

**ASLAK-KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS JA
ASIAKASTYYTYVÄISYYS LAPIN KUNTOUTUS OY:SSÄ**

Merja Oivakumpu

Opinnäytetyö
Terveys- ja liikunta-ala
Fysioterapeutti (AMK)

2014

LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

**ASLAK-KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS JA
ASIAKASTYYTYVÄISYYS LAPIN KUNTOUTUS OY:SSÄ**

Merja Oivakumpu

2014

Toimeksiantaja Lapin Kuntoutus Oy

Ohjaajat Kaisa Turpeenniemi ja Mika Rahkola

Hyväksytty _____2014_____

Terveys- ja liikunta-ala
Fysioterapian koulutusohjelma

Tekijä	Merja Oivakumpu	Vuosi	2014
Toimeksiantaja Työn nimi	Lapin Kuntoutus Oy ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus ja asiakastyytyväisyys Lapin Kuntoutus Oy:ssä		
Sivu- ja liitemäärä	94 + 6		

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, minkälaisia vaikutuksia ASLAK-kuntoutuskurssilla oli koettuun fyysiseen ja psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn ja miten ASLAK-kuntoutujat kokevat hyötyneensä kuntoutuksesta. Lisäksi tavoitteena oli kartoittaa ASLAK-kuntoutujien asiakastyytyväisyyttä Lapin Kuntoutus Oy:ssä. Saatujen tietojen perusteella Lapin Kuntoutus Oy voi kehittää toimintaansa ja ASLAK-kuntoutustaan vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeita ja toiveita unohtamatta kuitenkaan Kelan ja työnantajan odotuksia ja tavoitteita.

Tutkimuksessa käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin huhtikuun 2012 ja lokakuun 2013 välisenä aikana. Aineiston keräämiseen käytettiin UKK-terveyskuntotestistöä, UKK-kävelytestiä, BBI-15-työuupumuskyselyä, BDI-II-masennuskyselyä, Työkykyindeksi®-kyselyä ja Lapin Kuntoutus Oy:n asiakaspalautekyselyä. Tutkimukseen osallistui 43 ASLAK-kurssilaista kuudelta eri ASLAK-kurssilta (n=43). Vastausten analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 21-ohjelmaa. Alku- ja loppumittausten tuloksia vertailtiin keskenään.

Tulosten perusteella voidaan todeta ASLAK-kuntoutuksen kohentavan fyysistä työ- ja toimintakykyä parantamalla tasapainoa, tuki- ja liikuntaelimestön notkeutta sekä osittain tuki- ja liikuntaelimestön voimaa, kestävyyttä ja aerobista kuntoa. ASLAK-kuntoutus vähensi koettua masennusta ja työuupumusta sekä lisäsi työkykyisyyttä, joten ASLAK-kuntoutuksen vaikutus psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn on pääasiassa myönteinen.

Suurin osa osallistujista koki ASLAK-kuntoutuksen olevan hyödyllinen. Yli puolet osallistujista (55 %) koki hyötyneensä kuntoutusjaksostaan erittäin hyvin ja yli kolmannes (38 %) hyvin. Lapin Kuntoutus Oy:n järjestämään ASLAK-kuntoutukseen oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä, mutta majoitushuoneiden toimivuuteen ja viihtyvyyteen sekä allastilojen käyttöön toivottiin kiinnitettävän jatkossa huomiota.

Avainsanat: asiakastyytyväisyys, ASLAK, kuntoutus, toimintakyky, työkyky, vaikuttavuus

School of Social Services, Health Care and
Sports
Degree Programme in Physiotherapy

Author	Merja Oivakumpu	Year	2014
Commissioned by	Lapin Kuntoutus Oy		
Subject of thesis	The Effectiveness of ASLAK Rehabilitation And Customer Satisfaction in Lapin Kuntoutus Oy		
Number of pages	94 + 6		

The aim of this thesis was to find out what kind of effects ASLAK rehabilitation has on the physical and mental work ability and performance, and how ASLAK rehabilitees perceive the benefit from the rehabilitation. In addition, the aim was to find out ASLAK rehabilitees customer satisfaction in Lapin Kuntoutus Oy. Based on data from this study, Lapin Kuntoutus Oy can develop its activities and ASLAK rehabilitation to better meet the needs not only rehabilitants but also Kela (Social Insurance Institute of Finland) and the employer.

The research method of this study was quantitative and the data was collected during April 2012 and October 2013. The data was collected by the UKK Health-Related Fitness Test, UKK Walk Test, Bergen Burnout Indicator 15, Beck Depression Inventory II, Working Capacity Index® and customer feedback survey of Lapin Kuntoutus Oy. The research sample consisted of 43 ASLAK rehabilitees on six different ASLAK courses (n=43). Analyses were made by using the IBM SPSS Statistics 21. The test results from the first period were compared with the test results from the last period.

The results show that ASLAK rehabilitation improves physical work ability and performance by improving balance, suppleness of musculoskeletal system and partly musculoskeletal strength, durability and aerobic condition. ASLAK rehabilitation also reduced perceived depression and work burn-out and improved work ability. That means that ASLAK rehabilitation has mainly positive influence on mental work ability and performance.

Most of the ASLAK rehabilitees perceived the rehabilitation useful. More than half of the respondents (55 %) thought that the rehabilitation was extremely useful and over one third (38 %) reported it very useful. ASLAK rehabilitees were mainly pleased with the rehabilitation in Lapin Kuntoutus Oy, but they hoped that more attention would be paid to functionality and comfort of accommodation and pool facilities.

Key words: ASLAK, customer satisfaction, effectiveness, performance, rehabilitation, work ability

SISÄLTÖ

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	1
1 JOHDANTO	3
2 TYÖ- JA TOIMINTAKYKY	6
2.1 TOIMINTAKYVYN MÄÄRITELMIÄ	6
2.2 TOIMINTAKYVYN OSA-ALUEET	8
2.3 TYÖKYVYN MÄÄRITELMIÄ	9
2.3.1 <i>Lääketieteellinen työkykymalli</i>	<i>11</i>
2.3.2 <i>Työkyvyn tasapainomalli</i>	<i>12</i>
2.3.3 <i>Integroitu työkykymalli</i>	<i>12</i>
2.3.4 <i>Moniulotteinen työkykymalli</i>	<i>13</i>
2.3.5 <i>Työkyvyn talomalli</i>	<i>15</i>
3 KUNTOUTUS.....	19
3.1 KUNTOUTUKSEN MÄÄRITELMIÄ.....	19
3.2 AMMATILLINEN KUNTOUTUS	21
3.3 AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN MALLEJA MUUALLA EUROOPASSA.....	22
3.4 ASLAK ELI AMMATILISESTI SYVENNETTY LÄÄKETIETEELLINEN KUNTOUTUS.....	25
3.4.1 <i>ASLAK-kuntoutusprosessi Lapin Kuntoutus Oy:ssä</i>	<i>26</i>
3.4.2 <i>ASLAK-kurssin rakenne ja sisältö.....</i>	<i>28</i>
3.4.3 <i>ASLAK-kuntoutuksen tavoitteet.....</i>	<i>31</i>
3.5 KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS	32
4 ASIAKKUUS, ASIAKASLÄHTÖISYYS JA ASIAKASTYYTYVÄISYYS	35
5 TYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	38
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	39
6.1 TUTKIMUSMENETELMÄT	39
6.2 TUTKIMUSJOUKKO.....	40
6.3 TUTKIMUKSEN KULKU	41
6.4 TUTKIMUSAINEISTON HANKINNASSA KÄYTETYT MITTARIT	42
6.4.1 <i>UKK-terveyskuntotestit</i>	<i>43</i>
6.4.2 <i>UKK-kävelytesti.....</i>	<i>45</i>
6.4.3 <i>BBI-15-työuupumuskyseily.....</i>	<i>47</i>
6.4.4 <i>Työkykyindeksi®.....</i>	<i>48</i>
6.4.5 <i>Beck Depression Inventory II.....</i>	<i>49</i>
6.4.6 <i>Asiakaspalautekyseily</i>	<i>49</i>
6.5 TULOSTEN ANALYSOINTI	50
6.6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	51
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	54
7.1 ASLAK-KUNTOUTUKSEN VAIKUTUKSET KUNTOUTUJAN FYSISEEN TYÖ- JA TOIMINTAKYKYYN	54
7.1.1 <i>Fyysinen aktiivisuus</i>	<i>54</i>
7.1.2 <i>Motorinen kunto</i>	<i>56</i>
7.1.3 <i>Tuki- ja liikuntaelimityö, notkeus.....</i>	<i>58</i>
7.1.4 <i>Tuki- ja liikuntaelimityö, lihasvoima ja lihaskestävyys</i>	<i>61</i>
7.1.5 <i>Aerobinen kunto</i>	<i>66</i>
7.1.6 <i>Kehon koostumus.....</i>	<i>67</i>
7.2 ASLAK-KUNTOUTUKSEN VAIKUTUKSET KUNTOUTUJAN PSYYKKISEEN TYÖ- JA TOIMINTAKYKYYN	68
7.3 ASLAK-KUNTOUTUJIEN ASIAKASTYYTYVÄISYYS LAPIN KUNTOUTUS OY:SSÄ	71

8 POHDINTA	75
8.1 TUTKIMUSTULOKSET.....	75
8.1.1 ASLAK-kuntoutuksen vaikutus fyysiseen työ- ja toimintakykyyn	75
8.1.2 ASLAK-kuntoutuksen vaikutus psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn	77
8.1.3 ASLAK-kuntoutujien asiakastyytyväisyys Lapin Kuntoutus Oy:ssä	79
8.2 YHTEENVETO, KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	81
8.3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUMINEN	82
8.4 OPINNÄYTETYÖPROSESSI	85
LÄHTEET	88
LIITTEET	95

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueet WHO:n mukaan	7
Kuvio 2. Työkykyalomalli	16
Kuvio 3. ASLAK-kuntoutusprosessi Lapin Kuntoutus Oy:ssä.....	27
Kuvio 4. Tutkimuksen kulku.....	41
Kuvio 5. Fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärä.....	54
Kuvio 6. Fyysisen aktiivisuuden monipuolisuus	55
Kuvio 7. Staattinen tasapaino, yhdellä jalalla seisominen.....	56
Kuvio 8. Staattinen tasapaino, palkilla seisominen	57
Kuvio 9. Dynaaminen tasapaino, takaperin kävely	58
Kuvio 10. Hartiaseudun liikkuvuus.....	59
Kuvio 11. Lanne- ja rintarangan kokonaisliikkuvuus, selän sivutaivutus	59
Kuvio 12. Reiden takaosan lihasten venyvyys.....	60
Kuvio 13. Käden ja kyynärvarren lihasten maksimaalinen puristusvoima	61
Kuvio 14. Yläraajojen ojentajalihasten voima-kestävyys ja vartalolihashen kyky tukea selän asentoa, muunneltu punnerrus	62
Kuvio 15. Vatsan ja lonkan koukistajalihasten dynaaminen voima, suorat vatsalihakset	62
Kuvio 16. Vatsan ja lonkan koukistajalihasten dynaaminen voimakestävyys, vinot vatsalihakset	63
Kuvio 17. Selän ja vartalon ojentajalihasten staattinen kestävyysvoima	64
Kuvio 18. Alaraajojen ojentajalihasten toiminnallinen maksimivoima, askelkyykistys	65
Kuvio 19. UKK-kävelytestin testiaika	66
Kuvio 20. Arvioitu maksimaalinen aerobinen teho	66
Kuvio 21. Kehon koostumus, painoindeksi	67
Kuvio 22. Kehon koostumus, vyötärön ympärys	68
Kuvio 23. Työuupumuksen taso kurssin alussa ja lopussa	69
Kuvio 24. Työkykyindeksi® kurssin alussa ja lopussa	69
Kuvio 25. Masennuksen taso kurssin alussa ja lopussa	70
Kuvio 26. Ohjaus ja neuvonta jakson aikana	71
Kuvio 27. Kuntoutujan kuunteleminen ja huomiointi jakson aikana	72
Kuvio 28. Liikunta- ja ryhmätilojen toimivuus	72
Kuvio 29. Majoitustilojen toimivuus.....	73
Kuvio 30. Henkilökunnan ystävällisyys ja palvelualltius	73
Kuvio 31. Henkilökunnan ammattitaito	74
Kuvio 32. Kuntoutusjakson hyödyllisyys	74

Taulukko 1. Toimintakyvyn osa-alueet	8
Taulukko 2. Työkyvyn kolme eri käsitystä.....	11
Taulukko 3. Moniulotteinen työkykymalli	14

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen ja työvoimapula tuovat tulevaisuudessa haasteita työelämään. Tavoite työurien pidentämisestä luo myös paineita työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi työikäisten keskuudessa. Sosiaali- ja terveysministeriö on listannut yhdeksi strategiakseen vuoteen 2015 parantaa työikäisten terveyttä ja toimintakykyä ja nostaa työelämän hyvinvointi yhdeksi työelämän vetovoimaisuuden painopisteeksi. Lisäksi sen tavoitteena on pidentää työssäoloaika keskimäärin kolmella vuodella ja näin ollen lisätä työllisyysaste 75 prosenttiin. Tähän pyritään muun muassa kiinnittämällä tulevaisuudessa entistä enemmän huomiota työympäristöön ja työhyvinvointiin ja korostamalla työpaikan ja työterveyshuollon roolia työssäjaksamisen edistäjänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 8–13, 23.)

Nämä strategiset linjaukset nostavat esille sen, että jo varhaisessa vaiheessa tulisi kiinnittää huomiota työntekijään nimenomaan ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kautta ajatellen työntekoa, työssä jaksamista ja työ- ja toimintakykyä. Varhaisvaiheen kuntoutuksen roolia ei siis missään tapauksessa saa unohtaa, kun puhutaan työhön liittyvistä kuormitustekijöistä ja työurien pidentämisestä.

Kuntoutusta saavien määrä sekä kuntoutukseen kohdistuvat varat ovat Suomessa 2000-luvulla pysyneet kutakuinkin samana. Yksi suurimmista kuntouttajista Suomessa on Kansaneläkelaitos (Kela), joka vastaa myös ASLAK-kuntoutuksesta. ASLAK eli ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus on työväestölle suunnattua kuntoutusta, jolla pyritään edistämään niiden työntekijöiden työ- ja toimintakykyä, joilla on poikkeuksellisen suuri työstä johtuva fyysinen, psyykkinen tai sosiaalinen kuormitus. ASLAK-kuntoutus pyritään ajoittamaan vaiheeseen, jossa sairaus- ja kuormitusoireet ovat vielä lieviä ja palautuvia. (Kansaneläkelaitos 2012a, 2.) Kela käytti vuonna 2011 kuntoutuspalveluihin 262,1 miljoonaa euroa, harkinnanvaraiseen kuntoutukseen 86,9 miljoonaa euroa ja tästä ASLAK-kuntoutukseen 25,1 miljoonaa euroa. Kaikista harkinnanvaraisista kuntoutuskursseista Kela käytti selvästi eniten varoja ASLAK-kuntoutukseen. (Kansaneläkelaitos 2012b, 80; Kansaneläkelaitos 2012c, 213–214.)

Kuntoutuksesta huolimatta työikäisten sairauspoissaoloissa ei ole tapahtunut merkittävää laskua viime vuosien aikana. Esimerkiksi palvelualojen työntekijöiden sairaus- ja tapaturmapoissaolot ovat nousseet melko tasaisesti 1990-luvun alusta lähtien, ja samanlainen ilmiö on havaittavissa myös teollisuuden työntekijöillä. Myös Pohjoismaisessa vertailussa Suomi on näissä tilastoissa korkealla. Vain Norja on Suomen edellä. Merkittävää on etenkin se, että siinä missä muut Pohjoismaat ovat onnistuneet vähentämään omia sairaus- ja tapaturmapoissaolojaan 1980-luvulta lähtien, ei Suomi ole onnistunut tekemään samaa. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2012, 5–13.) Tulevaisuudessa olisikin tärkeää selvittää, millä keinoilla työssäoloa voitaisiin parantaa ja jatkaa ja onko varhaisvaiheen kuntoutus yksi keino saavuttaa nämä tavoitteet.

Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Lapin Kuntoutus Oy ja työni aiheena on ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus ja asiakastyytyväisyys Lapin Kuntoutus Oy:ssä. Tutkimus on määrällinen ja aineiston keräämiseen on käytetty UKK-terveyskuntotestistöä, UKK-kävelytestiä, BBI-15-työuupumuskyselyä, BDI-II-masennuskyselyä, Työkykyindeksi®-kyselyä ja Lapin Kuntoutus Oy:n asiakaspalautekyselyä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, minkälaisia vaikutuksia ASLAK-kuntoutuskurssilla on ollut koettuun fyysiseen ja psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn ja miten ASLAK-kuntoutujat kokevat hyötyneensä kuntoutuksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on, että tutkimuksesta saadun tiedon perusteella Lapin Kuntoutus Oy pystyy kehittämään ASLAK-kuntoutustaan vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeita ja toiveita ottaen kuitenkin samalla huomioon Kelan standardit sekä työnantajan toiveet ja tavoitteet kuntoutuskurssille.

Mielenkiintoni aihetta kohtaan syntyi oman työpaikkani ja viimeaikaisten tutkimusten kautta. Olen itse töissä Lapin Kuntoutus Oy:ssä ja mukana toteuttamassa ASLAK-kuntoutusta, joten aihe tuntuu läheiseltä ja kiinnostavalta. Lisäksi viimeaikaisten tutkimusten ristiriitaisuus varhaiskuntoutuksen vaikuttavuudesta herätti paljon ajatuksia niin yhteiskunnassa kuin omassa mielessäni. Itse olen vahvasti varhaiskuntoutuksen hyödyllisyyden puolestapuhuja ja halusin tutkia aihetta tarkemmin omassa työpaikassani. Lisäksi halusin tehdä työn, josta olisi hyötyä Lapin Kuntoutus Oy:lle ja sen ASLAK-kuntoutuksen kehittämiselle.

Opinnäytetyön teorettisessa viitekehyksessä käyn läpi kuntoutukseen liittyviä keskeisiä käsitteitä (kuntoutus, toimintakyky, työkyky), esittelen erilaisia työkykymalleja sekä kerron, mitä ASLAK-kuntoutus on yleensä ja mitä se on Lapin Kuntoutus Oy:ssä. Kerron myös lyhyesti asiakkuudesta, asiakaslähtöisyydestä ja asiakaspalvelusta. Teoreettisen viitekehysten jälkeen kuvailen tutkimukseni kulun, aineiston, aineistonkeruumenetelmät sekä tutkimuksen tulokset. Loppuun olen koonnut johtopäätökset tutkimustuloksista, kehittämissuhteet, jatkotutkimusaiheet sekä pohdintaa tutkimuksen ja opinnäytetyön tekemisestä, etenemisestä ja onnistumisesta.

2 TYÖ- JA TOIMINTAKYKY

Työ- ja toimintakykyä on vaikea erottaa toisistaan, joten tässä opinnäytetyössä niitä käsitellään yhdessä. Myös toimintakyvyn ja työkyvyn mittaaminen erikseen on vaikeaa, joten käsitteistä puhuminen rinnakkain on mielestäni perusteltua.

Seuraavissa luvuissa on kuvailtu toimintakyvyn ja työkyvyn eri määritelmiä. Lisäksi työkykyyn liittyen esitellään muutamia työkykymalleja ja vertaillaan niitä keskenään.

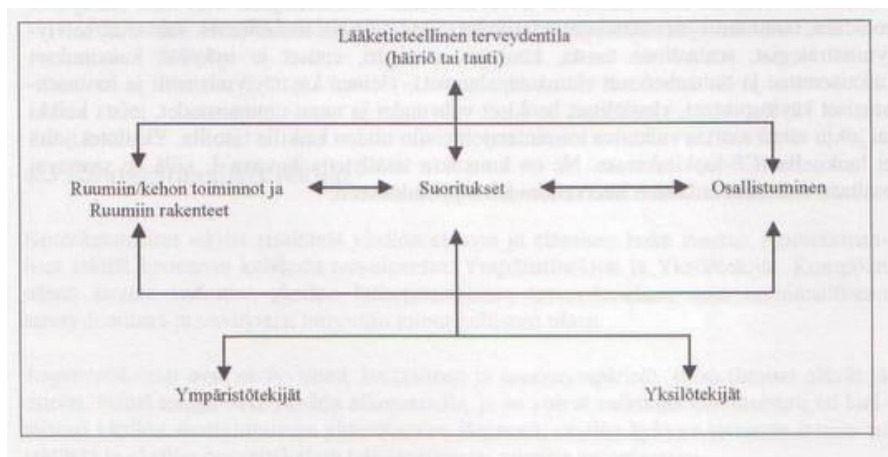
2.1 Toimintakyvyn määritelmiä

Toimintakyky on käsitteenä vaikea määritellä, sillä sen määrittelytavat vaihtelevat tieteenalan ja näkökulman mukaan. Lääketieteessä puhutaan usein terveydestä ja sairaudesta, kun taas psykologiassa, sosiaalitieteissä ja liikuntatieteissä kiinnostus on toiminnassa ja toimintakyvystä myös erillään terveydestä ja sairaudesta. Järvikoski ja Härkäpää määrittelevät toimintakyvyn ihmisen valmiuksiksi selviytyä päivittäisistä elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 92.) Tarkasteltiinpa toimintakykyä mistä näkökulmasta tahansa, on se keskeinen osa ihmisen hyvinvointia. Lisäksi toimintakyky on tasapainotila kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. (THL 2014.)

Aron näkemys on samanlainen kuin Järvikosen ja Härkäpään, mutta hän lisää toimintakyvyn arvion perustuvan esitietoihin, kliinisiin havaintoihin ja muihin tutkimuslöydöksiin (Aro 2010, 206). Mäkitalon ja kumppaneiden määritelmä toimintakyvystä on edellisiä paljon suppeampi, sillä heidän mukaansa toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön elimistön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, mutta siinä ei eritellä toimintakyvyn eri ulottuvuuksia tai yhteyttä arjessa selviytymiseen (Mäkitalo–Suikkanen–Ylisassi–Linnakangas 2008, 530).

Vuonna 2011 Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi uusimman toimintakykyluokituksen nimeltä International Classification of Functioning and Health eli ICF-luokituksen. ICF-malli luotiin, jotta terveyttä, toimintakykyä ja toimintarajoitteita voitaisiin ymmärtää ja tutkia systemaattisemmin ja laajalaisemmin. Lisäksi sen tuli toimia toimintasektorien ja ammattiryhmien yh-

teistyön pohjana. Mallissa toimintakyky on jaettu kahteen tasoon. Ensimmäinen taso on toimintakyky ja toimintarajoitteet, joihin kuuluvat kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen. Toiseen tasoon kuuluvat tilannekohtaiset tekijät eli yksilö- ja ympäristötekijät. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 92–100.) Kuviossa 1 on esitetty nämä tasot kaavion muodossa.



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueet WHO:n mukaan (WHO 2004, 18)

Ruumiin rakenteilla tarkoitetaan anatomisia osia kuten elimiä, ja ruumiin tai kehon toiminnoilla elinjärjestelmän fysiologisia ja psyykkisiä toimintoja. Suoritukset ovat niitä tehtäviä ja toimia, joita yksilö toteuttaa. Osallistuminen puolestaan tarkoittaa yksilön osallisuutta erilaisiin elämän ja yhteiskunnan tilanteisiin sekä erilaisia sosiaalisia rooleja. Tilanetekijöillä viitataan toisaalta yksilöä kuvaaviin ominaisuuksiin, mutta myös ihmisen lähiympäristön ja yhteiskunnan fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön ominaisuuksiin. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 96–98.)

Kaikki nämä edellä mainitut osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja vaikuttavat toinen toisiinsa toimintakyvyn näkökulmasta. Esimerkiksi terveydentila vaikuttaa osallistumiseen ja suoritukseen, ja toisaalta ihmisen toiminta vaikuttaa terveyteen. Siinä missä ihmisen toiminta muuttaa ympäristöä ja ihmisen henkilökohtaisia ominaisuuksia, myös yksilö- ja ympäristötekijät vaikuttavan ruumiin toimintoihin, suoritukseen ja osallistumiseen. Myös työllä ja työstä selviytymisellä on vahva yhteys ICF-malliin, sillä suorituskkyky ja suoritustaso vaikuttavat siihen, miten ihminen toteuttaa kykyjään käytännön elämässä kuten työssä. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 96–98.)

2.2 Toimintakyvyn osa-alueet

Toimintakyvystä voidaan erotella kolme eri aluetta: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen alue. Kaikki alueet vaikuttavat toisiinsa. Esimerkiksi motivaatio ja mieliala ovat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn. Sainio ym. toteavat osuvasti, että hyvä suoriutuminen työelämässä edellyttää työntekijältä riittävää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Sainio–Koskinen–Martelin–Gould 2006, 135). Taulukossa 1 on kuvattuna Heikkisen ym. toimintakyvyn eri osa-alueet (Nevala-Puranen 2001, 46).

Taulukko 1. Toimintakyvyn osa-alueet (mukaillen Nevala-Puranen 2001, 46)

TOIMINTAKYKY				
Fyysinen	Fysiologiset perustoiminnot →	Päivittäiset toiminnot →	Fyysinen työ, kuntoliikunta →	Kilpaurheilu
Psyykinen	Havaitseminen, aistiminen, suuntautuminen →	Ongelmanratkaisu →	Itsearvostus →	Tilanteiden hallinta, luovuus
Sosiaalinen	Tunteminen, kahdenväliset ihmissuhteet →	Perhe-elämä, ystävyys-suhteet →	Suhteet työtovereihin, järjestötyö →	Luova johtaminen

Mäkitalon ja kumppaneiden mukaan **fyysisellä toimintakyvyllä** on kolme tärkeää osa-aluetta. Ne ovat tuki- ja liikuntaelimestön toiminta, sydän- ja verenkiertoelimestön toiminta sekä keuhkojen ja hermoston toiminta. (Mäkitalo ym. 2008, 530.) Nevala-Puranen puolestaan jaottelee fyysisen toimintakyvyn yleiskestävyyteen, lihaskuntoon ja motoriseen taitoon. Lihaskunto sisältää voiman, notkeuden ja kestävyuden osiot, yleiskestävyys aerobisen ja anaerobisen kestävyuden ja motorinen taito tarkoittaa yleistä kehon ja liikkeiden hallintaa kuten tasapaino-, koordinaatio- ja reaktiokykyä sekä kinesteettistä erottelukykyä. (Nevala-Puranen 2001, 46–47.)

Psyykkisestä toimintakyvystä puhuttaessa puhutaan usein tietyistä psyykkisistä ominaisuuksista. Näitä ominaisuuksia ovat kognitiiviset kyvyt eli oppimiskyky, muistaminen ja kielelliset taidot, psyykkiset voimavarat sekä kestävyys. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 92.) Mäkitalo ym. lisäävät näihin ominaisuuksiin myös tunne-elämän tasapainoisuuden, persoonallisuuteen liittyvät

tekijät, motivaation ja vireyden (Mäkitalo ym. 2008, 530). Nevala-Puranen (2001,47) puolestaan tarkoittaa psyykkisellä toimintakyvyllä kykyä suoriutua erilaisista älyllisistä ja muuta ponnistelua vaativista tehtävistä. Lisäksi Nevala-Puranen painottaa yksilön voimavaroja, selviytymistä päivittäisen elämän vaatimuksista sekä muutos- ja kriisitilanteiden hallintaa.

Nevala-Purasen mukaan **sosiaalinen toimintakyky** on yksilön aktiivista toimintaa vuorovaikutussuhteissa sekä erilaisissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa, mikä edellyttää sekä tiedollisia että tunneperäisiä valmiuksia (Nevala-Puranen 2001, 48). On epäselvää, onko sosiaalinen toimintakyky samalla tavalla yksilöllinen kyky kuin fyysinen tai psyykkinen toimintakyky. Sosiaaliiseen toimintakykyyn kuuluu muun muassa yksikön sosiaalisuus, kommunikaatiotaidot ja oman osaamisen esille tuominen. Mäkitalo ym. kuvaavat sosiaalista toimintakykyä moniulotteisena käsitteenä, jonka avulla yksilöllä on mahdollisuus selvitä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutuksesta ja eri rooleista. (Mäkitalo ym. 2008, 530.)

Järvikosken ja Härkäpään mukaan sosiaalista toimintakykyä ei voida tarkastella erillään sosiaalisesta ympäristöstä, jossa toiminta tapahtuu. Sen sijaan he viittaavat teoksessaan Seija Talon vuoden 2001 ajatukseen yleisestä toimintakyvystä ja sen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista edellytyksistä. (Järvikoski-Härkäpää 2011, 92.) Sosiaalinen toimintakyky liittyy keskeisesti työkykyyn ja työelämässä pärjäämiseen, jolloin sen heikkeneminen tarkoittaa ongelmien tai häiriöiden lisääntymistä näillä alueilla (Mäkitalo ym. 2008, 530).

2.3 Työkyvyn määritelmiä

Työkyky on yksi toimintakyvyn osa-alue (Aro 2010, 206). Työkyvyn käsite on muuttunut samaan tahtiin yhteiskunnallisen kehityksen myötä. Lääketieteellisestä työkyvyn määritelmästä on siirrytty enemmän yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten välisen tasapainon tarkasteluun sekä siitäkin moniulotteisempaan työkyvyn kuvaamiseen. Suuntausta on tukenut työurien pidentämisen tavoite, pyrkimys havaita työkyvyn heikkeneminen varhaisessa vaiheessa, työkyvyttömyyden uhkan torjuminen sekä jäljellä olevan työkyvyn painottaminen työkyvyttömyyden sijaan. Lisäksi kuntoutuksessa on keskitytty edistämään työkykyä kolmen eri tason lähtökohdista. Nämä kolme tasoa ovat

työelämän, työn tekemisen ja yksilöön kohdistuvien toimintalinjojen lähtökohdat. (Ilmarinen–Gould–Järvikoski–Järvisalo 2006, 17–18.)

Työkyvyn määrittelemine on varsin haastavaa johtuen sen kytkennöistä lähes kaikkiin työelämään liittyviin tekijöihin; yksilöön, työpaikkaan, sosiaaliseen lähiympäristöön ja yhteiskuntaan liittyviin seikkoihin. Ilmarisen mukaan työkyvyn määrittely riippuu siitä, katsotaanko sitä työterveyden, sosiaalivaikutuksen tai esimerkiksi kuntoutuksen näkökulmasta. (Ilmarinen 2006,79.)

Ilmarinen kumppaneineen toteaa myös, että työkyky ei myöskään sijoitu millekään tietylle yksittäiselle tieteenalalle, joka voisi antaa sille yksiselitteisen määritelmän. Myös eri toimijat kuten terveydenhuolto, eläkelaitokset, kuntoutuslaitokset, työntekijät, työnantajat, tutkijat ja niin edelleen määrittelevät työkyvyn hieman omalla tavallaan. Tämä lisää haastetta yhteisen määritelmän löytämiseksi. Haastetta lisää myös se, että työkyvyn käsite on muuttunut ja muuttuu edelleen ajan ja tutkimuksen myötä. Mitä enemmän työkykyä ja sen ulottuvuuksia tutkitaan, sitä moniulotteisemmaksi ja monipuolisemmaksi käsitys työkyvystä muodostuu. Kaikista eri näkökannoista, tahoista ja toimijoista huolimatta työkyvyn määrittelyssä vallitsee kuitenkin jonkinlainen yhteisymmärrys siitä, että työkyky ei ole vain yksilön ominaisuus, vaan se on yksilön, hänen työnsä sekä työympäristön yhteinen ominaisuus. (Ilmarinen ym. 2006, 19–20.)

Mäkitalo kertoo kirjoituksessaan Mäkitalon ja Palosen yhdessä vuonna 1994 jakaneen työkyvyn kolmeen eri luokkaan (Mäkitalo 2010, 162–163.) Ne ovat lääketieteellinen käsitys työkyvystä, työkyvyn tasapainomalli ja integroitu käsitys työkyvystä. Mallit on esitetty seuraavan sivun taulukossa 2.

Taulukko 2. Työkyvyn kolme eri käsitystä (mukaillen Mäkitalo 2010, 163)

	Lääketieteellinen käsitys työkyvystä	Työkyvyn tasa-painomalli	Integroitu käsitys työkyvystä
Lähtökohta	yksilön psykofyysisen järjestelmän kliinisesti määritelty tila	yksilön sisäiset ominaisuudet suhteessa työn ulkopuolisiin vaatimuksiin	yksilön, yhteisön ja toimintaympäristön muodostama systeemi
Avaintermi	sairaus/terveys	toimintakyky	toiminta
Työkyvyn arviointi	diagnosointi	suorituskykytestit, työn vaatimustason mittaaminen	toiminnan häiriöiden systeeminen ja kehityksellinen analyysi
Työkyvyn edistäminen	korjaavaa: sairauksien hoito	sopeuttavaa: toimintakyvyn harjoittaminen tai työn vaatimusten madaltaminen	kehittävää: toiminnan kehitystä eteenpäin vieviä kokeiluja

Näiden kolmen mallin lisäksi on olemassa paljon muitakin erilaisia malleja ja käsityksiä työkyvystä. Seuraavissa luvuissa on esitelty muutamia niistä.

2.3.1 Lääketieteellinen työkykymalli

Lääketieteellisessä työkykymallissa työkyky tarkoittaa yksilön terveyttä, ja sairaus tai vamma aiheuttaa aina työkyvyn alenemisen. Koska työkyky on suorassa suhteessa sairauden tai vamman vaikeusasteeseen tai sen aiheuttamaan toiminnan rajoitukseen, ovat sairauden varhainen havaitseminen ja rajoituksia aiheuttavan sairauden hoito keskeisiä menetelmiä työkyvyttömyyden ehkäisyssä. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 115–116.)

Mäkitalo (2010,162) kiteyttää lääketieteellisen työkykykäsityksen ”yksilölliseksi, terveydentilaan liittyväksi, työstä riippumattomaksi ominaisuudeksi”, mikä mielestäni osuvasti kuvaa tämän mallin heikkoutta. Tässä mallissa ei kiinnitetä huomiota ihmisen työhön tai sosiaaliseen ympäristöön, jotka mielestäni liittyvät hyvin oleellisesti työkykyyn. Sen sijaan siinä keskitytään pelkästään yksilön biofyysiseen tilaan, terveyteen tai sairauteen.

Juuri nämä kaksi edellä mainittua seikkaa tekevät mielestäni mallista hieman vanhanaikaisen ja kapea-alaisen. Toisaalta malli on kuitenkin yksinkertaisuudessaan selkeä, ja siinä puututaan työkyvyttömyyden syihin konkreettisin keinoin sairautta hoitamalla. Lisäksi ennaltaehkäisevä näkökulma on otettu huomioon tässä mallissa.

2.3.2 Työkyvyn tasapainomalli

Työkyvyn tasapainomallin mukaan työkyky on jatkuvaa tasapainon etsimistä ihmisen ja hänen työelämänsä välillä (Ilmarinen ym. 2006, 22). Mallin mukaan työkyky riippuu siitä, miten hyvin yksilöllinen toimintakyky riittää vastaamaan työn asettamiin vaatimuksiin. Lääketieteelliseen malliin verrattuna työkyvyn käsite laajenee: terveydentilan sijaan tarkastellaan toimintakykyä, ja yksilöllisten edellytysten absoluuttisesta tarkastelusta siirrytään tarkastelemaan edellytysten suhdetta työn vaatimustasoon. (Mäkitalo 2010, 162.)

Tasapainomallia on varioitu useissa tutkimuksissa. Järvikoski ja Härkäpää viittaavat muun muassa Melkaksen ja Järvikosken hyödyntäneen sitä omissa tutkimuksissaan. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 116–117.) Työkyvyn tasapainomallissa työkyvyllä tarkoitetaan siis yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten välistä suhdetta. Yksilön toimintakyvyn ja hänen työnsä asettamien fyysisten ja psyykkisten vaatimusten välinen tasapainoinen suhde merkitsee hyvää työkykyä, kun taas häiriö tai ristiriita tässä suhteessa johtaa työkyvyn alenemiseen.

Tasapainomalli on lääketieteellistä työkykymallia huomattavasti laajalaisempi. On hyvä, että malli ottaa työkyvyssä huomioon yleisen toimintakyvyn ja sen yhteyden ja vaikutukset työkykyyn. Toisaalta itse työn osuus ja sen vaikutukset työ- ja toimintakykyyn jäävät tässä mallissa mielestäni liian vähälle huomiolle.

2.3.3 Integroitu työkykymalli

Integroidun käsitystyyppin taustalla ovat erilaiset systeemiteoriat, joten työkyky nähdään työtoiminnan muodostaman systeemin ominaisuutena. Siinä tarkastellaan paikallisen systeemin (työpaikan, organisaation) kykyä ja edellytyksiä vastata sille asetettuihin haasteisiin sen sijaan, että tarkasteltaisiin erillisiksi katsottuja yksilöllisiä ominaisuuksia ja työn vaatimuksia. (Mäkitalo 2010, 162).

