

Ilkka Vuorikuru (toim.)

MIELENTERVEYSKUNTOUTUS JA TYÖHÖN PALUU

© Kalevi Sorsa –säätiö ja kirjoittajat.

Ulkoasu: Harri Heikkilä

Taitto: Fredrik Bäck

Paino: Bookwell Oy Jyväskylä 2012

ISBN 978-952-5689-44-0 (nid.)

ISBN 978-952-5689-45-7 (pdf)

Julkaisu on osa Työelämän keskeiset muutokset 2010-luvulla -projektia ja toteutettu Palkansaajasäätiön rahoituksella.

*Ilkka Vuorikuru (toim.)*

# MIELENTERVEYSKUNTOUTUS JA TYÖHÖN PALUU



# Sisällys

<b>1. Johdanto: Maailman paras työelämä?</b> .....	7
<i>Ilkka Vuorikuru</i>	
<b>2. ”Olemme unohtaneet kunniantunnon”</b> .....	15
<i>Pirkko Lahti</i>	
<b>3. Mielenterveyskuntoutus etsii paikkaansa</b> .....	29
<i>Ilpo Vilkkumaa</i>	
<b>4. Miten työhönpaluuta voidaan jouduttaa?</b> .....	49
<i>Ilkka Vuorikuru</i>	
<b>5. Voimavaravalmennuksen käyttö kuntoutuksessa</b> .....	67
<i>Jyrki Rinta-Jouppi</i>	
Kirjoittajat .....	83

1.



# Johdanto: Maailman paras työelämä?

ILKKA VUORIKURU

Suomessa masennusperäiset sairauslomat ovat lisääntyneet tasaisesti 2000-luvun aikana. Samaan aikaan kun työurien pituutta yritetään tukea työelämän alku ja loppupäässä, on alettu puhua työelämän laadusta, jolla tarkoitetaan muun muassa sairauspoissaolojen vähentämistä ja lyhentämistä. Tilanteen parantamiseksi on tarjottu ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ensisijaisuutta. Sen lisäksi, olisi myös työhön palaamisen prosessia vauhditettava ja kehitettävä.

Suomen työelämän laadusta ja etenkin masennusperäisistä sairauspoissaoloista on tehty selvityksiä ja niiden ongelmia ratkomaan on perustettu useita projekteja. Tuorein näistä on korkean profiilin Masto-hanke (2007–2011), joka ankkuroituu aiempaan tutkimukseen ja esittää tiiviisti ja selkeästi hyväksi havaitut käytännöt. Maston yhteydessä järjestettiin laajalti koulutusta ja seminaareja, ja yhtenä tuloksena voi pitää sitä, että Suomessa on ruvettu puhumaan osatyökykyisistä sen sijaan, että ihmiset luokiteltaisiin työkykyisiksi tai -kyvyttömiksi.<sup>1</sup>

Työelämän ja masennuksen kysymykset nousivat todenteolla politiikan kohteeksi 2000-luvulla, kun todettiin masentuneisuudesta aiheutuneen työkyvyttömyyden kaksinkertaistuminen 10 vuoden ajanjaksolla.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Ks. *Masto 2011*, 63.

<sup>2</sup> *Masto 2011*, 7; 21.

2000-luvulla Suomessa keskusteltiin myös työelämän muutoksesta ja esimerkiksi niin sanotun tietotyön ja työelämän epävarmuuden katsottiin usein ruokkivan työperäistä masennusta. Yhtä kaikki, masennuksesta alettiin puhua epidemiana. Julkisuudessa masennuksen lisääntyminen koettiin merkittäväksi työelämän riskitekijäksi ja ratkaisuksi esitettiin varhaista puuttamista ja parempaa johtamista. Varhainen tarttuminen ongelmiin on mahdollista, mikäli työpaikalla noudatetaan Käypä hoito –suosituksia. Masennuksen hoidossa varhainen hoitoonohjaus on ensisijainen toimenpide.<sup>3</sup> Työkykyjohtamisen malleja onkin kehitetty useita ja yksituumaisesti niissä peräänkuulutetaan työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon tiiviimpää yhteistyötä.<sup>4</sup>

Vaikka keskustelua on käyty vuosia, mielen terveystyön saralla on vielä runsaasti tehtävää. Masto-hanke on näissä oloissa poikkeuksellisen laaja ja konkreettinen, ja mikäli sen tuloksia työstetään hyviksi käytännöiksi, suomalaisen työelämän laadun voisi näiltä olettaa parantuvan.

Voisiko suomalainen työelämä olla maailman parhainta? Aiheella on helppo leikitellä mutta määrätietoisella yhteistyöllä voidaan saavuttaa paljon todellisia tuloksia. Työhyvinvoinnista käytävässä keskustelussa mielipiteet tuntuvat kärjistyvän herkästi. Sen sijaan, että tässä teoksessa yritettäisiin etsiä syyllistä työhyvinvoinnin tilaan, tarkoitus on tuoda eräitä keskustelussa havaittuja seikkoja esille.

Masennussairauksiin suhtautumisessa on edistytty. Masennus ei ole enää tabu, mutta siitä puhuminen työpaikalla on haastavaa. Masennus nähdään nykyisin työkykyä alentavana sairautena, josta voi toipua. Sitä ei enää pidetä ihmisen henkilökohtaisena epäonnistumisesta. Tämä liittyy myös käsitykseen työurasta, jossa masennusjaksoa voidaan tarkastella jopa työuraan kuuluvana ilmiönä. Tarkoitus ei tällä huomautuksella ole normalisoida masennusta, vaan korostaa sitä, ettei sen kohdannutta tarvitse luonnehtia lopullisesti menetyksi. Mielen terveystyön tulisi nähdä paluukaistana työelämään, jolloin työkyvyttömyyseläkkeelle päätyisivät ne, joita ei syystä tai toisesta kyettä kunnouttamaan. Hyvinvointivaltion on taattava myös heille laadukkaat palvelut ja ihmisarvoinen elämä.

---

<sup>3</sup> Partanen 2009, 62–63.

<sup>4</sup> Masto 2008, 17; 90.



Työhyvinvointi tehostaa organisaation toimintaa. Työntekijän omanarvontunto ja kyky ennakoida tulevaisuutta vaikeidenkin taloudellisten aikojen vallitessa heijastuu myönteisesti työkykyyn. Hyvä johtaminen ei tarkoita johtajan persoonallisella tasolla erinomaista suoriutumista vaan se rakentuu pikemminkin hyvistä käytännöistä ja avoimuudesta. Suomi on matalien hierarkioiden maa, eikä esimiehen ja työntekijän välillä ole sellaista kulttuurista kuilua kuin joissain muissa maissa. Tämä on vahvuus mutta se edellyttää myös molemminpuolista luottamusta.

Työhyvinvointia koskevien toimenpiteiden luominen yhdessä on hyvältä rakentaa luottamusta. Hyvinvointiohjelmassa todentuu ennakoitavuus, mikä vähentää työstressiä. Aivan varmasti tämä myös helpottaa henkilöstöjohtamista. Työhyvinvointiohjelma sisältää prosessikuvauksen ja vastuut sekä esimiehille että työntekijöille. Tarvittaessa työterveyshuolto voi tarjota koulutusta ohjelmien toteutumisen tueksi. Hyvinvoiva henkilöstö on työhönsä sitoutunutta ja motivoitunutta. Vaikeistakin työtehtävistä voi selviytyä, jos kokee työympäristön kannustavana ja palkitsevana.

Työhön paluuta koskevan suunnitelman tulisi sisältää ennaltaehkäisyä ja varhaisen puuttumisen lisäksi myös selkeä kuvaus siitä, miten henkilöön pidetään yhteyttä sairauspoissaolon aikana ja kuka esimies on velvollinen yhteyttä pitämään. Työpaikalle palaamista on myös suunniteltava ja työtehtävät on muotoiltava alussa esimerkiksi osa-aikaisiksi tai muuten kevennetyiksi. Työterveyshuolloilta hankittu palvelu kattaa usein näihin toimenpiteisiin liittyvän koulutuksen ja seurannan.

Työpaikoilla voidaan puuttua käytännön asioiden järjestelyyn, mutta myös työterveyshuollon roolia on merkittävästi korostettava. Työterveyshuolto kykenee tarjoamaan erinomaisia palveluja mutta valitettavasti hoitosopimukset eivät useinkaan kata masennukseen liittyviä hoitotoimenpiteitä. Työnantajan olisi nähtävä masennuksen ennakointi ja oikea-aikainen hoito suorana sijoituksena oman yrityksensä kannattavuuteen. Työnantajan on tärkeä muistaa, että hän tällöin maksaa palvelusta, joka vie vaikeiden käytännönongelmien ratkaisemisen ammattilaisten huoleksi. Tarvittaessa tästä tulisi säätää lailla, mutta työmarkkinoiden kannalta olisi parempi, jos työnantajat omaksuisivat käytännöt kulttuurisen muutoksen myötä, mieluummin kuin pakon sanelemina.

Työelämään aktivoivien toimenpiteiden ulottaminen myös kaikkein heikoimmassa asemassa oleviin leikkaa pitkällä tähtäimellä kokonaistaloudellisia kustannuksia. Nuorten yhteiskuntatakuu on hyvä esimerkki oikeansuuntaisesta ajattelusta, jossa laajaksi revennyttä ongelmaa on ruvettu ratkomaan vahvistamalla työmarkkinoita ja hyvinvointia tukevia rakenteita. Vastaava menettely olisi paikallaan myös kamppailussa työkyvyttömyyden ja pitkäaikaisten sairauslomien ratkaisemisessa.

Ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä voitaisiin toteuttaa laajemmassa mittakaavassa kuin nykyisin tehdään. Samaan aikaan on panostettava oikea-aikaiseen hoitoonohjaukseen. Kun ihminen on ajautumassa pitkälle sairauslomalle, hänelle on välittömästi tarjottava laadukkaita tukipalveluita. Näiden palvelujen tarkoitus on tukea työhön paluuta, mikä tässäkin kirjoituskokoelmassa todetaan useaan otteeseen aivan mahdolliseksi ja jopa todennäköiseksi toimenpiteiden lopputulokseksi. Palvelujen on myös oltava räätälöityjä, mikä tarkoittaa ongelmaryhmien parempaa tunnistamista. Kyse ei ole vain yhdestä ”avohoidon” ryhmästä, vaan joukosta ihmisiä, joka jakautuu useiksi erilaisiksi ryhmiksi. Tässä kirjoituskokoelmassa esiteltyä nuorten voimavaravalmennusta voidaan räätälöidä myös muille ryhmille sopivaksi.

