, Lahtela K, Ruponen S-L (1983) Kuntoutuminen. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hänninen E (2012) Choices for recovery. Community-based rehabilitation and the clubhouse model as means to mental health reforms. Report 50/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Härkäpää K (2005) Tuetun työllistymisen periaatteet ja tuloksellisuus. Teoksessa: Härkäpää K & Peltola U (toim) (2005) Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutuusluotsaus. Työselosteita 29/2005. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 30-50.
- Härkäpää K, Harkko L & Lehtikoinen T (2013) Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 238. Helsinki: Kela.
- Härkäpää K & Järvikoski A (2013) Yhteenvetoa ja arviointia. Julkaisussa: Arola A-M, Härkäpää K & Järvikoski A (toim) Työtä tavoittelemassa. Ammatillisen kuntoutuksen projekti tarkastelun kohteena. Rovaniemi: Lapin yliopisto & Kompassi-projekti, 163-168.
- Härkäpää K & Peltola U (toim) (2005) Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutuusluotsaus. Työselosteita 29/2005. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- ICF Australian User Guide Version 1.0. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Ilmarinen J (2003) Ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen. Teoksessa: Heikkinen E & Rantanen T (toim) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 395-407.
- ILO (1953) Vocational rehabilitation of the disabled. Report IV (1). Geneva: International Labour Office.
- ILO (1955) Recommendation 99. Recommendation concerning vocational rehabilitation of the disabled. International Labour Conference.
- ILO (1981) Vocational rehabilitation of the disabled. Full participation and equality. Geneva: International Labour Office.
- ILO (1983) Vocational rehabilitation. Report IV. Geneva: International Labour Office.
- ILO (1998) Vocational rehabilitation and employment of disabled persons. International Labour Conference 86<sup>th</sup> Session 1998. Geneva: International Labour Office.
- ILO (2002) Vajaakuntoisasioiden hoitaminen työpaikalla. Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto. Helsinki: Työministeriö.
- ILO, Unesco & WHO (2004) CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper. Geneva: World Health Organization.
- Irving A, Chang D & Sparham I (2004) Developing a framework for vocational rehabilitation. Research Reports No 224. Department for Work & Pensions, Corporate Document Services.
- Jenkinson JC (1993) Who shall decide? The relevance of theory and research to decision-making by people with intellectual disability. Disability, Handicap & Society 8(4): 361-375.

- Joensuu M, Malmelin J, Lindström K & Kivistö S (2008) Pitkä sairausloma ja työhönpaluu. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 34. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Johansson P, Aydin E, Bergendorff S, Granqvist N, Josephson M & Sohlberg I (2011) Arbetslivsinriktad rehabilitering. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, S 2010:04. Stockholm.
- Johansson P, Aydin E, Bergendorff S, Granqvist N, Josephson M & Sohlberg I (2011) Arbetslivsinriktad rehabilitering. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen S 2010:04. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen.
- Juvonen-Posti P, Liira J & Järvisalo J (2011) Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevista tavoitteista. Teoksessa: Järvikoski A, Lindh J & Suikkanen A (toim) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 229-248.
- Järvikoski A (1984) Kuntoutuksen kehityssuuntauksset. Tutkimuksia 16/1984. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Järvikoski A (1990) Varhaiskuntoutus yksilöllis-yhteisöllisenä työmuotona työpaikoilla. Kuntoutus 13(4): 5-13.
- Järvikoski A (1994) Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Tutkimuksia 46/1994. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Järvikoski A & Härkäpää K (1995) Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa: Suikkanen A ym. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY, 49 – 92.
- Järvikoski A & Härkäpää K (1995) Mitä kuntoutus on? Teoksessa: Suikkanen A ym. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY, 12-28.
- Järvikoski A & Härkäpää K (2001) Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulma. Teoksessa: Kallanranta T, Rissanen P & Vilkkumaa I (toim) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Järvikoski A & Härkäpää K (2004) Kuntoutuksen perusteet. Juva: WSOY.
- Järvikoski A & Härkäpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOYpro.
- Järvikoski A & Härkäpää K (2013) Ammatillinen kuntoutus – väylä työelämään? Teoksessa: Arola A-M, Härkäpää K, Järvikoski A (toim) Työtä tavoittelemassa. Ammatillisen kuntoutuksen projekti tarkastelun kohteena. Turku: Lapin yliopisto & Kompassi-projekti.