Lääketieteelliseen malliin ja tasapainomalliin verrattuna Mäkitalo (2010, 162–163) pitää tämän käsitystyyppin tärkeimpänä laajenuksena juuri työkyvyn tarkastelua yksilöllisenä ja työtoiminnan järjestelmän muodostamana ominaisuutena, sairauden tai toimintakyvyn tarkastelun sijaan. Painotus on yhteisöl-

lisissä toimintatavoissa, työkuultuurissa sekä työssä käytettävässä välineistössä, ei lääketieteellisissä ja fysiologisissa ominaisuuksissa kuten kahdessa edellisessä työkyvyn käsitystyyppissä ja mallissa. Järvikoski ja Härkäpää toteavat vielä, että käsitystyyppin mukaan työkyky ei ole pysyvää, vaan jatkuvasti muuttuvaa (Järvikoski–Härkäpää 2011, 117).




Olen samaa mieltä Mäkitalon kanssa tätä mallia koskevien laajennusten suhteen. Mielestäni tässä mallissa vaarana on kuitenkin se, että keskitytään liikaa työhön, työpaikkaan ja organisaatioon, ja työntekijän ominaisuudet ja osuus jäävät taka-alalle.

2.3.4 Moniulotteinen työkykymalli

Kuntoutussäätiössä kehitettiin 2000-luvun alussa moniulotteinen työkykymalli. Sen lähtökohtana ovat työssä jaksamisen ja selviytymisen yksilölliset edellytykset, mutta siinä korostetaan myös työn ja työorganisaation roolia työkykyyn. (Ilmarinen ym. 2006, 26.)

Edellisiin malleihin verrattuna moniulotteinen työkykymalli laajentaa työkyvyn käsitettä vielä lisää. Mallissa painottuu työkyvyn tarkastelu kokonaisuudessaan, ei erilaisten työkykyyn vaikuttavien tekijöiden tarkastelu erikseen. Työkykyä kuvataan työyhteisöön osallistumisen pohjalta, ja Järvikoski, Härkäpää ja Mannila määrittelevät työkyvyille kolme ulottuvuutta: työssä jaksaminen, työn hallinta ja sosiaalinen osallisuus. (Ilmarinen ym. 2006, 27; Järvikoski–Härkäpää 2011, 119.) Seuraavan sivun taulukossa 3 on Järvikosken, Härkäpään ja Mannilan työkykymalli.

Taulukko 3. Moniulotteinen työkykymalli (mukaillen Järvikoski–Härkäpää 2011, 119)

Työntekijä		Työntekijän työ	Työorganisaation tehtävät ja toimintaympäristö
Fyysinen ja psyykkinen toimintakyky, kestävyys	 Työssä jaksaminen	Työprosessin työolosuhteiden fyysinen ja psyykkinen kuormittavuus (resurssi- ja häirttekijät)	Toiminta-ajatus, työnjaolliset ratkaisut, työolosuhteet ja työprosessit organisaatiossa
Ammatilliset valmiudet ja kompetenssit	 Työn hallinta	Työprosessin tiedolliset ja taidolliset edellytykset, vaikutus-, oppimis- ja kehittymismahdollisuudet	Työroolit ja niiden tiedolliset ja taidolliset edellytykset, työn välineet, henkilöstön vaikutus-, oppimis- ja kehittämismahdollisuudet
Yleiset työelämävalmiudet ja sosiaaliset taidot, työnhakutaidot, intressit	 Työyhteisön 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

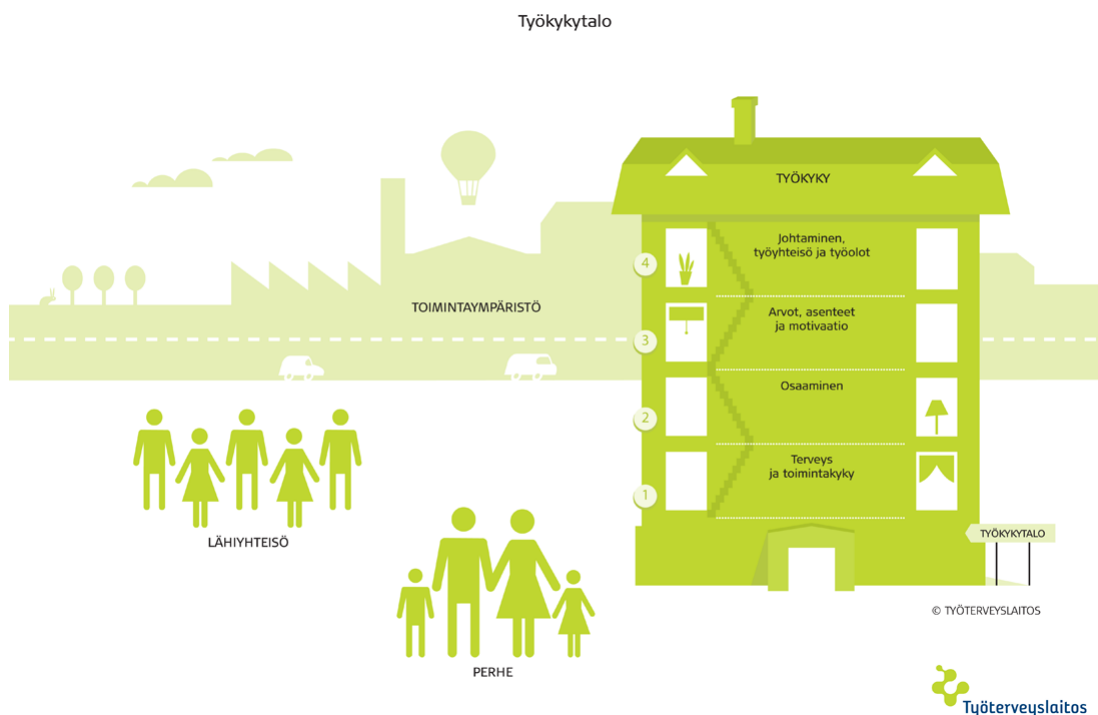
Yksilöllisellä tasolla työkyvyn kolme ulottuvuutta merkitsevät fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, ammatillisia valmiuksia sekä työelämän sosiaalisia taitoja. Työkykyisyys puolestaan riippuu siitä, miten yksilö työssään näitä ominaisuuksiaan ja työpanostaan käyttää työn tekemiseen siinä toimintaympäristössä, joka luo kehykset työn tekemiselle. (Ilmarinen ym. 2006, 27; Järvikoski–Härkäpää 2011, 119.)

Työkyvyn kolme ulottuvuutta eli jaksaminen, hallinta ja osallisuus ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Esimerkiksi epätasapaino työn hallinnassa verrattuna työntekijän valmiuksiin ja työyhteisön normeihin ja vaatimuksiin merkitsee jatkuvaa stressiä, epäonnistumisia, turhautumista sekä vähäistä oman työn arvostamista. Nämä tekijät puolestaan voivat pitkällä aikavälillä aiheuttaa terveyden riskitekijöitä, mikä vastaavasti alentaa työpanosta ja heikentää työssä jaksamista. Toisena esimerkkinä Järvikoski ja Härkäpää mainitsevat miten työn huono organisointi ja työnjaon epäselvyydet heijastuvat samanaikaisesti usealle työkyvyn osa-alueelle. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 119–120.)

Malli syventää huomattavasti työyhteisön osuutta painottamalla osallisuuden merkitystä työkykyyn. Mielestäni aktiivinen osallistuminen työyhteisöön ei ole edellytys hyvälle työkyvylle tai työhyvinvoinnille. Sen sijaan mallissa korostettu työorganisaation eli johdon ja esimiesten osuus tuleekin nostaa korkealle, kun puhutaan työntekijöiden työkyvystä. Työkyky ei ole yksin työntekijästä lähtevä asia, vaan työorganisaatiolla on erittäin suuri rooli ja merkitys yksilön työkykyyn ja työssä jaksamiseen. Tämä on mielestäni tuotu erittäin hyvin mallissa esille ja siihen pitäisi mielestäni kiinnittää enemmän huomiota myös työpaikoilla. Mielestäni usein työkyvyssä esiintyvät rajoitteet tai ongelmat laitetaan liian usein pelkästään työntekijän syyksi, eikä työntekijän ulkopuolisia seikkoja oteta riittävästi huomioon.

2.3.5 Työkyvyn talomalli

Ilmarinen (2006, 79–80) tarkastelee työkykyä työterveyden, työhyvinvoinnin, työssä jaksamisen ja työssä jatkamisen tavoitteista. Hänen mukaansa työkyky rakentuu työn vaatimusten ja ihmisen voimavarojen välisestä tasapainosta, jonka saavuttaminen vaatii näiden kahden tekijän jatkuvaa yhteensovittamista. Työkykyyn vaikuttavat tekijät muuttuvat jatkuvasti. Samanaikaisesti ihmisen voimavarat muuttuvat muun muassa iän myötä sekä työn vaatimukset muuttuvat yhteiskunnassa, joten ihminen joutuu koko työelämän ajan etsimään mahdollisimman optimaalista tasapainoa. Tätä tasapainoa Ilmarinen on kuvannut kehittämässään työkykytalomallissa. Talossa on neljä kerrosta, joiden lisäksi talon ulkopuoliset tekijät vaikuttavat myös yksilön työkykyyn. Ilmarisen työkykytalo on esitetty kuviossa 2. Kuvio on seuraavalla sivulla.



Kuvio 2. Työkykytalomalli (Työterveyslaitos 2014)

Ilmarisen mukaan työkyvyn muodostavat siis yksilön voimavarat ja työn vaatimukset. Ihmisen voimavaroiksi hän laskee terveyden ja toimintakyvyn, koulutuksen ja osaamisen sekä arvot ja asenteet. Nämä tekijät muodostavat työkykytalon kolme ensimmäistä kerrosta. Työhön puolestaan lasketaan työympäristö ja työyhteisö, työn sisältö, työn vaatimukset ja työn organisointi. Työhön liitetään myös esimiestyö eli työn johtaminen. Nämä tekijät ovat talon neljännessä kerroksessa. (Ilmarinen 2006, 79–80.) Rautio ja Husman tarkentavat vielä, että ihmisen voimavarojen ja työn väliseen tasapainoon ja yhteensopivuuteen pääsemiseksi tarvitaan eri tahojen toimia. Ihmisen täytyy huolehtia omista voimavaroistaan, ja työnantaja ja esimiehet huolehtivat työstä, sen organisoinnista ja työoloista. Lisäksi molemmat yhdessä toimivat vuorovaikutuksessa kaikkien edellä mainittujen seikkojen turvaamiseksi. (Rautio–Husman 2012, 168–169.)

Työkykytaloissa on siis neljä kerrosta. Talon ja samalla ihmisen työkyvyn perustan muodostavat ihmisen terveys sekä hänen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä. Kaikkien muiden kerrosten painolasti kohdistuu aina pohjakerrokseen, joten muutokset terveydessä ja toimintakyvyssä ja etenkin niiden heikkeneminen luovat uhkan työkyvylle. Toisaalta toimintakyvyn vahvistaminen mahdollistaa työkyvyn kehittämisen. (Ilmarinen 2006, 79.)

Toiseen kerrokseen kuuluu osaaminen: tiedot, taidot, ammattitaito, pätevyys kehittää omaa työtään sekä työyhteisössä toimiminen. Osaamisen jatkuva päivittäminen on edellytys työkyvylle, sillä haasteet ja vaatimukset muuttuvat jatkuvasti työssä. Kolmanteen kerrokseen liittyvien arvojen, asenteiden ja motivaation avulla käsitellään sekä työn ja omien voimavarojen tasapainoa että työn ja muun elämän välisiä suhteita. Tämä kerros on varsin avoin erilaisille vaikutteille. Esimerkiksi prosessoinnin tuloksena syntyvät käsitykset sekä yhteiskunnassa tai lainsäädännössä tapahtuvat muutokset heijastuvat tähän kerrokseen. (Ilmarinen 2006, 79–80.)

Talon neljäs kerros on suurin ja painavin ja se kuvaa työtä ja siihen liittyviä tekijöitä. Työkerros on moniulotteinen sekä vaikeasti hahmottuva ja mitattava kokonaisuus johtuen työn vaatimuksista, organisoinnista, työyhteisön toimivuudesta sekä johtamisesta. Myös esimiestyö kuuluu tähän kerrokseen, ja esimiehillä on kokonaisvastuu neljänneestä kerroksesta. Tämä kerros painaa talon kaikkia muita kerroksia. (Ilmarinen 2006, 80.)

Talon ulkopuoliset tekijät eli perhe ja lähiyhteisö (ystävät, tuttavat, sukulaiset) vaikuttavat myös yksilön työkykyyn, sillä työkyky ei ole irrallaan työntekijää ympäröivästä elämästä. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen onkin noussut tärkeäksi tekijäksi kun puhutaan työkyvystä tai viime aikoina enemmän käytetystä työhyvinvointi-käsitteestä. Näiden lisäksi myös yhteiskunta kuuluu niihin ulkopuolisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat työkykyyn. Yhteiskunta luo pelisäännöt, palvelut ja infrastruktuurin, joiden perusteella yrityksiä ja henkilöstön työkykyä voidaan tukea. (Ilmarinen 2006, 81.) Rautio ja Husman korostavat vielä mallin perusteella, että yksilön terveydestä ja työ- ja toimintakyvystä ei vastaa pelkästään yksilö itse, vaan yksilön lisäksi vastuu on myös yrityksellä tai organisaatiolla sekä yhteiskunnalla (Rautio–Husman 2012, 168–169).

Vaikka malli on hyvin työkykykeskeinen, mielestäni siinä otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti kaikki yksilöön ja hänen työhönsä ja sen tekemiseen vaikuttavat seikat. Työntekijän lähipiirissä ja työympäristön ulkopuolisissa tekijöissä tapahtuvat muutokset eivät voi olla vaikuttamatta työntekijään ja sitä kautta työkykyyn. Tärkeä mallissa huomioitu seikka on myös se, että työkykyyn liittyvät tekijät muuttuvat koko ajan. Tähän pitäisi kiinnittää enemmän

huomiota, kun yksilön työkykyä tarkastellaan kokonaisvaltaisesti. Lisäksi malli tukee mielestäni ajatusta työurien pidentämisestä tulevaisuudessa, mikä on nostettu keskeiseksi kansalliseksi tavoitteeksi. Mallissa on tasapuolisesti ja laajasti huomioitu työkykyyn vaikuttavat tekijät, mikä tekee Ilmarisen mallista mielestäni kaikista edellä kuvatuista työkykymalleista kattavimman. Siksi se minun mielestäni soveltuu parhaiten kuvaamaan työkykyä.

3 KUNTOUTUS

Kuntoutuksen tavoitteena on ihmisen toiminta- ja työkyvyn paraneminen tai säilyttäminen sekä mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteissa ja vaiheissa (Paatero–Lehmijoki–Kivekäs–Ståhl 2008, 32). Suomessa varsinaisesta kuntoutuksesta on alettu puhua 1940-luvun lopulla talvi- ja jatkosotien invalidien kysymysten myötä, vaikka kuntoutusta on toteutettu eri muodoissaan jo ennen sitä. Sotien jälkeen kuntoutus on kokenut monenlaisia muutoksia erilaisten lakien ja asetusten sekä yhteiskunnallisten muutosten myötä, ja kehitys jatkuu edelleen tänäkin päivänä. Kuntoutusta pyritään koko ajan kehittämään taloudellisemmaksi ja vaikutuksellisemmaksi toiminnaksi. (Puumalainen 2008, 16, 28–29.)

Kuntoutukseen valikoitumisen perusteena on yleensä lääketieteellinen arvio kuntoutuksen tarpeesta ja mahdollisuuksista. Samalla usein määrittyvät kuntoutuksen tavoitteet, koska kuntoutus perustuu yksilölliseen ja tavoitteelliseen suunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelman avulla kuntoutujan tilanne jäsentyy siten, että hän voi sitoutua kuntoutukseen ja sen tavoitteisiin eli vähentämään vamman tai sairauden haitallisia vaikutuksia työ- ja toimintakykyyn sekä vahvistamaan omia voimavarojaan kuntoutuksen keinoin. Lisäksi kuntoutus on eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen avulla etenevä prosessi, jonka kautta edetään kohti tavoiteltua muutosta. Ominaista kuntoutukselle on myös se, että kuntoutusajalta korvataan kuntoutujan ansionmenetyksiä esimerkiksi kuntoutusrahan tai kuntoutustuen avulla. (Paatero ym. 2008, 32–33.)

Kuntoutus on käsitteenä laaja ja monikäyttöinen, mutta sen perusajatuksena on yhdistää eri viranomaisten rahoittamia ja eri organisaatioiden tuottamia palveluja kokonaisuuksiksi, jotka vastaavat kunkin kuntoutujan tarpeisiin yksilöllisesti. Kuntoutukselle voidaan kuitenkin määritellä muutamia yhteisiä pääpiirteitä, jotka yhdistävät eri kuntoutuksen muotoja. (Paatero ym. 2008, 32–33.)

3.1 Kuntoutuksen määritelmiä

Kuntoutuksen eri määritelmät kuvailevat kuntoutusta hieman eri tavalla. Määritelmistä kuitenkin löytyy paljon yhteistä, eivätkä ne pääpiirteiltään juuri eroa toisistaan. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusselonteossa vuodelta 2002 kuntoutusta kuvaillaan seuraavasti:

”Kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3.)

Kuntoutuslontoon määritelmä tukee Järvikosken ja Härkäpään (2011, 8) näkemystä kuntoutuksesta. He kuvaavat kuntoutuksen monialaiseksi toimintakokonaisuudeksi, jolla pyritään tukemaan ihmisten ja eri väestöryhmien voimavaroja, selviytymistä ja hyvinvointia arkielämässä ja elämän eri siirtymävaiheissa sekä edistämään työkykyä ja turvaamaan työuran jatkuvuutta.

Maailman terveysjärjestö WHO puolestaan määrittelee kuntoutuksen

”joukoksi toimenpiteitä, jotka auttavat henkilöitä, jotka kokevat tai tulevat todennäköisesti kokemaan vajavuutta, saavuttamaan ja ylläpitämään optimaalisen toiminnan säilyttääkseen vuorovaikutuksen ympäristön kanssa.”

WHO:n mukaan kuntoutuksessa kuuluu tunnistaa henkilön ongelmat ja tarpeet sekä niihin liittyvät merkitykselliset tekijät henkilössä itsessään sekä hänen ympäristössään, minkä perusteella laaditaan kuntoutuksen tavoitteet, suunnitelma, toteutustavat sekä mittausmenetelmät vaikutusten arvioimiseksi. (WHO 2011, 96.)

Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) vajaakykyisten henkilöiden yleissopimuksessa kuntoutus määritellään henkilön mahdollisuudeksi saavuttaa ja ylläpitää maksimaalinen itsenäisyys, täydellinen fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ammatillinen kykyisyys sekä täysi osallistuminen kaikilla elämän osa-alueilla. Lisäksi sopimuksen artiklassa 26 kehoitetaan sopimusvaltioita luomaan ja kehittämään tapoja tukeakseen tätä kuntoutuksen määritelmää jokaisen kuntoutusta tarvitsevan henkilön kohdalla yksilöllisesti jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lisäksi sopimusvaltioiden tulee olla mukana kuntoutuksen eri osa-alueilla laaja-alaisesti. (United Nations 2006.)

Antti-Pojan (2003,181) määritelmä kuntoutuksesta eroaa siinä mielessä edellisistä määritelmistä, että se sisältää varsin työkeskeisen kuntoutusajatuksen. Hänen mukaansa kuntoutuksella tarkoitetaan yleensä niitä toimenpiteitä, joilla pyritään edistämään vajaakuntoisen tai vammaisen henkilön työssä selvi-

tymistä, työhön paluuta ja mahdollisimman omatoimista suoriutumista. Hän jakaa kuntoutuksen lääkinälliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen, mikä on hyväksytty jakotapa nykyään kuntoutuksen saralla.

3.2 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillinen kuntoutus kohdennetaan yleensä henkilöihin, joilla on riski syrjäytyä työmarkkinoilta pitkäaikaistyöttömyyteen tai työkyvyttömyyseläkkeelle (Järvikoski–Härkäpää 2011, 215). Ammatillista kuntoutusta voi saada henkilö, jolla työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat vamman tai sairauden vuoksi heikentyneet, henkilö, jolla on työkyvyttömyyden uhka tai kun on todennäköistä, että ilman ammatillisen kuntoutuksen toimia henkilö joutuisi noin viiden vuoden sisällä työkyvyttömyyseläkkeelle. Kuntoutuksen myöntäminen edellyttää, että se todennäköisesti johtaa henkilön työssä jatkamiseen, työhön palaamiseen tai työelämään siirtymiseen. Ammatillista kuntoutusta voidaan siis myöntää myös nuorelle, joka ei vielä ole ollut työelämässä. (Paatero ym. 2008, 36–42.)

Suomessa ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisia vastuutahoja on kuusi. Nämä ovat terveydenhuolto, työterveyshuolto, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitos, työeläkelaitos, Kela ja työhallinto. Näistä kuudesta suurin toimija on Kela. Näiden kuuden lisäksi on myös muita pienempiä toimijoita, joilla ei ole niin suuri osa ammatillisen kuntoutuksen järjestämisessä, mutta joilla kuitenkin on oma roolinsa siinä. Tällaisia toimijoita ovat esimerkiksi opetushallinto ja ammatilliset oppilaitokset. Tämä palvelujärjestelmä on varsin monimutkainen, ja kokonaiskuvan hahmottaminen ammatillisesta kuntoutuksesta Suomessa sen perusteella on vaikeaa. Näin ollen kuntoutusprosessin tulokset riippuvat ei pelkästään toteutuneista toimenpiteistä, vaan myös eri osajärjestelmien yhteistyön ja työnjaon onnistumisesta. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 219–220).

Varhaiskuntoutus on yksi ammatillisen kuntoutuksen muodoista. Työssä olevien varhaiskuntoutusta alettiin kehittää 1970- ja 1980-luvuilla. Silloinen fyysisesti kuormittuneiden työntekijöiden korjaava kuntoutus ajoittui liian myöhäiseen vaiheeseen, oli liian kallista eikä se ehkäissyt ennenaikaisia eläkkeelle siirtymisiä. Näihin seikkoihin alettiin siis kiinnittää huomiota, ja kun-

toutus haluttiin liittää työhön ja ennen kaikkea työntekijöitä kuormittaviin ja rasittaviin tekijöihin. (Mäkitalo ym. 2008, 534–538.)

Aikaisempien korjaavien kuntoutustoimenpiteiden ja fysikaalisten hoitojen rinnalle otettiin ergonomiohjausta sekä työmenetelmien analysointia ja opettelua. Kuntoutukseen hyväksyttiin myös entistä nuorempia ja lievempioireisia työntekijöitä. Aluksi kuntoutukseen valikoituivat kaikista rasittavimmissa ammateissa toimivat henkilöt kuten metsurit ja siivoojat, mutta 1990-luvulla Kela laajensi kohdejoukkoa muihin ammattiryhmiin siten, että fyysisesti kuormittavien ammattien rinnalle tuli käsite ”henkisesti ja sosiaalisesti kuormittava ammatti”. Tämä johti siihen, ettei toiminta voinut enää perustua tietyn ammatin tutkittujen kuormitustekijöiden ennaltaehkäisyyn ja poistamiseen, vaan mukaan tulivat myös niin sanotut elämänhallinnan ongelmat. Tarvittiin siis lääkäreiden, psykologien ja sosiaalityöntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista. Tätä tarkoitusta varten Kela on kehittänyt oman varhaiskuntoutusmuodon, ASLAK-kuntoutuksen, josta kerrotaan tarkemmin luvussa 3.4. (Mäkitalo ym. 2008, 534–538.)

3.3 Ammatillisen kuntoutuksen malleja muualla Euroopassa

Kuten edellisessä luvussa kävi ilmi, Suomessa on monia eri ammatillista kuntoutusta toteuttavia tahoja. Näistä erityisesti Kelalla ja yksityisillä vakuutusyhtiöillä on näkyvä rooli kuntoutuksessa, sillä ne maksavat kuntoutukseen liittyvät tutkimukset ja hoidot, kuntoutuksen aikaisen toimeentulon, uudelleenkorjauksen ja työllistymistä tukevia toimenpiteitä (Piirainen–Kallanranta 2008, 98). Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa järjestelmä on poikkeuksellinen, sillä muualla ammatillisen kuntoutuksen vastuu on keskittynyt jollekin tietylle viranomaistaholle (Järvikoski–Härkäpää 2011, 218–219).

Seuraavissa kappaleissa on esitelty kuuden muun Euroopan maan ammatillisen kuntoutuksen mallit ja verrattu niitä Suomen malliin. Lopussa on myös taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön OECD:n (Organisation for Economic Cooperation and Development) ehdotuksia, miten Suomen tulisi kehittää omaa ammatillista kuntoutustaan tulevaisuudessa.

Norjan ammatillisen kuntoutuksen malli on saanut kehuja maailmalla, ja Norjan hallitus on panostanut viime vuosina ammatillisen kuntoutuksen rahoitta-

miseen. Norjan mallissa kuntoutettavat jaetaan kolmeen niin sanottuun esivaiheen ryhmään: yli 12 kuukautta sairastaneisiin pitkäaikaissairaisiin, alle 12 kuukautta sairastaneisiin lyhytaikaissairaisiin ja ilman sairaushistoriaa oleviin työttömiin. Kuntoutusohjelmat puolestaan on jaettu viiteen eri ryhmään, joiden sisältö on tarkkaan rajattu kohderyhmien mukaisesti. Ohjelmiin kuuluu vaihdellen työntekoa, työharjoittelua tai koulutusta joko itsenäisesti tai valvotusti niin julkisilla kuin yksityisillä työpaikoilla, työvoimatoimistojen maksaessa osan työntekijän palkasta ja koulutuskustannuksista. Tuloksena on työllistyminen tai kouluttautumien, väliaikainen markkinatalouden tuottavuuteen osallistuminen tai työkyvyttömyyseläke. Norja on saanut hyviä tuloksia järjestelmällään, mutta sairauspoissaoloihin sillä ei ole juuri pystytty vaikuttamaan. (Weslie 2008, 2, 4–6.) Vaikka malli on Suomen ammatillisen kuntoutuksen malliin verrattuna hyvin erilainen, löytyy niistä ainakin yksi yhdistävä tekijä. Sekä Suomen että Norjan mallilla ei ole pystytty vähentämään sairauspoissaoloja, vaikka muuten hyviä tuloksia kuntoutuksella onkin saatu aikaan.

Ruotsissa ammatillisen kuntoutuksen järjestämisvastuu on lain mukaan työnantajalla. Kuntoutus koskee yli neljä viikkoa sairauslomalla olleita, useilla sairauslomilla olleita sekä itse kuntoutusta haluavia henkilöitä. Riippuen kuntoutustarpeesta, kuntoutusta järjestävät julkinen terveydenhuolto, sosiaalihuolto, työvoimatoimistot tai valtion kansallinen vakuutusjärjestelmä. Vastuualueet on jaettu näiden eri tahojen kesken, mikä selkiyttää kuntoutuksen järjestämistä ja kustannusten maksamista. Koko ammatillisen kuntoutuksen toimintaa valvoo valtion kansallinen vakuutusjärjestelmä, niin sanottu vakuutuskassa. (Ekholm–Schüldt Ekholm 2007, 390–392.) Ruotsin malli on Suomen malliin verrattuna selkeämpi ja yksinkertaisempi.

Itävallan ja Belgian mallit ovat keskenään hyvin samankaltaisia. Molemmissa maissa on eri palveluntuottajat ja maksajat riippuen vajaakuntoisuuden/työkyvyn syystä. Onnettomuuksissa ja tapaturmissa, työperäisissä ja eityöperäisissä sairauksissa ja niin edelleen on omat tahonsa, joille kuntoutus kuuluu. Näitä tahoja ovat muun muassa valtio, kuntoutuskeskukset, vakuutuslaitokset, koulutuskeskukset ja eri järjestöt. Molemmat maat ovat saaneet moitteita kuntoutuksen järjestämisestä OECD:ltä, sillä useiden tahojen toiminta ei ole kenenkään hallussa ja vastuulla. (Brusselmans–Delplace 2007,

249–258; Fialka-Moser–Helceg–Milanovic–Czamay–Hartter 2007, 231–239.) Suomen mallissa on todettu tämä sama heikkous.

Hollanti on 2000-luvun puolivälistä lähtien muuttanut kuntoutusjärjestelmäänsä ja onnistunut vähentämään niiden työntekijöiden määrää, joilla on pitkäaikainen työkyvyn alenema tai -vajavuus jostakin sairaudesta johtuen. Siellä työnantaja on vastuussa työntekijänsä kuntoutuksesta, jonka rahoitus on pääasiassa hoidettu yksityisten vakuutusyhtiöiden vakuutusten kautta. Kuntoutuksessa pääpaino on niin kutsutuissa henkilökohtaisissa työhönpaluusuunnitelmissa, joilla pyritään yhteistyössä työpaikan kanssa erilaisin ratkaisuin tukemaan henkilön paluuta työhön sairauden, vamman tai muun työkyvyttömyyden jälkeen. Suurin osa kuntoutuspalveluista ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta. (Nijhuis–van Leirop–Wichers 2007, 367–374.) Mallin heikkoutena on pidetty liiallista nojaamista yksityisiin palveluntuottajiin. Henkilökohtaiset työhönpaluusuunnitelmat ovat kuitenkin osoittautuneet parhaiten tuloksia tuottaviksi, ainakin Hollannissa. (Ihalainen–Rissanen 2009, 44.) Henkilökohtaista työhönpaluusuunnitelmaa voi jollain tasolla verrata suomalaiseseen kuntoutussuunnitelmaan, mutta Suomessa työnantajan vastuu työntekijänsä kuntouttamisesta ei taida olla ihan niin merkittävä kuin Hollannissa.

Kaikkiin edellä kuvattuihin malleihin verrattuna Saksan mallia ammatillisesta kuntoutuksesta voidaan Ruotsin mallin ohella pitää varsin selkeänä. Saksassa lakisääteiset vakuutusjärjestelmä eli sairausvakuutus, eläkevakuutus ja tapaturmavakuutus vastaavat kaikesta kuntoutuksesta. Sairauseläke tai sairauskassa vastaa akuutista hoidosta ja kuntoutuksesta, eläkevakuutus tai eläkekassa vastaa yhtenä osana työhön kuntoutuksesta ja tapaturmavakuutus muun muassa työtapaturmista ja niiden kuntoutuksesta. Eläkevakuutusyhtiöiden kattojärjestö DRB:llä on kymmeniä kuntoutuslaitoksia, ja suurimmalla sairauskassalla AOK:lla yli 200 kuntoutusklinikkaa ympäri maata. Suurin osa kuntoutuksesta järjestyy kuitenkin eläkevakuutuksen kautta, jonka motto on ollut ”Kuntoutus ennen eläkettä”. Tämän ajatuksen lisäksi painotetaan kuntoutuksen kokonaisvaltaisuutta sekä ihmisen mahdollisuuksia tehdä työtä. (Ihalainen–Rissanen 2009, 46–47.) Suomessa ja Saksassa kuntoutuksen painotus on hyvin samankaltainen, mutta toteutustavat poikkeavat toisistaan.

OECD julkaisi vuonna 2008 Suomea, Tanskaa, Irlantia ja Hollantia koskevan raportin nimeltä "Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers, (Vol.3), jossa vertailtiin näiden neljän maan kuntoutusjärjestelmiä. Raportissa Suomi sai moitteita ammatillisen kuntoutuksen jakautumisesta liian monelle eri taholla ja toimijalle. Tämä lisää riskiä, että palvelujen laatu vaihtelee liikaa ja vastuu kuntoutuksesta hajoaa. Lisäksi Suomi käyttää paljon julkista rahaa työkyvyttömyyteen liittyen kuten eläkkeisiin, kun sen enemmän pitäisi pyrkiä vähentämään näitä kuluja. Toimijoiden vastuullisuutta tulisi lisätä ja kuntoutusviranomaisten yhteistyötä pitäisi parantaa, jotta tähän tavoitteeseen päästäisiin. Huomionarvoista kuitenkin on, että Suomessa lähes kaikki saavat kuntoutusta varallisuuteen katsomatta, ja näistä neljästä maasta ainoastaan Suomessa työllistyminen ammatillisen kuntoutuksen jälkeen on korkea, lähes 69 prosenttia, kun se muissa maissa jää selvästi alle 50 prosenttiin. (OECD 2008, 13, 25–28.)

3.4 ASLAK eli ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus

ASLAK eli ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus on nimenomaan työväestölle suunnattua kuntoutusta, ja sen kohderyhmänä ovat ne ammattialat ja työntekijät, joilla on poikkeuksellisen suuri työstä johtuva fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen kuormitus, mikä puolestaan johtaa helposti terveysongelmien kasautumiseen. Tämän vuoksi ASLAK-kurssi pyritään ajoittamaan vaiheeseen, jossa sairaus- ja kuormitusoireet ovat vielä lieviä ja palautuvia. Näin ollen ASLAK-kuntoutusta voidaan tietyllä tapaa pitää ennaltaehkäisevänä kuntoutuksena, vaikkakin varsinainen ensi vaiheen ehkäisevä toiminta kuuluu työpaikoille ja niiden työterveyshuollolle. ASLAK-kuntoutus on kuitenkin tiivistä yhteistyötä Kelan, työterveyshuollon, työpaikan ja palveluntuottajan välillä. Tällä yhteistyöllä pyritään siihen, että kuntoutujalla on mahdollisuus ja aikaa toteuttaa muutoksia asenteissaan, elintavoissaan, työtottumuksissaan, harrastuksissaan ja elämänrakenteissaan. (Kansaneläkelaitos 2012a, 2.)

ASLAK-kuntoutuksella pyritään työntekijän työ- ja toimintakyvyn edistämiseen sekä elämänhallinnan parantamiseen laaja-alaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena on parantaa kuntoutujan fyysistä kuntoa, psyykkistä hyvinvointia, työnhallintaa ja työssä jaksamista. Lisäksi kuntoutujaa ohjataan

omaksumaan terveitä elämäntapoja ja itsehoitokeinoja sekä käynnistämään kehittämisprosesseja kuntoutujan työhön ja työolosuhteisiin liittyen. Tavoitteena on työssäkäyvän väestön työkyvyn pitkäaikainen parantaminen ja säilyttäminen silloin, kun työkyvyn alenemisen uhka ja vajaakuntoisuutta ennakoivia oireita on jo selvästi todettavissa. (Kansaneläkelaitos 2012a, 2.)

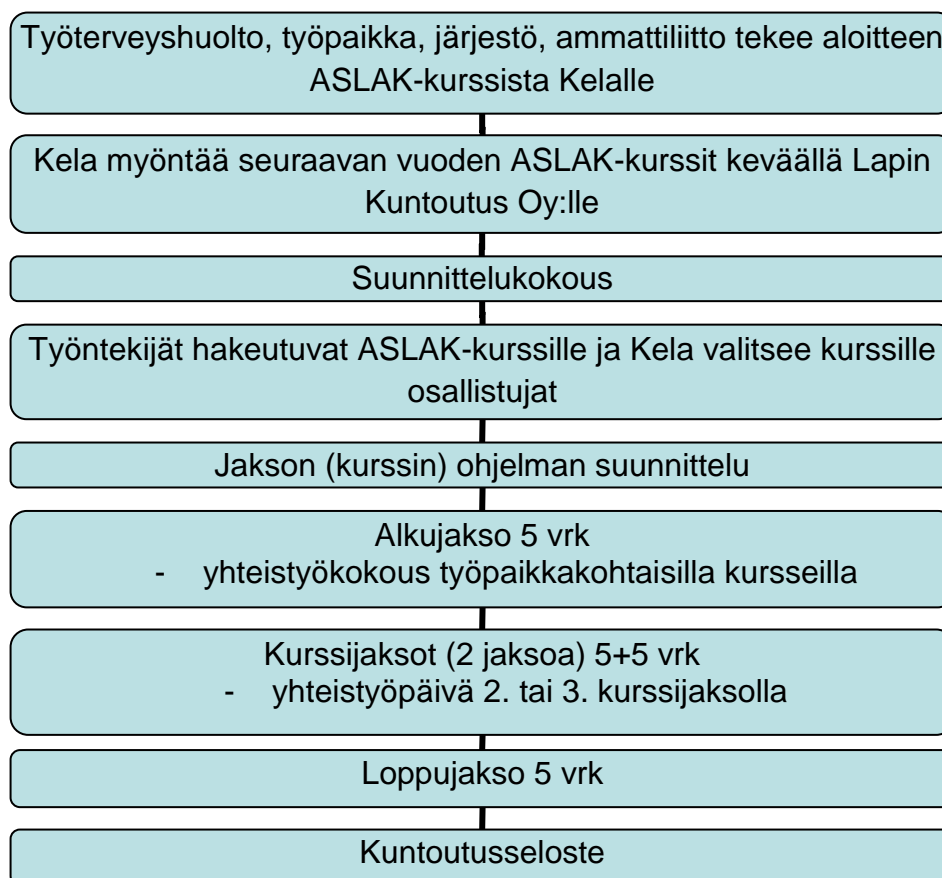
Joskus nämä muutokset voivat olla varsin suuria, ja siksi onkin tärkeää, että kuntoutuja itse osallistuu tavoitteiden laatimiseen. Tavoitteet määritellään sekä yksilöön kohdistuvalla että työhön liittyvällä tasolla. Yksilöön kohdistuvat tavoitteet liittyvät terveyden ja yksilön voimavarojen vahvistamiseen sekä osaamisen ja ammattitaidon kehittämiseen. Työhön liittyvät tavoitteet koskevat työn sisältöä, fyysistä työympäristöä sekä työyhteisöä. Kaikilla näillä tavoitteilla pyritään kuntoutujan kokonaisvaltaiseen työhyvinvointiin. (Kansaneläkelaitos 2012a, 2.)