Tietoa ja osaamista työhön palaamisen ratkaisemiseksi on, mutta jostain syystä niitä ei laajamittaisesti käytetä. Mahdollisesti tämä johtuu politiikan agendasta, eli aiheen taakse ei ole kasvanut riittävä painetta. Tämä ei ole kenenkään yksittäisen poliitikon tai puolueen vika, vaikka mikä tai kuka tahansa heistä voisi pyrkiä osoittamaan johtajuutta ongelman edessä. Pirkko Lahti esittää tämän kannan haastattelussaan syytöksen muodossa. Sitä ei tarvitse syytöksenä esittää, mutta etenkin taloudellisen epävarmuuden aikana vetäytyminen työelämän toimivuuden kannalta keskeisen ongelman edessä ei ole järkevää politiikkaa. Järkevää on vahvistaa linjaa, sieltä, mistä se helpoimmin murtuu.

Tämän raportin keskeiseksi teemaksi valikoitui työhön paluun jouduttaminen. Suomessa hälyttävän moni työkäinen ajautuu pitkittyneen sairausloman jälkeen työkyvyttömyyseläkkeelle, vaikka useimmissa tapauksissa oikea-aikainen ja laadukashoito auttaisi palaamaan työelämään. Tämä lisäisi yksilötasolla hyvinvointia, mutta olisi myös kokonaistaloudellisesti ja työ-

markkinoiden tehokkuuden näkökulmasta erittäin tarpeellista. Työelämän poissaolojaksojen lyhentäminen on myös merkittävä työurien pidentäjä.

Lääketieteen lisensiaatti Pirkko Lahti on Suomen mielenterveysseuran entinen toiminnanjohtaja. Haastatteluartikkelissa hän käsittelee suomalaisen mielenterveyskulttuurin ja hoitojärjestelmän ongelmia. Esiin nousee masennus kulttuurisena ilmiönä sekä yhteiskunnan arvojen merkitys yleiselle hyvinvoinnille. Lahden haastattelussa käsitellään konkreettisesti avohoitotilaiden, eli usein juuri masentuneiden, valtavaa joukkoa.

Ilpo Vilkkumaa käsittelee suomalaisen kuntoutusjärjestelmän historiaa. Hän osoittaa puheenvuorossaan mielenterveyskuntoutusjärjestelmän kehityksen eri vuosikymmeninä. Hän painottaa erityisesti tarvetta saada järjestelmään selkeämpi ohjaus.

Ilkka Vuorikuru kirjoittaa työhön paluun järjestelmistä työpaikoilla. Suomessa on toteutettu lukuisia hankkeita ja tutkimuksia, joissa työhyvinvointikäytäntöjä on kuvattu ja osoitettu toimiviksi. Siitä huolimatta työterveyshuollon, työnantajan, kuntoutuspalvelujen ja työntekijöiden välinen yhteistoiminta ei ole kehittynyt odotetusti. Artikkelissa esitellään yksi malli, jota noudattamalla työpaikoilla voidaan tukea masennusperäisistä oireista kärsiviä työntekijöitä ja työhön paluuta.

Kokoelman päättää Jyrki Rinta-Jouppi, joka on työskennellyt vuosia erityisesti syrjäytyneiden tai syrjäytymisuhan alla elävien nuorten parissa. Suomen mielenterveyden keskusliiton Aamos-hankeessa kehitetty ”voimavaravalmennus” on tarkoitettu masentuneiden avuksi ennen kuin he aloittavat varsinaisen työelämäkuntoutuksen. Aamos-hankkeessa todettiin, että voimavarojen puuttuessa ei työelämävalmennuskaan tehonnut ja aktivoiviksi ajatellut toimenpiteet epäonnistuivat. Rinta-Joupin puheenvuoro esittelee sekä voimavaravalmennusta että valmennettavien asemaa Suomessa.

## Lähteet

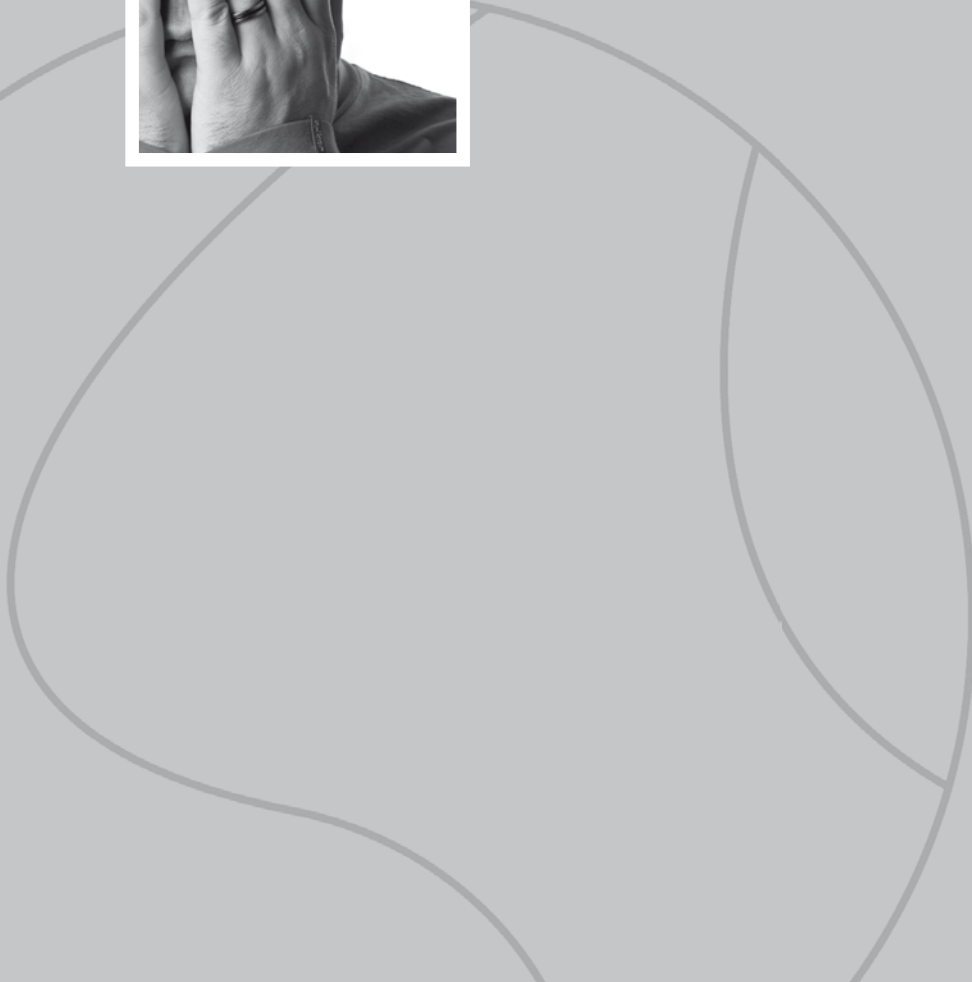
*Partanen, Airi* (2009) Mielenterveys- ja päihdetyön ohjelmat. Teoksessa: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino: Helsinki.

*STM* (2011) Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö  
2011: 15. STM: Helsinki.

*STM* (2007) Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden  
vähentämiseen tähtäävä (MASTO) hanke. 2007: 89. STM: Helsinki.



2.



# ”Olemme unohtaneet kunniantunnon”

PIRKKO LAHTI -HAASTATTELU

## KEITÄ OVAT MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAT?

**Ilkka Vuorikuru:** Keitä ovat mielenterveyskuntoutujat?

**Pirkko Lahti:** Mielenterveysalan yksi suuri ongelma on se, kuka oikeastaan on mielenterveyspotilas. Yhteiskunnan arki on mennyt sellaiseksi, että erilaisten kriisien ja elämäntilanteiden takia mielenterveyskenttään tulee paljon ihmisiä, potilaita. Käytännössä se heikentää varsinaisesti mielenterveyden ongelmista tai häiriöistä kärsivien hoitoa. Aika pitäisi pystyä priorisoimaan oikein. Elämän kriisien kanssa kamppailevat ja niin sanotut klassiset mielenterveyspotilaat ovat tavallaan vastakkain, emmekä me voi mennä sanomaan, kumpi on se tärkeämpi. Asiaa voisi tarkastella niin, että kyseessä on erottelu kriisihoidon ja pitkäaikaisen kuntoutushoidon välillä.

Kriisihoidossa ja mielenterveyskentässä yleensä, hoito ja kuntoutus kohtaavat epäselvässä rajapinnassa. Fyysisistä vammoista kärsivä ihminen voidaan esimerkiksi leikata ja siirtää sitten kuntoutukseen. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutus ja tervehtyminen siksakkaavat. Sairauden kuva on toisin sanoen ihan erilainen eikä perinteinen sairaus-terveys-ajattelu niin muodoin toimi.

Tästä seuraa se, että mielenterveyskuntoutukseen ei käytännössä muodostu jonoja. Ihmiset tulevat hoitoon yleensä huonokuntoisina, jolloin hoito käynnistyy välittömästi. Esimerkiksi sairaalan psykiatriselle poliklinikalle saapuvalle annetaan kolmen kuukauden lääkeresepti ja laitetaan kotiin. Näin kun toimitaan, ei jonoja synny.

### **Pitäisikö mielenterveyden häiriöitä sitten miettiä enemmän subjektiivisen kokemuksen näkökulmasta?**

Suomessa tunnutaan rakastavan metristä mittaamista. Joissakin sairauksissa voidaan mitata jokin arvo, johon hoitotoimenpiteet perustuvat. Kun potilaalla todetaan kohonnut verenpaine tai pahentuneet verensokeriarvot, koneisto käynnistyy välittömästi. Kun potilas sanoo, että ”minulla on paha olla, olen ihan lopussa”, niin silloin ruvetaan selvittämään, onko kuitenkaan niin paha olla, että jotain on todella tehtävä. Usein käy niin, että potilasta kuunnellaan hetki ja ohjataan takaisin kotiin.