- Järvikoski A & Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja-alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 80-93.
- Järvikoski A & Lahelma E (1980) Early rehabilitation at the work place. New York: World Rehabilitation Fund.
- Järvikoski A & Mannila S (1989) Varhaiskuntoutussovellus Helsingin kaupungin kahdella työpaikalla. Kokemuksia työpaikan sisäisestä yhteistyömallista. Kuntoutus 1989(1): 12-22.
- Järvikoski A & Puumalainen J (1998) Järjestelmäkeskeisyydestä kuntoutusluotsaukseen. Kuntoutus 21(2): 20-27.
- Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim) (2009) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Tutkimuksia 80/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Järvikoski A, Härkäpää K & Mannila S (2001) Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Kuntoutus 2001(3): 3-11.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Martin M, Vasari P & Autti-Rämö I (2013) Service characteristics as predictors of parents' perceptions of child rehabilitation outcomes. Journal of Child Health Care 2013.
- Kallanranta T & Rissanen P (1996) Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjako ja yhteistyö. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:5. Helsinki.

- Kallio V (1979) Kuntoutuksen tutkimuksen tehtävät työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Teoksessa: Työkyvyttömyys – tutkimuksen tehtävät ja mahdollisuudet. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A15. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kananoja A (2012) Sosiaalinen kuntoutus ja sosiaalihuollon uudistuksen suunta. *Kuntoutus* 35(4): 35-40.
- Kansanterveysosaston muistio kuntoutuksen järjestämisestä (1974). Lääkintöhallituksen yleiskirje n:o 1572. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Karhu J (2013) Vajaakuntoisten henkilöiden työllistäminen ja tuetun työllistymisen merkitys työnantajien näkökulmasta. Teoksessa: Arola A-M, Härkäpää K & Järvikoski A (toim) (2013) Työtä tavoittelemassa. Ammatillisen kuntoutuksen projekti tarkastelun kohteena. Lapin yliopisto & Kompassi-projekti, 111-129.
- Kivistö S, Kallio E & Turunen G (2008) Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2008:33. Helsinki: STM & TTL.
- Kokko R-L (2003) Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. *Tutkimuksia* 72/2003. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Kosciulek JF (2007) A test of the theory of informed consumer choice in vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 73(2): 41-49.
- Koukkari M (2010) Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 179. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Kunce JT, Cope CS, Miller DE & Lesowitz N (1972) Rehabilitation outcomes and the public assistance recipient. *Rehabilitation Literature* 33(7): 204-206.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2003). Julkaisuja 2003:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Kuntoutusselonteko (2002) Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Julkaisuja 2002:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Kuusinen K-L (1994) Psykkinen itsesäätely itsehoidon perustana. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 106. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kuusinen P (2009) Johdatus ammatillisen kuntoutuksen vastuunjakoon ja työ- ja elinkeinohallinnon rooli. *Pantteri tukiviidakossa –seminaari* 13.5.2009.
- Kuusinen P (2011) Vajaakuntoinen työnhakija ja työvoimapalvelut. Teoksessa: Järvikoski A, Lindh J & Suikkanen A (2011) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 276-283.
- Laine A (2013) Työterveyshuollon korvaukset työterveysyhteistyön ja työkyvyn hallinnan kannustimina. Alustus Terveystieteiden päivillä 2013.
- Langenskiöld F & Pylkkänen P (1956) Kuntouttamisesta. *Duodecim* 72(4): 219-226.
- Lehto J & Miettinen S (2013) Erillisistä osajärjestelmistä toimivaksi kokonaisuudeksi. Kuntoutuspolitiikan koordinaation edellytyksiä ja esteitä. Teoksessa: Ashorn U, Sutti-Rämö I, Lehto J & Rajavaara M (toim) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Lehto M (2011) Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2011:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Lepège A, Gzil F, Camelli M, Lefève C, Pachoud B & Ville I (2007) person centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability & Rehabilitation* 29(20-21): 1555-1565.
- Lightfoot E (2004) Community-based rehabilitation. A rapidly growing method for supporting people with disabilities. *International Social Work* 47(4): 455-468
- Liira J & Rasanen M-L (2001) Uusia näkökulmia työkyvyn ylläpitoon. Työsuojelujulkaisuja 49. Tampere: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Lind J, Toikka T, Heino P & Autti-Rämö I (2013) Aslak- ja Tyk-kuntoutujien työuran jatkuminen rekisteritietojen perusteella. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki: Kela.