ASLAK-kuntoutuksen yhteydessä puhutaan siis varhaiskuntoutuksesta. Se tarkoittaa niitä toimenpiteitä, joilla puututaan sellaisten henkilöiden tapauksiin, joilla terveys ei ole vielä selvästi heikentynyt, mutta heikentymisen riski on merkittävä (Ahonen 2008, 671). ASLAK-kuntoutuksen kysyntä ja tarjonta kasvoivat 1990-luvulla ja sille muodostui vahva asema työikäisten kuntoutuksessa. Kela on laatinut vuodesta 1997 kuntoutusprosessin standardin, mikä on johtanut kuntoutuskurssin rakenteen yhtenäistymiseen. Kurssin toteutus kuitenkin vaihtelee kuntoutuslaitoksittain ja toteutuskerroittain. (Mäkitalo ym. 2008, 534–538.)

3.4.1 ASLAK-kuntoutusprosessi Lapin Kuntoutus Oy:ssä

Lapin Kuntoutus Oy on toukokuussa 2012 perustettu osakeyhtiö, jonka taustalla ovat Invalidiliiton Lapin Kuntoutuskeskus (ILKK) ja Rovaniemen Veljes-sairaskotisäätiön (RVSK) Veljeskoti ja Palvelukoti Veljestupa. Yhtiön omistavat Invalidiliitto ry ja Rovaniemen Veljes-sairaskotisäätiö. Yhtiön toimintaperiaatteina ovat ihmisarvo, luotettavuus, asiantuntijuus ja alueellisuus. Työelämäkuntoutuksen, johon myös ASLAK-kuntoutus Lapin Kuntoutus Oy:ssä kuuluu, tavoitteena on tehdä tiivistä yhteistyötä työnantajien, työntekijöiden ja työterveyshuollon välillä, ja sitä kautta edistää työssä jaksamista ja viihtymistä sekä vaikuttaa kokonaisvaltaisesti työhyvinvointiin. (Räihä 2012.)

ASLAK-kuntoutus on yksi Lapin Kuntoutus Oy:n tuottamista ryhmämuotoisista palveluista työ- ja toimintakyvyn tukemisessa (Lapin Kuntoutus Oy 2014). Kuviossa 3 on esitetty ASLAK-kuntoutusprosessi Lapin Kuntoutus Oy:ssä.



Kuvio 3. ASLAK-kuntoutusprosessi Lapin Kuntoutus Oy:ssä

Kela järjestää palveluntuottajille tarjouskilpailun ASLAK-kuntoutuksesta aina neljän vuoden välein. Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta antaa Kelalle mahdollisuuden järjestää ASLAK-kuntoutusta harkinnanvaraisena kuntoutuksena, mikä tarkoittaa sitä, että eduskunta hyväksyy vuosittain ASLAK-kuntoutuksen määrärahan, jota ei voida ylittää. Tämän vuoksi uudet kurssit suunnitellaan ja hyväksytään vain vuodeksi kerrallaan. (Kansaneläkelaitos 2012a, 3.) Kela myöntää keväällä tulevan vuoden ASLAK-kurssit palveluntuottajille, myös Lapin Kuntoutus Oy:lle.

Aloitteen ASLAK-kurssista voi Kelalle tehdä työterveyshuolto, työpaikka, järjestö tai ammattiliitto. Kurssin hyväksymisen jälkeen palveluntuottajan tulee järjestää suunnittelukokous tulevasta ASLAK-kurssista, johon yleensä kutsutaan paikalle työterveyshuollon ja työpaikkakohtaisilla kursseilla työpaikan edustaja. Myös muiden tahojen kuten Kelan, ammattiliittojen tai työsuojelun

edustajia voidaan kutsua tarvittaessa kokoukseen. Suunnittelukokouksessa päätetään kurssin kesto, ohjelmasisältö ja jaksotus. Samalla mietitään myös kohderyhmän valintamenettely ja sovitaan yhteistyöpäivän ajankohta ja mahdolliset työpaikkakäynnit ja tiedotustilaisuuden järjestäminen. (Kansaneläkelaitos 2012a, 3–4.)

Suunnittelukokouksen jälkeen alkaa kurssille hakeutuminen. ASLAK-kursseille valitaan yleensä 8–10 henkilöä. ASLAK-kuntoutusprosessi kuntoutujan osalta alkaa kuntoutustarpeen toteamisella, mikä tapahtuu yleensä työterveyshuollossa. Kurssille hakemista varten henkilö tarvitsee työterveyslääkäriltä B-lääkärinlausunnon, joka tulee Kelan kuntoutushakemuslomakkeen (KU 102) liitteeksi. Työpaikkakohtaiselle kurssille tulevat kuntoutujat valitaan tavallisesti kurssia hakeneesta työterveyshuollossa. Tämän niin sanotun esivalinnan jälkeen hakemus lähetetään Kelalle, joka tekee lopullisen valinnan. Muuten hakemukset menevät suoraan Kelalle. (Kansaneläkelaitos 2012a, 5–6.)

Saatuun tiedon kurssin osallistujista, palveluntuottaja suunnittelee aloitusjakson ja samalla koko kuntoutuskurssin sisällön. Kelan ASLAK-palvelulinjaa koskeva avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi määrittelee, mitä kurssin sisältöön kuuluu. Ennen ensimmäisen jakson alkua työpaikkakohtaisilla kursseilla järjestetään infotilaisuus tulevasta kuntoutuksesta noin kaksi viikkoa ennen kurssin alkua. Siinä ryhmänohjaaja esittelee kuntoutuksen tavoitteita, ohjelmaa ja toteutusta. Paikalle kutsutut työnantajan ja työterveyshuollon sekä mahdollisesti Kelan edustaja kertovat oman osuutensa kuntoutukseen. (Kansaneläkelaitos 2012a, 6.)

Sen jälkeen tapahtuu varsinainen kuntoutus, joka kestää yleensä noin vuoden. Kurssin jaksotus ja jaksojen sisältö on kuvattu tarkemmin luvussa 3.4.2. Kurssin jälkeen jokaisesta kurssilaisesta laaditaan kuntoutusseloste, joka lähetetään kuntoutujalle itselleen, työterveyshuoltoon, Kelaan ja mahdollisesti muihin kuntoutujan kanssa sovittaville tahoille. (Kansaneläkelaitos 2012a, 6.)

3.4.2 ASLAK-kurssin rakenne ja sisältö

ASLAK-kuntoutus on ryhmämuotoista laitospuotoista tai avokuntoutusta, jota toteutetaan yhteistyössä työpaikan, työterveyshuollon, kuntoutuksen palveluntuotta-

jan ja Kelan kanssa. Kursseja järjestetään joko lyhyt- tai pitkäkestoisina. Lyhytkestoiset kurssit kestävät 10–12 vuorokautta, ja ne toteutetaan jaksoissa kahdeksan kuukauden sisällä alkamisesta. Pitkäkestoiset kurssit puolestaan kestävät 20–22 vuorokautta, ja ne on jaksotettu noin vuoden ajalle alkamisesta. Kurssiin kuuluu alkujakso, kurssijakso/-jaksot, yhteistyöpäivä ja loppujakso. Lisäksi työpaikkakohtaisissa kursseissa on yhteistyökokous (katso kuvio 3 sivulla 27). Ryhmän koko on 8–10 kuntoutujaa. (Kansaneläkelaitos 2011, 3–4.) Lapin Kuntoutus Oy:ssä ASLAK-kurssit ovat pääsääntöisesti pitkäkestoista laituskuntoutusta.

Kelan ASLAK-palvelulinjaa koskeva avo- ja laitostenmuotoisen kuntoutuksen standardi määrittelee hyvin pitkälti ASLAK-kurssien rakenteen, sisällön, toteutuksen sekä mittaus- ja arviointimenetelmät. Lapin Kuntoutus Oy:ssä noudatetaan tarkasti näitä Kelan ohjeistuksia. Viimeisin ASLAK-kuntoutuksen palvelulinjaa koskeva standardi on vuodelta 2012. Standardi määrittelee, mitä asioita Kela haluaa kurssilla käsiteltävän. Käsiteltäviä teemoja ovat terveys, ravitsemus ja fyysinen aktivointi, psykososiaalinen ohjaus ja neuvonta ja ammatillisesti syvennetty osuus eli työhön ja työympäristöön liittyvät tekijät. (Kansaneläkelaitos 2011, 8–10.)

Kurssia toteuttava moniammatillinen työryhmä, kurssin vastuuhenkilöt sekä kuntoutuspäivän ja ohjelman kesto on niin ikään määritelty standardissa. Alkujaksolla jokainen kuntoutuja osallistuu fysioterapeutin, lääkärin sekä yksilöllisen tarpeen mukaan moniammatillisen työryhmän jäsenien tai erityistyöntekijöiden (esimerkiksi psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti) yksilöllisiin haastatteluihin tai tutkimuksiin. Alkujakso sisältää lisäksi erilaisia keskusteluryhmiä ja ryhmätyöskentelyä, ja jokaiselle kuntoutujalle laaditaan yksilöllinen kunto- ja harjoitusohjelma. Tärkeää alkujaksolla on myös yksilöllisten tavoitteiden laatiminen tavoitelomakkeelle. Kuntoutuja ja vähintään yksi moniammatillisen työryhmän jäsenistä käyvät yhdessä tavoitekeskustelun, jossa kuntoutujan tavoitteet kirjataan GAS-lomakkeelle. Tavoitteiden laatimisesta ja GAS-menetelmästä on kerrottu tarkemmin luvussa 3.4.3. (Kansaneläkelaitos 2011, 2–3, 6–8.)

Työpaikkakohtaisten kurssien alkujaksolla kuuluu palveluntuottajan järjestää yhteistyökokous. Sinne kutsutaan kuntoutujien ja palveluntuottajien edustajan

lisäksi työpaikan lähiesimies sekä työterveyshuollon tai terveydenhuollon edustaja. Yhteistyökokouksessa annetaan tietoa kuntoutusjakson tavoitteista, sisällöstä, ohjelmasta ja toteutuksesta. Samalla tutustutaan työryhmään ja toisiin kurssilaisiin sekä tiloihin ja toiminta- ja turvallisuusohjeisiin. Keskeistä yhteistyökokouksessa on kuntoutujan voimavarojen ja työssä jaksamisen selvittäminen sekä työkalujen antaminen työpaikalle ja esimiehelle, jotta työstä aiheutuvaan kuormitukseen voidaan puuttua ja ennaltaehkäistä kuntoutujan työkyvyn heikkenemistä. (Kansaneläkelaitos 2011, 7.)

Keskimmäisillä kurssijaksoilla kuntoutusohjelma etenee teema- ja aihealueittain. Edelleen erilaiset toiminnalliset ryhmäharjoitteet ja -liikunnat jatkuvat. Kuntoutuja kuitenkin tapaa vähintään kerran yksilöllisesti yhden moniammatillisen työryhmän jäsenen keskijaksoilla. Jaksoilla käydään läpi hyvinvointiin ja työhön liittyviä tavoitteita, ja tarvittaessa tarkennetaan GAS-tavoitteita. Myös jaksojen kokemuksia ja tulevien jaksojen toteutusta pohditaan. (Kansaneläkelaitos 2011, 11.)

Jokaisen jakson jälkeen kuntoutujalle annetaan välitehtävä/-tehtäviä, joita seuraavilla jaksoilla käsitellään ja käydään läpi. Tehtävien avulla työstetään kurssilla käsiteltäviä teemoja ja aihealueita, ja tehtävät tukevat kuntoutujan omia tavoitteita. Tehtävät voivat olla työhön tai työympäristöön liittyviä, tai kunnan ja elintapojen muutokseen liittyviä. Välitehtävät auttavat kuntoutujaa itseohjautuvuuteen ja helpottavat tavoitteiden siirtämistä ja toteuttamista konkreettisesti arkeen. (Kansaneläkelaitos 2011, 10.)

Toiseen tai kolmanteen kurssijaksoon kuuluu yhteistyöpäivä. Siihen osallistuvat lähiesimies, työterveyshuolto, mahdollisesti työsuojelu ja Kela sekä tietysti kuntoutujat ja palveluntuottajan edustajat. Yhteistyöpäivän sisällön ja aiheet valmistelevat kuntoutujat itse moniammatillisen työryhmän ohjauksessa, ja päivän aiheet liittyvät erityisesti kuntoutujan työtilanteeseen ja työssä selviytymistä tukeviin asioihin. Kuntoutuja kirjaa päivän aikana käsitellyt asiat kuntoutustavoitteisiinsa ja niitä voidaan jatkossa hyödyntää yksilöllisissä ja/tai ryhmäkeskusteluissa. (Kansaneläkelaitos 2011, 12.)

Loppujaksolla kuntoutujalle toistetaan alkujaksolla tehdyt yksilölliset haastattelut ja tutkimukset. Kuntoutuja ja vähintään yksi moniammatillisen työryhmän jäsen arvioi loppukeskustelussa GAS-tavoitteiden toteutumista, ja yhdessä

sovitaan jatkotoimenpiteistä kuten jatkoseurannasta työterveyshuollossa ja työpaikalla. Loppujaksolla käydään myös ryhmässä läpi aiemmilla jaksoilla käsitellyjä aiheita ja teemoja sekä kootaan yhteen työhön liittyviä muutos- ja kehittämisehdotuksia. (Kansaneläkelaitos 2011, 12–13.) Kurssin lopuksi kuntoutujat täyttävät Lapin Kuntoutus Oy:n asiakaspalautelomakkeen.

3.4.3 ASLAK-kuntoutuksen tavoitteet

Kela on määritellyt ASLAK-kuntoutuksen yleisiksi tavoitteiksi työ- ja toimintakyvyn säilyttämisen ja parantamisen. Henkilön työ- ja toimintakykyyn sekä terveyteen kohdistuu omat kuntoutustavoitteet, työhön ja työympäristöön omat kuntoutustavoitteet. Kela edellyttää, että ASLAK-kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden laatimisessa käytetään aina GAS-menetelmää. Tavoitteet laaditaan kurssin alussa, niitä tarkennetaan ja arvioidaan kuntoutuksen aikana, ja niiden toteutumista arvioidaan loppujaksolla. (Kansaneläkelaitos 2011, 1, 13.) GAS-lomake ja GAS-menetelmän käyttö tulivat voimaan vuoden 2011 Kelan standardeihin. (Autti-Rämö–Vainiemi–Sukula–Louhenperä 2014, 5.)

GAS eli Goal Attainment Scaling on kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja niiden toteutumisen arvioinnin seuraamiseen kehitetty mittari, joka nimenomaan korostaa kuntoutujalähtöisyyttä. Kuntoutujan itsensä pitäisi osallistua aktiivisesti tavoitteiden laatimiseen, ja tavoitteiden asettaminen kuntoutukselle tulisi lähteä kuntoutujan omista suunnitelmista, tarpeista ja odotuksista, mikä on tärkeää motivaation ja tavoitteisiin sitoutumisen kannalta. (Toivonen 2010, 23.)

Tavoitteen tulisi olla kuntoutujalle merkityksellinen ja sellainen elämän ja terveyden kannalta tärkeä asia, johon kuntoutuja toivoisi muutosta. Tavoitteiden asettamisen apuvälineenä voidaan käyttää niin sanottua SMART-tekniikkaa. SMART on lyhenne englanninkielisten sanojen ensimmäisistä kirjaimista, jotka suomennettuna ovat spesifisyys, mitattavuus, saavutettavuus, realismi, merkityksellisyys ja aikataulutuksen mahdollisuus. Tekniikka helpottaa tavoitteiden asettamista ja se mahdollistaa yhdenmukaisen tavan määrittellä tavoitteita. (Autti-Rämö ym. 2014, 7.)

GAS-menetelmässä tavoitteiden toteutumista arvioidaan viisiportaisella asteikolla -2 – +2, ja menetelmä on todettu luotettavaksi erilaisista sovelluksista

huolimatta. (Toivonen 2010, 23.) Asetettujen tavoitteiden tulisi olla jollain tavalla mitattavassa tai arvioitavassa muodossa. Tavoite voi olla määrällinen kuten paino kiloina, tai se voi olla myös laadullinen kuten kyky hallita tunteensa. Asteikon mukaisesti ensin määritellään 0-taso eli se tavoitetaso, joka kuntoutujan on realistista saavuttaa. Seuraavaksi määritellään tasot +1 ja -1 (jonkin verran korkeampi ja matalampi), joka on vähemmän realistinen saavuttaa. Viimeisenä laaditaan +2 eli selvästi odotettua korkeampi taso, joka on mahdollista saavuttaa optimaalisissa olosuhteissa, sekä -2 eli selvästi odotettua matalampi taso, mikä tarkoittaa että muutoksella ei ole toiminnalle merkitystä, tilanne on pysynyt ennallaan tai se on huonontunut. (Autti-Rämö ym. 2014, 9–10.)

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardin mukaan tavoitteiden saavuttamisen keinot tulee kirjata kuntoutussuunnitelmaan sekä johonkin muuhun dokumenttiin, esimerkiksi kuntoutujan asiakirjoihin. Tavoitteita seurataan aktiivisesti kurssipäiväkirjan avulla. (Kansaneläkelaitos 2011, 8.) Lapin Kuntoutus Oy:ssä kuntoutujille annetaan lisäksi liikuntapäiväkirja, jolla seurataan yksilöllisen kunto- ja harjoitusohjelman noudattamista ja kuntoutujan edistymistä.

3.5 Kuntoutuksen vaikuttavuus

Pohjolaisen ja Malmivaaran (2008, 658–659) mukaan kuntoutuksen vaikuttavuus tarkoittaa tieteellisen tutkimuksen osoittamaa, näyttöön perustuvaa intervention vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta mitataan yleensä numeerisesti, mutta aina se ei ole kuitenkaan mahdollista. Koska eri kuntoutusmuodoilla on eri tavoitteita ja vaikuttavuutta on mitattava eri keinoin, ei kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin ole onnistuttu kehittämään standardoituja mittausmenetelmiä. Kuntoutuselonteossa todetaan, että vaikka kuntoutuksen vaikuttavuutta on toisinaan vaikea tai suorastaan mahdotonta mitata, ei se tarkoita sitä, ettei vaikutusta olisi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 7).

Vahvin näyttö vaikuttavuudesta saavutetaan satunnaistettujen kokeiden tuloksista, joita on käytetty myös kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksessa. Satunnaistetussa kokeessa on yksi tai useampi arvottu hoito- ja vertailuryhmä, joiden tulosten välisten erojen voidaan tulkita hoidoista johtuviksi. Ilman vertailuryhmää ei voida varmuudella sanoa, johtuvatko muutokset tehdyistä

toimenpiteistä kuten kuntoutuksesta. (Pohjolainen–Malmivaara 2008, 658–659.) Saman toteaa myös Tirkkonen kumppaneineen (Tirkkonen ym. 2009, 44).

On kuitenkin todettu, että vakiintuneita kokemusperäisiä kuntoutustapoja ei voida eettisistä syistä tutkia kokeellisella asetelmalla. On epäeettistä arpoa henkilöitä ilman kuntoutusta jäävään ryhmään, joten myöskään ASLAK-kuntoutuksesta ei ole juuri olemassa satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia. (Pohjolainen–Malmivaara 2008, 660.) Sen sijaan ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuudesta saadaan tietoa tutkimalla niitä työ- ja toimintakyvyssä tai elämänhallinnassa parantuneita seikkoja, joiden voidaan katsoa syntyneen kuntoutusprosessin tuottamana. (Tirkkonen ym. 2009, 44.)

Kun puhutaan kuntoutuksen vaikuttavuudesta, ei voida olla törmäämättä käsitteeseen kuntoutusmotivaatio. Kuntoutusmotivaation avulla voidaan ennustaa kuntoutuksella saavutettavia tuloksia. Kuntoutusmotivaation taustalla täytyy aina olla eritasoisia tavoitteita, sekä sisäisiä että ulkoisia. Motivaation kannalta on tärkeää, että kuntoutukselle asetetut tavoitteet tukevat kuntoutujan elämäntavoitteita ja niiden toteutumista. Korkea kuntoutusmotivaatio lisää hyvin todennäköisesti kuntoutuksen positiivisia vaikutuksia ja koettua hyötyä. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 168.)

Kuntoutusselonteossa todetaan, että kuntoutus näyttää olevan sitä tuloksellisempaa, mitä varhaisemmassa vaiheessa se aloitetaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 6). Tähän tulokseen on päädytty eri tutkimusten perusteella, ja siihen kiinnitetään yhä enemmän huomioita eri kuntoutusmalleja kehitettäessä ja suunniteltaessa uusia kuntoutuksen muotoja. Jotta kuntoutuksen arviointitutkimuksessa pystytään muodostamaan kokonaiskuva, täytyy tietoa vaikuttavuudesta kerätä monipuolisilla menetelmillä. Tämä edellyttää sekä satunnaistettuja kokeita että muihin vertailuasetelmiin perustuvaa tietoa. Vaikka monien kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta ei ole olemassa tutkittua näyttöä, ei se tarkoita, ettei kuntoutus olisi tehokasta. (Pohjolainen–Malmivaara 2008, 660.)

2000-luvulla on tehty vain muutamia ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksia. Näistä tuoreimpia ovat Johanna Turjan väitöstutkimus vuodelta 2009 ja Mikhail Saltychevin väitös vuodelta 2012. Muita tutkimuksia ovat teh-

neet Arokoski ym. (2002), Holopainen ym. (2004), Lind ym. (2007) ja Suoyrjö ym. (2007). (Tirkkonen ym. 2004, 48.) Näistä eniten keskustelua lienee herättänyt Saltychevin väitöstutkimus, jonka mukaan ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus pitkällä aikavälillä on lähes olematon (Saltychev 2012). Tämä toteamus sai oman mielenkiintoni aihetta kohtaan heräämään ja tutkimaan asiaa omassa opinnäytetyössäni. Mutta kuten muun muassa Pohjolainen ja Malmivaara (2008, 662) toteavat, vaikuttavuuden arvioinnin katvealueet lisäävät tulevaisuuden tutkimuskohteita kuntoutuksen saralla. Eli lisätutkimuksia tulevaisuudessa tarvitaan.

4 ASIAKKUUS, ASIAKASLÄHTÖISYYS JA ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Asiakkuus on yhteistyötä, joka on alkanut tietyllä tavalla ja hetkellä. Asiakassuhde jatkuu, syvenee, kasvaa, kehittyy, muuttuu, etäännyy, päättyy. Asiakkuus on organisaation pääomaa, ja asiakaslähtöisyys tuo asiakkaalle tuon pääoma-arvon. Vaikka asiakasta ei tarkastellakaan talousarvona, sitä kautta hahmottuu työn arvostus, asiakaskunnan rakenne, asiakassuhteiden tasot ja ominaisuudet. Asiakkuuden arviointi toimii eräänlaisena palautemittarina ja tuo konkreettista kuvausta työstä. (Pyyhtiä 2009,12–14.)

Asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden historia on alkanut vasta 1970-luvun loppupuolella, sillä aikaisemmin keskityttiin tuotantoon ja jakeluun sekä mainontaan. Varsinainen asiakkuuden mullistus seurasi 1980-luvulla, kun alettiin puhua johtamiskulttuurista ja asiakastyytyväisyysjohtamisesta. Tänä päivänä voidaan sanoa, että organisaatio ei tule toimeen ilman asiakasta, joten asiakkuuteen ja asiakastyytyväisyyteen on syytä panostaa. (Pyyhtiä 2009, 12.)

Helander kumppaneineen toteaa asiakaslähtöisyyden olevan asiakastarpeiden selvittämistä sekä näiden tarpeiden tyydyttämistä. Tässä ongelmaksi on kuitenkin koettu asiakkaan niin sanotut piilevät tarpeet sekä asiakkaan muutosten ja mieltymysten seuraaminen ja niihin nopeasti reagoiminen. Siksi asiakaslähtöisyyttä onkin alettu tarkastella strategisesta näkökulmasta, jolloin on myös alettu puhua asiakasläheisyydestä. Asiakasläheisyys tarkoittaa sekä julkituotujen että piilevien tarpeiden tyydyttämistä erilaisin räätälöidyin palveluratkaisuin. Asiakasläheisyydessä painotetaan nimenomaan pitkäaikaisia asiakassuhteita ja niistä saatavia tuloksia. (Helander–Kujala–Lainema–Pennanen 2013, 30–31.)

Pyyhtiä (2009,13) pitää asiakassuhdetta elävänä. Asiakkaalla on tarpeita ja odotuksia, jolloin asiakassuhde syntyy jo ennen kohtaamista. Vastaavasti asiakassuhde jatkuu, vaikka itse suhde olisikin päätynyt, sillä se jää elämään asiakkaan kokemuksena. Asiakkuus on kuitenkin enemmän kuin pelkkää asiakkaan tarpeiden huomaamista, herättämistä ja tyydyttämistä. Siihen liittyy myös yhteistyön hallintaa ja hoitamista sekä kuuntelemista, asiakkaan mielenliikkeiden havaitsemista, ymmärtämistä, kohtaamista ja lukemista. Toisin sanoen asiakas haluaa tulla kuulluksi ja kohdatuksi. Organisaation kannalta on keskeistä, että ilman asiakasta ei ole palvelua tai tuotettakaan. Or-

ganisaatio on riippuvainen asiakkaasta. Tämän vuoksi asiakassuhteiden ja asiakastyytyväisyyden merkitystä ei voi riittävästi korostaa.

Asiakastyytyväisyyteen kuuluu muun muassa asiakaspalvelu, palvelun laatu ja palveluodotukset. Näitä tekijöitä mittaamalla voidaan vaikuttaa palveluihin, toimintatapoihin, markkinointiin ynnä muuhun yrityksen toimintaan ja tehdä eroa kilpailijoihin ja saada asiakkaita. Asiakastyytyväisyys kertoo, miten yritys on onnistunut täyttämään asiakkaan odotukset. Tämä on erittäin tärkeä tekijä, sillä asiakkaiden odotukset ovat tärkein määrittävä tekijä asiakastyytyväisyyden toteutumisessa. (E-conomic 2014.)

Asiakastyytyväisyys on tärkeää, koska tyytyväinen asiakas levittää positiivista mainetta yrityksestä, ja tyytyväinen asiakas tulee uudelleen palvelun tarjoajan luokse. Lisäksi asiakastyytyväisyys on yrityksen kilpailukeino ja asiakkaiden palveleminen on yritykselle erittäin kannattavaa. Asiakastyytyväisyyttä ja onnistumista asiakaspalvelussa voidaan mitata erilaisilla asiakastyytyväisyysmittauksilla. Säännöllisesti tehdyillä kyselyillä saadaan tärkeää tietoa siitä, mihin asiakkaat ovat tyytyväisiä tai tyytymättömiä ja mitä tulisi parantaa. Näiden kerättyjen tietojen perusteella on helpompaa parantaa palvelun laatua. Ellei lupauksia pidetä, syntyy asiakastyytymättömyyttä. (Lahtinen-Isoviita 1998, 64–65.)

Asiakas ja palvelun tarjoaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään, ja tämän vuorovaikutuksen tapahtumat vaikuttavat koettuun palvelun tason laatuun. Vuorovaikutuksessa syntynyt käsitys laadusta luo pohjan koko palvelun laadun arvioinnille. (Pesonen 2002, 44.) Pesonen painottaa, että kaikki työntekijät, jotka ovat vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, luovat kuvaa asiakaspalvelun laadusta. Lisäksi hän korostaa, että vuorovaikutustilanteen henkilöiden lisäksi merkitystä on myös muun muassa fyysisellä ympäristöllä ja järjestelmillä, yrityksen toimintatavoilla, käytössä olevilla lomakkeilla ja muilla asiakkailla. Kaikki edellä mainitut tekijät vaikuttavat siihen, millaisena asiakas pitää palvelua.

Kuntoutuspalveluiden käyttäjästä voidaan käyttää monenlaisia ilmaisuja. Voidaan puhua asiakkaasta, potilaasta tai kuntoutujasta. Etenkin 2000-luvulla kuntoutuja-termin käyttö on yleistynyt ja käyttö on laajentunut myös kuntoutuslainsäädäntöön. Nimi korostaa kuntoutuspalveluiden käyttäjää itsenäisenä

toimijana, jolla on tärkeä rooli kuntoutuksen tavoitteiden täyttymisessä. Täysin ei kuitenkaan voida siirtyä käyttämään pelkkää kuntoutuja-sanaa, sillä esimerkiksi hoitopuolella potilas-sanan käyttö on perusteltua. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 182.)

Käytettiinpä kuntoutuspalveluiden käyttäjästä mitä termiä hyvänsä, on kuntoutusprosessi aina vuorovaikutuksellinen haaste. Haasteen ytimessä on aina kuntoutusasiakas. Hänelle kuntoutustapahtuma on oppimisprosessi. (Järvikoski–Karjalainen 2008, 90–91.) Järvikoski ja Härkäpää puhuvat oppimisesta ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta, jolloin he mainitsevat kuntoutuksen olevan esimerkiksi uusien työtapojen tai menetelmien oppimista (Järvikoski–Härkäpää 2011, 171). Kuntoutus- tai oppimisprosessin haasteena on prosessiin osallistuvien välinen vuorovaikutus ja sen laatu. Onko asiakkaan ja asiantuntijan suhde kuunteleva ja kunnioittava, vai ottaako asiantuntija komentavan roolin, jolloin kuntoutuja putoaa pois kuntoutusprosessin ytimestä? (Järvikoski–Karjalainen 2008, 90–91.)

Järvikoski ja Karjalainen (2008, 91) puhuvat asiantuntijasta kuntoutujan kanssarakentajana. Tällä he tarkoittavat nimenomaan sitä luottamuksellista ja avointa vuorovaikutussuhdetta, jonka keskellä on kuntoutuja, mutta jossa asiantuntijat ovat tiiviisti tukena ja turvana. Haasteeksi he mainitsevat toimimisen etenkin moniammatillisena työryhmänä, jolloin tiiviin suhteen muodostaminen kuntoutujan ja eri asiantuntijoiden kanssa voi olla vaihtelevaa. Vaarana voi olla kuntoutujan oma-aloitteisuuden ja itsemääräämisoikeuden unohtaminen. Myös vastuiden jakaminen voi muodostua haasteeksi.

Olipa kyseessä sitten kuntoutuja tai asiakas, kuntoutuksen lähtökohtana tulisi olla nimenomaan kuntoutujan tarpeet, toiveet ja tavoitteet. Asiantuntijoiden tehtävänä on antaa kuntoutujalle työkaluja tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tukea, ohjata ja neuvoa kuntoutujaa tekemään itseään ja omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Vastuu on kuntoutujalla itsellään, ja asiantuntijat ovat auttamassa päätösten tekemisessä. Kuntoutuksen vuorovaikutussuhteen tulisi kuitenkin perustua asiakaslähtöisyyteen, ja kuntoutuja on kaiken toiminnan lähtökohtana ja keskipisteenä.

5 TYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyöni tavoite on kartoittaa ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta ja ASLAK-kuntoutujien asiakastyytyväisyyttä Lapin Kuntoutus Oy:ssä. Tavoitteena on selvittää, millälaisia vaikutuksia kuntoutuskurssilla on ollut koettuun fyysiseen ja psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn ja miten ASLAK-kuntoutajat kokevat hyötynensä kuntoutuksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on, että tutkimuksesta saadun tiedon perusteella Lapin Kuntoutus Oy pystyy kehittämään ASLAK-kuntoutustaan vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeita ja toiveita ottaen kuitenkin samalla huomioon Kelan standardit sekä työnantajan toiveet ja tavoitteet kuntoutuskurssille.

Fysioterapia- ja kuntoutusalalle opinnäytetyö antaa lisänäyttöä ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuudesta sekä yhden näkökulman pohtia työikäisten kuntoutusmuotoja tulevaisuudessa. Samalla opinnäytetyö ohjaa omaa ajatusmaailmaani pohtimaan oman työn ja ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta ja merkitystä työikäisessä väestössä. Lisäksi opinnäytetyö selventää ja syventää omaa tietämystäni kuntoutuksesta yleensä, ASLAK-kuntoutuksesta, ammatillisesta kuntoutuksesta muualla Euroopassa sekä työkyvystä ja sen monista ulottuvuuksista.

Teorian ja tavoitteiden pohjalta tutkimusongelmiksi nousivat seuraavat kysymykset:

1. Millainen vaikutus ASLAK-kuntoutuksella on kuntoutujan fyysiseen työ- ja toimintakykyyn?
2. Millainen vaikutus ASLAK-kuntoutuksella on kuntoutujan psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn?
3. Miten tyytyväisiä kuntoutajat ovat Lapin Kuntoutus Oy:n järjestämään ASLAK-kuntoutukseen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimukseni on määrällinen eli kvantitatiivinen. Tutkimukseni täyttää määrällisen tutkimuksen tunnuspiirteitä eli kerätty aineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen, aineisto on muokattu tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja päätelmät perustuvat tilastolliseen analysointiin (Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2009, 140). Tyypillisiä määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ovat muun muassa mittaukset, lomakekyselyt ja arviointiasteikot (Järvikoski–Härkäpää 2011, 277).

Tutkimustyyppin perusteella tutkimukseni voidaan määritellä osittain olevan survey-tutkimus eli tietyltä joukolta ihmisiä kerätään tietoa strukturoidussa muodossa (Hirsjärvi ym. 2009, 134). Survey-tutkimus sopii muun muassa mielipiteiden, arvioiden ja kokemusten selvittämiseen (Järvikoski–Härkäpää 2011, 279). Asiakastyytyväisyyttä selvitetään tutkimuksessani survey-tutkimuksella.

Muulta osin tutkimukseni on niin sanottu ennen-jälkeen-seurantatutkimus. Tutkimustani ei voi puhtaasti pitää pitkäikäistutkimuksena, vaikka siinä on samoja piirteitä kun pitkäikäistutkimuksessa. Pitkäikäistutkimuksessa seurataan jonkin ilmiön kehittymistä tietyn aikavälin kuluessa. Havaintoja tutkittavasta asiasta tehdään yleensä kahtena tai useampana kertana, joiden tuloksia verrataan keskenään. Näin voidaan tutkia tapahtuneita muutoksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 280–281.) Tässä tutkimuksessa aikaväli on noin yksi vuosi ja mittauskertoja on kaksi.

Valitsin nämä tutkimustyyppit, koska minulla oli jo valmiit mittarit käytössäni. Lisäksi minun ei tarvinnut suorittaa mittauksia itse, vaan ne suoritti ammattitaitoiset fysioterapeutti, työterveyshoitaja ja psykologi, joilla kaikilla on vuosien kokemus takanaan. Tämä lisää mittausten luotettavuutta. Näillä menetelmillä uskoin saavani parhaiten vastaukset opinnäytetyöni tutkimusongelmiin.

6.2 Tutkimusjoukko

Opinnäytetyöni tutkimusjoukko koostui Lapin Kuntoutus Oy:n kuuden eri AS-LAK-kurssin kurssilaisista. Nämä kuusi kurssia valikoituivat tutkimukseen, koska he olivat viimeisellä kurssijaksolla opinnäytetyön kannalta otolliseen ajankohtaan eli keväällä 2013. Näin ollen muilla jaksoilla olevat kurssit rajattiin pois tutkimuksesta.