Tämä kaikki, vaikka onkin nyt kärjistys, johtaa siihen, että kun rahoitusta ruvetaan jakamaan, psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen sitä on vaikea perustella. Ei ole sellaista faktanäyttöä, johon rahantarve voidaan perustaa. Minusta tuntuu, että tätä subjektiivisen kokemuksen merkitystä ei tulla koskaan arvostamaan niin paljon kuin helposti mitattavia terveysarvoja.

### **ONKO MAAILMA MUUTTUNUT MASENTAVAMMAKSI?**

**Sanotaan, että maailma on muuttunut ja ihmiset oirehtivat sen takia. Mitkä ovat nykyajan yleisimmät mielenterveyden häiriöt?**

Vakavien mielenterveyden häiriöiden määrät eivät ole kasvaneet viimeaikoina, mutta viimeisen kolmenkymmenen vuoden kehityksessä näkyy esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön lisääntyminen. Kehittyneemmällä diagnostiikalla osataan nykyisin identifoida kolme tai jopa neljä erilaista kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyyppiä.

Myös erilaiset pakkoneuroosit ovat lisääntyneet. Olen hirveästi yrittänyt miettiä, mistä tällainen obsessiivinen käyttäytyminen voisi kertoa. Yksi vas-



taus voi juuri olla tuo yhteiskunnan muuttuminen nopeatempoisemmaksi. Ympäristö on niin muuttuva, että ihminen rakentaa suojakseen erilaisia rutiineja. Turvalliset rutiinit suojaavat itseä silloin, kun ympäristö muuttuu. Rikkonaiset perheet tai muuntunut työelämä voivat hyvinkin olla paikkoja, missä suojamuureja tarvitaan.

Outoa on myös hysterian pienoinen paluu. Tarkoitin ihan tätä klassista hysteriaa, josta luulimme jo päässeemme. Mutta toisaalta tämä yhteiskunta ruokkii esimerkiksi dramaattista julkisuudessa oloa. Vähänkin hysteriaan tai maagiseen ajatteluun taipuvainen ihminen voi ylidramatisoitua. Tuntuu aivan uskomattomalta, että näitä vanhoja ongelmia alkaa nyky-yhteiskunnassa taas esiintyä.

**Mikä tässä yhteiskunnassa sitten on oikeasti muuttunut?**

**Mitä sillä yhteiskunnan yksilöllistymisellä nyt oikein tarkoitetaan?**

Olemme menneet ryhmäajattelusta kohti yksilöllistä ajattelua, jota itse kutsun räätälöidyksi individualismiksi. Otetaan esimerkiksi koulu. Tenttejä voi mielin määrin siirrellä ja kaiken voi aina suorittaa uudestaan. Tällaista räätälöityä erikoispalvelua on totuttu vaatimaan. Ennen oli kategorisia sääntöjä koulujen toiminnasta.

Samaan aikaan peräänkuulutetaan yhteisöllisyyttä. Kävelin kerran Helsingissä ja satuin sellaisen kivijalkaan perustetun yrityksen kohdalle. Sisällä näkyi kopissa nuoria ihmisiä puhumassa puhelimeen ja näpyttelemässä tietokonetta. Kävin tarkistamassa, että kyse ei ollut esimerkiksi puhelinmyytiyrityksestä. Ei ollut. Siellä vain istuttiin omassa pilttuussa ja lähin työkaveri oli tietokone tai puhelin. Voisi kuvitella, että tämä porukka käy ehkä yhdeltätoista yhdessä syömässä ja osallistuvat kahdesti vuodessa yrityksen henkilöstön hyvinvointiviikonloppuun, mutta mitään työpäivän arkista yhteisöllisyyttä heillä ei ole. Arjen työyhteisöllä ei heille ehkä ole edes mitään merkitystä.

Toki meillä on työpaikkoja, joissa näistä asioista kannetaan huolta. Työ- ja elinkeinoministeriössä taitaa olla käynnissä jokin erikoisohjelma, jossa tähän etsitään ratkaisuja. Mutta kun työelämä on hyvin usein tulospainotteista ja ulkomaalaisten pörssiyhtiöiden rytmittämää, se ei yksinkertaisesti kestä heikkoja tai vajaakuntoisia. Sellaista ajattelua ei näissä olosuhteissa pääse synty-

mään, että puolikuntoisellekin pitäisi saada mahdollisuus kuntoutua ja tehdä töitä.

Tämä uusi tavoite- ja tulosjohtamisen kulttuuri on uustaylorismia. Enää ei kytätä liukuhihnan päässä käytettyä työaikaa vaan työntekijälle tehdään vuosisuunnitelma, joka hänen on ihan itse allekirjoitettava, ja sitten sen perusteella joudut tilille, jos et siinä onnistu.

### **Millaiseksi yhteisöllisyys sitten on muuttunut yhteiskunnassa, mikä sen tilalle on tullut?**

Siitä on tullut dramaattista yhdessäoloa. Se on sellaista JYPin voittoa: sitä juhliitaan vuorokausi ja hehkutetaan vuosi. Odotan pelolla aikaa, jolloin Estonian muistoristeily järjestetään tai milloin tehdään WTC-tornien muistoksi turistien ohilentoja. Minusta on ehdottoman väärin, että siellä Breivikin tekopai- kalla käydään näyttämässä paikkoja. Vastustin suomalaista valtalehteä, kun he tekivät kansisivun ensimmäisistä koulusurmista, jossa he esittelivät koko kansalle yksityiskohtaisesti, mitä tapahtui, kenelle ja missä. Sillä tiedolla eivät lukijat tee mitään vaan se kuuluu pelkästään omaisille ja paikkakuntalaisille.

Spontaanien onnettomuuksien kautta tarjoutuu tilaisuus jakaa ja surra omaa surua. Tällöin ihminen on vain muodollisesti osa yhteisöä. Kyse ei ole aidosta yhteisöllisyydestä. Suomalaiseen kulttuuriin ei ole edes kuulunut julkinen suru tai ilo. Nyt siellä Jyväskylässä asuva ei ole kunnan kansalainen, tai ainakaan kunnan jyvaskyläläinen, jos ei JYPin voitto tunnu ja näy. Vastaavasti jos et tunne surua prinsessa Dianan kohtalosta, et ole kunnan ihminen.

Julkiseen tunneilmaukseen osallistumisesta on tullut kunnan kansalaisen edellytys. Kyse on keveästä *ad hoc* yhteisöllisyydestä, mikä on valta- vasti lisääntynyt tässä yhteiskunnassa. Aitoa yhteisöllisyyttä pitää rakentaa arjessa. Se syntyy siitä, että ihmiset oikeasti pitävät toisistaan. Nyt se on tuot- teistettu työpaikoilla tällaiseksi värisotaleikiksi, jossa metsän laitaan viedään työporukka ampumaan toisiaan värikuula-aseilla ja rakentamaan siinä sitten yhteisöllisyyttä. Se on täysin karannut käsistä.

## **AIDON EMOTIONAALISUUDEN RAKENTAMINEN**

**Miten aitoja emotionaalisia siteitä sitten voidaan rakentaa?**

Vähentämällä tulostavoitteita. Meille on syntynyt käsitys, että ihminen ei ole minkään arvoinen, jos hän ei tuota jotain. Kärjistäen voi sanoa, että ennen oli työntekijöitä ja työyhteisö, nyt on tuloksen tekijöitä ja tulosityksikkö.

**Entäs ne ihmiset, jotka sanovat nauttivansa tästä modernista työeetoksesta?**

Ihmisten on oltava ”IN”. In-muoto on sitä, että näyt joka paikassa. Toimittajan ammatti on sellainen perinteinen in-ammatti. Siinä ollaan tavallaan julkisuuden rajamailla eli näkyvissä ja tekemässä yhteiskunnan teatterissa asioita. Toimittaja on myös esimerkki ihmisestä, joka tietää vähän paljosta. Poliitikassa toimivat toimittajat harvoin loistavat omalla erityisosaamisellaan ja ilkeä ihminen saa heidät helposti tietämättömyydestä kiinni. Toimittajan on nopeasti liikuttava jutusta ja aiheesta toiseen, tiedot ovat pinnallisia mutta ne päätyvät lehtien etusivuille. Vertailun vuoksi voi todeta, että ennen Yleisradiossa oli toimittajilla omia ohjelmia. Erikoistuneet toimittajat niitä Pulizereita voittavat ja he myös luovat oman tyylinsä. Tällainen ihmistyyppi käy yhä harvinaisemmaksi ja samalla in-tyyppejä ilmestyy yhä laajemmalti.

**Mainitsit äsken kunnan kansalaisen, mitä se käytännössä tarkoittaa?**

Virkamieslaista poistettiin muistaakseni 80-luvulla käsite kunnan kansalainen. Juristit eivät keksineet, miten kunnan kansalaisuus pitäisi todistaa oikeudessa. Eräässä urheiluliittojen tilaisuudessa, jossa käsiteltiin dopingia, saattoi aistia ihmisten helpotuksen tunteen, joka mielestäni virtasi siitä, että he itse eivät olleet jääneet kiinni. Samassa tilaisuudessa kerrottiin miten joukkuepelien sääntöjä oli muutettu 80-luvulla. Ennen pelaajan piti viitata kentällä, jos teki virheen. Muutoksen jälkeen näin ei enää tehty vaan vasta jos tuomari näki, joutui tunnustamaan virheensä. Ja siitäkin tuomiosta sai vielä valittaa.