- Lindh J (2013) Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen. *Acta Universitatis lapponiensis* 259. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Lindh J & Suikkanen A (2011) Vammaisuuden teorit ja kuntoutuksen problematiikka. Teoksessa: Järvikoski A, Lindh J & Suikkanen A (2011) Kuntoutus muutoksessa: Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 121-134.
- Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile J, Suissa S, Gosselin L ym (1997) A population-based, randomized clinical trial on back pain. *Spine* 22(24), 2911-2912.
- Lähteenlahti Y (2008) Psykoosit. Teoksessa: Rissanen P ym (toim) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 192-209.
- Lääkintöhallitus (1974) Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen ja yhteistoiminta muusta kuntoutuksesta huolehtivien kanssa. Lääkintöhallituksen yleiskirje n:o 1572. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Mannila S (1993) Työhistoria ja syrjäytyminen. Vaikeasti työllistyvien terveysongelmaisten elämäkulusta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 41/1993. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Margolin RJ & Goldin GJ (eds) (1969) Research utilization conference on rehabilitation in poverty settings. *Northeastern Studies in Vocational Rehabilitation* no. 7. Boston: Northeastern University.
- Martin M, Notko T, Puumalainen J & Järvikoski A (2009) Kuntoutussuunnitelmasta kuntoutuspäätökseen. Teoksessa: Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim) Asiakkaan äänellä. Tutkimuksia 80/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- McLellan L (1997) Introduction to rehabilitation. Teoksessa: Wilson BA & McLellan DL (eds) *Rehabilitation studies handbook*. Cambridge University Press, 1-19.
- Medical rehabilitation in 2011 and beyond (2010). Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the British Society of Rehabilitation Medicine. London: Royal College of Physicians.
- Metteri A (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 1252. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2012). Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Miettinen S (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. *Acta Universitatis Tampereensis* 1625. Tampere: Tampere University Press.
- Miettinen S, Ashorn U & Lehto J (2011) Monta erityistä vai yksi kokonainen kuntoutuspolitiikka? *Yhteiskuntapolitiikka* 76(3).
- Miettinen S, Ashorn U & Lehto J (2013) Talking about the institutional complexity of the integrated rehabilitation system—the importance of coordination. *International Journal of Integrated Care* 2013. [URN:NBN:NL:UI:10-1-114284](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-114284)
- Moilanen I (2008) Lapset ja varhaisnuoret. Teoksessa: Rissanen P ym (toim) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 182-190.
- Murto P (ei vuosil.) Erilaisuuden kohtaaminen koulussa ja nuorisotyössä – kohti inklusiota ja kuntoutumista. Oulu: Oulun yliopisto.
- Murto P (1999) Kohti kuntouttavaa koulua. Teoksessa: Murto P (toim) Kuntouttava koulu kaikille. Onko inklusio tarua vai totta? Täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 2, 31-42. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE & Resnick SG (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 24(1): 37-74.

- Mueser KT, Pratt SI, Bartels SJ, Swain K, Forester B, Cather C & Feldman J (2010) Randomized Trial of Social Rehabilitation and Integrated Health Care for Older People with Severe Mental Illness. *J Consult Clin Psychol.* 78(4): 561–573.
- Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Helsinki: STM ja OKM.
- Mäkitalo J & Palonen J (1994) Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. *Työ ja ihminen* 8(3): 155-162.
- Määttä P (1981) *Vammaiset – suuri vähemmistö. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt.* Jyväskylä: Gummerus.
- Nafukho FM, Roessler RT & Kacirek K (2010) Disability as a diversity factor : implications for human resource practices. *Advances in developing human resources:ADHR*, 12(4): 395-406.
- Nair KPS (2003) Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 17: 192-202.
- Niemi V (1953) Kuntouttamisesta. *Huoltaja* 23: 624-630.
- Niemi V (1961/1995) Kuntouttamista vai kuntoutumista. Teoksessa: Järvikoski A, Vilkkumaa I (toim) *Kuntoutus hyvinvointivaltiossa.* Helsinki: Kuntoutussäätiö, 104-106.
- Niemi V (1969) *Vammaisten huollosta ennakolta ehkäisevään kuntoutukseen.* Eripainos, Jousi 9/1969.
- Niemi V, Rinne H, Tamminen A, Kananoja A, Suonio K (toim) (1974) *Kuntoutus.* Helsinki: WSOY.