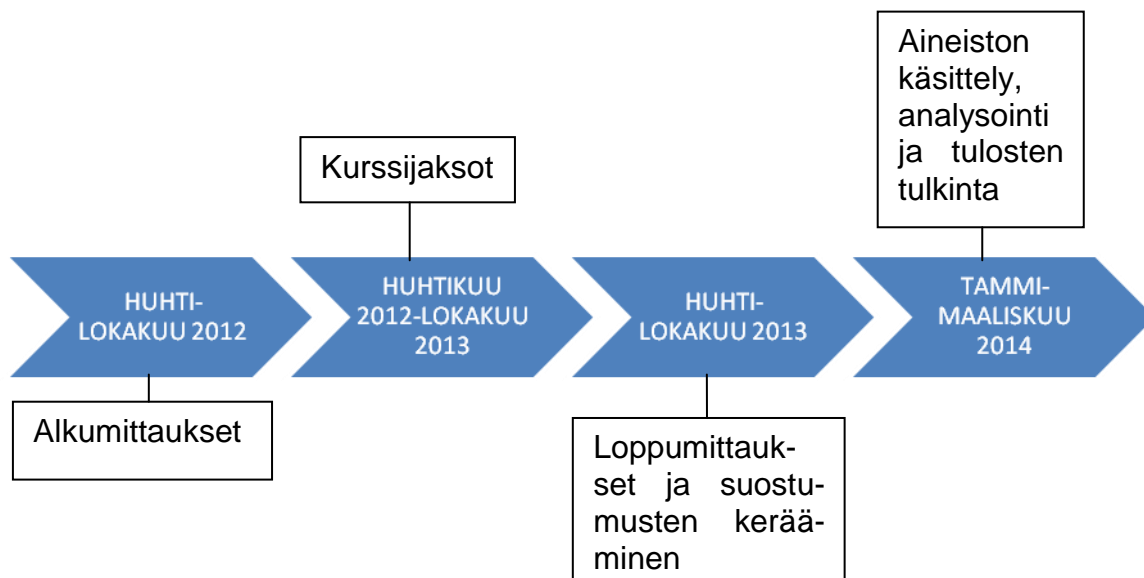
Tutkimukseen osallistujia oli yhteensä 43 (n=43), joista miehiä oli 16 (37 %) ja naisia 27 (63 %). He olivat eri ammattiryhmien edustajia, ja joukossa oli muun muassa opettajia, vanhuspalveluiden hoitohenkilöstöä ja palohenkilöstöä. Kurssilaisten ikä vaihteli 37 ja 61 vuoden välillä. Heille tehtiin samat mittaukset ja kyselyt ensimmäisellä ja viimeisellä kuntoutusjaksolla. Ensimmäisen ja viimeisen jakson välissä on noin yksi vuosi.

Kuntoutusprosessin alussa osallistujat kokivat terveydentilansa kohtalaiseksi (54 %) tai hyväksi (46 %), oman työn ruumiillinen rasittavuus koettiin kevyeksi tai keskiraskaaksi (38 %) tai raskaaksi (24 %), ja edellisen kolmen kuukauden aikainen vapaa-ajan liikunnan harrastamisen määrä oli 24 prosentilla lisääntynyt, 24 prosentilla vähentynyt ja 51 prosentilla ei ollut tapahtunut merkittävää muutosta. Kipujen voimakkuus mittaushetkellä arvioitiin pääasiassa heikoksi (24 %) tai kohtalaiseksi (37 %), mutta myös hyvin heikoksi, erittäin heikoksi, melko voimakkaaksi ja voimakkaaksi.

Viimeisellä kurssijaksolla oman terveydentilan koki erittäin hyväksi kahdeksan prosenttia, hyväksi yli puolet (54 %) ja kohtalaiseksi 38 prosenttia. Oman työn ruumiillisen rasittavuuden koki raskaaksi enää 16 prosenttia, keskiraskaaksi 43 prosenttia ja kevyeksi 41 prosenttia. Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen määrä kolmen viime kuukauden aikana ennen viimeistä kurssijaksoa oli 18 prosentilla vähentynyt, 41 prosentilla ei ollut tapahtunut merkittävää muutosta, mutta 41 prosenttia oli lisännyt vapaa-ajan liikunnan harrastamista. Kipujen voimakkuudessa suurimmalla osalla oma kokemus oli edelleen heikko (27 %) tai kohtalainen (35 %), mutta alkutilanteeseen verrattuna hyvin heikoksi ja erittäin heikoksi kivun kokevien määrä nousi, ja vastaavasti melko voimakkaaksi tai voimakkaaksi kivun kokevien määrä laski.

6.3 Tutkimuksen kulku

Tutkimus toteutettiin huhtikuun 2012 ja lokakuun 2013 välisenä aikana. Tutkimuksen kulku on kuvattu kuviossa 4. Kurssien aloitusjaksot ja alkumittaukset ajoittuivat huhti-lokakuulle 2012. Huhtikuun 2012 ja lokakuun 2013 välille sijoittuvat loput kurssijaksot, ja huhti-lokakuulle 2013 viimeiset kurssijaksot, loppumittaukset ja tutkimukseen suostumuslomakkeiden kerääminen.



Kuvio 4. Tutkimuksen kulku

Kuntoutujilta pyydettiin kirjallinen suostumus tietojen käyttöä ja analysointia varten (liite 1). Suostumuslomakkeet keräsi ja arkistoi Lapin Kuntoutus Oy:n ASLAK-työryhmän työterveyshoitaja (YTM). Työterveyshoitaja vastaa myös työkykyindeksin® teettämisestä, tulosten analysoinnista ja kirjaamisesta sekä arkistoinnista. Asiakaspalautteiden kerääminen on myös yleensä työterveyshoitajan tehtävä. Toisinaan palautteet kerää työfysioterapeutti.

Fyysisen kunnan mittaukset suoritti ja tulokset analysoi ASLAK-työryhmän työfysioterapeutti. Mittaaja, testivälineistö ja testiolosuhteet oli joka kerta vakioitu. Esimerkiksi testihuone ja puristusvoimamittari olivat joka mittauskerralla samat. Työfysioterapeutti antaa myös suullisen ja kirjallisen palautteet testituloksista sekä vastaa mittauksia koskevien lomakkeiden arkistoinnista.

Työuupumus- ja masennuskysely ovat Lapin Kuntoutus Oy:n työelämäkuntoutuksen psykologin vastuulla. Hän teettää kyselyt, analysoi tulokset, antaa henkilökohtaiset palautteet tuloksista, tarvittaessa järjestää keskusteluaikoja, tekee yhteenvedot sekä arkistoi lomakkeet.

Tammikuussa 2014 kävimme yhdessä työterveyshoitajan kanssa läpi, ketkä kurssilaiset ovat antaneet luvan tietojen käyttämiseen opinnäytetyössäni, ja otimme aineistosta pois ne, joiden tietoja ei saanut käyttää. Fyysisen kunnon mittausten ja terveysseulan kohdalla toimimme samalla tavalla, ja ne aineistot minulle antoi työfysioterapeutti. Työterveyshoitajalta sain kirjallisen yhteenvedon kurssilaisten työkykyindeksin® tuloksista, jossa näkyivät alku- ja loppujakson tulokset. Psykologin tekemistä henkilökohtaisista yhteenvedoista sain tiedot luvan antaneiden kurssilaisten BBI-15-työuupumuskyselystä ja BDI-II-masennuskyselystä. Yhteenvedot tallennetaan sähköiseen potilastietojärjestelmään, joten tietojen keräämistä varten käytin henkilökohtaisia tunnuksiani päästäkseni keräämään tarvitsemani tiedot. Sovin tietojenkeruusta työterveyshoitajan kanssa. Asiakaspalautteet sain myös työterveyshoitajalta.

Aineiston kokoamisen jälkeen tulokset syötettiin IBM SPSS Statistics 21-ohjelmaan, minkä jälkeen tulokset analysoitiin ja saatettiin opinnäytetyössäni esitettävään muotoon.

6.4 Tutkimusaineiston hankinnassa käytetyt mittarit

UKK-instituutti on Suomessa arvotettu terveydenhuollon tutkimus- ja asiantuntijakeskus, jolla on pitkät perinteet ja kokemus terveystieteiden saralla. Lisäksi UKK-testistöä on käytetty useissa tutkimuksissa, ja siinä käytössä olevat viitearvot ovat myös suomalaisesta väestöstä luotuja. Näin ollen testistöä voidaan pitää luotettavana terveystieteiden mittaristona etenkin suomalaiselle väestölle.

Työkykyindeksi® on myös suomalaisten kehittämä. BDI-15-työuupumuskyselyn ovat niin ikään koonneet suomalaiset asiantuntijat. Mittareiden ”suomalaisuus” viittaa siihen, että on haluttu kehittää nimenomaan suomalaiseen väestöön soveltuvia mittausmenetelmiä. Vaikka BDI-II-masennuskysely ei olekaan suomalainen, on se arvostettu ja kansainvälisesti käytössä oleva mittausmenetelmä.

Tutkimusaineiston hankinnassa käytetyistä mittareista on kooste liitteessä 2. Tässä luvussa esitellään kukin mittari tarkemmin.

6.4.1 UKK-terveyskuntotestit

UKK-terveyskuntotestit kehitettiin 1990-luvulla arvioimaan keski-ikäisen väestön terveyskuntoa. Testit on helppo toteuttaa, ja ne toimivat yksilöllisen liikuntaneuvonnan ja liikunnan annostelun apuvälineenä sekä soveltuvat erinomaisesti fyysisen kunnan ja toimintakyvyn kartoitukseen ja liikunnan vaikutusten seurantaan. Testistöä ei ole tarkoitettu sairauksien diagnosoimiseen, vaan nimenomaan terveyden edistämiseen. Ne on kehitetty pitkäaikaisen tieteellisen tutkimuksen pohjalta, ja ne on tarkoitettu terveys- ja liikunta-alan ammattilaisten käyttöön. Testien suoritusjärjestys on vakioitu, samoin testi-/suoritusohjeet. (Suni 2005, 2–3.)

Terveyskunnan väestömittauksia ovat Suomessa tehneet muun muassa Suni ym. 1998, Malmberg ym. 2002, Hämäläinen ym. 2006 ja Lindström ym. 2009, ja Norjassa muun muassa Bø ym. 2004. UKK-terveyskuntotestejä on käytetty monissa UKK-instituutin tutkimuksissa vuodesta 1992 alkaen. (Suni 2012, 74.)

Testistöön kuuluu UKK-terveysseula-kyselylomake, joka täytetään ennen varsinaisia testejä (liite 3). Terveysseula sisältää 19 kysymystä ja sen tavoitteena on selvittää fyysisen rasituksen kannalta merkitykselliset sairaudet, fyysiseen rasitukseen ja liikuntaan liittyvät oireet sekä yleinen terveydentila ja suorituskyky. Edellä mainituilla asioilla kartoitetaan, onko henkilöllä estettä osallistua fyysisen suorituskyvyn testeihin ja onko testeihin osallistuminen turvallista. Terveysseula on osa niin sanottua turvallisuusmallia, johon kuuluu Terveysseula-lomakkeen lisäksi kolme mittausta: kehon painoindeksi, vyötärön ympäryys ja lepoverenpaine. (Kukkonen-Harjula–Husu–Suni 2012, 83–84.) Terveysseulan lisäksi Lapin Kuntoutus Oy:n ASLAK-työryhmän fysioterapeutti käyttää kipupiiirrosta tarkentamaan terveysseulan kysymyksiä.

Kipupiiirros kertoo henkilön kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Piirokseen piirretään kipeät kohdat, ja erilaisille kivuille voi käyttää erilaisia merkkejä. Piirtämisen jälkeen henkilön kanssa keskustellaan piiroksesta ja tehdään tarkentavia kysymyksiä. Kivun syntymekanismeista saadaan viitteitä tarkas-

telemalla kivun toispuoleisuutta ja sijoittumista anatomisesti hermojen alueiden mukaan. Piirroksen pinta-alan käyttö, pikkutarkkuus tai sotkuisuus tai kivun ulottuminen kehon ulkopuolelle kertovat potilaan ajatusmaailmasta, mielikuvista ja persoonallisuudesta. Piirroksen yleinen vaikutelma ja henkilön oma kertomus kivusta kertoo, mikä merkitys kivulla on hänen elämässään. Kipupiirroksessa on yksinkertaisesti kuvattuna miehen tai naisen keho edestä ja takaa. (Sailo 2000, 100–101.)

Kipupiirroksen lisäksi tämän hetkistä henkilön tuntemaa kipua kysytään valitsemalla 10 vaihtoehdosta sopivin. 0=ei ollenkaan kipua ja 10=erittäin voimakas kipu. Kivun laatua kysytään myös eräänlaisella janalla, johon vastaaja merkitsee rastilla valitsemaansa kohtaan kuluneen 7 vuorokauden aikana kokeneensa kivun voimakkuuden tai toiminnan rajoituksen. Janaan kuuluu 11 kysymystä, ja sitä ei tule sekoittaa VAS-kipujanaan. Kipupiirros, kivun arvioinnin vaihtoehdot sekä ”kipujana” ovat liitteessä 4.

UKK-terveyskuntotestit kertovat terveystason eri osatekijöistä ja ulottuvuuksista, ja ne voidaan jakaa neljään osaan: kehon koostumus, motorinen kunto, tuki- ja liikuntaelimestön kunto ja aerobinen kunto. Kehon koostumus kertoo painon sopivuudesta ja rasvakudoksen jakautumisesta, ja sitä mitataan laskemalla kehon painoindeksi (BMI) sekä vyötärön ympäryys. Painoindeksin kuntoluokat on sovellettu WHO:n vuoden 1998 suositusten mukaan. (Suni 2005, 10; UKK-instituutti 2010b.)

Motorinen kunto kertoo staattisesta ja dynaamisesta tasapainosta ja sitä mittaavat terveystestit ovat yhdellä jalalla seisominen, takaperin kävely ja kapealla palkilla seisominen. Tuki- ja liikuntaelimestön kuntoon kuuluvat vartalon liikkuvuus, lihasvoima, lihaskestävyys (vartalon hallinta) sekä henkilön liikkumiskyky. Liikkuvuudesta eritellään terveystesteissä kaularangan alaosan ja rintarangan yläosan sekä olkanivelen liikkuvuus eli lyhyemmin hartiasseudun liikkuvuus, lantion sekä lanne- ja rintarangan kokonaisliikkuvuus sivutaivutuksessa eli selän sivutaivutus ja reiden takaosan lihasten venyvyys. Lihasvoimamittauksiin kuuluvat käden ja kyynärvarren lihasten maksimaalinen voima eli lyhyemmin käden puristusvoima, ponnistushyppy, vartalon koukistajalihasten dynaaminen voima (suorat vatsalihakset) ja voimak-

tävyys (vinot vatsalihakset) ja alaraajojen ojentajalihasten toiminnallinen maksimivoima eli askelkykyistys. (UKK-instituutti 2010b.)

Lihaskestävyyttä mittaavat muunneltu punnerrus eli yläraajojen ojentajalihasten voima-kestävyys sekä vartalolihashen kyky tukea selän asentoa, sekä vartalon ja selän ojentajalihasten staattinen kestävyysvoima. Liikkumiskykyä kuvaa UKK-kävelytestiin käytetty aika. Aerobisen kunnan osioon kuuluvat UKK-kävelytesti kokonaisuudessaan sekä VO₂max, jotka kertovat submaksimaalisesta aerobisesta kestävyydestä. (UKK-instituutti 2010b). Lapin Kuntoutus Oy:ssä ei käytetä ponnaushyppy-testiä, mutta kaikki muut mittaukset suoritetaan ohjeistuksen mukaisesti.

Terveyskunnan testituloksia tulkitaan suhteessa väestön normiviitearvoihin, jotka perustuvat edustavien väestötösten tuloksiin. Viitearvot perustuvat pääasiassa Sunin vuonna 1999 ja Husun vuonna 2008 tekemiin väestötutkimuksen aineistoihin. (Suni–Husu 2012, 54.) UKK-terveyskuntotestien normit esitetään prosenttijakauman mukaisesti jaettuina kuntoluokkina yhdestä viiteen (1–5) iän ja sukupuolen mukaan. Alin kuntoluokka 1=selvästi keskimääräistä heikompi tulos, 2=jonkin verran keskimääräistä heikompi tulos, 3=keskimääräinen tulos, 4=jonkin verran keskimääräistä parempi tulos ja 5=selvästi keskimääräistä parempi tulos. (Suni 2005, 32–33.)

Terveysseulan kysymysten 2 ja 3 vastaukset sekä testitulosten mukaiset kuntoluokat siirretään erilliselle terveyskuntoprofiili-lomakkeelle, joka annetaan testattavalle. Kehon koostumus, motorinen kunto, tuki- ja liikuntaelimityn kunto, aerobinen kunto ja fyysinen aktiivisuus pisteytetään yhdestä viiteen (1–5) kuntoluokkien mukaisesti. Lisäksi terveyskuntoprofiiliin voidaan miettiä yhdessä testattavan kanssa liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden tavoitteita, liikuntatottumusten riittävyttä suhteessa liikuntasuosituksiin sekä muutenkin käyttää tuloksia ja lomaketta liikuntaneuvonnan tukena. (Suni–Husu 2012, 54.)

6.4.2 UKK-kävelytesti

UKK-kävelytesti on 1990-luvun alussa kehitetty testi, jota käyttävät monet eri tahot kuten perusterveydenhuolto, eri järjestöt ja terveysliikunnan palveluntuottajat terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisy- ja varhaiskuntoutustyös-

sään. UKK-kävelytesti kehitettiin erityisesti hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnan ja maksimaalisen aerobisen tehon (VO₂max) arvioimiseen, mutta myöhemmissä tutkimuksissa se on osoittautunut käyttökelpoiseksi myös tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyvyn kuvaajaksi. (UKK-instituutti 2013.)

Testi on tarkoitettu 20–65-vuotiaille aikuisille, ja se soveltuu erityisesti normaali- ja heikkokuntoisille ihmisille. Testissä kävellään kaksi kilometriä tasaisella vauhdilla mahdollisimman nopeasti. Testitulosten perusteella arvioituun aerobiseen suorituskykyyn vaikuttavat kahden kilometrin kävelyaika, kävelyn lopussa mitattu syke, testattavan ikä sekä kehon painoindeksi (BMI). (Mänttari 2012, 226; UKK-instituutti 2010c.)

UKK-kävelytesti on kehitetty tieteellisen tutkimussarjan pohjalta. Mänttari viittaa tekstissään muun muassa Ojan ym. 1991 ja 2010, Laukkasen ym. 1991, 1992, 1993 ja 2000 ja Sunin ym. 1998, 1999 ja 2000 tutkimuksiin, joissa on käytetty UKK-kävelytestiä. Niissä on todettu se luotettavaksi mittariksi esimerkiksi arvioimaan kuntomuutosta. Lisäksi testitulosten yhteys koettuun fyysiseen terveyteen ja sen soveltuvuus väestömittauksiin ja yksilölliseen, oma-toimiseen kunnan seurantaan on todennettu edellä mainituissa tutkimuksissa. (Mänttari 2012, 226.)

UKK-kävelytestin pääasiallinen käyttötarkoitus on asiakkaan kuntotason seuranta toistuvilla testeillä. Testi kuvaa luotettavasti kunnossa tapahtuvia muutoksia edellyttäen, että testaus on tehty eri kerroilla vertailukelpoisella tavalla. Kaikissa kuntotesteissä, siis myös UKK-kävelytestissä, käytetään niin sanottuja viitearvoja. Ne ovat arvoja, jotka saadaan tutkimalla suuri joukko ihmisiä ja laskemalla keskiarvot ja arvojen jakaumat ikäryhmittäin tavallisesti erikseen miehille ja naisille. Kävelytestitulokset voidaan myös muuttaa omien kaavojen mukaisesti kuntoindeksipisteiksi ja sen perusteella jakaa viiteen kuntoindeksiluokkaan. Kuntoindeksipisteiden mukaan jaetut kuntoindeksiluokat ovat: <70 pistettä=keskimääräistä huomattavasti matalampi kuntotaso, 70–89 pistettä=keskimääräistä vähän matalampi kuntotaso, 90–110 pistettä=keskimääräinen kuntotaso, 111–130 pistettä=keskimääräistä vähän korkeampi kuntotaso ja >130 pistettä=keskimääräistä huomattavasti korkeampi kuntotaso. Yksittäisen ihmisen testituloksia verrataan näihin keskiarvoihin. (Mänttari 2012, 227–228; UKK-instituutti 2010a.)

6.4.3 BBI-15-työuupumuskyseily

Bergen Burnout Indicator 15 (BBI-15)-kyseilymenetelmä perustuu alun perin Norjassa vuonna 1992 esiteltyyn Bergen Burnout Indicator 25 (BBI-25)-menetelmään. BBI-15-menetelmän ovat kehittäneet Petri Näätänen, Antti Aro, Stig Berge Matthiesen ja Katariina Salmela-Aro. Tekijöiden tavoitteena oli luoda työuupumusmittari, joka mittaa mahdollisimman kompaktisti työuupumusta kokonaiskäsitteenä keskittymällä työuupumuksen kolmeen ydinulottuvuuteen. Nämä kolme ulottuvuutta ovat uupumisasteinen väsyminen, kynnistyminen ja ammatillisen itsetunnon heikentyminen. Kysymykset näihin osioihin valittiin BBI-25-menetelmästä. (Näätänen–Aro–Matthiesen–Salmela-Aro 2003, 5, 44–46.)

Kyselylomakkeessa on yhteensä 15 kysymystä, jotka on jaettu kolmeen osaan. Kysymykset 1,4,7,10 ja 13 mittaavat uupumisasteista väsymistä, kysymykset 2,5,8,11 ja 14 kynnistymistä ja kysymykset 3,6,9,12 ja 15 ammatillisen itsetunnon heikentymistä. Kokonaisasteikko muodostuu näiden kolmen osan/ulottuvuuden summasta, ja kokonaispistemäärä antaa nopean yleiskatsauksen työuupumuksen tasosta. (Näätänen ym. 2003, 5, 44–46.)

BBI-15-mittaria voidaan käyttää sekä yksilö- että ryhmätasolla. Yksilötasolla sitä voidaan käyttää apuna diagnoosin tekemiseen, haastattelun tukena tai psykoterapian apuvälineenä muun muassa lähtötason ja edistymisen seuraamiseen. Se antaa nopeasti ja helposti luotettavan kuvan yksilön työuupumuksen tasosta sekä oirekuvasta. Menetelmän käyttö edellyttää terveydenhuollon koulutusta, ja se on tarkoitettu etenkin niille asiantuntijoille, joiden tehtävä on arvioida työelämän psyykkistä kuormittuneisuutta, esimerkiksi psykologeille ja lääkäreille. BBI-15-menetelmää voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin, ja menetelmän lyhyys ja nopea pisteyttäminen tekevät siitä monikäyttöisen tutkimusvälineen mitä erilaisimpiin yhteyksiin. (Näätänen ym. 2003, 71–76, 103–104.)

Menetelmään kuuluu kyselylomake ja pisteytyslomake. Kyselylomakkeessa on ohjeet lomakkeen täyttämiseksi, ja vastaaminen vie noin 5–10 minuuttia. Pisteytys tapahtuu siten, että kullekin kolmelle ulottuvuudelle lasketaan pisteet ja osioiden pistemäärät lasketaan yhteen kokonaissummaksi. Pisteet merkitään pisteytyslomakkeelle, tulos normitetaan oman mittaristoon kuulu-

van taulukon mukaisesti (normatiivinen persentiili), ja määritellään työuupumuksen taso ja -profiili katsomalla vastaako lähin persentiiliraja lievän (75 persentiili), kohtalaisen (85 persentiili) vai vakavan (95 persentiili) työuupumuksen tasoa. Eri osien pisteitä voidaan tarkastella joko yhdessä tai erikseen. Tuloksista keskustellaan lomakkeen täyttäneen henkilön kanssa, jolloin voi haastattelemalla esittää tarkentavia kysymyksiä. (Näätänen ym. 2003, 71–76, 103–104.)

6.4.4 Työkykyindeksi®

Työkykyindeksi®-kysely on Työterveyslaitoksen kehittämä yksilöllisen työkyvyn arviointimenetelmä, joka mittaa työntekijöiden edellytyksiä pysyä työssä sekä riskiä jäädä ennenaikaisesti pois työstä työkyvyn heikkenemisen takia. Se on tarkoitettu niiden työntekijöiden tunnistamiseksi, joille on tarpeellista suunnata erityisiä toimenpiteitä kuten esimerkiksi kuntoutusta. Lisäksi se soveltuu niille henkilöille, jotka tarvitsevat tukea jo varhaisvaiheessa työkyvyn edistämiseksi, ylläpitämiseksi ja palauttamiseksi sekä ennenaikaisen työkyvyn heikkenemisen ehkäisemiseksi. Työkykyindeksi®-kyselyä käytetään muun muassa kuntoutustarpeen määrittelyssä sekä kuntoutuksen onnistumisen mittarina. (Rautio–Michelsen 2013, 5–7.)

Työkykyindeksi®-kyselyyn kuuluu seitsemän eri osiota, johon kuhunkin kuuluu yksi tai useampi kysymys. Lisäksi lomakkeessa on kysymys 8, niin sanottu haittakysymysosio, jonka avulla kartoitetaan asioita, jotka saattavat haitata työssä selviytymistä. (Rautio–Michelsen 2013, 13–16, 18.)

Työkykyindeksi® lasketaan summaamalla menetelmän oman taulukon mukaisesti saadut pisteet yhteen. Työn vaatimustasoon on lisäksi omat kertoimet, mutta haittakysymysosiota ei pisteytetä. Tulokseksi saatu pistemäärä kuvaa työntekijän omaa käsitystä työkyvystään. Saatujen pisteiden perusteella luokitellaan työkyvyn taso eli onko henkilön työkyky huono (7–27 pistettä), kohtalainen (28–36 pistettä), hyvä (37–43 pistettä) vai erinomainen (44–50 pistettä). Pisteiden avulla suunnitellaan myös tarvittavat toimenpiteet. Toimenpidesuosituksset määrittelee *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö* Työkykyindeksi®-pistetulosten mukaisesti. Oleellista on huomioida kokonaisvaltaisesti henkilön työ, työolosuhteet, ammattitaito ja terveys, joten tiivis yhteistyö työn-

tekijän, työpaikan esimiesten ja työterveyshuollon välillä on ensiarvoisen tärkeää. (Rautio–Michelsen 2013,13–16 ,18.)

6.4.5 Beck Depression Inventory II

Yhdysvaltalainen psykiatri Aaron T. Beck työtovereineen kehitti Beckin depressioasteikon (BDI), jonka ensimmäinen versio julkaistiin vuonna 1961. Viimeisin versio Beck Depression Inventory II on julkaistu vuonna 1996. Kyseessä on itsearviointimittari, jonka avulla pyritään selvittämään depression liittyvien oireiden esiintymistä ja vaikeusastetta. Se ei kuitenkaan ole riittävä mittari masennustilan diagnostiseksi välineeksi. (Beck–Steer–Brown 2004, 4.)

BDI-II-mittaria käytetään aikuisten ja yli 12-vuotiaiden masennuksen ja sen vaikeusasteen arvioinnissa. Se on 21-kohtainen kyselylomake, ja sen tekemiseen menee noin 5–10 minuuttia. Jokainen kohta on pisteytetty nollasta kolmeen, ja kokonaispistemäärä saadaan laskemalla yhteen kaikkien 21 kohdan pisteet. Pistemäärät luokitellaan neljään luokkaan: 0–13=vähäinen, 14–19=lievä, 20–28=kohtalainen ja 29–63=vakava masennus. Kokonaispisteiden enimmäismäärä on siis 63. Testin voi teettää ja pisteyttää kuka tahansa, mutta tulosten tulkinta on terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä. Vastaajan kanssa on hyvä käydä läpi ainakin ne kohdat ja osiot, joissa vastaaja on raportoinut oireilua. Tuloksia tulkittaessa on muistettava, että testitulokseen vaikuttavat samat virhelähteet kuin itsearviointilomakkeisiin yleensä. (Beck–Steer–Brown 2004, 11–12, 14–15,45.)

6.4.6 Asiakaspalautekysely

Lapin Kuntoutus Oy:ssä käytetään omaa asiakaspalautekyselyä, joka on liitteessä 5. Kyselyssä on seitsemän kysymystä ja jokaisessa kysymyksessä on vastausvaihtoehdot 1–5. Vaihtoehtojen pisteytys menee seuraavasti: 1=erittäin huonosti, 2=huonosti, 3=ei hyvin/ei huonosti, 4=hyvin ja 5=erittäin hyvin. Vaihtoehtojen lisäksi jokaisen kysymyksen kohdalla on vapaata tilaa kommentoida tai tarkentaa vastaustaan niin halutessaan. Kyselyn lopussa on lisäksi tilaa vapaalle kommentoinnille.

Yleensä ASLAK-kurssilaiset täyttävät lomakkeen viimeisen kurssijakson lopussa. Muilla jaksoilla palaute on suullista ja jaksojen sisällöstä, toteutukses-

ta ja toiveista tuleville jaksoille keskustellaan ryhmänohjaajien ja koko kurssi-ryhmän kanssa.

6.5 Tulosten analysointi

Tulosten käsittelyssä ja tilastollisessa analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 21-ohjelmaa. Tulosten esittämiseen käytetyt pylväskuviot ja taulukot piirrettiin Microsoft Exel 2007-ohjelmalla. Tulokset on esitetty prosenttilukujen avulla. Kukin kysely ja testi on esitetty oman kuvionaan, jotta tulokset olisivat helpommin luettavissa.

Alku- ja loppumittausten tuloksia on vertailtu keskenään yhtenä aineistona. Eri ryhmien tuloksia ei ole eroteltu toisistaan, ei myöskään miesten ja naisten tuloksia. Päädyin tähän ratkaisuun, koska halusin käsitellä tuloksia mahdollisimman neutraalisti. Tarkoitukseni ei ollut vertailla eri ammattiryhmien välisiä eroja, sukupuolten välisiä eroja tai eri ikäryhmien välisiä eroja. Lähtökohتانani oli alusta asti vertailla nimenomaan alku- ja loppumittausten tuloksia ilman, että otan eri muuttujia tarkemmin huomioon. Näin tämän tavan tutkivan kuntoutuksen vaikuttavuutta kokonaistasolla ja mahdollisimman puolueettomasti ilman ennakkokäsityksiä ja -odotuksia.

Puuttuvia arvoja ei ole korvattu keskiarvoilla, vaan ne henkilöt suljettiin pois siitä osiosta, jossa heillä oli puuttuva arvo tai arvoja. Tämän vuoksi osallistujien määrä vaihtelee eri testiosioissa ja kyselyissä. Päädyin poissulkemaan puuttuvia arvoja omaavat henkilöt eri osioista, koska halusin saada mahdollisimman totuudenmukaisia tuloksia. Mielestäni miesten ja naisten tuloksista saatu keskiarvo ei ole luotettava arvo pelkästään naisen tai miehen arvoksi. Sama periaate pätee myös ikään. 37–61-vuotiaiden keskiarvo on mielestäni liian laaja tietyn ikäisen henkilön keskiarvoksi. Jos olisin käsitellyt osallistujia ikäryhmittäin ja sukupuolittain, keskiarvon käyttö olisi siinä tapauksessa ollut perusteltua.

UKK-terveyskuntotesteillä ja UKK-kävelytestillä haettiin vastausta ensimmäiseen tutkimusongelmaan eli millainen vaikutus ASLAK-kuntoutuksella on kuntoutujan fyysiseen työ- ja toimintakykyyn. Fyysistä kuntoa, suorituskykyä tai toimintakykyä kuvaavilla tekijöillä on selvä merkitys työkyvyn säilymiselle, ja sitä kautta yhteys fyysiseen työ- ja toimintakykyyn. Eri tutkimusten mukaan muun muassa heikko käden puristusvoima ja heikko vartalon koukistus- ja

ojennusvoima sekä silmien ja käden heikko yhteistyö ovat työkyvyn heikkenemisen ja työkyvyttömyyden riskitekijöitä. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 120–121.)

Se, millainen vaikutus ASLAK-kuntoutuksella on kuntoutujan psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn pyrittiin saamaan selville BBI-15-työuupumuskyselyllä, työkykyindeksillä® ja BDI-II-masennuskyselyllä. Koettu työkyky, työuupumus ja masennus ovat kaikki yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin ja sitä kautta psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn. Koetut työkyvyn ongelmat ovat yksi tärkeimmistä työkyvyttömyyttä ennakoivista tekijöistä. Psyykinen rasittuneisuus ja työuupumus liittyvät muun muassa pysyvään työkyvyn alenemiseen ja työkyvyttömyyteen sekä psyykkisissä sairauksissa (erityisesti depressiossa) että tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. (Järvikoski–Härkäpää 2011, 122–123.) Tämän vuoksi valitsin kyseiset mittarit mittamaan psyykkistä työ- ja toimintakykyä, ja tähän pohjautuen olen tulkinut tuloksia.

Kolmanteen tutkimusongelmaan eli miten tyytyväisiä kuntoutujat ovat Lapin Kuntoutus Oy:n järjestämään ASLAK-kuntoutukseen, pyrittiin selvittämään asiakaspalvelulomakkeella. Asiakastyytyväisyyttä mitataan usein numeerisesti erilaisilla asiakastyytyväisyyskyselyillä (E-conomic 2014), joten päädyin itsekin mittaamaan asiakastyytyväisyyttä kyselylomakkeen avulla.

6.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan nostaa esiin kaksi käsitettä: reliaabelius ja validius. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli saadut tulokset eivät saisi olla sattumanvaraisia (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Lisäksi reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja käytettyjen mittausten kykyä saavuttaa tarkoitettuja tuloksia. Reliabiliteettia on myös se, että tutkimuksessa pidetään kontrollin alaisena niin monta tekijää kuin mahdollista. Tämä pätee etenkin satunnaistettuihin kontrolloituihin tutkimuksiin, joissa on usein yksi tai useampi arvottu koe- ja vertailuryhmä. (Pohjalainen–Malmivaara 2008, 659; VirtuaaliAMK 2014a.)

Tutkimuksen validius eli pätevyys ja luotettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tai mittarin tulee mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Validiteettia arvioidaan myös sillä, kuinka hyvin tutkimusote ja

siinä käytetyt menetelmät vastaavat sitä ilmiötä, jota halutaan tutkia. Valitun tutkimusotteen ja käytettyjen mittareiden tulee olla yhteydessä tutkittavan ilmiön olemukseen ja kysymyksenasetteluun. Käytettyjä mittareita tärkeämpää on valita tutkimusmenetelmä sen mukaan, millaista tietoa halutaan. (VirtuaaliAMK 2014b.)

Omassa tutkimuksessani reliabiliteettia ja validiteettia lisäävät useissa tutkimuksissa luotettaviksi todetut mittarit, kokeneet mittaajat, jotka olivat molemmilla mittauskerroilla samat ja joilla on vuosien työkokemus taustalla, sekä asianmukaiset mittausvälineet ja -olosuhteet. Reliabiliteettia vähentäviä seikkoja ovat vertailuryhmän puuttuminen ja mahdollisiin tuloksiin vaikuttavien muuttujien kontrolloimattomuus. Jälkimäinen tosin on yleinen ongelma kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksissa (Tirkkonen–Kinnunen–Kurki 2009, 44).

Tutkimukseni validiteettia tukee valitsemani tutkimusote, vaikka vaikuttavuutta voidaan mitata myös laadullisin keinoin. Lisäksi olen pyrkinyt asettamaan tutkimusongelmat siten, että käyttämilläni mittareilla saadaan vastaukset asetettuihin kysymyksiin. Myös aiemmissa ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkivissa tutkimuksissa on käytetty kyseistä menetelmää ja mittareita.

Luotettavuuden lisäksi myös eettisyys on isossa roolissa tutkimuksen tekemisessä. Tutkijan on osattava ottaa huomioon monia eettisiä kysymyksiä tutkimusta tehdessään. On tutkijan itsensä vastuulla tuntea nämä periaatteet ja toimia niiden mukaisesti. Voidaan puhua hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Siihen kuuluu muun muassa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, osallistujien suostumus ja perehtyneisyys. Lisäksi tutkija ei saa plagioida tekstejä, tulokset tulee esittää rehellisesti ja raportointi ei saa olla puutteellista eikä harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27).

Myös Kuula (2013,61) peräänkuuluttaa ihmisten itsemääräämisoikeutta, kun puhutaan tutkimusetiikasta. Hänen mukaansa tutkimusetiikkaan kuuluu samoja asioita, joista Hirsjärvi kumppaneineen puhuu. Lisäksi Kuula korostaa nimettömyyden ja tunnistamattomuuden tärkeyttä, jota hän pitää yhtenä tunnetummista tutkimuseettisistä normeista. Monelle tutkimukseen osallistumisen edellytys voi olla juuri tunnistettavuus. Tämän vuoksi osallistujille tulee antaa riittävästi tietoa tutkimukseen osallistumisesta, tutkijoista, tietojen käyt-

tötarkoituksesta sekä siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen osallistujalta konkreettisesti edellyttää. (Kuula 2013, 61, 201.)