Meiltä on kadonnut siviilikunnia. Nyt on yhteiskunnassakin näitä tapauksia, jossa tuomittu kuuluisa mies valittaa korkeimpaan oikeuteen asti sen sijaan, että tunnustaisi virheensä. Ihmiset ovat menettäneet kykynsä tai halunsa arvioida omia tekojaan. Olemme luoneet yhteiskunnan, jossa työpaikoilla, eduskunnassa tai elämässä saa tehdä mitä vain jos vain ei jää kiinni. Olen itsekin syyllistynyt tähän. Tarvitsin eräässä työpaikassa työvälineet toimistooni. Tunsin hallintojohtajan ja pyysin niitä suoraan häneltä. Käytännössä ohitin koko laitoksen väen mutta sain haluamani laitteet. Suhteilla pärjää ja saa etuja.

### **Miten arvot voidaan sitten tuoda takaisin?**

Olen miettinyt, että olemmeko jo niin pitkällä tällaisessa yksilöllisessä linjassa, että se kääntyy itsellään toiseen suuntaan. Tämä koskee myös puolueita. Myös meitä demareita. Kun puhutaan oikeudenmukaisuudesta, niin siltä puuttuu sisältö. Sanat eivät enää riitä, eli on tehtävä sisältöä. Ja toinen asia: meiltä puuttuvat sellaiset linjanvetäjät jotka sanovat, että ovat sitä ja sitä mieltä ja perustelen sen tällä ja tällä.

Nuori sukupolvi on herkkä kritiikille. Jos yhtenä päivänä otetaan joku kanta, sitä ollaan heti keventämässä tarpeen vaatiessa. Meillä on paljon osaaamista mutta etenkin poliitikot ovat herkistyneet sille, mitä heistä sanotaan. Olen sitä mieltä, että poliitikon on oltava poliitikko. Hänellä on oltava linja ja sen on oltava aito eikä mitään sanahelinää. Demarit ovat mielestäni kadottaneet väkeä riveistään siksi, että olemme olleet ulkokohtaisia.

Kun puhutaan aidosta sitoutumisesta, on tultava arjen tasolle ja puhuttava ihmisten kielellä. Puolueen tehtävä on sitten tulkita se keskustelu poliittiseksi toiminnaksi.

Muistan, kun olin perustamassa pääkaupunkiseudulle aikoinaan turvakotia. Kysyimme sinne tulleilta naisilta, onko teitä pahoinpidelty? Mutta tarvittavaa lakitermiä käyttäessämme, naiset vastasivat ”ei, mutta se löi minua”. Samalla tavalla on kyettävä sanomaan suomeksi mitä on oikeudenmukaisuus, vaikka se on suomen kielen sana.

Minä puhun siviilirohkeudesta ja siviilikunniasta. Vaikka jotain mielipidettä haukuttaisiin, niin jos sen on rehellisesti ja suoraselkäisesti esittänyt, sitä

kyllä arvostetaan kritiikin ja vinoilun jälkeen. Olemme menettäneet yhteiskunnalliset hyveemme tässä kaikessa. Kuka esimerkiksi sanoo, että jokin on kaunis tai joku on toiminut hyvin? Ne sanat eivät maksa mitään, mutta niitä ei käytetä. Olemme pikemminkin kriittisesti ja kyynisesti orientoituneita ja etsimme vain virheitä.

## **SUOMEN KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄN ONGELMAT**

### **Mitkä ovat kuntoutusjärjestelmän keskeiset ongelmat?**

Me ihmiset olemme muuttuneet paljon vähemmän kuin uskotaan: Me elämme ja me kuolemme. Kuntoutusjärjestelmää olen usein kuvannut vanhan ajan pajatsoksi. Jos tavoitteeksi asetetaan paluu työelämään, ratkaisevaa on, oletko hankkinut itsellesi vakuutusyhtiöltä lisäeläkkeen, oletko julkisen puolen kuntoutuksen varassa vai pääsetkö kenties johonkin erikoisohjelmaan. Sillä loke-roitumisella on merkitys lopputuloksen kannalta.

Työttömäksi joutuneelle masentuneisuus on terve reaktio. Silloin kun työttömän tai työstä masennuksen takia pois jääneen kuntoutusta ruvetaan suunnittelemaan, ensimmäinen ongelma on, ettei sitä oikein suunnitella. Yhdeltä tiskiltä ei löydy sitä kaikkea, mitä on tarjolla. Työministeriö tekee tavallaan klassisen virheen siinä, että työttömiä koulutetaan ammatteihin, joihin he eivät pääse. Jos näin tehdään useita kertoja saman henkilön kanssa, lopputulos on motivaation lasku ja työkyvyn heikkeneminen. Tämä ilmiö koskee ihan samalla tavalla akateemisesti koulutettuja kuin muitakin palkansaajia.

### **Mitä sitten tapahtuu työmarkkinoilla, kun työelämä on muuttunut?**

Meillä on jo nyt paljon korkeasti koulutettuja ihmisiä kilpailemassa samoista työpaikoista. Hakijoissa on todella kovan tason kilpailijoita. Suomessa voi hyvinkin olla maailman korkeimmin koulutetut nuoret työttömät. Sitten kun et saa töitä, jatkat työttömyyskorvauksilla ja lopulta kun ylität karenssiajan, otat minkä tahansa työn vastaan. Ei se ole mitään urakehitystä eikä se ole edes kunnollista työntekoa.

Solidaarisuus putoaa, kun joutuu työttömäksi. Kun vanha yt-laki kehitettiin 70-luvulla, se oli hieno ajatus. Sillä haluttiin taata sopeutumisaika ennen neuvotteluja. Nykyisin sitä käytetään rangaistusvälineenä. Heti kun ”yt-varoitus” tulee, jokainen rupeaa puolustamaan omaa tonttiaan. Ei siinä tehdä yhteistyötä eikä tunneta solidaarisuutta. Työyhteisölle se puolen vuoden odottelu-aika on äärettömän tuhoisa.

Jos sellaisessa paikassa on heikkokuntoinen ihminen tai esimerkiksi joku, joka on ollut pitkällä sairauslomalla, hän on yleensä se, joka lähtee ensimmäisenä. Maailma ei kestä sairautta.

### **Mitä tälle pajatsolle sitten voidaan tehdä?**

Kyseessä on sosio-ekonominen tausta. Yksilön tiedoista ja taidoista on kiinni, miten hyvin voi omiin asioihinsa vaikuttaa. Jos on varaa maksaa yksityinen vakuutus, se auttaa jo pitkälle erilaisissa sairastapauksissa. Yksityisen puolen asiakkaalla on paljon kiinni siitä, millainen lääkäri sattuu kohdalle. Karrikoiden voi sanoa, että lääkärit eivät juuri tiedä kuntoutuksesta ja pitävät sitä ehkä liikaakin ”sosiaalipuolen hommana”. Kaikissa kuntoutuskohtaamisissa täytyisi olla lääkärin lisäksi myös sosiaalityöntekijä avustamassa.

Tosiasia on, että tavallinen kansalainen ei omaa etuaan voi niin hyvin suojata kuin varakkaat ihmiset. Yksityiseen eläkevakuutukseen voi monella olla rahaa mutta sitten on vielä jäljellä eläkekassat. Julkisen palvelun puolella ratkaiseva merkitys on Kelan asettamilla kriteereillä hoidolle ja kunnan asettamalla palvelutasolla. Mutta jos tavallisilla palkansaajilla ei ole varaa tai tietoa hoitaa terveystään, työelämähän siinä rapautuu automaattisesti.

### **Onko tässä sitten kyse resurssien hukkaamisesta?**

Mielenterveystyön puolella ei kuntoutujasta voida sadan prosentin varmuudella sanoa, että hän tulee kuntoutumaan työkykyiseksi. Kuitenkin tarvittaisiin tehokas mekanismi tilanteeseen, kun vaikkapa 20 vuotta työelämässä ollut ihminen sairastuu tai joutuu työttömäksi. Siinä hetkessä täytyisi monialaisen puuttumisen mekanismien käynnistyä. Samalla tavalla kuin sydäninfarktipotilaan tapauksessa taataan ensin, että ihminen pysyy hengissä sillä

hetkellä ja sen jälkeen hänelle laaditaan kunnollinen kuntoutussuunnitelma. Tällaisella menettelyllä säästettäisiin valtavasti rahaa.

Sen sijaan nyt on vain yksi ihminen ottamassa vastaan potilaita siinä vaiheessa, kun omaiset tai lääkärit tuovat poliisin avulla vastentahtoisen potilaan väkisin hoitoon.

## **TYÖTERVEYSHUOLTO KUNTOUTUJAN ORAVANPYÖRÄNÄ**

**Mitä siinä lääkärin pöydän ääressä sitten tapahtuu?**

Sosiaali- ja terveystalvclujärjestelmät ovat ensinnäkin täysin erillään toisistaan. Lääkäri voi esimerkiksi kirjata potilaan ulos sairaalasta kysymättä lainkaan, onko tällä kotia. Avohoidossa on kuitenkin ehtona, että ihmisellä on asunto ja toimeentulo.

Mutta avohoitoonkin siirretylle potilaalle annetaan vain kolmen kuukauden lääkkeet ja pyydetään varaamaan aika avohoidosta. Uloskirjaava taho voisi aivan hyvin tehdä sen jatkolähetteen heti, mutta jostain syystä potilaan on itse se hoidettava. Kaikki eivät saa hoidetuksi tai sitten heillä on heti hoidon jälkeen niin hyvä olo, etteivät halua. Jos kyse on aikuisesta ihmisestä, hän voi mitään sanomatta lähteä vaikka ulkomaille ja tulla sieltä sitten aikaan psykoosissa takaisin. Järjestelmä pysähtyy itsemääräämisoikeuden takia tasan siihen hoitopaikan kynnykselle.

**Miten kuntoutusprosessi sitten käytännössä etenee?**

Parhaimmassa tapauksessa avohoitopotilaalle tulee kotisairaanhoidaja tai kotiavustaja kaksi kertaa viikossa katsomaan. Hyvin harvoin ihmisiä siirretään kuntoutusyksiköihin. Ihmiset voivat laitostua avohoitoonkin, jos tarjolla ei ole muuta kuin kotisairaanhoidajan säännölliset käynnit. Täytyisi olla systemaattinen seuranta ja kuntoutumisen käynnistettyä olisi ohjatusti siirrettävä kuntoutuja työkokeilujen tai vastaavien piiriin.