- Normann T, Sandvin JT, Thommesen H (2004) *A holistic approach to rehabilitation.* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Noro L & Niemi V (1962) Johdanto. Teoksessa: Noro L, Niemi V, Rinne H & Tamminen A toim. (1962) *Kuntouttaminen: terveydenhuollon kolmas tehtävä.* Porvoo: WSOY, 3-18.
- Noro L, Niemi V, Rinne H & Tamminen A toim. (1962) *Kuntouttaminen: terveydenhuollon kolmas tehtävä.* Porvoo: WSOY.
- Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen (2002) *Mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmä.* Monisteita 2002:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- OECD (2008) *Sickness, disability and work: Breaking the barriers.* Vol 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. OECD Publishing.
- Ollikainen A-M (2008) *Marginaalin marginaalissa? Vammaiset ja osatyökykyiset työllistymispalveluiden reunoilla.* Helsinki: VATES-säätiö & Move-projekti.
- Paanetoja J (2013) *Työsuhteista työtä vai työtoimintaa? Tutkimus vajaakuntoisen tekemän työn oikeudellisesta luonteesta.* Julkaisusarja A316. Helsingin yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta.
- Paatero H (2008) Mikä vika kuntoutusjärjestelmässä? *Kuntoutus* 31(4): 12-16.
- Palola E (2012) *Sosiaalinen kuntoutus uudessa sosiaalihuoltolaissa.* *Kuntoutus* 35(4): 30-34.
- Pietarinen J (1994) *Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus.* Teoksessa: Pietarinen J, Launis V, Räikkä J, Lagerspetz E, Rauhala M & Oksanen M, *Oikeus itsemääräämiseen.* Helsinki: Painatuskeskus, 15-47.
- Pylkkänen K (2008) *Nuoret aikuiset ja työikäiset.* Teoksessa: Rissanen P ym (toim) *Kuntoutus.* Helsinki: Duodecim, 167-181.
- Rajavaara M & Lehto J (2013) *Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä?* Teoksessa: Ashorn U, Sutti-Rämö I, lehto J & Rajavaara M (toim) *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Randall C & Buys N (2011) *Using action research to develop effective disability management programs.* Teoksessa: Geisen T & Harder H (eds) *Disability management and workplace integration. International research findings.* Farnham: Gower, 27-42.

- Ranta-Knuutila JJ (1967) Sotavammaisten huolto Suomessa. Porvoo: WSOY.
- Rauhala L (2005) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rissanen P & Aalto A-M (2002) Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Teoksessa: A-M Aalto ym (toim) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutuksien vaikuttavuudesta. Raportteja 267/2002. Helsinki: Stakes.
- Ritakallio V-M (1991) Köyhyys ei tule yksin. Tutkimus hyvinvointipuutteiden kasautumisesta toimeentulokiasiakkailla. Tutkimuksia 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Routasalo P (2003) Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suosituksen lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri S (toim) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 117 – 136
- Rusk HA (1958) Rehabilitation medicine. St Louis: CV Mosby.
- Saarnio L (2013) Työeläkekuntoutus 2012. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Sandberg T & Valvanne J (2012) Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. Suomen Lääkärilehti 3/2012, 132-133.
- Schipper K, Widdershoven GAM & Abma TA (2011) Citizenship and autonomy in acquired brain injury. *Nursing Ethics* 18(4): 526-536.
- Siebert RJ, Ward T, Levack WHM, McPherson KM (2007) A Good Lives Model of clinical and community rehabilitation. *Disability & Rehabilitation* 29(20-21): 1604-1615.
- Silvennoinen-Nuora L (2010) Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa: mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sipari S (2008) Kuntouttava arki lapselle tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 342. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Socialstyrelsen (2006) Habilitation, rehabilitation and technical aids. Art. no 2006-114-24. [www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9548/2006-114-24\\_200611424.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9548/2006-114-24_200611424.pdf)
- Solomon BB (1976) Black empowerment: social work in oppressed communities. New York: Columbia University.
- Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2012:21.
- Spjelkavik O, Hagen B, Härköpää K (2011) Supported Employment i Norden. AFI-rapport, R2011:3, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- STM (1992) Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Teoksessa: Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1992:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (1999) Työterveyshuolto ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävä toiminta. Teoksessa: Peltonen P, Husman P, Järvisalo J, Laine A & Lamberg M (toim) 10 vuotta tyky-toimintaa: työkykyä ylläpitävä toiminta uudistuu. Työterveyshuollon neuvottelukunta. Helsinki: STM, TTL & Kela, 158-165.