Edellisten tekijöiden lisäksi tärkeä seikka tutkimuksen eettisyyteen liittyen on aineiston asianmukainen käsittely. Tutkimukseen osallistujan yksityisyyden suoja ei saa vaarantaa käsittelemällä aineistoa huolimattomasti. Aineiston säilytys, jatkokäsittely, tietojen hävittäminen ja arkistointi tulee suorittaa asianmukaisesti tietosuojaa kunnioittaen ja noudattaen. Luottamuksellisuuden kuuluu myös se, että tutkimusaineistoa ei saa käyttää tai luovuttaa muihin kuin tutkimustarkoituksiin. (Kuula 2013, 241–242.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

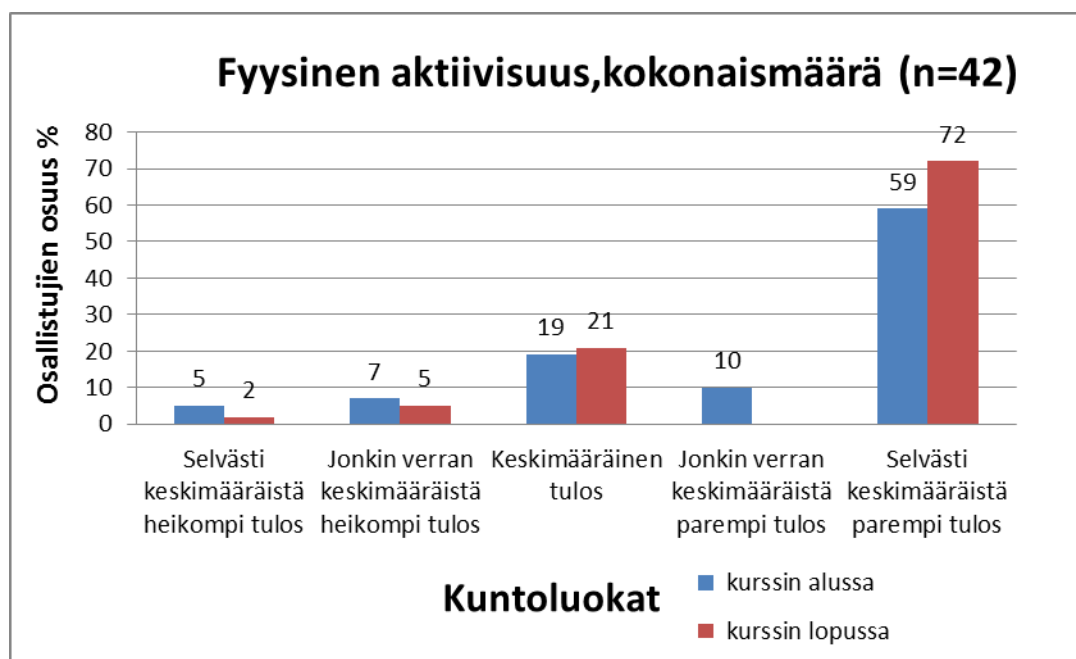
7.1 ASLAK-kuntoutuksen vaikutukset kuntoutujan fyysiseen työ- ja toimintakykyyn

Fyysistä työ- ja toimintakykyä mitattiin UKK-terveyskuntotesteillä ja UKK-kävelytestillä. Näihin osioihin osallistui 43 henkilöä, 16 miestä ja 27 naista. Yhden henkilön tulokset jouduttiin poissulkemaan useiden puuttuvien arvojen vuoksi, joten testattavien määrä fyysisen kunnon mittauksissa oli 42 (n=42). Heistä naisia oli 26 (62 %) ja miehiä 16 (38 %).

Lisäksi tuloksissa on huomioitava, että joissakin osioissa joiltakin henkilöiltä puuttui yksi tai useampi testisuoritus, joten myöskään näitä tuloksia ei ole huomioitu kokonaistuloksissa. Näin ollen varsinainen testattavien määrä vaihtelee 38 ja 42 välillä. Suurimmassa osassa testeistä tulokset saatiin kaikilta osallistuneilta (n=42), mutta niiden testien kohdalla joissa oli tästä poikkeamaa, on mainittu kyseisen testin kohdalla erikseen.

7.1.1 Fyysinen aktiivisuus

Fyysistä aktiivisuutta mitattiin kokonaismäärällä ja monipuolisuudella. Kuviossa 5 on kuvattu fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärä kurssin alussa ja lopussa.

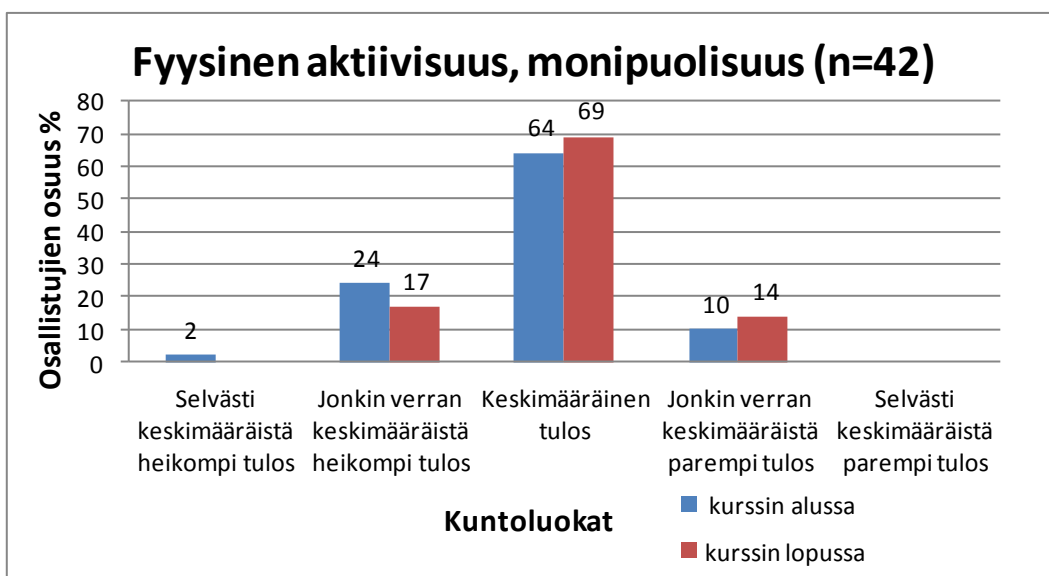


Kuvio 5. Fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärä

Fyysisen kunnon kokonaismäärän kuntoindeksit tulevat UKK-terveysseulakyselyn kysymyksen kaksi mukaan. Kurssin alussa runsaalla puolella osallistujista (59 %, n=25) oli fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärässä selvästi keskimääräistä parempi tulos, noin viidesosalla (19 %, n=8) keskimääräinen tulos ja kymmenellä prosentilla (n=4) jonkin verran keskimääräistä parempi tulos. Jonkin verran tai selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen saaneiden osuus oli vähäinen.

Kurssin lopussa selvästi keskimääräistä parempi tulos oli yli kahdella kolmasosalla osallistuneista (72 %, n=30) ja keskimääräinen tulos viidesosalla (21 %, n=9). Jonkin verran tai selvästi keskimääräistä heikompi tulos oli vain muutamalla osallistujalla.

Kuviossa 6 on kuvattu fyysisen aktiivisuuden monipuolisuutta kurssin alussa ja lopussa. Suurimmalla osalla sekä kurssin alussa että lopussa fyysisen aktiivisuuden monipuolisuus oli keskimääräistä tasoa (alussa n=27, 64 % ja lopussa n=29, 69 %). Alussa lähes joka viides (24 %, n=10) sai jonkin verran keskimääräistä heikomman tuloksen ja loput keskimääräistä jonkin verran paremman tuloksen (10 %, n=4) tai selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen (2 %, n=1). Kurssin lopussa parannusta oli tapahtunut lähinnä keskimääräisessä ja keskimääräistä jonkin verran paremman tuloksen kuntosuorituksissa.



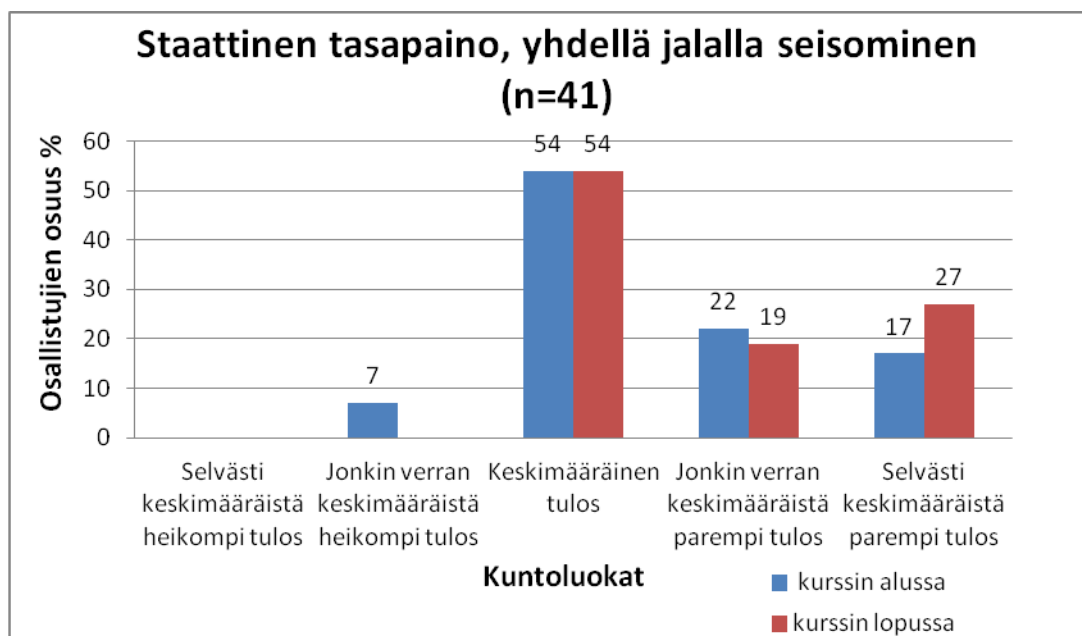
Kuvio 6. Fyysisen aktiivisuuden monipuolisuus

7.1.2 Motorinen kunto

Yhdellä jalalla seisomisessa yhdeltä koehenkilöltä puuttui sekä alku- että loppujakson arvot, joten osallistujien määrä tässä osiossa on 41 (n=41). Testattavista 15 oli miehiä ja 26 naisia.

Yhdellä jalalla seisominen kurssin alussa ja lopussa on kuvattu kuviossa 7. Testiin osallistuneista keskimääräisen tuloksen alku- ja loppumittauksissa sai yli puolet osallistujista (54 %, n=22). Alussa jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen sai hieman yli joka viides osallistuja (22 %, n=9), kun loppujaksolla saman tuloksen saaneiden määrä oli pudonnut hieman alle viidennekseen. Selvästi keskimääräistä paremman tuloksen alussa sai 17 prosenttia osallistujista (n=7), ja loppujaksolla määrä oli noussut yli neljännekseen (27 %, n=11) osallistujista.

Alussa jonkin verran keskimääräistä heikomman tuloksen sai seitsemän prosenttia (n=3) osallistujista, kun loppujaksolla tähän luokkaan kuuluvia ei ollut yhtään. Selvästi keskimääräistä heikompaa tulosta ei saanut kukaan osallistuja kummallakaan jaksolla.

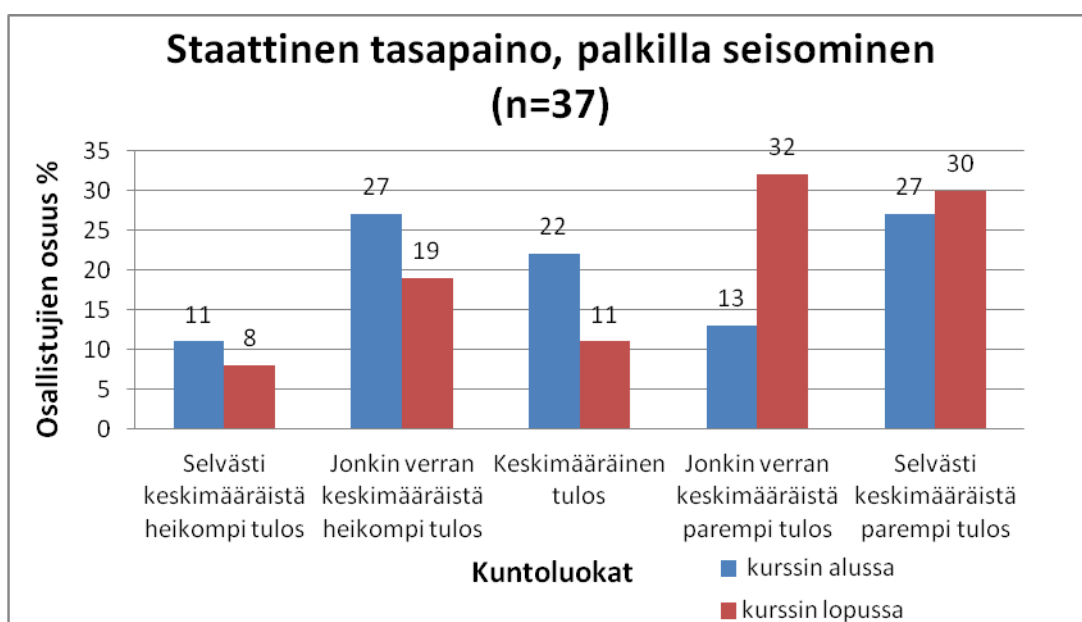


Kuvio 7. Staattinen tasapaino, yhdellä jalalla seisominen

Toinen staattisen tasapainon testi eli palkilla seisominen kurssin alussa ja lopussa on kuvattu kuviossa 8. Palkilla seisomisesta jätettiin huomioimatta neljän henkilön tulokset puuttuvien arvojen vuoksi, joten osallistujien määräksi tähän osioon tuli 37 (n=37). Heistä miehiä oli 14 ja naisia 23.

Kurssin alussa selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen sai 11 prosenttia (n=4), ja jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen lähes sama määrä (13 %, n=5). Jonkin verran keskimääräistä heikomman tuloksen ja selvästi keskimääräistä paremman tuloksen reilu neljännes (27 %, n=10) ja keskimääräisen tuloksen hieman yli viidennes osallistujista (22 %, n=8).

Kurssin lopussa keskimääräisen ja sitä heikomman tuloksen saaneiden määrä oli vähentynyt ja vastaavasti keskimääräistä parempien tulosten osuus oli kasvanut. Loppujaksolla joka kolmas osallistuja (30 %, n=11) sai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen ja yli kolmannes jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen (32 %, n=12).

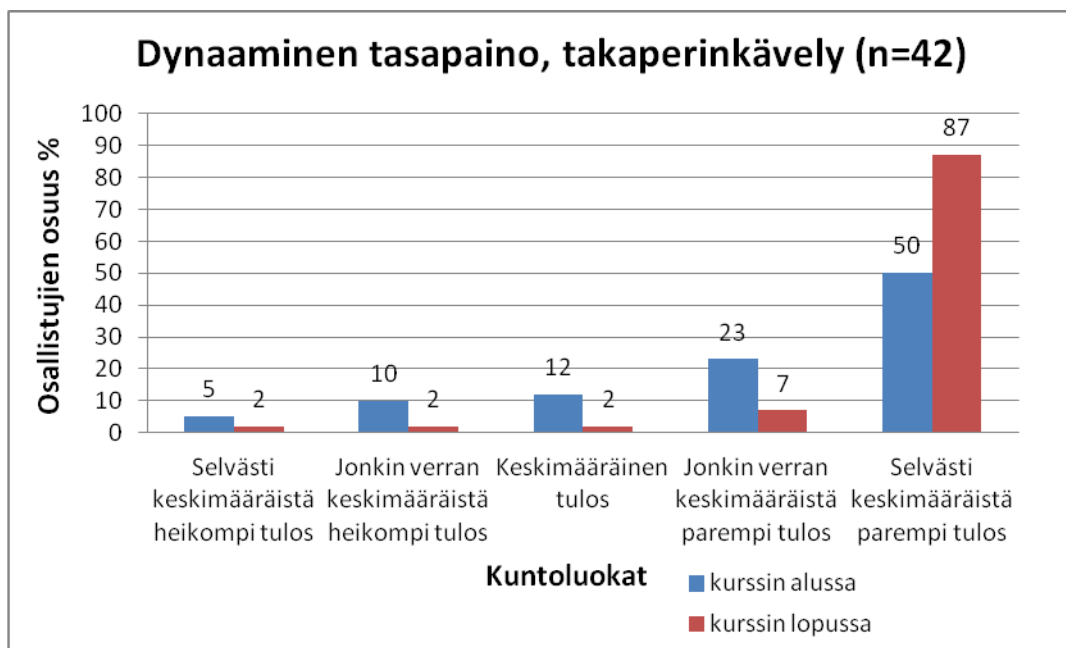


Kuvio 8. Staattinen tasapaino, palkilla seisominen

Kolmas motorisen kunnon testi oli dynaamisen tasapainon testi takaperin kävely, jonka tulokset kurssin alussa ja lopussa on esitetty kuviossa 9. Kurssin alussa puolet osallistujista sai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen (50 %, n=21), hieman yli viidennes (23 %, n=10) jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen ja keskimääräisen tuloksen 12 prosenttia (n=5). Lopuilla tulos oli keskimääräistä jonkin verran heikompi tai selvästi keskimääräistä heikompi.

Kurssin lopussa suurimmalla osalla (87 %, n=36) tulos oli selvästi keskimääräistä parempi, 7 prosentilla (n=3) jonkin verran keskimääräistä parempi, ja keskimääräisen, jonkin verran keskimääräistä heikomman ja selvästi keski-

määräistä heikomman tuloksen sai kussakin osiossa yksi osallistuja (n=1, 2 %).



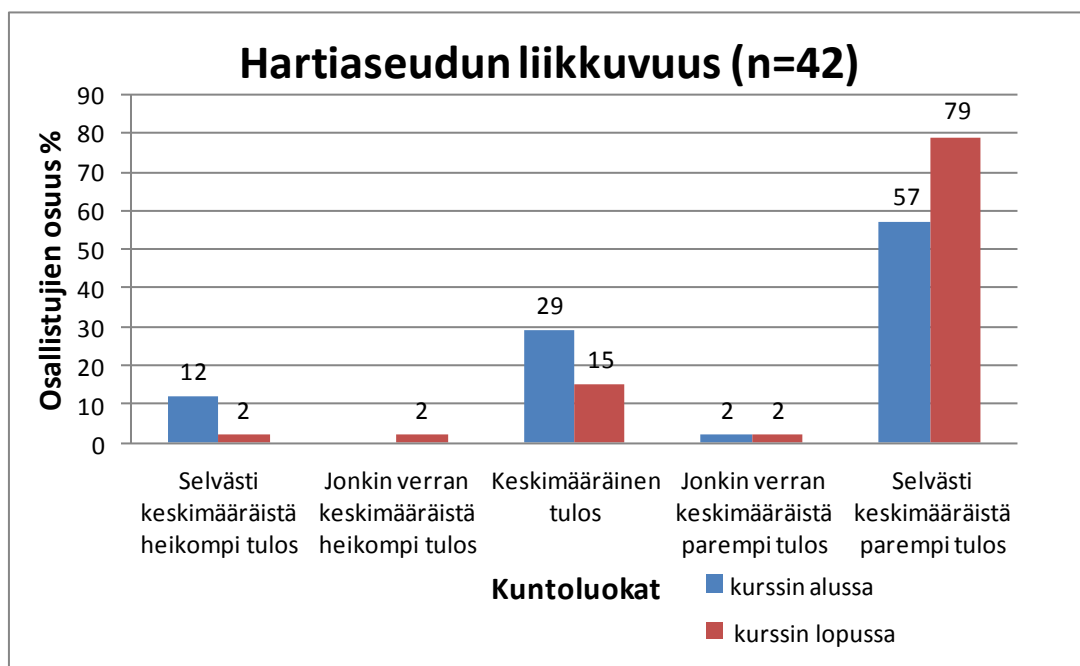
Kuvio 9. Dynaaminen tasapaino, takaperin kävely

7.1.3 Tuki- ja liikuntaelimestö, notkeus

Tuki- ja liikuntaelimestön notkeuden jokaisessa kolmessa osiossa osallistujien kokonaismäärä oli 42 (n=42). Osallistujista naisia oli 26 ja miehiä 16.

Kuvioon 10 on koottu hartiasseudun liikkuvuuden tulokset kurssin alussa ja lopussa. Kuvio on seuraavalla sivulla.

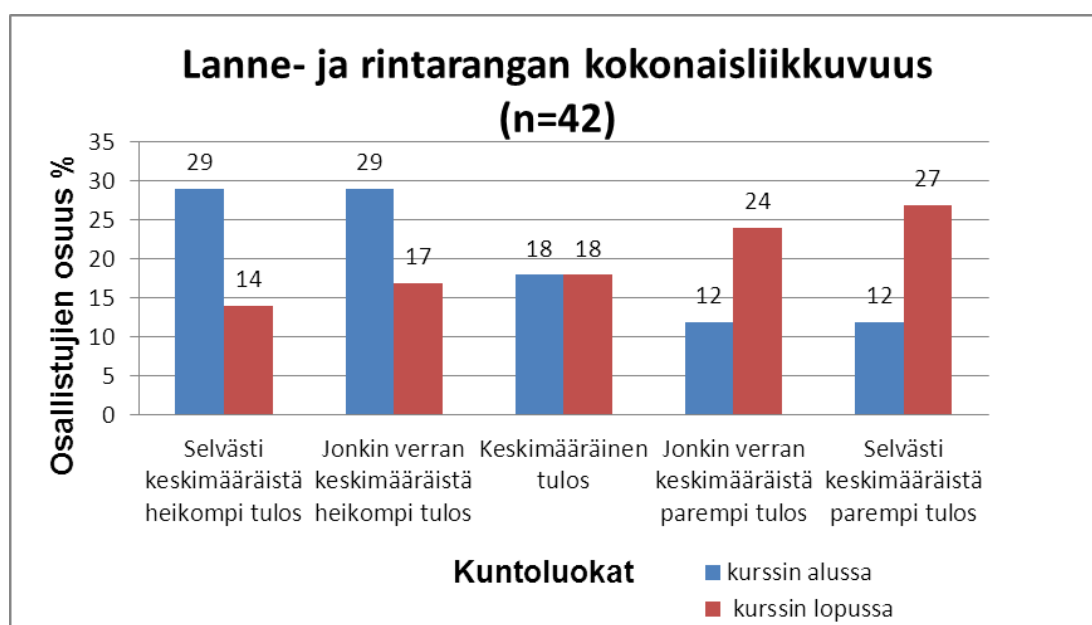
Alussa 12 prosenttia (n=5) sai selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen, lähes kolmannes (29 %, n=12) keskimääräisen tuloksen, kaksi prosenttia (n=1) jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen ja reilusti yli puolella (57 %, n=24) osallistujista tulos oli selvästi keskimääräistä parempi.



Kuvio 10. Hartiaseudun liikkuvuus

Lopussa suurin osa (79 %, n=33) sai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen, 15 prosenttia (n=6) sai keskimääräisen tuloksen, ja lopuilla tulos oli joko selvästi ja jonkin verran keskimääräistä heikempi tai jonkin verran keskimääräistä parempi.

Selän sivutaivutuksen eli lanne- ja rintarangan kokonaisliikkuvuuden tulokset kurssin alussa ja lopussa on esitetty kuviossa 11. Alkujakson keskimääräistä heikommät tulokset olivat kääntyneet loppujaksolla keskimääräistä paremmiksi.

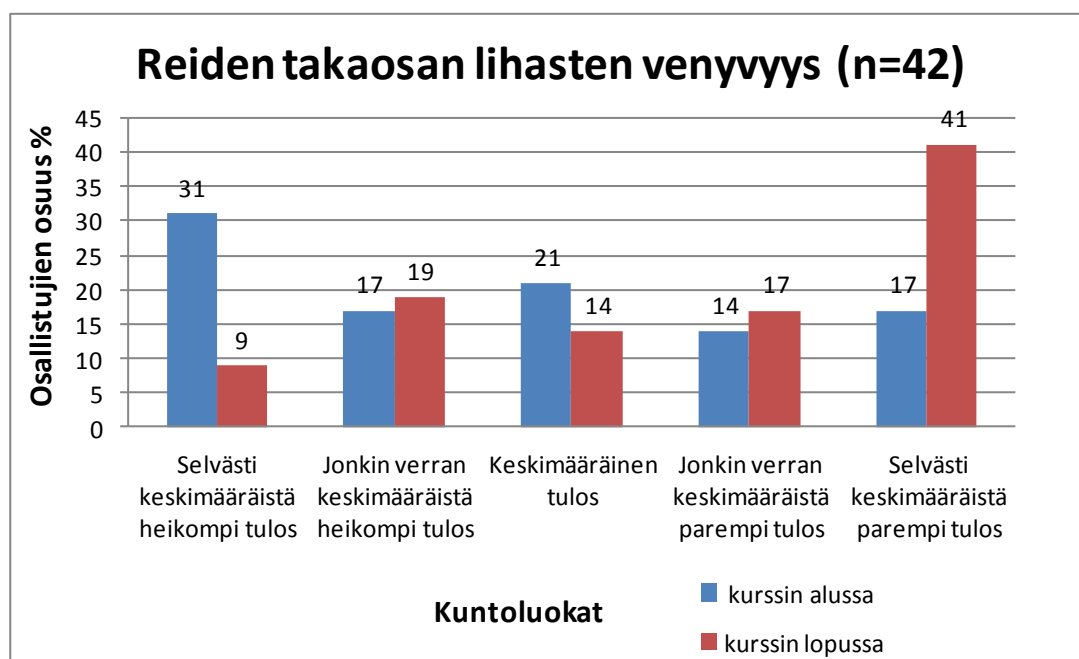


Kuvio 11. Lanne- ja rintarangan kokonaisliikkuvuus, selän sivutaivutus

Melkein kolmannes (29 %, n=12) osallistujista sai alussa selvästi tai jonkin verran keskimääräistä heikomman tuloksen. Keskimääräinen tulos oli 18 prosentilla (n=8), ja 12 prosenttia (n=5) sai keskimääräistä jonkin verran tai selvästi paremman tuloksen.

Kurssin lopussa selvästi keskimääräistä heikompi tulos oli enää 14 prosentilla (n=6) ja jonkin verran keskimääräistä heikompi tulos vain 17 prosentilla (n=7). Keskimääräinen tuloksen saaneiden määrä oli pysynyt samana. Sen sijaan jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen kurssin lopussa sai lähes joka neljäs osallistuja (24 %, n=10) ja selvästi keskimääräistä paremman tuloksen yli neljännes (27 %, n=11) osallistujista.

Kuvio 12 kuvaa reiden takaosan lihasten venyvyyttä kurssin alussa ja lopussa. Selvästi keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden määrä kasvoi reilusti alku- ja loppumittausten välillä.



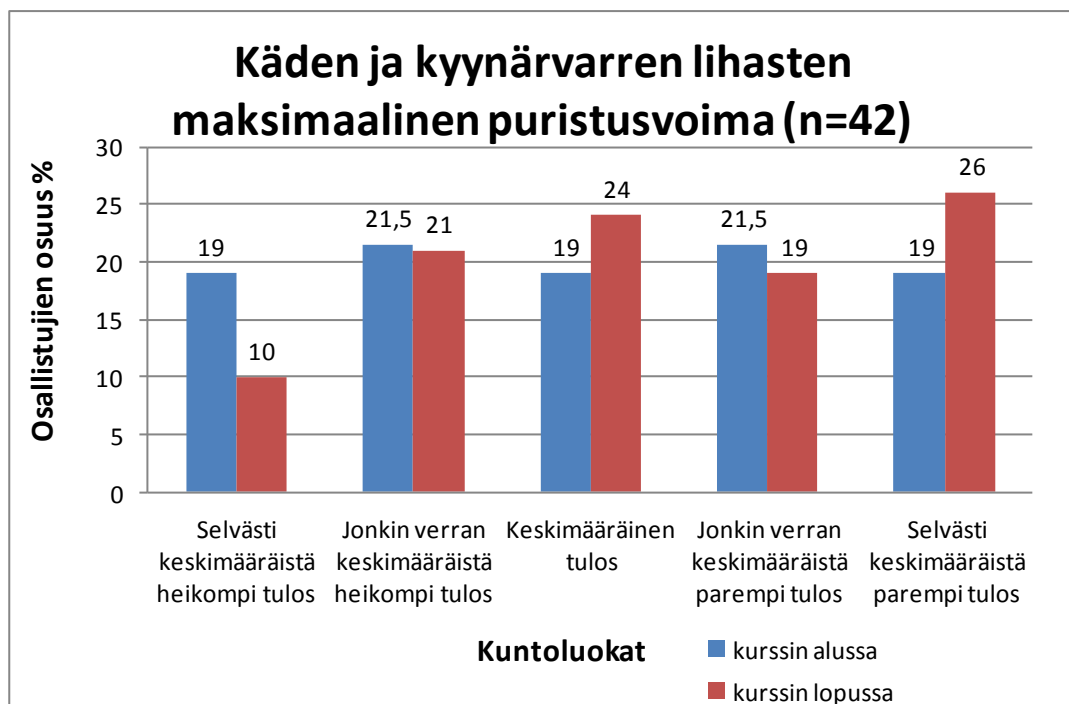
Kuvio 12. Reiden takaosan lihasten venyvyys

Noin kolmannes (31 %, n=13) osallistujista sai kurssin alussa selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen, kun kurssin lopussa tässä luokassa oli enää 9 prosenttia (n=4) osallistujista. Jonkin verran keskimääräistä heikomman tuloksen saaneita oli alku- ja lopputuloksissa lähes saman verran. Viidennes osallistujista (21 %, n=9) sai alussa keskimääräisen tuloksen, ja vastaava luku kurssin lopussa tässä kuntoluokassa oli laskenut 14 prosenttiin (n=6).

Myös keskimääräistä jonkin verran paremman tuloksen saaneiden määrä pysyi lähestulkoon samana alussa ja lopussa, mutta selvästi keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden määrä nousi alun 17 prosentista kahteen viidesosaan (41 %, n=17) osallistujista.

7.1.4 Tuki- ja liikuntaelimestö, lihasvoima ja lihaskestävyys

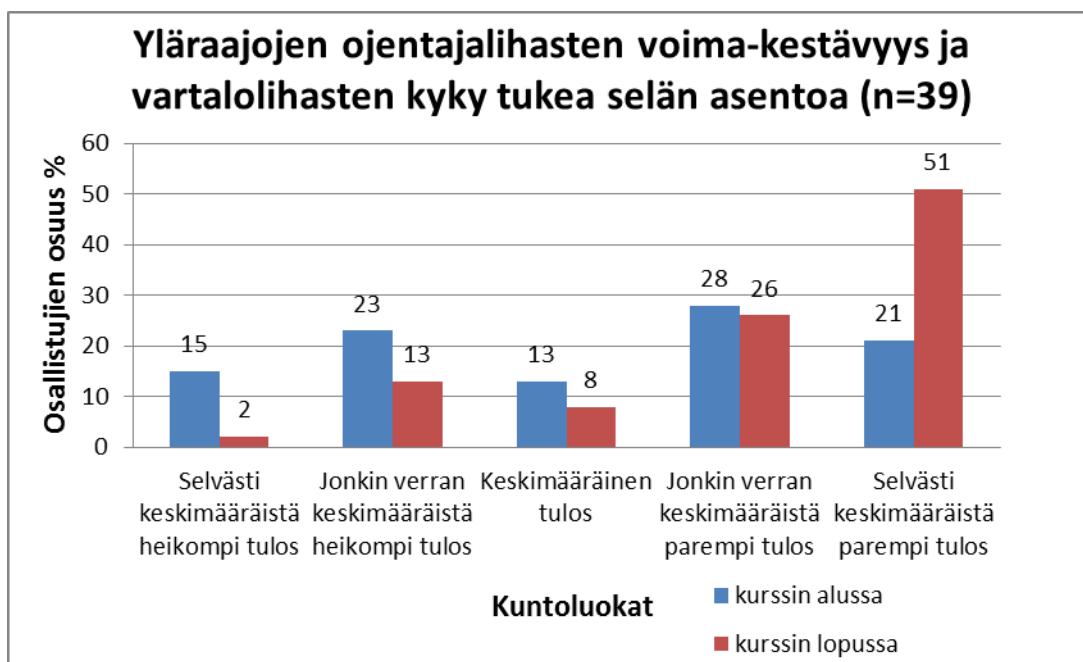
Käden puristusvoimaa kurssin alussa ja lopussa on vertailtu kuviossa 13. Kurssin alussa tulokset jakautuivat varsin tasaisesti kaikkien kuntoluokkien kesken: joka luokassa oli noin viidesosa osallistujista (19–22%, n=8–9). Kurssin lopussa selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen sai enää kymmenen prosenttia (n=4), keskimääräisen tuloksen saaneiden osuus oli noussut lähes neljäsosaan (24 %, n=10) ja selvästi keskimääräistä paremman tuloksen sai hieman yli neljännes (26 %, n=11).



Kuvio 13. Käden ja kyynärvarren lihasten maksimaalinen puristusvoima

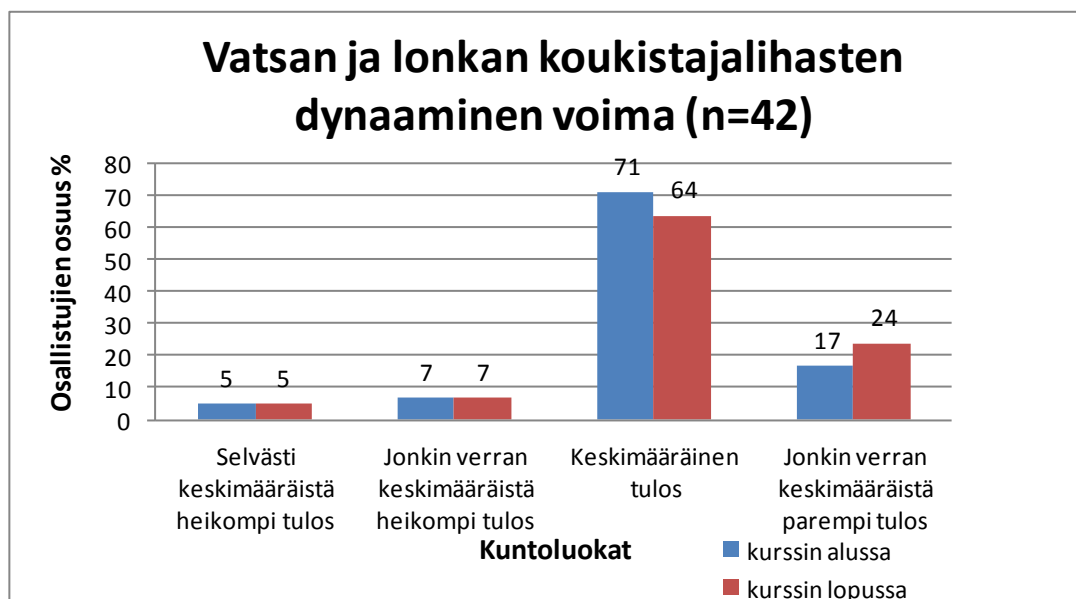
Kuviossa 14 on kuvattu yläraajojen ojentajalihasten voima-kestävyys ja vartalolihashen kyky tukea selän asentoa eli muunneltu punnerrus kurssin alussa ja lopussa. Tähän osioon molempien mittausten tulokset saatiin 23 naiselta ja 16 mieheltä (n=39). Kurssin alussa kaikissa kuntoluokissa oli tasaisesti tuloksia. Jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen saaneita oli yli neljännes (28 %, n=11) ja reilu viidennes sai keskimääräistä jonkin verran heikomman tai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen.

Kurssin lopussa yli puolet osallistujista sai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen ja yli viidesosa jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen. Muiden kuntoluokkien osuus väheni alkutilanteeseen verrattuna selvästi.



Kuvio 14. Yläraajojen ojentajalihasten voima-kestävyys ja vartalolihas-ten kyky tukea selän asentoa, muunneltu punnerrus

Vatsan ja lonkan koukistajalihasten dynaaminen voima eli suorien vatsalihas-ten testitulokset kurssin alussa ja lopussa on kuvattu kuvioon 15. Tässä tes- tissä ei ole kuntoluokkaa viisi.

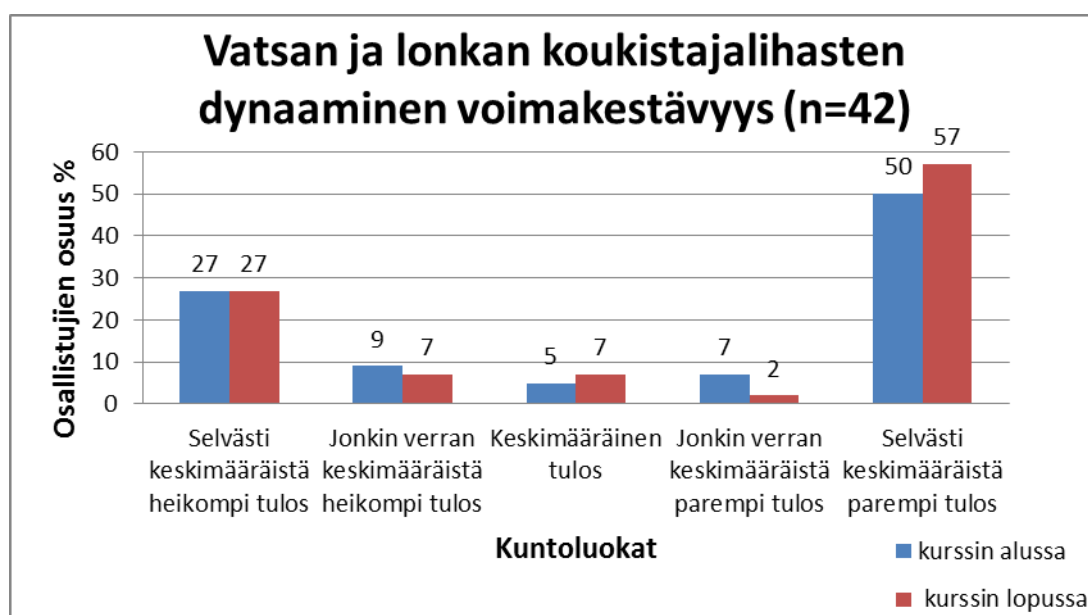


Kuvio 15. Vatsan ja lonkan koukistajalihasten dynaaminen voima, suorat vatsalihas- set

Lisäksi tässä osiossa on otettava huomioon, että miehistä ja alle 50-vuotiaista naisista suurin osa pystyy tekemään tässä testissä vaadittavat 15 toistoa. Siksi alle 50-vuotiaille paras mahdollinen kuntoluokitus on keskimääräinen eli 3. Yli 50-vuotiaat naiset saavat 15 toiston tuloksella jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen eli kuntoluokan 4. (Suni 2005, 25.)