### **Mutta miten tämä on ilman pakkohoitoa mahdollista?**

On se hoidettavissa, mutta pakkohoitoahan ei tule kyseeseen. Todella paljon saataisiin aikaan sopimusohjalta. Kuntoutuja voisi esimerkiksi kirjoittaa sopimuksen, jossa hän sopii tietyistä käynneistä. Lisäksi kuntouttavan tahon tulisi aktiivisesti vierailla myös kuntoutujan kodissa – ihmisen henkisen tilan näkee helposti hänen asunnostaan. Kaikki asiat eivät välity 10 minuutin lääkärikohtaamisen aikana, sillä kuka tahansa kykenee skarppaamaan sen verran.

### **Eli järjestelmästä puuttuvat välittävät elementit? Eli lääkärin ja avohoidon kautta Suomeen kasautuu iso kuntoutettavien joukko?**

Ja he saavat kuntoutustukea noin 900 euroa kuukaudessa, josta maksetaan verot. Sitä annetaan keskimäärin vuodeksi kerrallaan, mikä on väärin, tai epävarmassa tapauksessa vain puoleksi vuodeksi kerrallaan, mikä sekin on väärin. Se on sellaista löysässä hirressä roikkumista. Sitten kun tukea on maksettu tarpeeksi, katsotaan, ettei hoidettavasta ole työntekijäksi ja hänet siirretään työttömyys- tai sairaseläkkeelle.

Muotitermi on syrjäytyminen. Tässä sillä tarkoitetaan b-lausunnon kirjoittamista ja ihmisen syrjään siirtämistä. Tällainen on erittäin yksipuolinen käsitys syrjäytymisestä, sillä ihminen voi olla syrjäytynyt vain yhdellä tai kahdella elämänalueella.

### **No millaisia ryhmiä nämä valtavat massat sitten edustavat?**

Sitä on ehdottomasti eriteltävä. Kukaan ei jaksakaan esimerkiksi ajatella vanhusten palvelujen kehittämistä, jos keskittyy liikaa siihen, että vanhuksia on kaikkiaan noin miljoona. Mielenterveyspotilaita on vastaavasti puoli miljoonaa. Se on itsessään liian iso joukko. Mutta jos sen sijaan katsotaan, että siellä on erikseen kriisitapaukset, jotka saadaan yleensä suhteellisen nopeasti kuntoutettua. Sitten on nuoria, joiden hoitamattomuus on erittäin kallista. Ja sitten on erilaisten masennuspotilaiden joukko. Näille kaikille on kehitettävä vielä hienojakoisempia erotteluja ja heille on räätälöitävä sopivat palvelut.



## **TYÖNANTAJAN VASTUUSTA KÄRÄJÖIMÄÄN?**

**Miten pitäisi suhtautua työnantajan vastuuseen työntekijän terveydestä, joka laissakin on mainittu?**

No se onkin mielenkiintoinen termi sekä työsuojelu- että työterveyslaissa. Minun mielestäni työnantajan vastuuseen vedoten pitäisi useammin hakea oikeusteitse korvauksia. Työnantajan vastuuksi ei riitä se, että hän siirtää huonokuntoiseksi menneen työntekijän työkyvyn arvioinnin työterveyshuoltoon. Sieltä tulee vastaukseksi, että työntekijä on tai ei ole työkykyinen. Työnantajan vastuu on kirjattu lakiin niin, että ihmiselle ei saa antaa kohtuuttomasti fyysisesti tai psyykkisesti kuluttavia tehtäviä. Ihan näillä sanoilla se ei siellä lue, mutta idea on sama. Näistä pitäisi ehdottomasti käydä oikeutta useammin.

**Olemme puhuneet kuntoutuksesta yleensä, miten tämä liittyy työterveyshuoltoon, jota useissa keskusteluissa pidetään julkisesta terveydenhuollosta erillään?**

Ihan samalla tavalla työterveyshuollosta päädytään ”suureen massaan”. Sairauslomalle, eläkkeelle tai kuntoutusrahalle siirtyvä työntekijä siirretään tiettyllä mekanismilla työterveyshuollosta kunnallisen palvelun piiriin. Ensin sairastunut potilas saa työterveyslääkäriltä parin viikon vapaita. Jos se ei riitä, hän saa lähetteen psykiatrilille, joka voi kirjoittaa jo pidemmän sairausloman. Ihmistä seurataan jonkin aikaa tässä vaiheessa, mutta kun 300 päivää tulee täyteen ja Kela lakkaa maksamasta työnantajalle korvausta, silloin yleensä käynnistyy mekanismi, joka johtaa ulos työmarkkinoilta. Vaikka kuntoutuja pysyy edelleen muodollisesti työterveyshuollon asiakkaana, jossain vaiheessa hänet kirjataan sieltä pois. Hänestä tulee osa sitä isoa avohoitopotilaiden massaa, ja sieltä ei yhtään sen helpommin palata töihin.

**No, kuinkas tätä massaa sitten voitaisiin purkaa?**

Tämä massa syntyy nykyjärjestelmässä automaattisesti. Ratkaisuja voisi etsiä esimerkiksi omalääkärijärjestelmää matkimalla: kuntoutujalla voisi olla joku

vastaava tai ”kummi”, joka huolehtisi hänen hoidostaan. Ketään ei tällä hetkellä ole kontrolloimaan tätä kaikkea ja elleivät omaiset jaksa, ei auta kukaan muukaan.

**Onko kyse yhteisöjen välinpitämättömyydestä?**

**Tarvitaanko ideologinen muutos?**

Ratkaisua varten on monta toimijaa. Ensinnäkin ammattiväen pitäisi katsoa peiliin. Avohoidossa työskentelevä ammattiväki on koulutettu sairaalassa. Sairaalassa tehdään kaikki tiimeissä ja suljetusti. Koteihin ei osata mennä. Kun olin mukana kehittämässä avohoitojärjestelmää, tavoitteet ja raamit olivat korkealla. Sitten 1990-luvun lama tuli ja se systeemi kaatui siihen.

Ammattilaisten on tultava ulos yksiköistään. Hyviä hankkeita on paljon, mutta liikaa on järjestelmäriippuvaisuutta. Esimerkiksi psykiatriseen hoitoon pääsee vain lääkärin läheteellä. Tuo viimeisin perhesurmaaja oli yrittänyt saada sellaisen. Erikoissairaanhoidon on kallista ja siksi sen käyttöä yritetään säädellä, eli vähentää.

Palaan tässä siihen subjektiiviseen kokemukseen. Kun joku sanoo, että on paha olla, niin hän kyllä sitä aidosti yleensä tarkoittaa.

## **MITEN AVOHOIDON MASSAT SAADAAN VOIMAAN PAREMMIN?**

**Mistä sellainen vetotekijä sitten tehtäisiin, jolla tätä suurta kuntoutujen massaa voitaisiin pienentää?**

On lähdeittävä siitä, että tarjotaan kaikki apu heti. Samalla tavalla kuin sydäninfarktitaipauksessa. Eikä se yhdessä kulkeminen niin pitkään vie. Määrättäisiin vastuuhenkilöt seuraamaan ja tukemaan kuntoutujaa vaikkapa puoleksi vuodeksi. Se kuulostaa pieneltä mutta sillä on valtava merkitys. Tämä on yhteiskunnallinen asennekysymys. Ihmiset arvostavat sitä, että heistä huolehditaan.

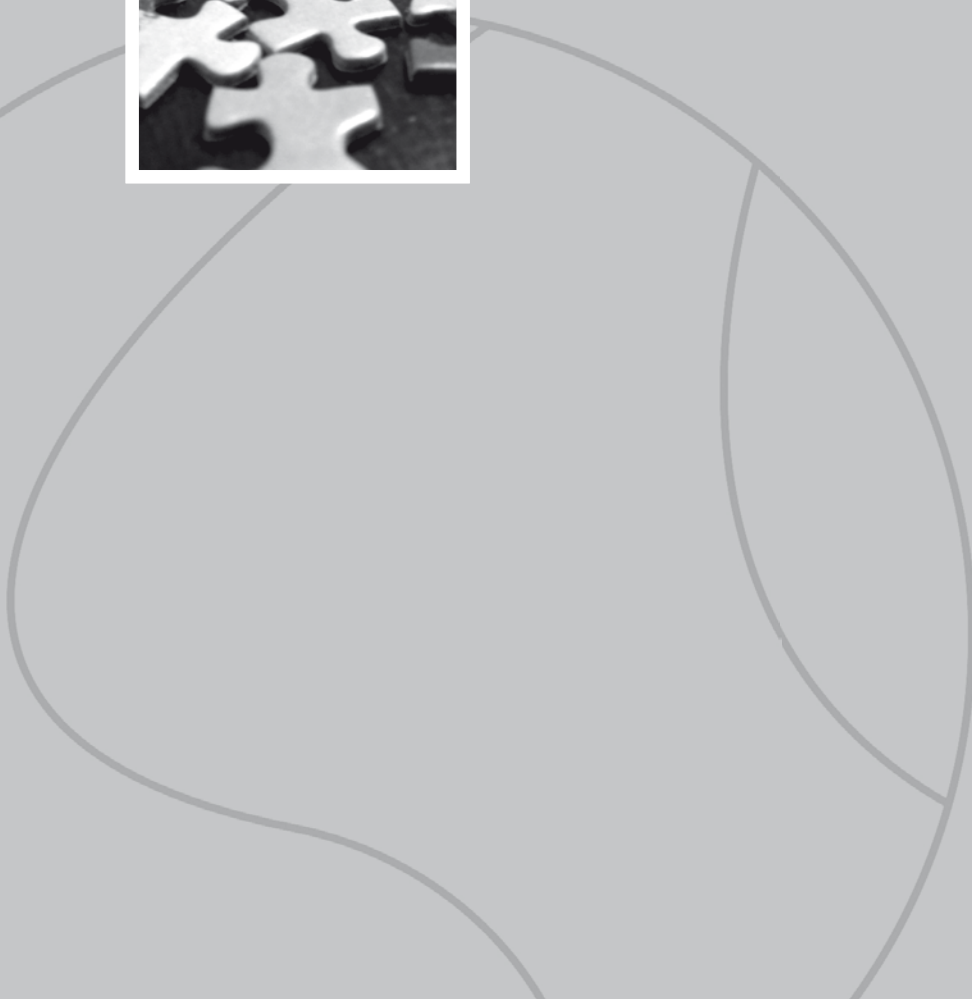
**Kun kuntapäättäjä nyt lukee tätä haastattelua,  
mikä olisi ensimmäinen asia, johon hän voi tarttua?**

No, ihan ensiksi hän pitää tätä ideologisena höpötyksenä. Kerran kutsuimme poliitikkoja paneeliin. Kaikki siellä tilaisuudessa puhuivat tilastot tuntien kuin aidot asiantuntijat ja kertoivat, mitä mielenterveystyössä pitäisi tehdä. Sitten kun tuli aika esittää kiperiä kysymyksiä, yleisin oli, miksi ette sitten toimi, kun kerran tiedätte asiasta näin paljon.