- STM (2013b) Osatyökykyiset työssä. Toimintakonsepti osatyökykyisten työllistymiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013/29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2013a Osatyökykyisten työllistymisen edistäminen. Toimintaohjelmaa valmistevan työryhmän välimietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013/6.
- Stowe MJ, Rutherford Turnbull H, Umbarger GT (2005) Connections among the core concepts of health policy and the core concepts of disability policy. *Journal of Disability Policy Studies* 16(2): 74-83.

- Suikkanen A & Piirainen K (1995) Kuntoutuja kansalaisena, kuluttajana ja asiakkaana. Teoksessa: Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M & Wikström J (toim) Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY.
- Suikkanen A (2008) Selvitystyö välityömarkkinoista. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41254&name=DLFE-4806.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4806.pdf)
- Suikkanen A & Lindh J (2012) Kuntoutuksen tulevaisuudennäkymiä. Mitä kehittämistyö meille opettaa? Kuntoutus 35(2): 50-57.
- Suomen Akatemia (1988) Ihmisen itsemääräminen terveydenhuollossa. Kansanterveyden tutkimuksen jaosto. Julkaisuja 10/1988. Helsinki: Suomen Akatemia.
- Tate DG, Habeck RV, Galvin DE (1986) Disability management: origins, concepts and principles for practice. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 17(3): 5-12.
- Tengland P-A (2011) The concept of work ability. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21: 275-285.
- Thomas M (2011) Reflections on community-based rehabilitation. *Psychology and Developing Societies* 23(2): 277-291.
- Tiainen R, Oivo M, Puumalainen J, Korkeamäki J (2011) Tukea masennuksen jälkeiseen työhönpaluuseen. Työselosteita 42/2011. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Työhön, elämään, työelämään (1998)
- United Nations (1953) Rehabilitation of the handicapped. Social Welfare Information Series. New York: United Nations.
- Waddell G, Burton A & Kendall N (2008) Vocational rehabilitation – what works, for whom, and when? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group. London: TSO.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009) Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009. Helsinki.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2013) Erityisopetus perusopetuksessa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 8/2013. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Varanka M & Lindberg J (2011) Raportti kyselytutkimuksesta: Yrityspäätäjien käsityksiä vammaisten henkilöiden työllistämistä. Vates-säätiö.
- Ward AB, Barnes MP, Stark SC & Ryan S (2009) Oxford handbook of clinical rehabilitation. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- Ward T & Maruna S (2007) Rehabilitation: beyond the risk paradigm. London & New York: Taylor & Francis.
- Warner R (2006) The diffusion of two successful rehabilitation models. *World Psychiatry* 5(3): 160-161.
- Verjans M, Rommel A, Tijtgat E & Bruyninx (2011) Disability management: New methodology to support workplace reintegration in Belgium. Teoksessa: Geisen T & Harder H (eds) Disability management and workplace integration. International research findings. Farnham: Gower, 131-144.
- White book on physical and rehabilitation medicine in Europe (2006). Section of Physical and Rehabilitation Medicine and European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) and Académie Européenne de Médecine de Réadaptation.
- WHO (1969) WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation. Technical Report Series 419. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1980) International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1981) Disability prevention and rehabilitation. Report of the WHO Expert Committee on disability prevention and rehabilitation. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1996) Psychosocial rehabilitation. A consensus statement. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.



- WHO (2001) International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2010) CBR guidelines. Community-based rehabilitation. Introductory booklet.
- Virta L (2006) Kelan korotettujen vammaisuuksien ja vaikeavammaisuuden määrittelyn kytkös epätarkoituksenmukainen. Kuntoutus 29(3): 32-41.
- Virtanen P, Suoheimi M, Lamminmäki S, Ahonen P & Suokas M (2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281. Helsinki: Tekes.
- World Report on Disability (2011) Geneva: World Health Organization.
- Wright GN & Reagles KW (1971) The economic impact of an expanded rehabilitation program of vocational rehabilitation. Wisconsin Studies in Vocational Rehabilitation, Monograph XV, Ser 2. Madison: University of Wisconsin.
- Vuorela M (2007) Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvityshenkilö Mika Vuorelan selvitys 10.3.2008. Työ- ja elinkeinoministeriö.