Kurssin alussa ja lopussa suurin osa osallistuneista sai keskimääräisen tuloksen, alussa 71 prosenttia (n=30) ja lopussa 64 prosenttia (n=27). Keskimääräistä heikompien tuloksen osuus sekä alussa että lopussa oli tasaisen pieni. Jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden määrä kasvoi lähes neljäsosaan kurssin lopussa (24 %, n=10).

Vatsan ja lonkan koukistajalihasten dynaaminen voimakestävyys eli vinojen vatsalihasten testitulokset on esitetty kuviossa 16. Alku- ja lopputilanteen välillä ei tapahtunut kovin suuria muutoksia.

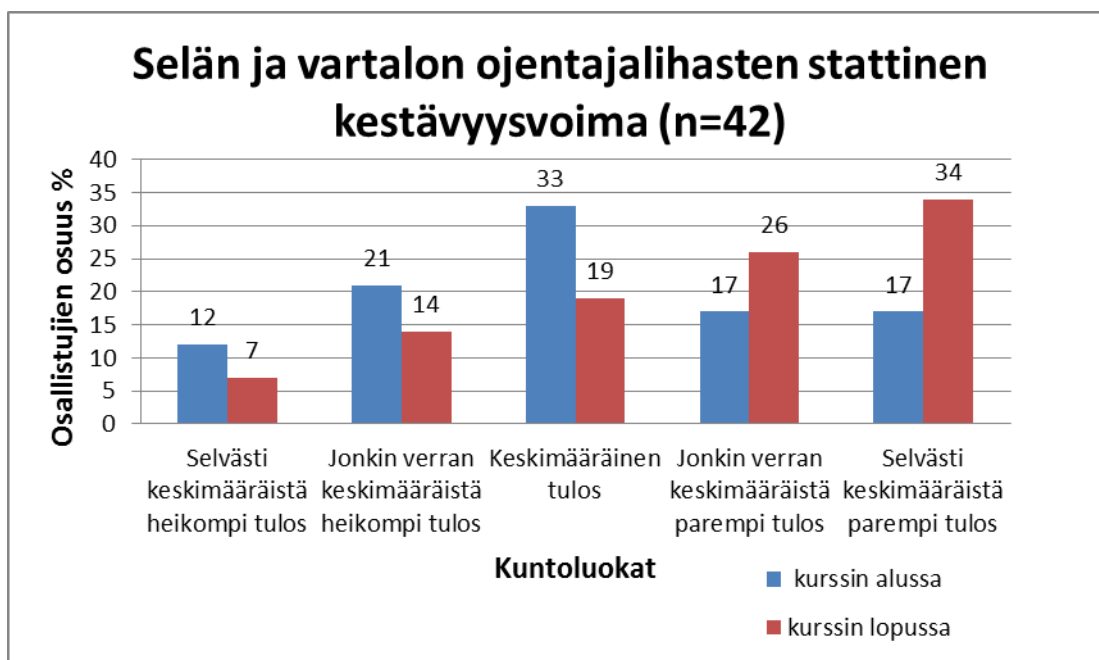


Kuvio 16. Vatsan ja lonkan koukistajalihasten dynaaminen voimakestävyys, vinot vatsalihakset

Sekä kurssin alussa että lopussa selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen sai yli neljäsosa (27 %, n=11) osallistujista. Keskimääräisen sekä sitä jonkin verran heikomman tai paremman tuloksen saaneiden osuus oli varsin tasainen molemmissa mittauksissa. Alussa puolet osallistujista sai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen ja lopussa osuus oli kasvanut seitsemän prosenttia.

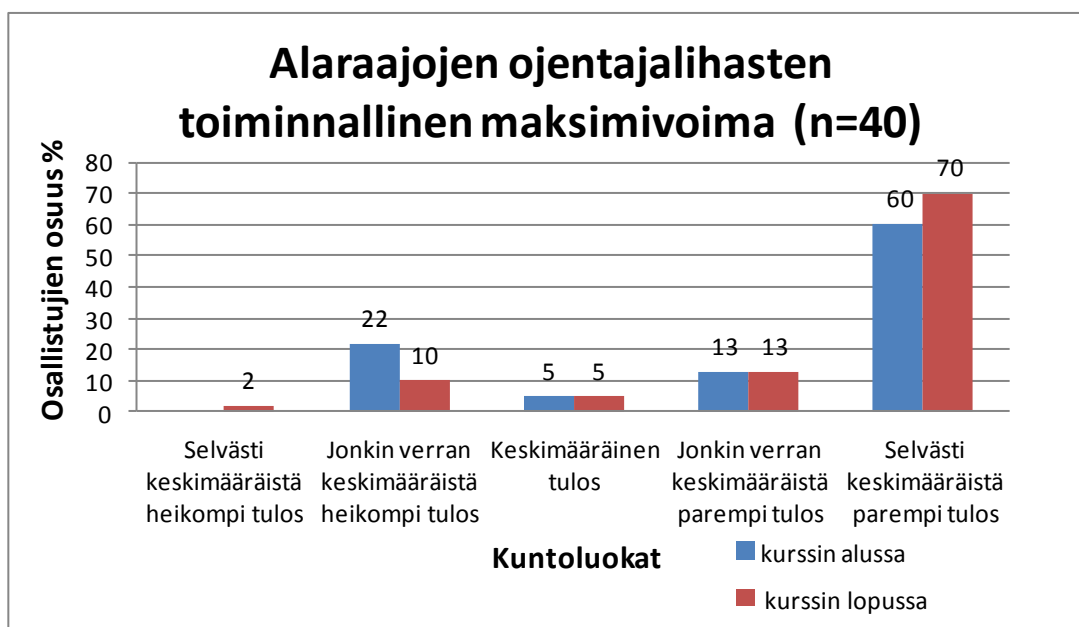
Vartalon ojentajalihasten kestävyyttä eli selkälihasten kestävyyttä kurssin alussa ja lopussa on kuvattu kuviossa 17. Kurssin alussa kolmannes osallistujista (33 %, n=14) sai keskimääräisen tuloksen, 17 prosenttia (n=7) jonkin verran tai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen, viidennes (21 %, n=9) jonkin verran keskimääräistä heikomman tuloksen ja loput selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen.

Kurssin lopussa selvästi keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden osuus oli kasvanut kolmasosaan osallistujista (34 %, n=14) ja jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden osuus yli viidesosaan (26 %, n=11). Keskimääräisen ja sitä heikomman tuloksen saaneiden osuudet olivat vähentyneet alkumittauksiin verrattuna.



Kuvio 17. Selän ja vartalon ojentajalihasten staattinen kestävyysvoima

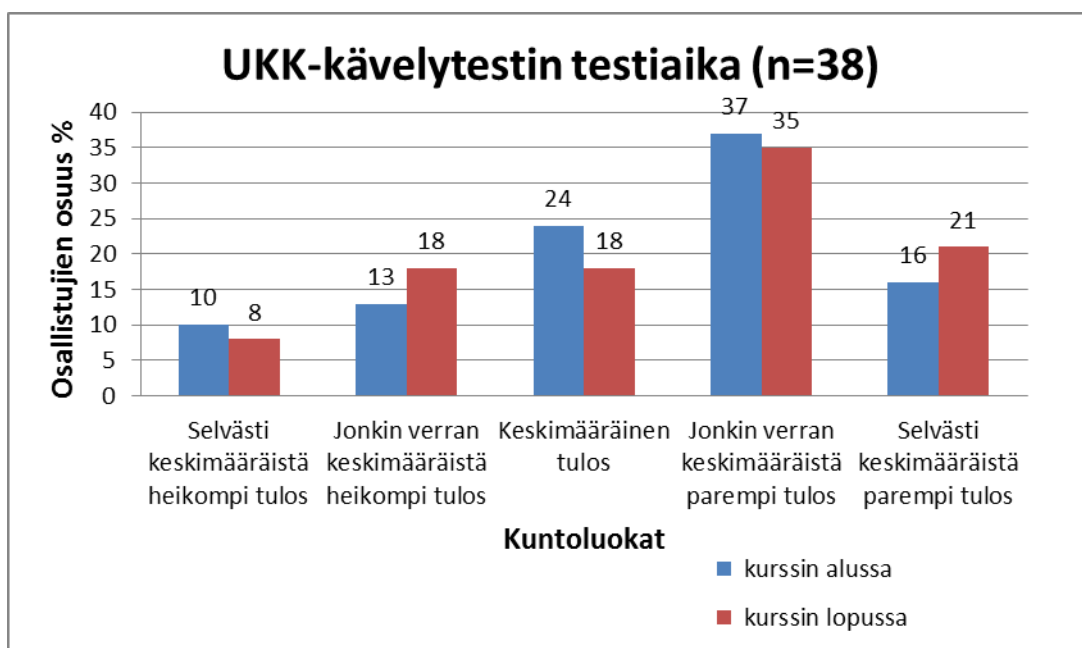
Alaraajojen ojentajalihasten toiminnallista maksimivoimaa mitattiin askelkyykistystestillä, jonka tulokset kurssin alussa ja lopussa on esitetty kuviossa 18. Kuvio on seuraavalla sivulla. Tästä osiosta tulokset saatiin 16 mieheltä ja 24 naiselta (n=40).



Kuvio 18. Alaraajojen ojentajalihasten toiminnallinen maksimivoima, askelkyykistys. Sekä alussa että lopussa reilusti yli puolet osallistujista sai selvästi keskimääräistä paremman tuloksen, alussa 60 prosenttia (n=24) ja lopussa 70 prosenttia (n=28). Keskimääräisen tuloksen ja jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden osuus pysyi samana. Alussa reilu viidennes osallistujista (22 %, n=9) sai jonkin verran keskimääräistä heikomman tuloksen, mutta kurssin lopussa enää kymmenen prosenttia (n=4). Selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen saaneita oli vain loppujaksolla.

UKK-kävelytestistä saatiin vertailukelpoiset tulokset yhteensä 38 osallistujalta (n=38). Heistä 15 oli miehiä ja 23 naisia. UKK-kävelytestissä testiajalla mitattiin testattavan liikkumiskykyä, joka on esitetty kuviossa 19, sekä arvioitua maksimaalista aerobista tehoa, joka on kuvattu kuviossa 20.

Kuvio 19 on seuraavalla sivulla. Kurssin alussa reilusti yli kolmannes (37 %, n=14) sai jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen ja lähes neljäsosa (24 %, n=9) keskimääräisen tuloksen. Selvästi keskimääräistä paremman tuloksen sai 16 prosenttia (n=6) osallistujista. Muilla tulos oli joko keskimääräistä jonkin verran tai selvästi heikompi.

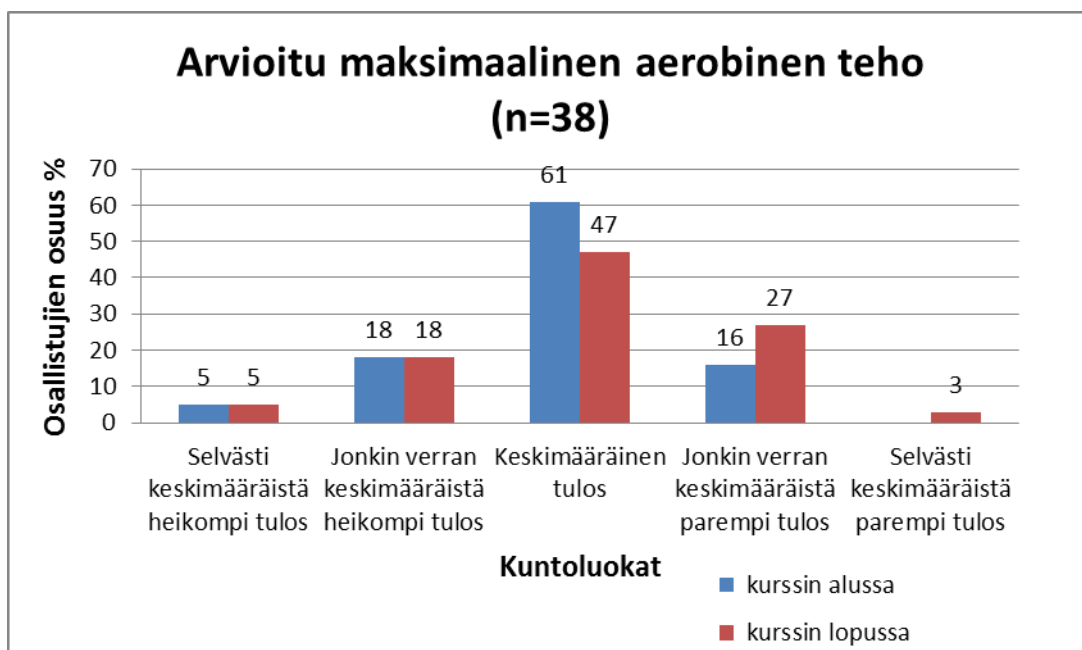


Kuvio 19. UKK-kävelytestin testiaika

Kurssin lopussa keskimääräisen ja sitä jonkin verran paremman ja selvästi heikomman tuloksen saaneiden määrä hieman laski. Vastaavasti keskimääräistä jonkin verran heikomman ja selvästi keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden määrä nousi alkutilanteeseen verrattuna.

7.1.5 Aerobinen kunto

Kuvioon 20 on koottu arvioitu maksimaalinen aerobinen teho kurssin alussa ja lopussa. Kuntoluokat tulevat UKK-kävelytestin tulosten mukaan.



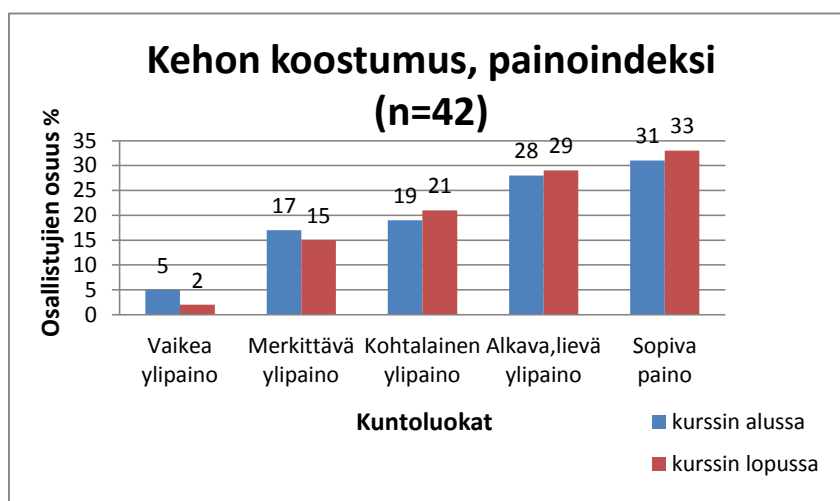
Kuvio 20. Arvioitu maksimaalinen aerobinen teho

Jonkin verran tai selvästi keskimääräistä heikomman tuloksen saaneiden määrässä ei tapahtunut muutosta kurssin aikana. Alussa reilusti yli puolet (61 %, n=23) osallistujista sai keskimääräisen tuloksen, mutta lopussa tämän tuloksen saaneiden määrä laski alle puoleen osallistujista. Sen sijaan jonkin verran keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden määrä nousi kurssin lopussa 11 prosenttia. Samoin selvästi keskimääräisen tuloksen saaneiden määrä nousi, sillä kurssin alussa kukaan osallistujista ei kuulunut tähän kuntoluokkaan.

7.1.6 Kehon koostumus

Kehon painoindeksi (BMI) on kuvattu kuviossa 21. Kehon painoindeksin mukaan noin kolmasosa (31 %, n=13) osallistujista oli kurssin alussa sopivan painoisia. Niin ikään lähes kolmasosalla (28 %, n=12) oli alkava, lievä ylipaino. Hieman alle viidesosalla (19 %, n=8) oli kohtalainen ylipaino ja 17 prosentilla (n=7) merkittävä ylipaino. Myös muutamia vaikeasti ylipainoisia osallistujia oli kurssin alussa.

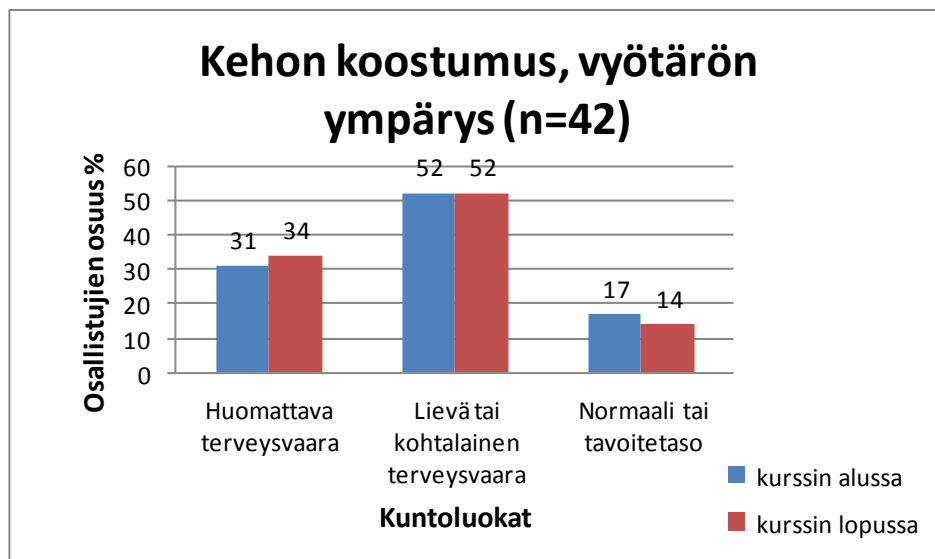
Kurssin lopussa luvut olivat aika lailla samanlaiset. Sopivan painoisen määrä oli hieman kasvanut, samoin lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisten määrä. Vastaavasti merkittävästi ja vaikeasti ylipainoisten määrä oli vähentynyt kurssin aikana.



Kuvio 21. Kehon koostumus, painoindeksi

Vyötärön ympäryksen mittauksessa on vain kolme kuntoluokkaa: huomattava terveysvaara (kuntoluokka 1), lievä tai kohtalainen terveysvaara (kuntoluokka 3) ja normaali tai tavoitetaso (kuntoluokka 5). Tulokset on esitetty kuviossa 22. Sekä kurssin alussa että lopussa lievän tai kohtalaisen terveysvaaran luokkaan kuului yli puolet (52 %, n=22) osallistujista. Kurssin alussa noin kolmasosalla (31 %, n=13) oli huomattava terveysvaara, ja 17 prosenttia (n=7) oli normaali tai tavoitetasolla.

Kurssin lopussa huomattavan terveysvaaran omaavien osallistujien määrä oli hieman noussut ja vastaavasti normaalilla tai tavoitetasolla olevien määrä oli laskenut.

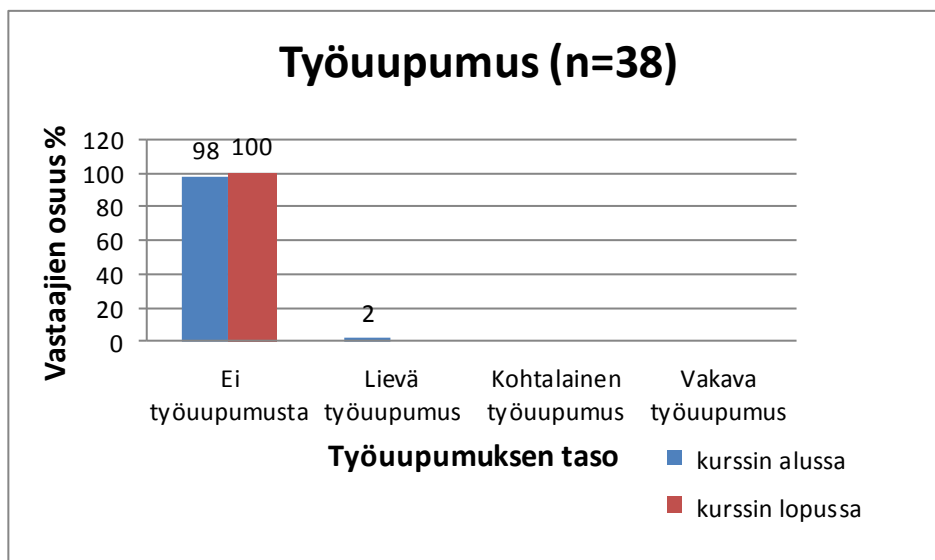


Kuvio 22. Kehon koostumus, vyötärön ympäry

7.2 ASLAK-kuntoutuksen vaikutukset kuntoutujan psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn

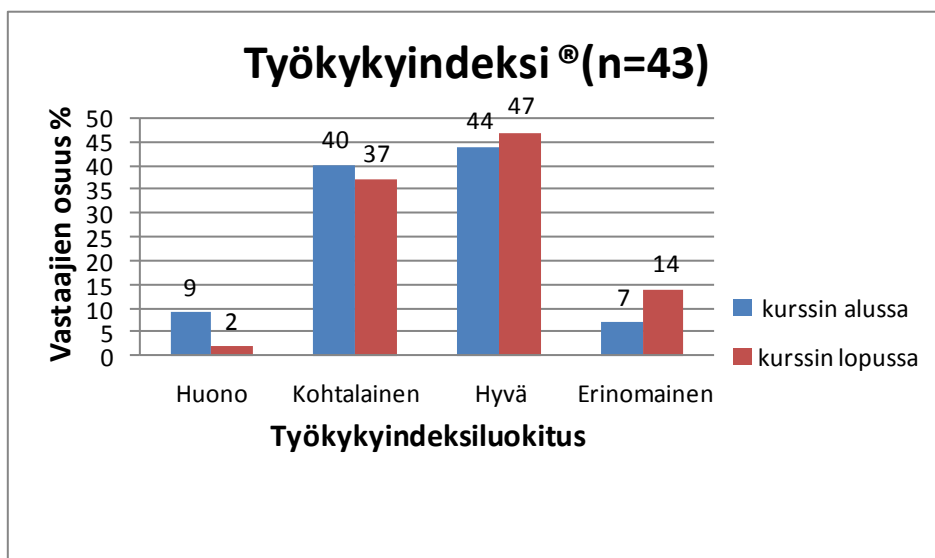
Työkykyindeksiin® saatiin vastaus kaikilta tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä (n=43). Masennuskyselyyn yksi henkilö ei vastannut ollenkaan, jolloin otos on 42 (n=42). Työuupumuskyselyyn kaksi henkilöä ei vastannut ollenkaan ja kolmen henkilön vastaukset olivat puutteelliset, joten niitä ei huomioita kokonaistuloksissa. Työuupumuskyselyssä on siis huomioitu 38 henkilön vastaukset (n=38).

Työuupumuskyselyyn vastasi 14 miestä ja 24 naista. Kuviossa 23 on kuvattu työuupumuksen taso kurssin alussa ja lopussa. Kurssin alussa suurin osa (98 %, n=37) ei kokenut työuupumusta ja vain kaksi prosenttia (n=1) koki lievää työuupumusta. Kurssin lopussa kukaan vastanneista ei kokenut työuupumusta.



Kuvio 23. Työuupumuksen taso kurssin alussa ja lopussa

Työkykyindeksi®-kyselyyn vastasi 16 miestä ja 27 naista. Kyselyn tulokset on kuvattu kuviossa 24.



Kuvio 24. Työkykyindeksi® kurssin alussa ja lopussa

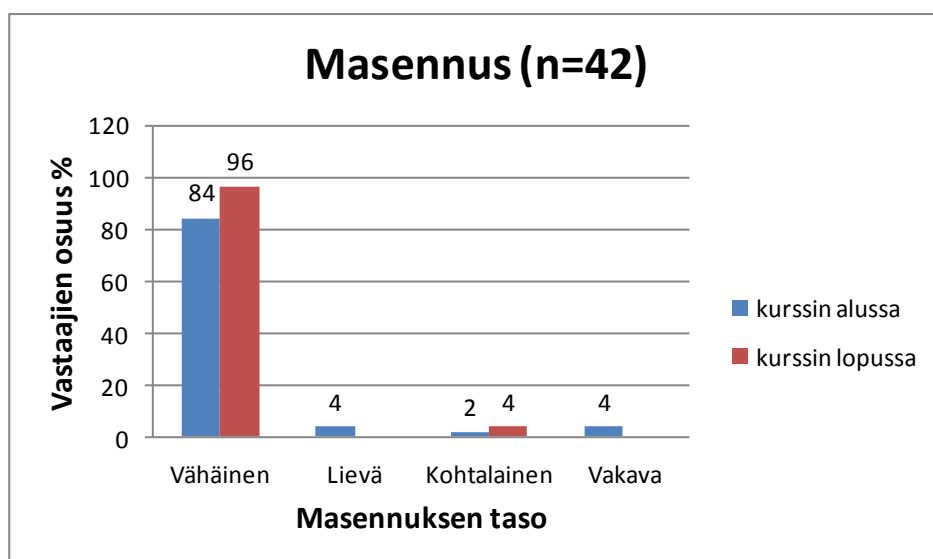
Kurssin alussa kohtalainen työkyky oli kahdella viidesosalla (40 %, n=17) ja kurssin lopussa hieman sen alle (37 %, n=16). Alussa 44 prosentilla (n=19)

oli hyvä työkyky ja kurssin lopussa vastaava tulos oli lähes puolella (47 %, n=20) osallistuneista.

Sen sijaan huono työkyky oli alussa 9 prosentilla (n=4), kun vastaava tulos kurssin lopussa oli vain kaksi prosenttia (n=1). Erinomaisen työkyvyn omaavia henkilöiden osuus oli kaksinkertaistunut 14 prosenttiin (n=6) kurssin lopussa.

Kuviossa 25 on kuvattu masennuksen tasoa kurssin alussa ja lopussa. BDI-II-masennuskyselyyn vastasi kaikkiaan 42 henkilöä (n=42), joista miehiä oli 15 ja naisia 27.

Kurssin alussa 84 prosenttia (n=35) vastanneista koki vähäistä masennusta ja kurssin lopussa samainen prosenttiosuus kaikista vastanneista oli noussut 96 prosenttiin (n=40). Lievää masennusta, kohtalaista ja vakavaa masennusta esiintyi muutamilla vastanneista. Kurssin lopussa lievää tai vakavaa masennusta ei ollut, ja kohtalaista masennusta oli vain 4 prosentilla (n=2) vastanneista.

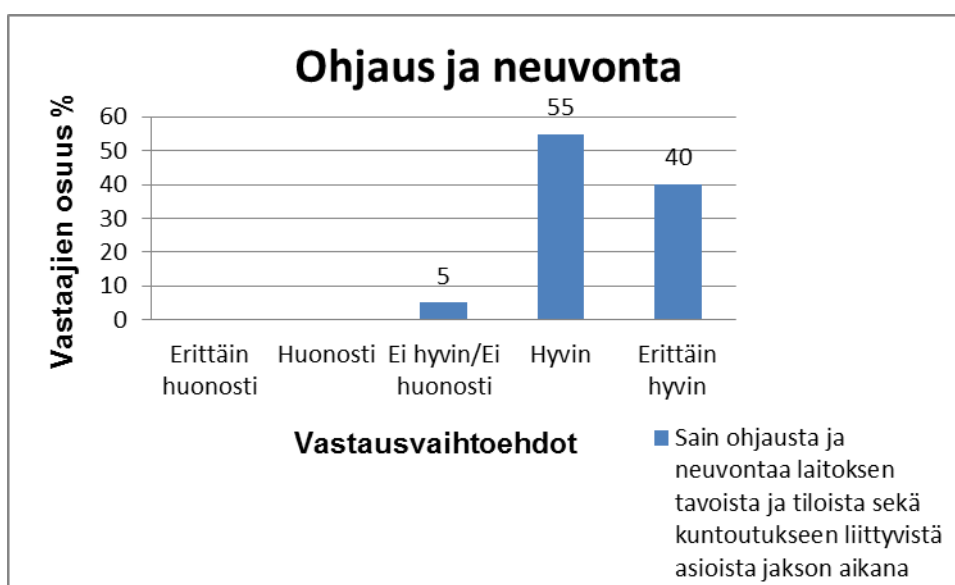


Kuvio 25. Masennuksen taso kurssin alussa ja lopussa

7.3 ASLAK-kuntoutujien asiakastyytyväisyys Lapin Kuntoutus Oy:ssä

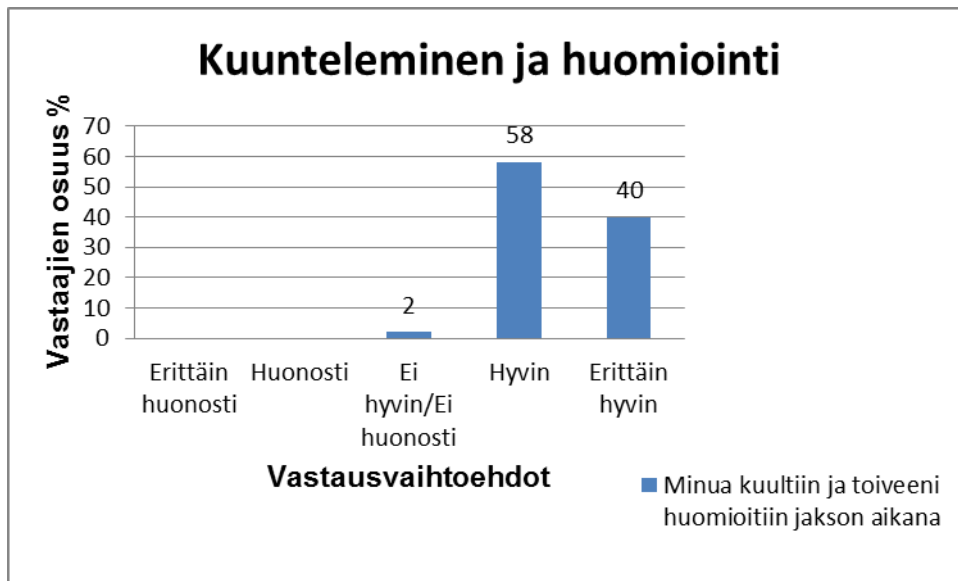
Asiakastyytyväisyyskyselyyn vastasi 13 miestä ja 27 naista (n=40). Kolme henkilöä ei palauttanut lomaketta. Kustakin asiakaspalautelomakkeen kysymyksestä on tehty oma yhteenveto kuvion muotoon. Yhteenvedot esitellään seuraavassa.

Yli puolet (55 %, n=22) vastaajista koki saaneensa ohjausta ja neuvontaa tiloista, tavoista ja kuntoutukseen liittyvistä asioista jakson aikana hyvin, kaksi viidesosaa (40 %, n=16) erittäin hyvin ja viisi prosenttia (n=2) ei hyvin eikä huonosti (kuvio 26).



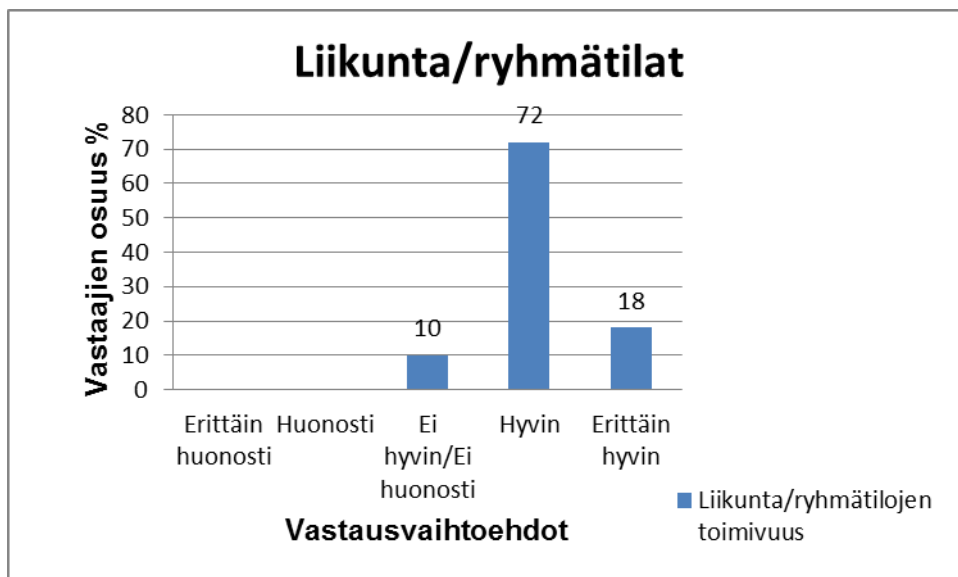
Kuvio 26. Ohjaus ja neuvonta jakson aikana

Lähes kolme viidesosaa (58 %, n=23) koki tullessa kuulluksi ja toiveensa huomioiduksi jakson aikana hyvin, kaksi viidesosaa (40 %, n=16) erittäin hyvin ja kaksi prosenttia (n=1) ei hyvin eikä huonosti (kuvio 27).



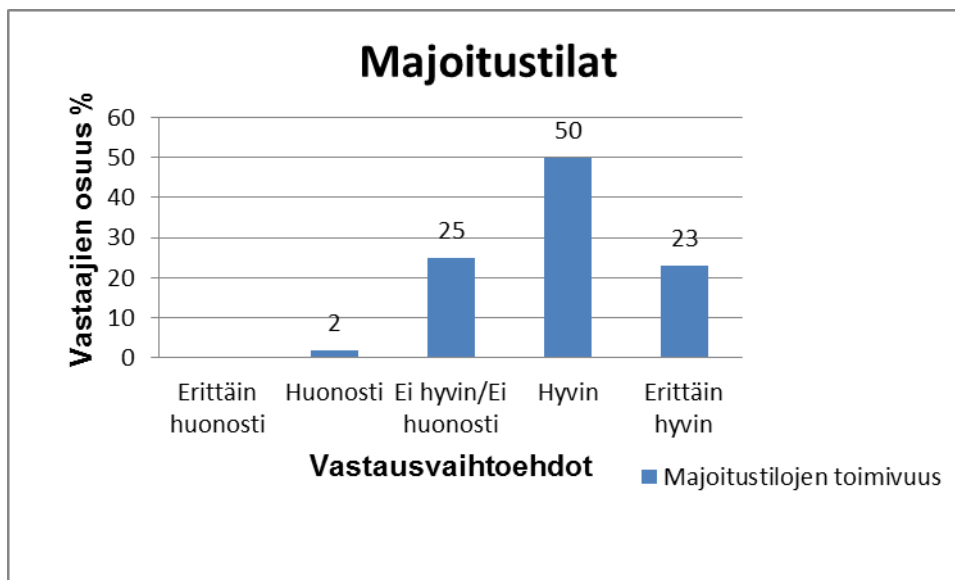
Kuvio 27. Kuntoutujan kuunteleminen ja huomiointi jakson aikana

Suurin osa vastanneista (72 %, n=29) koki liikunta- ja ryhmätilojen toimivuuden hyväksi. Lähes viidesosa (18 %, n=7) koki sen erittäin hyväksi ja kymmenen prosenttia (n=4) ei hyväksi eikä huonoksi (kuvio 28).



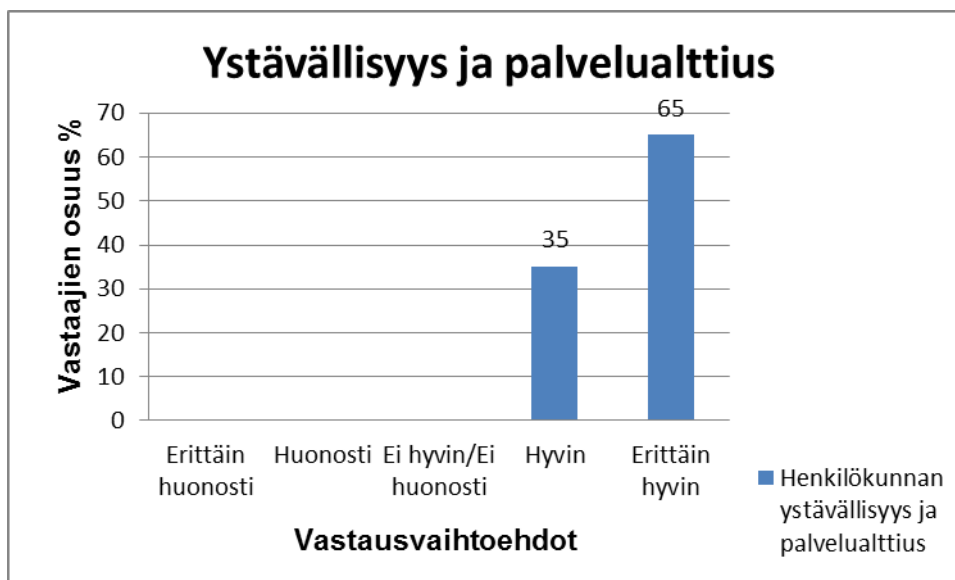
Kuvio 28. Liikunta- ja ryhmätilojen toimivuus

Puolet vastaajista (50 %, n=20) koki majoitustilojen toimivan hyvin, neljännes ei hyvin eikä ei huonosti (25 %, n=10), hieman alle neljännes (23 %, n=9) erittäin hyvin (n=9) ja kaksi prosenttia (n=1) huonosti (kuvio 29).