Me tarvitsemme kenties puolueen sisäisen solidaarisuusliikkeen mielen-terveyden ongelmien ratkaisemiseksi. On ihan oikeasti rakennettava huolenpidon yhteiskunta. Enkä minä väitä, etteivätkö nämä ihmiset yritä nytkin parhaansa mutta tosiasia on, että yhteiskunnassa mielenterveyskuntoutujat, huono-osaiset ja vangit hoidetaan viimeisten joukossa. Sitten tulee näitä sarasvuoita, jotka sanovat, että jokainen hoitakoot itse omat asiansa.

Meillä on 600 000 köyhää. 500 000 mielenterveyspotilasta. Miljoona vanhusta. Siitä jää hieman reilu 2 miljoonaa, joista vähennetään vielä miljoona lasta. Tämän pienen joukon on kyettävä huolehtimaan kaikista. Mutta niin kauan kuin työelämän normisto on mitä on, muutosta ei tule.

3.



# Mielenterveyskuntoutus etsii paikkaansa

ILPO VILKKUMAA

*Kirjoitus perustuu Ilpo Vilkkumaan Tieteiden talolla pitämään alustukseen, Kalevi Sorsa –säätion ”Mielenterveyskuntoutus etsii yhä paikkaansa” seminaarissa 13.5.2011.*

Kuntoutuksen tavoitteena on lisätä vammaisen tai pitkäaikaisesti sairaan henkilön yhteiskunnallista osallisuutta. Osallisuudella tarkoitetaan tällöin kaikkia niitä tehtäviä ja sosiaalisia asemia, joita ihmiselle elämänkaaren mittaa tarjoutuu, työ mukaan lukien. Kuntoutukseen osallistuvat useat hyvinvointipalveluista vastaavat tahot: kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto, Kela, tapaturma- ja liikennevakuutus, työeläkevakuutus, työ- ja elinkeinohallinto ja opetustoimi. Vammaisuus ymmärretään usein myös sellaisena yleiskäsitteenä, että jokapäiväistä elämää haittaavat pitkäaikaiset sairaudet kuuluvat siihen, vaikka ihmiset eivät itseään vammaisina pitäisikään. Niinpä mielenterveyskuntoutus on interventio, kuntoutustoimi tai -ohjelma ja mielenterveyskuntoutuja on myös vammaisen synonyymi.

Alan yleiseksi näkemykseksi on viime vuosina muodostunut vammaisuuden ja kuntoutuksen sosiaalinen malli, joka on johdettu biopsykososiaalisen lääketieteen ideasta liittämällä se ympäristö- ja kansalaislähtöiseen korostukseen. Monet tutkijat tosin katsovat, että niin terveydenhuollon bio-

psykososiaalinen malli kuin vammaisuuden sosiaalinen mallikin ovat lähinnä retoriikan palveluksessa, riidan aiheina, vailla kovinkaan laajaa käytännön merkitystä. Joka tapauksessa oletan, että mielenterveyskuntoutuksen kehityksen taustaselitykseksi saattaa osoittautua se, että lääketieteellinen malli on niin paljon vahvempi kuin sosiaalinen malli, että se näkyy myös hoito- ja kuntoutuskäytännöissä puhumattakaan tieteellisestä tutkimustoiminnasta.

Käsitteellinen paikanhaku näkyy siinä, että mielenterveyskuntoutus, alkuosaltaan uuskieltä (terveys sairauden tai vaivojen asemesta), ei ole samanlainen ”yleisen kuntoutuksen” osa kuin ovat reumakuntoutus, sydänkuntoutus, TULES-kuntoutus (tuki- ja liikuntaelin), hengityskuntoutus ym. Tähän sopisi lisätä myös väistymässä oleva ilmaus ”psykiatrinen kuntoutus”, koska se määrittelee tehtävänsä edellisten tapaan diagnoosi- tai erikoisalapohjaisesti. Mielenterveyskuntoutus havittelee ja on saavuttanutkin merkittävässä määrin kaiken kuntoutuksen (ja hoidonkin) yleisen seuralaisen aseman, niin kuin Suomen ensimmäisellä EU-puheenjohtajakaudella 1990-luvun lopulla iskulauseeksi lanseerattiin *No Health Without Mental Health*. Tämän vaatimuksen rinnalle on vammaispolitiikassa tullut samantapainen periaate: *Nothing About Us Without Us*.

## KUNTOUTUKSEN KAKSI TIETÄ

Mielenterveyskuntoutus aloitti, psykiatrisen kuntoutuksen nimellä, käsitteellisen ja toiminnallisen kehityksensä 1960-luvulla aivan yhtä jalkaa muun kuntoutuksen kanssa. Kiistaton todistus tästä on alan kahden kirjaklassikon, *Kuntoutus* ja *Psykiatrisen kuntoutus*, rakenteellinen yhdenkaltaisuus ja ajallinen läheisyys. Kuntoutuksen ensimmäinen yleisesitys oli vuonna 1962 ilmestynyt oppikirja *Kuntouttaminen*,<sup>1</sup> joka uusittiin ja ajanmukaistettiin 1970-luvun alussa kirjaksi *Kuntoutus*. Tässä välissä ilmestyi osaksi samojen kirjoittajien *Psykiatrisen kuntoutus* vuonna 1967.<sup>2</sup> Suomalaisen kuntoutuksen historian tutkimus saattaa joskus osoittaa miksi ”yleisen” kuntoutuksen ja mielenterveyskuntoutuksen tiet sitten erosivat, miksi jatkuvat yhdentämistoimet ovat olleet niin väkinäisiä ja mitä hyötyä tai haittaa rinnakkainelosta on ollut.

---

<sup>1</sup> *Noro 1962.*

<sup>2</sup> *Achté 1967.*

Muutama havainto näiden kahden kirjan esipuheista avaa ehkä joitakin näkökulmia kuntoutuksen järjestäytymisvaiheen ratkaisuihin. Psykiatrinen kuntoutus -kirjan toimituskunnan puheenjohtaja oli Kalle Achté, joka totesi esipuheessa, että vuoden 1962 Kuntouttaminen ”*viritti monella taholla keskustelun vastaavanlaisen käsitteitä ja periaatteita selvittävän oppikirjan tarpeesta myös psykiatrasta alaa varten*”.

Kuntouttaminen-kirjasta otettiin toinen painos samoihin aikoihin Psykiatrinen kuntoutus -kirjan kanssa, mutta sitten 1970-luvun alussa havaittiin uudistetun kolmannen painoksen tarve ja kirja sai ajan henkeä paremmin kuvaavan nimen Kuntoutus. Kirja oli valmis jo 1971 mutta kolmas painos ilmestyi vasta 1974. Toimituskunnan kirjoittamassa esipuheessa todettiin, että ”*eri sairauksien erityispiirteet kuntoutuksen osalta tulisi käsitellä sairaanhoidon eri alojen oppikirjoissa, kuten nykyään yleensä tapahtuukin. On myös ilmestynyt erillisteoksia, kuten Psykiatrinen kuntoutus.*” Hylkäsikö ”yleinen kuntoutus” mielenterveyskuntoutuksen jo tuolloin, kuntoutuksen voimakaimman kehityksen alkaessa? Oliko psykiatrisen hoidon tai mielenterveys-työn tietoinen tai tiedostamaton pyrkimys samansuuntainen? Ei oikein tulla juttuun, joten paras on erota sovussa. Mutta miten kävi perijöiden eli kansalaisten ja yhteiskunnan?

Kuntoutuksen oppikirjoille on ollut pitkään tyypillistä diagnoosikohtaisten tarkastelujen välttäminen. On noudatettu vanhaa sanontaa, että olennaista kuntoutuksessa ei ole henkilön sairaus tai vamma vaan henkilö, jolla sairaus tai vamma on. Duodecimin 2000-luvulla julkaiseman *Kuntoutus*-kirjan<sup>3</sup> 51 luvusta 24 on osastossa Kuntoutus eri sairausryhmissä. Niistä kolme käsittelee mielenterveyttä. Tämä muutos on ilmaus kuntoutuksen laaja-alaisuudesta mutta myös lääketieteen aseman vahvistumisesta kuntoutuksessa ja kuntoutuksen aiempaa lujemmasta kytkennästä diagnooseihin.

Tämän yleispiirteisen tarkastelun taustalla on kolme mielenterveyskuntoutusta koskevaa kysymystä, joihin en kuitenkaan yritä antaa yksiselitteistä vastausta:

- Miten kuntoutus kokonaisuudessaan on hoitanut oman osuutensa mielenterveyden häiriöistä kärsivien suhteen?

---

3 Rissanen et al. 2008.

- Miten mielenterveystyössä on kehitetty kuntoutusta?
- Millainen on ollut näiden kahden kehityslinjan yhteinen taival?

Kalle Achtén johdolla toimitetun Psykiatrisen kuntoutuksen esipuheessa kirjoitetaan: ”*Psykiatrian kehitys on viime vuosikymmeninä ollut nopeata. Šokkihoidot muodostivat 1930-luvulla käänteän psykiatrian historiaan, ja uudet psykofarmakalliset lääkkeet olivat 1950-luvulla toinen tärkeä virstanpylväs psykiatrian kehityksessä. Avohoidon kehittyminen, miljöö- ja psykoterapian merkitys ja järjestelmällinen kuntoutus ovat psykiatrian viimeisimpiä saavutuksia.*”

Jari Koskisuus jakoi kirjassaan *Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on?*<sup>4</sup> mielenterveyden hoidon ja kuntoutuksen kehityksen kolmeen vaiheeseen:

- 1960–70-luvulla keskeinen kysymys psykiatriassa oli se, onko oireiden lievittäminen lääkityksen ja muun hoidon keinoin riittävää kuntoutujien kannalta
- 1970-luvulta alkaen ja 1980-luvun loppuun asti keskustelussa painottui toimintakyky: onko kuntoutujien toimintakyvyn parantaminen erilaisen valmennuksen keinoin riittävää?
- 1990-luvulta alkaen on ryhdytty keskustelemaan kuntoutumisesta: onko kuntoutumisen ymmärtäminen ja tukeminen riittävää?

Mielenterveyskuntoutuksen pitkästä linjasta Jarkko Eskola sanoo Antti Karilan kanssa yhdessä kirjoittamassaan teoksessa *Mielekäs Suomi*,<sup>5</sup> että ”*mielenterveyspolitiikka on ollut yhteiskuntakehityksen kannalta koko ajan marginaalissa. Sen tehtävänä on pidetty lähinnä sitä, että se huolehtii kyydistä pudonneista. Sen sijaan ei ole arvioitu yhteiskunnallisen muutoksen edellyttämää tuen tarvetta ja ehkäisevän otteen kokonaistaloudellista ja säästävää vaikutusta.*”

Jouko K. Salminen on psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuutta analysoidessaan kuntoutusselonteon<sup>6</sup> tarpeisiin pohtinut myös sitä, missä psykiatriassa kulkee hoidon ja kuntoutuksen raja: ”*Kuntoutuksen ja hoidon välinen raja on etenkin psykiatriassa epäselvä. Kuntoutukseen kuuluvat selkeästi esi-*

---

<sup>4</sup> Koskisuus 2004.

<sup>5</sup> Eskola & Karila 2007.

<sup>6</sup> Salminen 2002.



*merkiksi sosiaalisten vuorovaikutustaitojen ja elämäntaitojen parantaminen sekä ammatillinen kuntoutus kuten työharjoittelu, tuettu työllistäminen ja koulutus. Siihen kuuluvat myös yhteisön sosiaaliset tukijärjestelyt kuten asuntolat, hoitokodit ja klubitoiminta. Myös potilaalle ja hänen perheelleen kohdistettu ns. psykoedukaatio eli tiedon antaminen sairaudesta on kuntoutuksen toimenpiteitä. Kuntoutuksen piiriin luetaan myös vaikeasti psyykkisesti sairaille annettu kognitiivisten taitojen opettaminen. Lääketieteellinen hoito, joka on ensisijaisesti lääkehoitoa ja voi olla joko avohoitoa tai sairaalahoitoa, kuuluu selkeästi hoidon piiriin. Psykoterapiasta on ristiriitaisia näkemyksiä. Useimmiten se luetaan selvästi hoitotoimenpiteeksi, mutta Suomessa psykoterapiaa kustannetaan myös kuntoutuksena.”*

Kansainvälisesti kenties merkittävien periaatteellinen ohjelmarunko mielen-terveyskuntoutukselle terveydenhuollon asetelmassa on ollut vuonna 1984 *Lancetissa* julkaistu ja Suomessa useissa yhteyksissä hyödynnetty Cambridgen<sup>7</sup> malli, jonka kahdeksan periaatetta ovat:

1. Tavoitteena on elämän perustarpeiden tyydyttäminen sekä elämänlaadun ja työ- ja muun toimintakyvyn parantaminen.
2. Auttajavastuu jatkuu potilaan ehdoilla, jopa koko elinajan.
3. Moniammatillinen toimintatapa, koska kellään yksittäisellä kuntoutuksen ammattilaisella ei ole ainoaa oikeaa ratkaisua.
4. Ryhmän käyttö on perusteltua, koska tavoitellaan parasta mahdollista sosiaalista tukea – toiset samassa tilanteessa olevat ovat ajallaan tärkeitä voimanlähteitä.
5. Keskitytään kuntoutujan kykyihin eikä kykenemättömyyteen, tunnistetaan toiveet ja taidot – mieluummin eheys kuin seikkailuja harhamaailmassa.
6. Haasteet ovat kuntoutujalle arvokkaampia kuin hellinkään hoito – koko ajan on arvioitava, milloin paluu oikeaan elämään auttaa lääkkeitä ja toveruuttakin paremmin.
7. Omavastuisuuden valmiuksia yhteiskunnassa, kotipaikkakunnalla ja lopulta kotipiirissä on testattava jatkuvasti.

---

<sup>7</sup> Clark 1984.

8. Tulos on aina kannustin eikä tuomion väline – sitä on seurattava, arvioitava ja mitattava.

Duodecimin käyvän hoidon suosituksia<sup>8</sup> on tehty keskeisille mielenterveyden häiriöille. Esimerkiksi

- Depressio 21.10.2010
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö 21.10.2008
- Skitsofrenia 24.12.2001

Kaikissa näissä suosituksissa käsitellään kuntoutusta, yleensä hoitoon yhdistettynä ja hoidollisesti painottuneesti. Merkittävä syy tähän on se, että kuntoutuksesta on hyvin vähän vahvimpaan tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa. Useissa yhteyksissä on esitetty kuntoutusta koskevan osuuden lisäämistä näihin suosituksiin, mutta asia ei ole edennyt. Noin sadassa käyvän hoidon suosituksessa on kuntoutus esillä vaihtelevassa määrin. Kuntoutuksesta ei ole omaa suositusta, vaikka esimerkiksi liikunnasta (12.10.2008) on. Kuntoutus on valtavirtaistettu hyvä hoito -ajattelun sisään mutta joskus sitä kuvattu omanapalveluna johon lähetetään.

Mielenterveyskuntoutuksen asema kuntoutuksen kokonaiskentässä on seurausta monista sairauskirjon ja työelämän yhtäaikaisista muutoksista. Selkein peruste on varmasti masennuksen vuoksi aiheutuneiden työkyvyttömyyseläkkeiden voimakas kasvu joka alkoi yli kymmenen vuotta sitten ja alkoi tasaantua ja jopa lievästi aleta vuoden 2008 tienoilla. Tähän muutokseen liittyy se tutkimuksellisesti merkittävä seikka, että diagnosoidussa vakavassa masennuksessa ei ole tapahtunut läheskään yhtä suurta lisäystä kuin masennuksen aiheuttamissa työkyvyttömyyseläkkeissä. Tästä vedetään yleensä se johtopäätös, että masennuksen syy on työssä. Lääketiede pitää kuitenkin kiinni sellaisesta diagnostiikasta, jossa työllä ei ole osuutta, toisin kuin työeläkekretereissä.

---

8 [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).

## KUNTOUTUKSEN YLEISET KEHITYSLINJAUKSET

Valtioneuvosto on antanut kolme kuntoutusselontekoa vuosina 1994, 1998 ja 2002.<sup>9</sup> Varsinaiset selonteot ovat parinkymmenen sivun mittaisia, mutta niiden taustatyönä on vaihtelevasti tutkimuksia ja selvityksiä. Nämä valitettavasti nyt historiaan jääneet katsaukset kertovat vajaan kymmenen vuoden ajalta mielenterveyskuntoutuksen noususta yleisen kuntoutusajattelun ja kehittämisen keskipisteeseen.

**Vuoden 1994 selonteossa** oli mielenterveyden häiriöihin liittyen vain yksi maininta, joka liittyi havaintoon kuntoutuksen ulkopuolelle jäävistä henkilöistä. Niissä kiinnitettiin huomiota Kelalle uudessa lainsäädännössä tulleeseen vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiselvöllisyyteen, jonka puitteissa ensimmäisenä vuotena, 1992, vain 70 henkilöä sai kuntoutusta vaikeavammaisuuden perusteella. Toinen seikka, johon selonteossa kiinnitettiin huomiota, oli psykoterapiaa saaneiden määrä, joka oli samana vuonna noin 4700. Määrä oli kasvanut tuhannella vuoden 1990 tasosta, mutta sitä pidettiin edelleen liian vähäisenä.

**Vuoden 1998 selonteossakaan** ei vielä ollut herätty mielenterveyskuntoutukseen, vaikka siinä todettiin, että ”mielenterveysongelmaisten kuntoutukseen on monella tavalla kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota. Erittymisesti kokeilu- ja kehittämishankkeiden kautta on syntynyt uusia aktiiviseen toimintaan ja työllistymiseen tähtääviä menetelmiä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminnassa on lisätty psykoterapiaa ja muuta mielenterveysongelmaisten kuntoutusta. Valtaosa mielenterveyskuntoutujista on kuitenkin edelleen työkyvyttömyyseläkkeellä. He saavat pääasiassa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joihin sisältyy myös toimintakykyä ylläpitävää valmennusta.” Tämän lisäksi referoitiin Euroopan sosiaalirahaston turvin tehtyjä hankkeita.

**Vuoden 2002 selonteko** sisälsi jo hyvin laajan arvioinnin mielenterveyskuntoutuksesta. Siinä on parin sivun mittainen alakohta otsikolla Mielenterveyskuntoutus, joka ei enää ole muodollinen kokoelma irrallisia havaintoja, vaan systemaattinen kannanotto tärkeänä pidettyyn kehitystarpeeseen.

---

<sup>9</sup> Ks. StVM 8/2002.