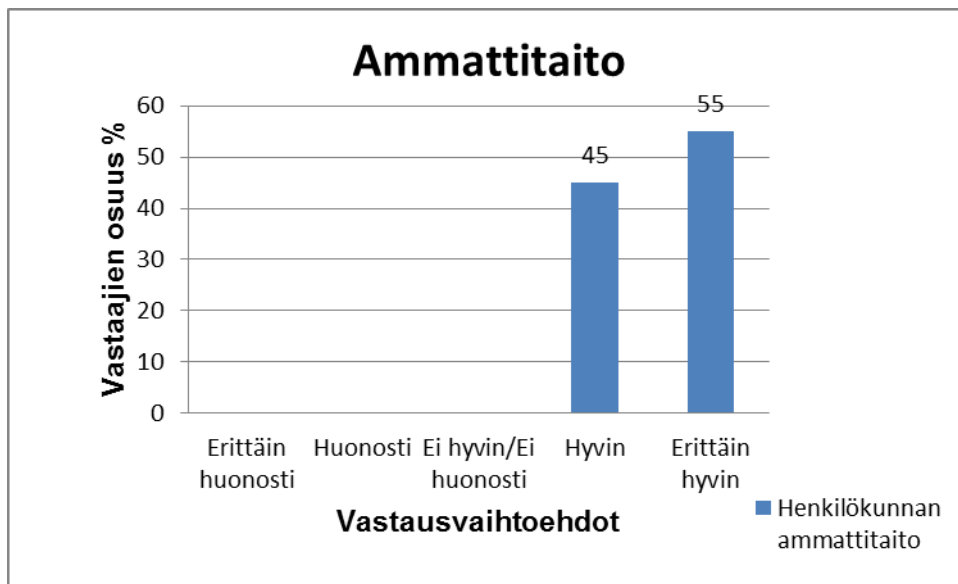
Kuvio 29. Majoitustilojen toimivuus

Henkilökunnan ystävällisyyden ja palvelualltiuden koki erittäin hyväksi noin kaksi kolmasosaa vastaajista (65 %, n=26) ja hyväksi noin kolmannes vastaajista (35 %, n=14) (kuvio 30).



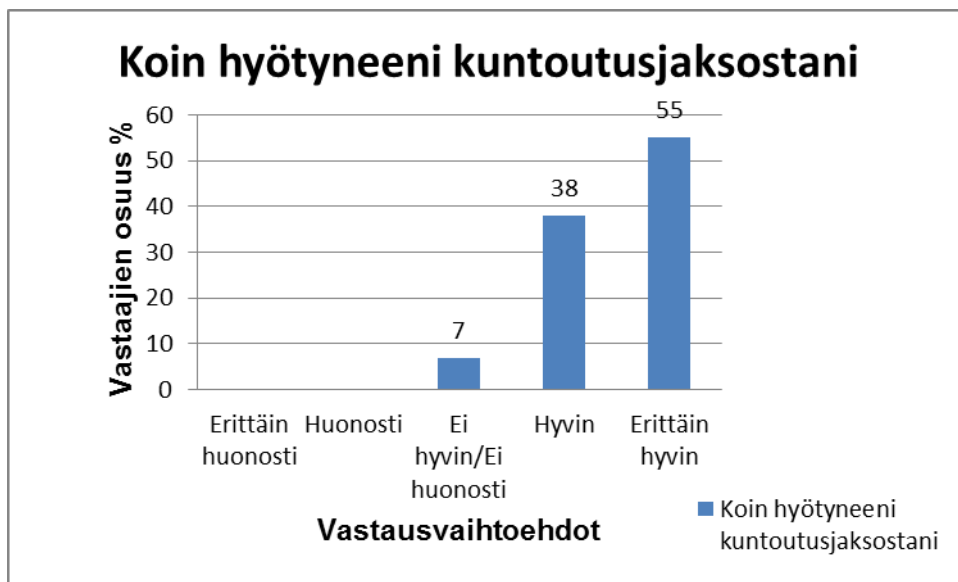
Kuvio 30. Henkilökunnan ystävällisyys ja palvelualltius

Henkilökunnan ammattitaidon koki yli puolet vastaajista (55 %, n=22) erittäin hyväksi ja lähes puolet (45 %, n=18) hyväksi (kuvio 31).



Kuvio 31. Henkilökunnan ammattitaito

Yli puolet vastaajista (55 %, n=22) koki hyötynensä kuntoutusjaksostaan erittäin hyvin, yli kolmannes (38 %, n=15) hyvin ja seitsemän prosenttia (n=3) ei hyötynyt hyvin eikä huonosi (kuvio 32).



Kuvio 32. Kuntoutusjakson hyödyllisyys

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulokset

8.1.1 ASLAK-kuntoutuksen vaikutus fyysiseen työ- ja toimintakykyyn

Fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärässä ja monipuolisuudessa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia kuntoutuksen aikana. Näin ollen voidaan todeta, että ASLAK-kuntoutuksella ei näytä olevan vaikutusta fyysisen aktiivisuuden harrastamisen monipuolisuuteen tai kokonaismäärään. Myös Nevala-Puranen (1996) sai omassa ASLAK-tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Toisaalta terveysseulakyselyssä kysytyn vapaa-ajan liikunnan harrastamisen määrä kolmen viimeksi kuluneen kuukauden aikana ennen viimeistä kurssijaksoa oli yli 40 prosentilla lisääntynyt. Myös Nevala-Purasen (1996) ja Kurjen (2004) tutkimuksissa liikunta-aktiivisuus ja liikunnan harrastaminen lisääntyi ASLAK-kuntoutuksen aikana. Sen sijaan Saltychevin (2012) tutkimuksen mukaan kuntoutus ei lisännyt liikuntaa.

Motorinen kunto eli sekä staattinen että dynaaminen tasapaino paranivat selvästi kuntoutuskurssin aikana. Etenkin dynaamisen tasapainon testissä takaperin kävelyssä selvästi keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden osallistujien määrä nousi alku- ja loppujakson mittausten välillä huomattavasti. Näyttää siis siltä, että kuntoutuksella on positiivista vaikutusta motoriseen kuntoon ja tasapainoon. Voidaan kuitenkin spekuloida, kuinka suuri merkitys tulosten paranemiseen loppumittauksissa takaperin kävelyssä oli testisuorituksen tuttuudella ja oppimisella.

Positiivinen suuntaus oli myös tuki- ja liikuntaelimestön notkeudessa. Vaikka yli puolella osallistuneista oli hartiaseudun liikkuvuus selvästi keskimääräistä parempi jo kurssin alussa, kasvoi tähän kuntoluokkaan kuuluvien määrä entisestään kurssin lopussa. Selän sivutaivutus niin ikään parani alun keskimääräistä heikommista tuloksista keskimääräistä paremmiksi. Reiden takaosan lihasten venyvyydessä alku- ja loppumittausten tulokset olivat muuten melko tasaisia, mutta alun selvästi keskimääräistä heikomman tulosten saaneiden määrä oli vähentynyt merkittävästi ja vastaavasti selvästi keskimääräistä paremman tuloksen saaneiden määrä kasvanut merkittävästi. Tulosten perusteella voidaan siis todeta ASLAK-kuntoutuksella olevan tuki- ja liikuntaelimestön notkeutta parantava vaikutus.

Tuki- ja liikuntaelimestön voimaan ja kestävyteen ASLAK-kuntoutus vaikutti vaihtelevasti. Käden puristusvoimassa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia kurssin aikana. Keskivartalon lihaksien kunto pysyi niin ikään suurin piirtein samana. Selän ja vartalon ojentajalihasten kestävydessä parannusta tuli yli keskimääräisen tuloksen. Myös alaraajojen ojentajalihasten toiminnallisessa maksimivoimassa tapahtui pientä parannusta. Hinkan (1998) tutkimuksessa osallistujien lihaskunto ja -voima paranivat niin ikään vuoden seurannassa.

UKK-kävelytestistä saadut tulokset olivat kaksijakoiset. Pelkän testiajan perusteella arvioidussa liikkumiskyvyssä ei tapahtunut merkitseviä muutoksia, mutta kokonaistestin mukaan arvioitu maksimaalinen aerobinen teho parantui alku- ja loppumittausten välillä reilusti yli keskimääräisen tuloksen. Keskimääräistä heikompien tulosten osuus pysyi samana. Tämä tulos tukee Nevala-Purasen (1996) tutkimuksen havaintoja, joiden mukaan aerobinen teho ei kehittynyt merkittävästi kuntoutuskurssin aikana.

Myös kehon koostumuksessa tapahtuneet muutokset olivat kaksijakoiset. Kehon painoindeksin mukaan vakavasti ja merkittävästi ylipainoisten osuus väheni ja sopivan painoisten osuus hieman kasvoi kurssin aikana. Samalla kuitenkin vyötärön ympärysmittan mukaan arvioituna huomattavan terveysvaaran omaavien osuus kasvoi. Tämä selittyy kuitenkin sillä, että kurssin lopussa osallistujista edelleen viidesosa oli kohtalaisesti ja lähes kolmasosa lievästi ylipainoisia. Lisäksi painoindeksissä tapahtuneiden muutosten voidaan katsoa olevan varsin pieniä. Samaan tulokseen omassa tutkimuksessaan tuli myös Saltychev (2012), joka toteaa, ettei ASLAK-kuntoutus alentanut painoindeksiä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että ASLAK-kuntoutus vaikutti vaihtelevasti fyysiseen suorituskykyyn ja sitä kautta fyysiseen työ- ja toimintakykyyn. ASLAK-kuntoutus kohensi fyysistä työ- ja toimintakykyä parantamalla tasapainoa, tuki- ja liikuntaelimestön notkeutta sekä osittain tuki- ja liikuntaelimestön voimaa, kestävyyttä ja aerobista kuntoa. Sen sijaan fyysisen aktiivisuuden monipuolisuuteen ja kokonaismäärään, käden puristusvoimaan, keskivartalon lihasten kuntoon ja kehon koostumukseen kuntoutuksella ei ollut juuri tuloksia parantavaa vaikutusta. Pääasiassa vaikutukset olivat kuitenkin positiivisia, joten ASLAK-kuntoutuksella voidaan todeta olevan myönteinen vaiku-

tus fyysiseen työ- ja toimintakykyyn. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiemmin tehtyjen Nevala-Purasen (1996), Kurjen (2004) ja Hinkan (1998) tutkimuksia ja niiden tuloksia.

Kun saamiani tutkimustuloksia verrataan kuntoutuksen yleisiin tavoitteisiin, voidaan näiden tavoitteiden todeta pääsääntöisesti toteutuneen omassa tutkimuksessani mukana olleiden kuntoutujien kohdalla vuoden seurannassa. Kuntoutuksen yleisenä tavoitteena on vähentää vamman tai sairauden haitallisia vaikutuksia työ- ja toimintakykyyn, edistää toimintakykyä, edistää työkykyä ja turvata työuran jatkuvuus sekä saavuttaa ja ylläpitää täydellinen fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ammatillinen kykyisyys. (Järvikoski-Härkäpää 2011, 8; Paatero ym. 2008, 32–33; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002,3; United Nations 2004; WHO 2011, 96.) Mielestäni tämän tutkimuksen mukaiset kuntoutuksen vaikutukset fyysiseen työ- ja toimintakykyyn tukevat kuntoutuksen tavoitteellisuutta ja vaikuttavuutta ainakin vuoden seurannassa.

Samaan johtopäätökseen päädytään, kun tarkastellaan Kelan omia ASLAK-kuntoukselleen asettamia yleisiä tavoitteita. Kelan mukaan ASLAK-kuntoutuksen tavoitteena on parantaa fyysistä kuntoa sekä laaja-alaisesti ja kokonaisvaltaisesti edistää työ- ja toimintakykyä. (Kansaneläkelaitos 2012a, 2.) Vaikka fyysisen suorituskyvyn kaikilla osa-alueilla ei tapahtunutkaan merkittävää muutosta kuntoutuksen aikana, voidaan tulosten perusteella ASLAK-kuntoutuksella todeta olevan positiivista vaikutusta fyysiseen työ- ja toimintakykyyn. Mielestäni ei voidakaan olettaa, että kaikissa osa-alueissa tulokset ovat pelkästään positiivisia tai parantuvat merkitsevästi.

Vaikuttavuuden osoittamiseksi tämän tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin mielestäni riittäviä tai ainakin suuntaa antavia, vaikka tutkimusjoukko onkin verrattain pieni. Toisaalta täytyy kuitenkin muistaa, että tämän tutkimuksen seuranta-aika oli varsin lyhyt, kun Kelan ASLAK-kuntoutuksen tavoitteena on saavuttaa nimenomaan pitkäaikaisia vaikutuksia. Kuntoutuksen pitkäaikaisen vaikutusten tutkiminen vaatii siis pitemmän seuranta-ajan.

8.1.2 ASLAK-kuntoutuksen vaikutus psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn

Tutkimukseen osallistuneiden työuupumuksen taso oli jo kurssin alussa hyvä. Kurssin lopussa kukaan osallistuneista ei kokenut työuupumusta. Voidaan

siis todeta, että kuntoutuksen vaikutus työuupumukseen oli pelkästään positiivinen.

Työkykyindeksillä® arvioitu työkyky kurssin alussa oli suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista hyvä tai kohtalainen, mutta myös huonoja ja erinomaisia tuloksia oli muutamia. Kurssin lopussa työkyvyn voidaan todeta kohentuneen, ja etenkin erinomaisen työkyvyn omaavien määrä kasvoi kurssin alkuvaiheeseen verrattuna. Huomionarvoista on myös, että huonon työkyvyn omaavien henkilöiden määrä väheni kuntoutuksen aikana. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että ASLAK-kuntoutuksella on työkykyä lisäävä ja kohentava vaikutus. Samaan lopputulokseen päätyi myös Nevala-Puranen (1996), joka omassa tutkimuksessaan käytti myös työkykyindeksiä®. Myös Kurjen (2004) tutkimukseen osallistuneiden psyykinen toimintakyky parani kuntoutuksen aikana. Tirkkonen (2012) ja Tirkkonen ja Kinnunen (2010) tutkivat niin ikään ASLAK-kuntoutuksen vaikutusta työhyvinvointiin. Molempien tutkimuksien mukaan koettu työkyky vahvistui. Lisäksi Tirkkosen ja Kinnusen tutkimuksen mukaan positiivinen mieliala lisääntyi kuntoutuksen aikana. Tirkkosen omassa väitöstutkimuksessa myös ASLAK-kuntoutukseen osallistujien yleinen hyvinvointi ja koettu terveys vahvistuivat.

Sen sijaan Turjan (2009) tutkimuksen mukaan ASLAK-kuntoutuksella ei ollut positiivista vaikutusta koettuun työkykyyn tai henkiseen hyvinvointiin. Samaan tulokseen päätyi myös Saltychev (2012), jonka tutkimuksen mukaan somaattinen ja psyykinen terveys ei kohentunut kuntoutuksen aikana tai sen jälkeen. Näissä kahdessa tutkimuksessa on kuitenkin huomioitava, että ne olivat huomattavasti pitempikestoisia kuin oma tutkimukseni, eikä niissä mitattu lyhyen aikavälin vaikuttavuutta ollenkaan. Näin ollen tuloksia ei voi suoraan verrata tämän tutkimuksen tuloksiin.

Kurssin alussa BDI-II-masennuskyselyllä mitattu koettu masennuksen taso oli vaihteleva. Vaikka suurimmalla osalla osallistujista masennus olikin vähäistä, myös lievää, kohtalaista ja vakavaa masennusta esiintyi kurssin alussa. Kurssin lopussa vaihtelevuutta oli vähemmän, ja lievää tai vakavaa masennusta ei ollut enää kenelläkään osallistujista. Samalla alimman tason eli vähäistä masennusta kokeneiden osallistujien määrä oli noussut alkumitta-

ukseen verrattuna selvästi. Tulokset viittaavat siihen, että kuntoutusjaksolla on myönteinen vaikutus koettuun masennukseen.

Yhteenvedona voidaan todeta, että ASLAK-kuntoutuksella näyttäisi olevan myönteisiä vaikutuksia henkilön psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn. ASLAK-kuntoutus vähensi tutkimukseen osallistuneiden masennusta, lievensi työuupumusta ja paransi työkykyä. Nämä johtopäätökset ovat yhteneväisiä Kellan ASLAK-kuntoutuksen yleisten tavoitteiden sekä kuntoutuksen yleistavoitteiden kanssa. Näitä tavoitteita ovat omien voimavarojen vahvistaminen, hyvinvoinnin edistäminen, psyykkisen hyvinvoinnin, työnhallinnan ja työssä jaksamisen lisääminen sekä elämänhallinnan kokonaisvaltainen ja laaja-alainen parantaminen. (Paatero ym. 2008, 32–33; Kansaneläkelaitos 2012a, 2; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002,3). Mielestäni tavoitteisiin on ainakin osittain päästy, kun työuupumusta ja masennusta saadaan lievennettyä ja työkykyisyyttä lisättyä. Tämän tutkimuksen perusteella näin voidaan todeta.

ASLAK-kuntoutuksen vaikutukset työhön ja työn tekemiseen jäävät tässä tutkimuksessa vähälle huomiolle, mutta uskon koetulla työ- ja toimintakyvyn kohentumisella olevan myönteinen vaikutus myös työhön liittyviin seikkoihin. Tätä ajatusta tukee Ilmarisen työkyvyn talomalli (katso kuvio 2 sivulla 16). Kun pohjalla oleva terveys ja toimintakyky eli perusta vahvistuu, vaikuttaa se positiivisesti myös talon muihin kerroksiin, myös kerroksessa neljä oleviin työpaikkaan liittyviin asioihin.

8.1.3 ASLAK-kuntoutujien asiakastyytyväisyys Lapin Kuntoutus Oy:ssä

Asiakastyytyväisyyttä mitattiin vain kuntoutusjakson lopussa. Suurin osa vastanneista koki jakson aikaisen ohjauksen ja neuvonnan olevan hyvää tai erittäin hyvää. Samoin suurin osa koki tulleen kuulluksi ja toiveet huomioiduksi jakson aikana hyvin tai erittäin hyvin. Huonekansioon toivottiin päivitystä, ja liikuntatoiveiden toteuttamiseen olisi kaivattu enemmän huomiointia ja kuulemista.

Liikunta- ja ryhmätilat koettiin pääsääntöisesti toimiviksi, mutta myös huomautettavaa löytyi. Puolet vastaajista piti myös majoitustilojen toimivuutta hyvänä, mutta myös neutraaleja vastauksia ilmeni. Eniten moitteita saivat tilojen laitosmaisuus, majoitushuoneiden huonot patjat ja tyynt sekä ryhmäti-

lojen tuolien huono istuttavuus. Allas koettiin liian pieneksi, ja allastilojen vapaampaa käyttöä toivottiin etenkin ilta-aikaan. Vaikka tilat saivat useissa palautteissa kiitosta toimivuudesta, niiden viihtyvyyteen kaivattiin kohennusta. Saatujen palautteiden perusteella Lapin Kuntoutus Oy voisi miettiä sisustuksen ja viihtyvyyden parantamista, huomioida ergonomisia seikkoja yleisesti sekä pohtia, voisiko allastilojen käyttöä laajentaa koskemaan myös ilta-aikaa.

Henkilökuntaan oltiin tyytyväisiä. Henkilökunnan ystävällisyys, palvelualttius ja ammattitaito koettiin hyväksi tai erittäin hyväksi. Henkilökunnan ammattitaitokohdassa nousi kuitenkin esille toive luentomateriaalien päivityksestä. Kaiken kaikkiaan Lapin Kuntoutus Oy voi pitää isona vahvuutenaan osaavaa, ammattitaitoista, palveluallista ja ystävällistä henkilökuntaansa.

Yli puolet vastanneista koki hyötynensä kuntoutuksesta erittäin hyvin ja iso osa hyvin. Muutama vastannut ei hyötynyt jaksosta hyvin eikä huonosti. Myös Turjan (2009) tutkimukseen osallistuneista ASLAK-kuntoutujista yli puolet koki hyötynensä kuntoutuksesta. Samansuuntaisia lukuja omassa tutkimuksessaan sai myös Tirkkonen (2012).

Tämän tutkimuksen osallistujista moni vastaaja suosittelisi ASLAK-kuntoutusta muillekin, ja kiitosta tuli useissa palautteissa. Palautteista kävi kuitenkin ilmi, ettei kuntoutuksen ajoitus ollut aina ihan optimaalinen. Tähän on myös yhteiskunnallisella tasolla pyritty kiinnittämään huomiota, sillä juuri tästä asiasta ASLAK-kuntoutus on saanut kritiikkiä.

Muita asiakaspalautteissa esiin nousseita toiveita olivat nettiyhteys huoneisiin, ravitsemustietouden lisääminen sekä ryhmätoiminnan ja -dynamiikan huomiointi. Jaksojen toteutusta keuhuttiin, samoin jakson tehtäviä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että Lapin Kuntoutus Oy:n ASLAK-kuntoutus on koettu toimivaksi kokonaisuudeksi ja ASLAK-kuntoutujat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Sen sijaan tiloihin ja joihinkin käytäntöihin toivottiin kohennusta, mihin jatkossa Lapin Kuntoutus Oy:n kannattaa kiinnittää huomiota.

8.2 Yhteenveto, kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen mukaan ASLAK-kuntoutuksella on sekä fyysistä että psyykkistä työ- ja toimintakykyä kohentava vaikutus. Kuntoutukselle asetetut yleisen tason tavoitteet täyttyivät, mikä tarkoittaa, että kuntoutus oli vaikuttavaa ja tuloksellista. ASLAK-kuntoutujat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kuntoutuksen antiin ja Lapin Kuntoutus Oy:n toteuttamaan kuntoutukseen ja käytössä oleviin tiloihin ja toimintatapoihin.

Tässä tutkimuksessa todettuja ASLAK-kuntoutuksen vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen työ- ja toimintakykyyn tukee myös sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen Stakesin vuonna 2002 julkaisema raportti. Raportissa tutkittiin eri kuntoutusmuotojen kuten varhaiskuntoutuksen vaikuttavuutta. Raportissa Härkäpää (2002, 40) toteaa, että on olemassa näyttöä siitä, että monialaisella kuntoutuksella on myönteisiä vaikutuksia koettuun työ- ja toimintakykyyn sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Lisäksi se hidastaa sairauspoissaolojen kasvua ja tuottaa myönteisiä muutoksia muun muassa erilaisissa fysiologisissa riskitekijöissä. Samassa raportissa Aalto ja Rissanen (2002, 24–25) korostavat moniammatillisen kuntoutuksen vaikutusten olevan vahvimpia silloin, kun kuntoutukseen yhdistetään työympäristöön, työpaikkaan ja työyhteisöön kohdistuvia toimenpiteitä. Näin ASLAK-kuntoutuksessa juuri tehdään.

Tutkimukseni perusteella esille nousi seuraavia kehittämisehdotuksia Lapin Kuntoutus Oy:lle:

- ravitsemusneuvonnan lisääminen ja toteuttaminen käytännössä ruokailujen yhteydessä esimerkiksi harjoittelemalla lautasmallin käyttöä. Ruokailun tarjonta sellaiseksi, että se tukee tätä tavoitetta.
- sisustuksen uudistaminen ja tilojen viihtyvyyden lisääminen esimerkiksi maalaamalla valkoisia seiniä eri väreillä (tehosteseinät) ja hankkimalla uusia verhoja tai tauluja seinille
- uusien patjojen ja vuodevaatteiden hankinta asiakashuoneisiin ergonomian parantamiseksi

- luentotilojen ergonomian parantaminen miettimällä huonekalujen sijoittamista tilassa sekä uusien istuimien hankintaa
- allastilojen iltakäytön suunnittelu ja pohdinta, jotta altaan käyttöastetta saadaan nostettua ja asiakkaiden ilta-ohjelmaa ja omaehtoista liikuntaa lisättyä

Vaikka tässä tutkimuksessa ASLAK-kuntoutuksen vaikutukset olivat pääsääntöisesti positiivisia, vaatii ASLAK-kuntoutuksen pitkäaikaisten vaikutusten seuranta vielä lisätutkimuksia. Tähän ajatukseen on tartuttu myös yhteiskunnallisella tasolla.

Toinen huomioon otettava seikka on, että tällä hetkellä tehdyt ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuustutkimukset koskevat vanhan Kelan standardin mukaan toteutettuja kurseja eikä nykymuotoisesta ASLAK-kuntoutuksesta ole juurikaan tutkimuksia ja tietoa. (Tirkkonen ym. 2009, 53.) Näin ollen nykymuotoisen ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksille on tarvetta.

Mielestäni ASLAK-kuntoutuksen vaikutusta työhön tulisi tutkia tulevaisuudessa enemmän ja pitemmällä aikavälillä. Sen jälkeen olisi helpompaa pohtia nykyisten kuntoutusmuotojen kehittämistä tai kokonaan uusien kuntoutusmuotojen luomista. Myös avo- ja laituskuntoutuksen välisten vaikuttavuuksien eroavaisuuden tutkimuksista sekä eri ammattiryhmien välisten erojen tutkimuksista voisi olla hyötyä tälle kehitystyölle.

Tämä kehittämistyö on itse asiassa jo meneillään. Lapin Kansassa 2.1.2014 julkaisussa artikkelissa Kelan asiantuntijalääkäri Kirsi Vainiemi ja suunnittelija Leena Penttinen mainitsevat työikäisten kuntoutukseen tulevan uuden mallin. Mallin on tarkoitus tulla käyttöön vuonna 2016. ASLAK-kuntoutuksen loppumiseen he eivät kuitenkaan ota mitään kantaa, vaan myöntävät ASLAK-kuntoutuksen olevan edelleen hyvä tuote. (Pesonen 2014, A8.) Henkilökohtaisesti olen samaa mieltä. Ehkä uuden mallin myötä kuntoutukseen valikoituvat entistä paremmin siitä eniten hyötyvät työntekijät.

8.3 Tutkimuksen toteutuminen

Tutkimukseni toteutui pääasiassa suunnitelmani mukaisesti. Aikatauluni oli siinä mielessä poikkeuksellinen, että toimeksiantosopimus allekirjoitettiin toi-

meksiantajan kanssa ennen kuin tutkimussuunnitelmani oli hyväksytty. Jouduimme toiminaan näin, jotta ehdin saamaan kurssilaisilta suostumukset tietojen käytöstä opinnäytetyössäni silloin, kun kurssilaiset olivat viimeisellä jaksollaan. Muuten suostumukset olisi pitänyt pyytää jälkikäteen, mikä olisi ollut huomattavasti hankalampaa. Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin maaliskuussa 2013, kun tutkimussuunnitelmani hyväksyttiin vasta syyskuussa 2013. Tämä oli kuitenkin yhdessä opinnäytetyöni ohjaajien kanssa sovittu tietoinen valinta, jolla ei ollut vaikutusta tutkimuksen kulkuun ja tekemiseen.

Iso helpotus omaan työmäärään nähden oli, ettei minun tarvinnut itse suorittaa mittauksia ja kyselyjä, vaan sain käyttööni valmiiksi kerätyt aineistot. Myös lupa-asiat hoituivat Lapin Kuntoutus Oy:n ASLAK-kurssien vastuuhenkilöiden toimesta. Noudatin opinnäytetyötä tehdessäni hyvää tieteellistä käytäntöä. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli tietoa tutkimuksen tavoitteista, tutkimuksen kulusta ja tietojen käyttötarkoituksesta, ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Lisäksi osallistuneilta pyydettiin allekirjoituksella vahvistettu kirjallinen suostumus tietojen hyödyntämisestä opinnäytetyössäni. Tutkimusaineistoa käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti. Kukaan ulkopuolinen henkilö ei missään vaiheessa nähnyt aineistoa.

Analysoitavaa aineistoa oli paljon, mutta loppujen lopuksi tietojen syöttäminen SPSS-ohjelmaan ei ollut niin työlästä kuin olin etukäteen ajatellut. Analyysiohjelmaan syöttämisen jälkeen kaikki tulokset on tarkistettu kahteen kertaan virheiden varalta. Tulokset julkaistiin siten, etteivät yksittäisen henkilön tiedot paljastu tuloksista eikä henkilö ole tunnistettavissa. Aineisto on palautettu takaisin Lapin Kuntoutus Oy:n henkilökunnalle, joka huolehtii sen arkistoinnista. Muu tutkimuksessa käytetty henkilökohtaisia tietoja sisältävä materiaali on hävitetty asianmukaisesti.

Aineiston käsittelyä suurempi vaiva oli saattaa tulokset pylväsdiagrammeiksi ja luettaviksi kuvioiksi. Myös tulosten tulkitsemisen ja luettavaan muotoon saattamisen koin haastavaksi. Päädyin yhtenäiseen kuviolinjaan läpi työn, koska se mielestäni tuo selkeyttä kokonaisuuteen. Olisin tietysti voinut esittää vaikka asiakaspalautteiden tulokset eri muodossa. Omat raaminsa tulosten esittämiseen asettivat kuitenkin rajalliset atk-aidot. Taulukoiden ja kuvioiden tekeminen ei ollut helppoa, ja jouduin muuttamaan niitä moneen kertaan.

Lopputulokseen en vieläkään ole täysin tyytyväinen, mutta omiin taitoihin nähden tulos on kuitenkin kelvollinen. Sen sijaan teoriaosuuteen sekä käyttämäni lähdeaineistoon olen tyytyväinen.

Tutkimukseni heikkoudeksi näen sen, ettei minulla ollut vertailuryhmää mukana. Kun vertailuryhmää ei ole, ei voida olla varmoja siitä, että havaitut muutokset johtuvat juuri kuntoutuksesta (Tirkkonen ym. 2009, 44). Toinen heikkous on se, että vuoden kestävä kuntoutusprosessin aikana kuntoutujiensa elämään pääsevät vaikuttamaan monet muutkin seikat kuin kuntoutus. Tällöin johtopäätösten tekeminen on vaikeampaa kuin esimerkiksi yhden mittauksen tutkimuksissa. (Tirkkonen ym. 2009, 44.) Nämä kaksi omankin tutkimukseni heikkoutta on todettu myös yhteiskunnassa isoiksi haasteiksi, kun tehdään kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksia.

Kolmanneksi heikkoudeksi tutkimuksessani näen lyhyen seuranta-ajan. Myös yhteiskunnassa peräänkuulutetaan pitempiä seuranta-aikoja tutkimuksiin, jotta kuntoutuksen vaikuttavuudesta saataisiin pitemmän ajan vaikuttavuustuloksia. Lisäksi kaivattaisiin tutkimuksia siitä, onko ASLAK-kuntoutuksella vaikutusta eläkkeelle jäämiseen. Opiskelujeni puitteissa ei näin pitkän tutkimuksen tekeminen olisi kuitenkaan ollut mahdollista.

Tutkimuksen toteutumiseen liittyvä seikka, jonka toteuttamista jouduin paljon pohtimaan, oli puuttuvien arvojen käsittely. Yleinen käytäntö on korvata puuttuvat arvot keskiarvolla. Itse en kuitenkaan kokenut tätä tapaa omaan tutkimukseeni soveltuvana, kun aineistoa käsiteltiin kokonaisuutena eikä siinä tehty vertailuja. Näin ollen keskiarvot olisivat tulleet miehistä, naisista ja kaikenikäisistä osallistujista sekaisin, mikä ei mielestäni olisi ollut luotettava arvo. Tämän vuoksi päädyin poissulkemaan puuttuvien arvojen omaavat osallistajat niistä osiosta, joissa heillä puuttui arvo tai arvoja. Koin tämän toimintatavan olevan luotettavampi. Keskiarvo olisi ollut silloin toimiva vaihtoehto, jos miesten ja naisten tuloksia olisi vertailtu keskenään tai eri-ikäisten osallistujien tuloksia olisi vertailtu keskenään.

Tutkimukseni rajaus ei mielestäni ollut aivan onnistunut. Työn tekemisen jossain vaiheessa totesin aihepiirin olevan liian laajan, mutta en alkanut enää työn aloittamisen jälkeen sitä muuttamaan. Näin jälkikäteen arvioituna keskittyisin pelkästään joko fyysiseen työ- ja toimintakykyyn, psyykkiseen työ- ja

toimintakykyyn tai asiakastyytyväisyyteen. Missään tapauksessa en ottaisi näitä kaikkia mukaan samaan tutkimukseen. Rajausta miettiessäni oma kokemukseni ei mielestäni ollut riittävää arvioimaan tulevan työmäärän laajuutta. Tämä näkemys kehittyi vasta työn tekemisen edetessä, joten oppimista ja kasvua tässäkin suhteessa tapahtui tutkimuksen aikana.

Vaikka en ole täysin tyytyväinen tutkimukseni analysointi- ja tulkitsemisosioihin, voin kuitenkin todeta opinnäytetyötä tehdessäni oppineeni paljon tutkimuksen tekemisestä. Mielestäni sain vastauksia asettamiini tutkimusongelmiin hyvin, ja käytetyt mittarit toimivat tutkimuksessa. Psykkisen työ- ja toimintakyvyn mittareina olisi voinut myös olla esimerkiksi 15D- tai RAND36-elämänlaatumittarit, joita myös on hyödynnetty paljon eri tutkimuksissa. Vaikka itselläni olikin muutamia oikopolkuja tutkimuksen tekemisessä ja havaitsin useita puutteita tässä prosessissa, olen silti saanut kuvan siitä, kuinka haastava, monivaiheinen ja pitkä prosessi tutkimuksen tekeminen on. Olen tyytyväinen saamaani oppiin ja kehitykseeni prosessin aikana, ja seuraavaa tutkimusta suunnitellessani olen varmasti viisaampi ja kokeneempi, ja osaan ottaa eri seikkoja paremmin huomioon.

8.4 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä. Se oli haastava. Se kysyi paljon henkisiä voimavaroja. Se kysyi hyviä tietoteknisiä taitoja, jotka välillä olivat itsellä koetuksella. Mutta kaikesta huolimatta prosessi on ollut opettava, kasvattava ja henkistä kasvua tukeva.

Opinnäytetyöprosessini alkoi aiheen valitsemisella ja tutkimussuunnitelman rakentamisella syksyllä 2012. Syyskuusta 2012 maaliskuulle 2013 työstin tutkimussuunnitelmaa ja etsin lähteitä ja materiaalia teoriaosuutta varten. Tässä vaiheessa työn tekeminen ei ollut kovin intensiivistä, ja opinnäytetyö oli vain kaukaisena ajatuksena mielessä.

Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin toimeksiantajan kanssa maaliskuussa 2013. Viimeisellä kurssijaksolla olevien ASLAK-kurssilaisten suostumukset tietojen käyttämisestä opinnäytetyössäni sekä viimeiset mittaukset suoritettiin huhtikuun ja lokakuun välisenä aikana 2013. Suostumuslomakkeen tekeminen ja käyttöön otto sujui varsin vauhdikkaasti, sillä olin itse opiskelujen

vuoksi toisella paikkakunnalla, kun lomakkeen täytyi olla käyttövalmiina. Tämä oli täysin omaa huolimattomuuttani, mutta loppujen lopuksi lomake oli ajoissa käytössä ja kaikki sujui ongelmitta.

Kesän 2013 aikana tutkimussuunnitelmani muotoutui lähes lopulliseen muotoon ja aloitin teoriaosuuden kirjoittamisen. Tutkimussuunnitelmani hyväksyttiin syyskuussa 2013, mutta syksyn aikana siihen tuli vielä muutamia pieniä korjauksia. Loppuvuoden 2013 kokosin lähteitä ja kirjoitin teoriaosuutta muiden opintojen ohella. Vielä tässäkään vaiheessa opinnäytetyö ei ollut päälimmäisenä mielessä, mutta yhä enenemässä määrin ajatukset suuntautuivat tekemättömään työhön ja siihen isoon urakkaan, joka olisi vielä edessä.

Tammikuussa 2014 alkoi varsinainen tutkimuksen tekeminen. Teoriaosuus oli jo varsin hyvällä mallilla, joten pystyin keskittymään täysipainoisesti tuloksiin. Tässä vaiheessa huomasin, kuinka tiedonhakutaitoni olivat kehittyneet, kirjoittaminen ja eri lähteiden työstäminen oli paljon sujuvampaa kuin alussa, ja muutenkin tekeminen tuntui paljon helpommalta kuin vielä alkusyksystä 2013. Tammikuussa 2014 sain käyttööni tutkimusaineiston, ohjeet ja työkalut tietojen syöttämistä varten sekä ohjausta ja neuvontaa tulosten tulkintaan, pohdintaan ja kieliasuun. Kävin useita henkilökohtaisia ohjauksetoja opinnäytetyöni ohjaajien kanssa sekä yhden ohjaukserran kieliasun tarkistajan kanssa. Myös sähköpostiohjaus kulki koko ajan opinnäytetyön tekemisen rinnalla. Olen erittäin tyytyväinen saamaani ohjaukseen, ja joka kerta sain ohjausta, kun sitä tarvitsin.

Sen sijaan opinnäytetyöoppaaseen en ole tyytyväinen. En useinkaan löytänyt sieltä tarvitsemaani tietoa ja ohjeistusta johonkin kieliopilliseen asiaan. Esimerkiksi erilaisten lähde- ja viitemerkintöjen kirjoitustavat oppaassa ovat puutteellisia. Lisäksi yleisiä kieliopillisiä yleissääntöjä olisi hyvä olla oppaassa. Kaikista eniten ongelmia työn kirjoittamisessa ja yleisasun muokkaamisessa tuotti kuitenkin puutteellinen atk-ohjeistus. Pitäisi ehdottomasti olla selkeät ohjeet, miten erilaisia tietoteknisiä asetteluja ja muokkauksia tehdään, kun niistä on tietynlainen vaatimus opinnäytetyössä. Vaikka omat tietotekniikan taidot ovat mielestäni varsin hyvät, jouduin monta kertaa kysymään ammattilaisilta apua asetteluihin. Muun muassa välistys on edelleen suuri mysteeri, ja tiivistelmä- ja abstraktisivujen liittämisen kanssa kului tunti jos toinen-

kin. Näihin kun olisi selkeät ohjeet, ei tarvitsisi kuluttaa siihen aikaa, vaan saisi täysipainoisesti keskittyä itse kirjoittamiseen. Jos kyseisiä asioita onkin käsitelty opintojen aikana, ovat ne kyllä itseltäni täysin unohtuneet.

Pohdin jo aiemmin, kuinka opinnäytetyöni rajaus ei ollut mielestäni onnistunut. Tämä näkyi myös työmäärässä, joka oli mielestäni suuri. Toisaalta, vaikka työmäärä oli suuri, ei se kuitenkaan tuntunut ylivoimaiselta. Mutta näin jälkikäteen ajateltuna, olisin voinut päästä helpommallakin. Opintopistemäärään suhteutettuna koko prosessiin käytetty aika ja työmäärä eivät omalla kohdallani täsmää. Tähän seikkaan kiinnittäisin ehdottomasti huomiota, jos nyt aloittaisin opinnäytetyön tekemisen.

Mitä pitemmälle opinnäytetyöni eteni, sitä kriittisemmäksi huomasin muuttuvani omaa työtäni kohtaan. Moni asia on selkiytynyt kirjoittamisen varrella, mutta paljon jäi sellaisia asioita, joita tekisin toisin. Näistä ehkä päällimmäisenä on työn rajaus, toisena kuvioden ulkoasu ja kolmantena tulkinta ja pohdinta. Siinä kolme seikkaa, joissa jäi vielä kehitettävää tulevaisuutta varten. Seuraavaa työtä tehdessä olen varmasti viisaampi ja kokeneempi. Olen kuitenkin enimmäkseen tyytyväinen tekemääni opinnäytetyöhön, ja selvisin mielestäni prosessista kunnialla läpi. Sain paljon uutta tietoa muun muassa työkyvystä ja kuntoutuskäytännöistä muualla Euroopassa.

LÄHTEET

- Aalto, A-M. – Rissanen, P. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. – Teoksessa *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta* (toim. A-M. Aalto – H. Hurri – A. Järvikoski – J. Järvisalo – V. Karjalainen – H. Paatero – T. Pohjolainen – P. Rissanen), 1–26. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 267. Saarijärvi: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Ahonen, G. 2008. Kuntoutuksen taloudellinen arviointi. – Teoksessa *Kuntoutus* (toim. P. Rissanen – T. Kallanranta – A. Suikkanen), 664–672. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Antti-Poika, M. 2003. Kuntoutus osana työkyvyn edistämistä. – Teoksessa *Työterveyshuolto* (toim. M. Antti-Poika – K-P. Martimo – K. Husman), 181–189. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aro, T. 2010. Työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyysuhan arviointi. – Teoksessa *Työstä terveyttä* (toim. K-P. Martimo – M. Antti-Poika – J. Uitti), 204–209. 1.–2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Autti-Rämö, I. – Vainiemi, K. – Sukula, S. – Louhenperä, A. 2014. GAS-menetelmä. Osoitteessa http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf. 28.3.2014.
- Beck, A. T. – Steer, R. A. – Brown, G. K. 2004. BDI-II. Beckin depressioasteikko. Käsikirja. Helsinki: Psykologinen Kustannus Oy.
- Brusselmans, W. – Delplace, K. 2007. Social Security and Vocational Rehabilitation: the Belgian Model. – Teoksessa *Vocational Rehabilitation* (toim. C. Gobelet – F. Franchignoni), 245–259. France: Springer-Verlag.
- E-conomic 2014. Mitä tarkoittaa asiakastytyväisyys? Osoitteessa <http://www.e-conomic.fi/kirjanpito-ohjelma/sanakirja/asiakastytyvaisuus>. 18.4.2014.
- Ekholm, J. – Schüldt Ekholm, K. 2007. Vocational Rehabilitation: the Swedish Model. – Teoksessa *Vocational Rehabilitation* (toim. C. Gobelet – F. Franchignoni), 389–394. France: Springer-Verlag.
- Elinkeinoelämän keskusliitto 2012. EK:n työaikatiedustelun tulokset vuodelta 2011. Osoitteessa <http://ek.fi/wp-content/uploads/EKnty%C3%B6aikatiedustelun-tulokset.pdf>. 28.3.2014.
- Fialka-Moser, V. – Helceg, M. – Milanovic, M. – Czamay, D. – Hartter, E. 2007. Vocational Rehabilitation in Austria. – Teoksessa *Voca-*

tional Rehabilitation (toim. C. Gobelet – F. Franchignoni), 227–244. France: Springer-Verlag.

- Helander, N. – Kujala, J. – Lainema, K. – Pennanen, M. 2013. Avaimia asiakasläheisyyteen. Uudistuva verkostomainen palveluliiketoiminta. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Hinkka, K. 1998. Lyhytjaksoisen kuntoutuskurssin vaikuttavuus niskaoireisilla toimistotyötä tekeillä naisilla. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 36. Turku: Kelan tutkimuskeskus.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Härkäpää, K. 2002. Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. – Teoksessa Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta (toim. A-M. Aalto – H. Hurri – A. Järvikoski – J. Järvisalo – V. Karjalainen – H. Paatero – T. Pohjolainen – P. Rissanen), 29–44. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 267. Saarijärvi: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Ihalainen, R. – Rissanen, P. 2009. Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoinnin kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61. Sosiaali- ja terveysministeriö. Osoitteessa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10772.pdf. 28.3.2014.
- Ilmarinen, J. 2006. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Osoitteessa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8407.pdf. 28.3.2014.
- Ilmarinen, J. – Gould, R. – Järvikoski, A. – Järvisalo, J. 2006. Työkyvyn moninaisuus. – Teoksessa Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia (toim. R. Gould – J. Ilmarinen – J. Järvisalo – S. Koskinen), 17–34. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Järvikoski, A. – Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Järvikoski, A. – Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. – Teoksessa Kuntoutus (toim. P. Rissanen – T. Kallanranta – A. Suikkanen), 80–93. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kansaneläkelaitos 2011. Kelan avo- ja laitospuolisen kuntoutuksen standardi. Osoitteessa http://www.kela.fi/documents/10180/12149/aslak_standardi_lop_muut_03032011pdf.pdf. 28.3.2014.

- Kansaneläkelaitos 2012a. Kelan ASLAK-kurssien sisältö ja hakuohjeita. Osoitteessa http://www.kela.fi/documents/10180/12149/aslakohjeet110323_vuodelle_2012_ohje.pdf. 28.3.2014.
- Kansaneläkelaitos 2012b. Kelan kuntoutustilasto 2011. Osoitteessa [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_11_pdf/\\$File/Kunto_11.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_11_pdf/$File/Kunto_11.pdf?OpenElement). 28.3.2014.
- Kansaneläkelaitos 2012c. Kelan tilastollinen vuosikirja 2011. Osoitteessa [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/131112113750TL/\\$File/Vk_11.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/131112113750TL/$File/Vk_11.pdf?OpenElement). 28.3.2014.
- Kukkonen-Harjula, K. – Husu, P. – Suni, J. 2012. Terveyskunnan testauksen turvallisuusmalli. – Teoksessa Terveyskunnan testausmenetelmä terveystilokunnan edistämiseen (toim. J. Suni – A. Taulaniemi), 83–94. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kurki, M. 2004. Missä kunnossa kuntoutukseen, entä kuntoutuksen jälkeen? Tules- ja Aslak-kurssit pystyvyysarvioiden vahvistajina. Miina Sillanpää säätiön julkaisu A:6. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.
- Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Lahtinen, J. – Isoviita, A. 1998. Asiakaspalvelu ja markkinointi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lapin Kuntoutus Oy. 2014. Toiminta- ja työkyvyn tukemisessa. Osoitteessa http://www.invalidiliitto.fi/portal/kuntoutuskeskus/lappi/palvelut/toiminta-ja_tyokyvyn_tukemisessa/. 9.3.2014
- Mäkitalo, J. 2010. Työkyvyn ulottuvuudet. – Teoksessa Työstä terveyttä (toim. K-P. Martimo – M. Antti-Poika – J. Uitti), 162–169.1.–2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mäkitalo, J. – Suikkanen A. – Ylisassi H. – Linnakangas R. 2008. Kuntoutus ja työelämä. – Teoksessa Kuntoutus (toim. P. Rissanen – T. Kallanranta – A. Suikkanen), 522–546. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mänttari, A. 2012. Hengitys- ja verenkiertoelimistö. – Teoksessa Terveyskunnan testausmenetelmä terveystilokunnan edistämiseen. (toim. J. Suni A. – Taulaniemi), 213–260. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Nevala-Puranen, N. 1996. ASLAK-kurssien vaikutukset maatalousyrittäjien fyysiseen suorituskykyyn ja työtekniikkaan. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 10. Helsinki: Kelan oma-tarvepaino.

- Nevala-Puranen, N. 2001. Fyysinen toimintakyky ja sen arviointimenetelmät. – Teoksessa Työfysioterapia. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi (toim. R. Kukkonen – H. Hanhinen – R. Ketola – T. Luopajarvi – L. Noronen – P. Helminen), 46–104. 2. uudistettu painos. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.
- Nijhuis, F.J.N. – van Lierop, B.A.G. – Wichers, F. 2007. Vocational Rehabilitation in the Netherlands. – Teoksessa Vocational Rehabilitation (toim. C. Gobelet – F. Franchignoni), 367–377. France: Springer-Verlag.
- Näätänen, P. – Aro, A. – Matthiesen, S.B. – Salmela-Aro, K. 2003. Bergen Burnout Indicator 15. Helsinki: Edita Prima Oy.
- OECD. Organisation for Economic Cooperation and Development 2008. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers Vol 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. Osoitteessa http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers-vol-3_9789264049826-en#page1 28.3.2014.
- Paatero, H. – Lehmijoki, P. – Kivekäs, J. – Ståhl, T. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. – Teoksessa Kuntoutus (toim. P. Rissanen – T. Kallanranta – A. Suikkanen), 31–50. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pesonen, H-L. – Lehtonen, J. – Toskala, A. 2002. Asiakaspalvelu vuorovai-
kutuksena. Markkinointia, viestintää, psykologiaa. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Pesonen, H. 2014. Työkäisille tulee uusi kuntoutus. Lapin Kansa 2.1.2014, A8.
- Piirainen, K. – Kallanranta T. 2008. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. – Teoksessa Kuntoutus (toim. P. Rissanen – T. Kallanranta – A. Suikkanen), 94–110. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pohjolainen, T. – Malmivaara, A. 2008. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. – Teoksessa Kuntoutus (toim. P. Rissanen – T. Kallanranta – A. Suikkanen), 658–663. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Puumalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historia. – Teoksessa Kuntoutus (toim. P. Rissanen – T. Kallanranta – A. Suikkanen), 16–30. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pyyhtiä, L. 2009. Asiakkuus-kohtaamista, asiakkaan asettamaa arvoa, aineetonta pääomaa. Hieroja 2/2009, 12–14.

- Rautio, M – Husman, P. 2012. Työkäisten terveyden edistäminen-esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. – Teoksessa Terveiden edistäminen (toim. A-M. Pietilä), 165–190. 1.–2.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rautio, M. – Michelsen, T. 2013. TKI: Miten käytät Työkykyindeksi® -kyselyä. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy.
- Räihä, E. 2012. Uusi kuntoutuksen keskittymä Rovaniemelle. Lapin Kansa 27.10.2012. Ilmoitusliite 1.
- Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. – Teoksessa Kivunhoito (toim. E. Sailo – A-M. Vartti), 97–110. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sainio, P. – Koskinen, S. – Martelin, T. – Gould, R. 2006. Toimintakyky. – Teoksessa Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia (toim. R. Gould – J. Ilmarinen – J. Järvisalo – S. Koskinen), 135–150. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Saltychev, M. 2012. The Effectiveness of Vocational Oriented Medical Rehabilitation (ASLAK®) amongst Public Sector Employees. Väitöskirja.Turun yliopisto: Kansanterveystieteen laitos. Osoitteessa <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/76643/AnnalesD1007Saltychev.pdf?sequence=1>. 30.3.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kuntoutusselonteko. Osoitteessa <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>. 15.4.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015. Osoitteessa <http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>. 28.3.2014.
- Suni, J. 2005. Testaajan opas. UKK-terveyskuntotestit keski-ikäisille. UKK-instituutti.
- Suni, J. 2012. Kuntotestauksen laatuun vaikuttavat tekijät. – Teoksessa Terveystieteiden testaus-menetelmä terveystieteiden edistämiseen (toim. J. Suni – A. Taulaniemi), 60–82. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Suni, J. – Husu, P. 2012. Terveystieteiden mittaus: objektiivista tietoa yksilön fyysisen toimintakyvyn edellytyksistä. – Teoksessa Terveystieteiden testaus-menetelmä terveystieteiden edistämiseen (toim. J. Suni – A. Taulaniemi), 45–58. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- THL. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos. 2014. Mitä on eriarvoisuus toimintakyvyssä. Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/toimintakyky. 12.4.2014.

- Tirkkonen, M. 2012. ASLAK-kuntoutus vahvistaa työhyvinvointia valikoivasti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Osoitteessa <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66936/978-951-44-8904-4.pdf?sequence=1>. 15.4.2014.
- Tirkkonen, M. – Kinnunen, U. 2010. Työhyvinvointi vahvistuu varhaiskuntoutuksessa: ASLAK-kuntoutuksen ja Työhyvinvointikuntoremontin vaikuttavuus. Miina Sillanpään Säätiön julkaisu A:8. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Tirkkonen, M. – Kinnunen, U. – Kurki, M. 2009. Aslak-kuntoutuksen vaikuttavuus. Katsaus viimeaikaiseen suomalaiseen tutkimukseen. Kuntoutus 1/2009, 43–57.
- Toivonen, S. 2010. GAS-menetelmä: Fiksusta tavoitteen asettamisesta tavoitteen toteutumisen arviointiin. Fysioterapia 7/2010, 22–26.
- Turja, J. 2009. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Terveystieteen laitos. Osoitteessa: <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2007/107321Loppuraportti.pdf>. 30.3.2013.
- Työterveyslaitos 2014. Mitä työkyky on? Osoitteessa http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx. 30.3.2014.
- UKK-instituutti 2010a. Kävelytestin taustalla tieteellinen tutkimus. Osoitteessa http://www.ukkinstituutti.fi/kavelytesti/tutkimuksellinen_tausta. 30.3.2014.
- UKK-instituutti 2010b. Terveyskuntoa mittaavat testit keski-ikäisille. Osoitteessa http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/testaaminen/ukk-terveyskuntotestit/keski-ikaisten_terveyskuntotestit. 30.3.2014.
- UKK-instituutti 2010c. Valmistautuminen kävelytestiin. Osoitteessa <http://www.ukkinstituutti.fi/kavelytesti/valmistautumisohjeet>. 30.3.2014.
- UKK-instituutti 2013. UKK-kävelytesti–työkalu terveyden edistämiseen. Osoitteessa <http://www.ukkinstituutti.fi/kavelytesti>. 30.3.2014.
- United Nations 2006. Convention on the Rights of Person with Disabilities. Osoitteessa <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml#top>. 30.3.2014.

- Virtuaaliamk 2014a. Tutkimuksen reliabiliteetti. Osoitteessa <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html>. 19.4.2014.
- Virtuaaliamk 2014b. Tutkimuksen validiteetti. Osoitteessa <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413809750/1194415367669.html>. 18.4.2014.
- Weslie, L. 2008. Norwegian Vocational Rehabilitation Programs: Improving Employability and Preventing Disability? Memorandum 24/2008. University of Oslo: Department of Economics.
- WHO. World Health Organization 2004. ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- WHO. World Health Organization 2011. World report on disability. Osoitteessa http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf. 28.3.2014.

LIITTEET

Liite 1. Suostumuslomake

Liite 2. Tutkimusaineiston hankinnassa käytetyt mittarit

Liite 3. UKK-terveysseula-kyselylomake

Liite 4. Kipupiiirros, kipukysymys ja kipujana

Liite 5. Asiakaspalautekyselylomake

Liite 6. Toimeksiantosopimus

Liite 1.

Hyvä ASLAK-kurssilainen!

Opiskelen Rovaniemen Ammattikorkeakoulussa fysioterapian koulutusohjelmassa. Teen opiskeluuni liittyvää opinnäytetyötä ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuudesta sekä ASLAK-kuntoutujien asiakastyytyväisyydestä Lapin Kuntoutus Oy:ssä. Lapin Kuntoutus Oy voi hyödyntää tutkimustuloksia kehittääkseen ASLAK-kuntoutusta vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeita ja toiveita.

Luvan opinnäytetyöni toteuttamiseen olen saanut Lapin Kuntoutus Oy:n fysioterapian esimieheltä Marja Vartiaiselta (puh: 0407319215/e-mail: marja.vartiainen@lapinkuntoutus.fi).

Tulen hyödyntämään opinnäytetyössäni ASLAK-kurssilaisten ensimmäisellä ja viimeisellä kurssijaksolla suoritettujen fyysisen kunnon mittauksen, työkyvyn ja henkisen jaksamisen kyselyjen sekä asiakaspalvelulomakkeen tuloksia/vastauksia. Tulokset käsitellään nimettömänä ja täysin luottamuksellisesti eikä henkilöllisyyttäsi pystytä tunnistamaan.

YHTEISTYÖSTÄ KIITTÄEN

ft-opiskelija Piiku Oivakumpu (e-mail: merja.oivakumpu@edu.ramk.fi)

Opinnäytetyön ohjaajat:

Kaisa Turpeenniemi
Yliopettaja, FT, KL, ThM (fysioterapia)
kaisa.turpeenniemi@ramk.fi
Puhelin 020 798 5640

Mika Rahkola
Lehtori, TtM
mika.rahkola@ramk.fi
Puhelin 020 798 5635

Suostun allekirjoituksellani siihen, että tietojani saa käyttää tutkimuksen tekemiseen.

Liite 2.

Mittari	Mitä mittaa	Arviointiasteikot
UKK-terveyskuntotestit	<ul style="list-style-type: none"> - fyysinen aktiivisuus: kokonaisuus: monipuolisuus - motorinen kunto: dynaaminen ja staattinen tasapaino - tuki- ja liikuntaeliöstö: notkeus - tuki ja liikuntaeliöstö: lihasvoima ja lihaskestävyys - kehon koostumus: painoindeksi BMI ja vyötärön ympäryys 	<p>Kuntoluokat 1-5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1=selvästi keskimääräistä heikompi tulos - 2=jonkin verran keskimääräistä heikompi tulos - 3=keskimääräinen tulos - 4=jonkin verran keskimääräistä parempi tulos - 5=selvästi keskimääräistä parempi tulos <p>Vyötärön ympäryksessä vain kolme kuntoluokkaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1=huomattava terveysriski - 3=lievä tai kohtalainen terveysriski - 5=normaali tai tavoitetaso
UKK-kävelytesti	<ul style="list-style-type: none"> - aerobinen kunto: arvioitu maksimaalinen aerobinen teho (VO2max) 	<p>Kuntoindeksipisteiden mukaan jaetut kuntoindeksiluokat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuntoluokka 1: <70 pistettä= keskimääräistä huomattavasti matalampi kuntotaso - Kuntoluokka 2: 70–89 pistettä= keskimääräistä vähän matalampi kuntotaso - Kuntoluokka 3: 90–110 pistettä= keskimääräinen kuntotaso - Kuntoluokka 4: 111–130 pistettä= keskimääräistä vähän korkeampi kuntotaso - Kuntoluokka 5: >130 pistettä= keskimääräistä huomattavasti korkeampi kuntotaso

BBI-15	työuupumus	<p>Työuupumuksen tasot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0–75 persenttiili= ei työuupumusta - 75–84 persenttiili= lievä työuupumus - 85–94 persenttiili= kohtalainen työuupumus - 95–100 persenttiili= vakava työuupumus
Työkykyindeksi®	työkykyisyys	<p>Työkyvyn tasot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7–27 pistettä= huono työkyky - 28–36 pistettä= kohtalainen työkyky - 37–43 pistettä= hyvä työkyky - 44–50 pistettä= erinomainen työkyky
Beck Depression Inventory II	masennus	<p>Masennuksen tasot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0–13 pistettä= vähäinen masennus - 14–19 pistettä= lievä masennus - 20–28 pistettä= kohtalainen masennus - 29–63 pistettä= vakava masennus
Asiakaspalaute-lomake	asiakastyytyväisyys, koettu kuntoutuksen hyödyllisyys	<ul style="list-style-type: none"> - 1=erittäin huonosti - 2=huonosti - 3=ei hyvin/ei huonosti - 4=hyvin - 5=erittäin hyvin

Liite 3.


UKK-instituutti

 Kauppinpuistonkatu 1
 PL 30, 33501 Tampere

puh. (03) 282 9111

faksi (03) 282 9200

www.ukkinstituutti.fi

UKK-terveysseula

LIIKKUMISEN TURVALLISUUDEN JA SOPIVUUDEN ARVIOINTIKYSELY

Terveystilaa

7. Miten arvioit terveydentilääsi?

1	erinomain
2	hyvä
3	keskeinen
4	huono
5	erittäin huono

 3. Riippuu ja riippuu liikunta-
 kunto osiin (vast. kukaan)

- ei yhtään liikunta-osa
 vähän liikunta-osa
 liikunta-osa

Hyvä vastaaja!

Ole hyvä ja lue huolellisesti terveysseulan kysymykset ja
vastaa niihin parhaan tietämyksesi mukaan.

Nimi _____	Ikä _____	Päiväys _____
------------	-----------	---------------

Allekirjoitus _____

Kiitos!

Rengasta sopiva vaihtoehto ja täydennä tarvittaessa puuttuvat tiedot niille varattuun kohtaan.

Fyysinen aktiivisuus

1. Työni ruumiillinen rasitus on

kevyttä	1
keskiraskasta	2
raskasta	3
en ole työssä	4

2. Mihin seuraavista vapaa-ajan liikuntaryhmistä kuulut?

Ajattele **kolmea viime kuukautta** ja ota huomioon kaikki sellainen vapaa-ajan fyysinen rasitus, joka on kestänyt kerrallaan vähintään 20 minuuttia. Rengasta sopiva vaihtoehto/sopivat vaihtoehdot.

- 1 Ei juuri mitään liikuntaa joka viikko
- 2 **Verkkaista tai rauhallista** liikuntaa yhtenä tai useampana päivänä viikossa
Miten monena päivänä? _____

- 3 **Ripeää ja reipasta** liikuntaa
Kuinka usein (rasti ruutuun)

- noin kerran viikossa
- kaksi kertaa viikossa
- kolme kertaa viikossa
- ainakin neljä kertaa viikossa

Liikunta on **ripeää ja reipasta**, kun se aiheuttaa ainakin jonkin verran hikoilua ja hengityksen kiihtymistä.

3. Mitkä ovat olleet tavallisimmat liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muotosi viime aikoina?

tavallisin liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muoto

toiseksi tavallisin liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muoto

kolmanneksi tavallisin liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muoto

4. Onko vapaa-ajan liikuntasi määrä muuttunut viimeksi kuluneen kolmen kuukauden aikana verrattuna sitä edeltävään aikaan?

- 1 määrä on lisääntynyt
- 2 ei olennaisia muutoksia määrässä
- 3 määrä on vähentynyt

5. Millaiset mahdollisuudet (aika, raha, liikuntapaikat, ohjaus) sinulla on nykyisessä elämäntilanteessasi harrastaa liikuntaa?

- 1 hyvät mahdollisuudet
- 2 kohtalaiset mahdollisuudet
- 3 huonot mahdollisuudet

6. Miten kiinnostunut olet harrastamaan liikuntaa?

- 1 erittäin kiinnostunut
- 2 jonkin verran kiinnostunut
- 3 en ole kiinnostunut

Terveydentila

7. Miten arvioit terveydentilasi?

- 1 erittäin huono
- 2 huono
- 3 kohtalainen
- 4 hyvä
- 5 erittäin hyvä

8. Miten arvioit fyysisen kuntosi verrattuna ikätovereihisi?

- 1 selvästi huonompi
- 2 jonkin verran huonompi
- 3 yhtä hyvä
- 4 jonkin verran parempi
- 5 huomattavasti parempi

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rengastamalla joko kyllä tai ei.

- 9. Onko sinulla lääkärin toteamaa sydämen, verenkierto- tai hengityselimistön sairautta?** kyllä ei
Mikä _____
- 10. Esiintyykö sinulla rintakipu ja tai hengenahdistusta**
levossa kyllä ei
rasituksessa kyllä ei
- 11. Sairastatko verenpainetautiä tai onko lääkäri todennut verenpaineesi olevan kohonnut?** kyllä ei
- 12. Oletko tupakoinut säännöllisesti viimeisen 6 kk:n aikana?..** kyllä ei
- 13. Pyörryttääkö sinua usein tai kärsitkö huimauksesta?** kyllä ei
- 14. Onko sinulla lääkärin toteama tulehduksellinen nivelsairaus?** kyllä ei
- 15. Onko sinulla selkävaivoja tai muita tuki- ja liikunta-elinten pitkäaikaisia tai usein toistuvia vaivoja?** kyllä ei
Mitä _____
- 16. Onko sinulla jokin muu omaan terveyteesi liittyvä syy (jota ei edellä ole vielä mainittu), jonka takia sinun ei tulisi osallistua liikuntaan, vaikka itse haluaisitkin?** kyllä ei
Mikä _____
- 17. Käytätkö tällä hetkellä lääkkeitä?.....** kyllä ei
Jos vastasit kyllä eli sinulla on säännöllinen lääkitys (joko lääkärin määräämänä tai itse aloitettuna), luettele **lääkkeiden nimet, annostelu ja käyttötarkoitus.**

- 18. Oletko viimeisen kahden viikon aikana sairastanut jotain tartuntatautiä (flunssa, kuume?** kyllä ei
Mitä _____
- 19. Oletko viimeksi kuluneen vuorokauden aikana nauttinut runsaasti alkoholia (enemmän kuin 2 ravintola-annosta)?** kyllä ei

Asiantuntijan arvio jatkotoimenpiteistä

- Sinulla ei ole terveydellisiä esteitä kohtuukuormitteiselle liikkumiselle.
- Suosittelen _____ neuvontaa.
(ammattihenkilö)
- Lääkärissä käynti on tarpeen ennen kohtuukuormitteisen tai rasittavan liikumisen lisäämistä

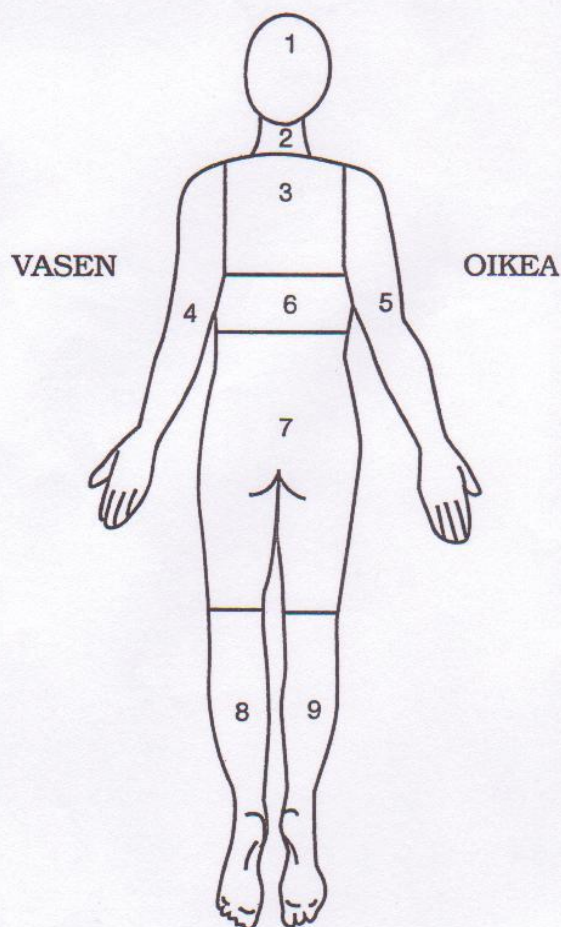
Liite 4.

KIPUPIIRROS

Merkitse allaolevaan ihmishahmoon koko "kipeä" alue ja kaikki paikat, missä on ollut kipua viimeksi kuluneen seitsemän vuorokauden aikana, siis myös esim. säteilykivun alueet. Käytä alla olevia merkkejä:

särky, jomotus, pistävä kipu XXXXXX

väsyminen, jäykkyys, puutuminen OOOOO



Mikä luku mielestäsi vastaa parhaiten **juuri tällä hetkellä** tuntemaasi pahinta kipuoireen voimakkuutta. Rengasta sopiva vaihtoehto.

- 0 ei ollenkaan kipua
- 0,5 erittäin heikko (juuri havaittava)
- 1 hyvin heikko
- 2 heikko (vähäinen)
- 3 kohtalainen
- 4 melko voimakas
- 5 voimakas
- 6
- 7 hyvin voimakas
- 8
- 9
- 10 erittäin voimakas kipua

Merkitse allaoleville viivoille "X" (vain yksi) sille kohdalle, mikä parhaiten vastaa kokemaasi kipua tai toiminnan rajoitusta viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana.

Esimerkki:



1. KUINKA PAHA KIPUSI ON?

Ei lainkaan kipua

Pahin mahdollinenkipu



2. VAIKUTTAAKO KIPU ELÄMÄNTAPAASI?

Ei lainkaan

On muuttanut täysin



3. KUINKA PAHA KIPUSI ON YÖLLÄ?

Ei lainkaan kipua

Pahin mahdollinenkipu



4. JOUDUTKO KÄYTTÄMÄÄN SÄRKYLÄÄKKEITÄ KESTÄÄKSESI KIPUSI?

En tarvitse lainkaan

Joka päivä useita tabletteja



5. KUINKA JÄYKKÄ SELKÄSI TAI NISKASI ON?

Ei lainkaan jäykkyyttä

Täysin jäykkä



6. VAIKEUTTAAKO KIPU PAIKALLAAN SEISOMISTA?

Voin seistä niin kauan kuin haluan

En voi seistä lainkaan



7. KUINKA PALJON KIPU RAJOITTAÄ LIKUNTA-AKTIVITEETTIASI?

Ei rajoita lainkaan

Kipu estää täysin



8. VAIKEUTTAAKO KIPU VARTALON TAI PÄÄN KIERTÄMISTÄ?

Voin kiertää ilman ongelmia

Kipu estää kierron täysin



9. HAITTAAKO KIPU ISTUMISTA?

Ei haittaa lainkaan

En voi istua lainkaan



10. KUINKA PALJON KIPU RAJOITTAÄ NORMAALIA ELÄMÄNTAPAASI?

Ei rajoita lainkaan

Estää täysin



11. HAITTAAKO KIPU TYÖNTEKOASI?

Ei haittaa lainkaan

Kipu estää täysin



Liite 5.

Lapin Kuntoutus Oy

ASIAKASPALAUTEKYSELY
Työelämäkuntoutus
Jaksotetut kurssit

Henkilökunta täyttää

Ajankohta: _____ kk / 20 _____ v

Mikä kuntoutusmuoto

- Aslak _____ -ryhmä
- Tyk _____ -ryhmä
- S-kurssi _____ -ryhmä
- 12\$ _____ -ryhmä
- Toteuttava linja: _____

Haluaisin kiinnittää enemmän huomiota

Arvoisa asiakkaamme

Antamasi palaute on meille erittäin tärkeää kehittäessämme toimintaamme. Pyydämme Sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti.

Taustatiedot:

1. Sukupuoli:

- Nainen
- Mies

2. Ikä: _____



Pyydämme Sinua arvioimaan seuraavia asioita asteikolla 1 – 5.

1 = heikoin arvosana, 5= paras arvosana. Ympyröi valitsemasi numero.

	erittäin huonosti	huonosti	ei hyvin/ ei huonosti	hyvin	erittäin hyvin
2. Sain ohjausta ja neuvontaa laitoksen tavoista ja tiloista sekä kuntoutukseen liittyvistä asioista jakson aikana	1	2	3	4	5

Olisin kaivannut enemmän tietoa _____

3. Minua kuultiin ja mielipiteeni huomioitiin jakson aikana	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Olisin kaivannut enemmän huomioimista _____

4. Liikunta- ryhmätilojen toimivuus	1	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---	---

Haluaisin kiinnittää enemmän huomiota _____

Kiitos palautteesta!

	erittäin huono	huono	ei hyvä/ ei huono	hyvä	erittäin hyvä
5. Majoitustilojen toimivuus	1	2	3	4	5

Haluaisin kiinnitettävän enemmän huomiota _____

Arvosta salikattamms

6. Henkilökunnan ystävällisyys ja palvelualltius	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Haluaisin kiinnitettävän enemmän huomiota _____

7. Henkilökunnan ammattitaito	1	2	3	4	5
-------------------------------	---	---	---	---	---

Haluaisin kiinnitettävän enemmän huomiota _____

	erittäin huonosti	huonosti	ei hyvin/ ei huonosti	hyvin	erittäin hyvin
8. Koin hyötyneni kuntoutusjaksostani	1	2	3	4	5

Haluaisin kiinnitettävän huomiota _____


MITÄ VIELÄ HALUAISIN SANOA

- Muu palaute toimintamme kehittämiseksi (mielipiteitä, parannusehdotuksia, toivomuksia ...)

Kiitos palautteestasi

Y:\Toimintakäsikirja ja liitteet\liitteet\5.Kuntoutustoiminta\5.5.4. Toteuttaminen\Asiakaspalautekysely osa 2, Työelämäkuntoutus jaksotetut kurssit, 2011, versio 2.doc, 18.2.2011

Liite 6.

 Rovaniemen ammattikorkeakoulu University of Applied Sciences		Lomake A3
TOIMEKSIANTOSOPIMUS		
Toimeksi-antaja	Nimi (esim. yritys) Lapin Kuntoutus Oy Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Marja Vartiainen, 0407319215, marja.vartiainen@lapinkuntoutus.fi	
	Työn aihe Asiakuntoutuksen vaikuttavuus ja asiakastytyväisyys Lapin Kuntoutus Oy:ssä	
Tekijä	Nimi Merja Oivakumpu	Opiskelijanumero 1100170
	Katuosoite [redacted]	Postinumero 96600
	Puhelin [redacted]	Postitoimipaikka Rovaniemi
	Koulutusala ja -ohjelma fysioterapian koulutusohjelma	Sähköpostiosoite merja.oivakumpu@edu.ramk.fi
Ohjaaja	Nimi Kaisa Turpeenniemi	Ryhmätunnus A705F11
	Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Terveys- ja liikunta-ala, Porokatu 35, 96400 Rovaniemi	Oppiarvo ja tehtävänimike Yliopettaja, FT, KL, ThM (fysioterapia)
	Puhelin 020 798 5640	Sähköpostiosoite kaisa.turpeenniemi@ramk.fi
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumen-tointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraportit ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
	Työ on vapaasti lainattavissa ammattikorkeakoulun kirjastossa.	<input checked="" type="checkbox"/>
Omistus- ja käyttö-oikeudet	Työn tulokset ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta. Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.	<input checked="" type="checkbox"/>
Lisäksi sovitaan		<input type="checkbox"/>
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Rovaniemi 25.3.2013	<i>Marja Vartiainen</i>
Tekijä	Rovaniemi 25.3.2013	<i>Merja Oivakumpu</i>
Ohjaaja	Rovaniemi 25.3.2013	<i>Kaisa Turpeenniemi</i>
Rovaniemen ammattikorkeakoulu Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI puh.020 798 4000 (vaihe), faksi 020 798 5499 opintotoimisto@ramk.fi www.ramk.fi		