*Mielenterveyshäiriöiden osuus työkyvyttömyyden syynä on kasvanut merkittävästi. Lisääntyneet eläkkeelle siirtymiset aiheutuvat pääasiassa eriasteisista masennus- ja työuupumusoireista. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys korostuu nuoremmissa ikäryhmissä. Alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä yli puolet perustuu mielenterveyden häiriöihin.*

*Mielenterveyskuntoutuksen keskeisenä keinona on usein pidetty psykoterapiaa. Psykoterapia on tärkeä hoito- ja kuntoutusmuoto ja monet hyötyvät terapiaprosessista paljon. Ilman yhteyttä muuhun toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävään toimintaan tiivis yksilöterapia on kuitenkin usein liian kapea-alaista monien elämään liittyvien ongelmien ratkaisuksi. Olennaista on psykoterapian oikea kohdentaminen sekä sen niveltäminen muuhun kuntoutukseen.*

*Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta tehdyn arvion mukaan tehostettu, moniammatilliseen tiimityöhön ja potilasneuvontaan pohjautuva avohoito on vaikuttavampaa kuin normaali avohoitokäytäntö. Sosiaalisten taitojen harjoittelulla on myönteisiä vaikutuksia vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien työllistymiseen, työssä selviämiseen ja sosiaaliin suhteisiin. Lisäksi kuntoutuksen vaikuttavuus selvityksen mukaan suora tuettu työllistäminen tuottaa selvästi parempia tuloksia kuin työhön valmennus tai työharjoittelu.*

Mitä näissä asioissa on sittemmin tapahtunut? Mielenterveyden häiriöt eivät vammaisetuksiin liittyvien ehtojen vuoksi oikeuta vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutuksen kuin harvoin. Vuonna 2010 kaikkiaan 20750 vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saaneesta kuntoutujasta vain 550, kaksi prosenttia, sai psykoterapiaa. Psykoterapia Kelan järjestämänä kuntoutuksena yleisesti ottaen on kuitenkin kehittynyt hyvin voimakkaasti. Vuonna 2010 Kelan psykoterapiaa sai noin 16000 kuntoutujaa. Toiminta muuttui vuoden 2011 alusta kuntoutuspsykoterapiaksi, joka kuuluu nykyisin Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Kuntoutuspsykoterapiaa saavien määrää kasvoi vuonna 2011 noin 15 prosentilla edellisestä vuodesta.

## KEHITTÄMISHANKKEIDEN MAAILMAT

Mielenterveyskuntoutuksen hankekehittely alkoi hyvin vahvasti 1981–87 toteutetulla Skitsofrenia-projektilla.<sup>10</sup> Toinen merkittävä hanke oli vuosien 1987–1996 Itsemurhien ehkäisyhanke,<sup>11</sup> joka ulotti systemaattisen ja korkeatasoisen tutkimus- ja kehittämisohjelman 15 vuoden mittaiseksi. Jos mielenterveyskuntoutusta kehitettiin kohdennettujen tutkimus- ja kehittämissankkeiden kautta, muu kuntoutus eteni enemmänkin lainsäädännöllisen kehittämisen tietä. 1980-luvulla valmisteltiin laaja kuntoutuslainsäädännön kokonaisuudistus, joka tuli voimaan lokakuusta 1991.<sup>12</sup> Siinä lakisääteistettiin Kelan kuntoutus, säädettiin laki kuntoutuksen asiakas(palvelu)yhteistyöstä, kuntoutusrahalaki sekä ajanmukaistettiin liikennevakuutuskuntoutuksen ja tapaturmavakuutuskuntoutuksen lait. Lisäksi tehtiin pienempiä muutoksia pariinkymmeneen säädökseen. Mielenterveyskuntoutukseen näillä muutoksilla oli vain välillinen yhteys.

Mielenterveyden ongelmiin alettiin 1990-luvulla kiinnittää voimakasta huomiota, varsinkin kun 1990-luvun alun taloudellinen lama vaikutti kuntasektorin toimintamahdollisuuksiin voimakkaasti. Suomen liittyminen Euroopan unioniin avasi Euroopan sosiaalirahaston rahoitusmahdollisuudet ja muutaman vuoden ajan hyvinvointipalvelujen kehittämistä leimasi hankekulttuuri. Erityisesti mielenterveyskuntoutukseen omaksuttiin useita kansainvälisiä ideoita: klubitalot, tuettu työllistyminen, työvalmennus, siirtymätyö ja niin edespäin. Osaksi EU:n varoja käytettiin paikkaamaan laman takia alas ajettuja palveluja.

Mielenterveyskuntoutuksen kehittämishankkeita on ollut sen jälkeen useita: Mielekäs elämä, Pääsky, Mieli 2009 ja Masto.<sup>13</sup> Tiivistelmänä näistä ja muista mielenterveyshankkeista voi siteerata Masto-hankkeen loppuraportista pidetyn päätösseminaarin 15.2.2011 avanneen sosiaali- ja terveysministeri Juha Rehulan näkemys, ”työ tulisi ymmärtää myös työkykyä ylläpitävänä mahdollisena kuntoutusmuotona, ei pelkkänä riskitekijänä”.

---

<sup>10</sup> Skitsofrenia-projekti 1981–1987.

<sup>11</sup> Ks. Lönnqvist, Jouko et al., 1993.

<sup>12</sup> Mielenterveyslaki 1990/1116.

<sup>13</sup> STM 2003; Kiikkala & Immonen 2002; STM 2009; Masto 2011.

## KAHDEN KUNTOUTUSNÄKEMYKSEN EROJA

Mielenterveyskuntoutuksella ja muulla kuntoutuksella on eroa. Sen ymmärtää jokainen, mutta siitä ei oikein pääse kiinni tai sitä on mahdoton aivan tarkasti osoittaa ja määritellä. Kahtiajako on jo sanastollisestikin epäselvä. Mielenterveyskuntoutus on vakiinnuttanut paikkansa alan terminologiassa, mutta mikä on se kuntoutus, joka ei ole mielenterveyskuntoutusta, ja jota edellä on tavoiteltu ilmauksella ”muu kuntoutus”. Mielenterveyskuntoutuksen suhdetta ”kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen” voi luonnostella kahdella tavalla:

- kuvaamalla mielenterveysongelmista kärsivien (mielensairaiden) ihmisten tarvitsemia ja saamia kuntoutuspalveluja tai
- päättelemällä sen olemusta niistä eroista, joita mielenterveyskuntoutuksella on muuhun kuntoutukseen verrattuna.

### Kuntoutuslaitokset

Kuntoutusta on merkittävältä osaltaan toteutettu erityisissä kuntoutuslaitoksissa. Alkuaan laitusrakentamisen teoreettinen lähtökohta oli saada riittävästi aikaa kuntoutuksen vaatimien muutosten pohdintaan ja harjoitteluun. Taustalla olivat luonnollisesti laitospalveluiden palvelujen yleinen käyttö kuntoutuksen lähialueilla, terveydenhuollossa, opetuksessa ja jopa vammaisten työllistämisessä. Laitosmuotoisuus suosii myös moniammatillisuutta ja kuntoutukselle luonteenomaista tiimityötä, kun kuntoutuja tulee palvelujen luo eivätkä ammattihenkilöt koordinoitusti joudu menemään kuntoutujan toimintaympäristöön. Mielenterveyskuntoutuksessa 1960–70-luvulla syntyi myös laitospalveluiden kuntoutusta, mutta kuten myöhempien vuosikymmenten tilanne aina näihin päiviin saakka osoittaa, varsinaisia mielenterveyskuntoutuksen erikoistuneita kuntoutuslaitoksia on hyvin vähän, ei juuri lainkaan.

Suomen mielenterveysseuran Veikkolan parantola perustettiin vuonna 1929 ja sen ideologinen huippukausi sijoittui vuoden 1970 tienoilta, sosiaalipsykiatrian kansainvälisen kehityksen huippuvuosiin. Mielenterveysseura luopui Veikkolan parantolasta vuonna 1995. Toinen, edelleen toiminnassa

oleva mielenterveyskuntoutukseen erikoistunut laitospalvelu on Tampereella toimiva Sopimusvuori. Kuntasektorin toteuttaman mielenterveyskuntoutuksen järjestely on vahvasti painottunut yhtymämuotoisten sosiaalipsykiatristen yhdistysten ja säätiöiden toimintaan.

### **Terveydenhuoltolain kaksijakoisuus**

Ruumiillisen ja henkisen kahtiajako on modernin filosofian ja tieteen pinttyneimpiä olettamuksia. Kun tämä ero tehdään, niin syntyy tarve niiden saattamisesta yhteen tai ainakin sillan rakentamisesta niiden välille. Voi tietysti olla, että mielenterveyskuntoutuksen ja muun kuntoutuksen hajurako ei ole näin monimutkainen vaan paljon banaalimpi – tiedon, rahan ja vallan – yhteisvaikutus. Fakta on, että mielensairautta ei ymmärretä vammaisuudeksi eikä uuden terveyshuoltolain mukaan sama kuntoutus kelpaa mielensairaille kuin muille potilaille. Yhtenäistä vammaispalvelulakia on yritetty jo kymmenen vuotta eikä tulosta vieläkään näy muualla kuin toimintasuunnitelmissa. Terveydenhuoltolaissa on omat pykälät lääkinällisestä kuntoutuksesta, mutta lisäksi vielä mielenterveystyötä koskevassa pykälässä jokin toinen ”lääkinällinen kuntoutus”.

Suurin selittäjä mielenterveyskuntoutuksen ja muun kuntoutuksen väliselle erolle on se, että psykiatria on lääketieteen erikoisala, niin kuin on luonnollista. Kuntoutus ei ole lääketieteen erikoisala, ei ainakaan samassa mielessä kuin psykiatria. Siitä on Suomen lääkäriliiton antama kuntoutuksen erityispätevyys. Kuntoutusta ei myöskään opeteta lääkäreille yhtä paljon kuin muita lääketieteen osa-alueita. Kuntoutuksen rakenteellinen eriytyminen hoitokulttuurissa on varmistettu jo tällä. Kuntoutuksen itsenäisyyden vähäpätöisyyden voi nähdä selvästi siitä, että psykiatria-alan keskeisessä teoksessa *Psykiatria*<sup>14</sup> ei ole käytännössä mitään kuntoutuksesta. Mielenterveyskuntoutuksesta tehtiin 1970- ja 1980-luvulla useita väitöskirjoja ja silloin kiinnostus kuntoutukseen oli vielä hengissä psykiatriassakin. Kehityksestä antaa kattavan kuvan Esa Nordling skitsofreniapotilaiden kuntoutusta käsittelevässä väitöskirjassaan *Ruvettiin pitämään ihmisenä*.<sup>15</sup> Kuntoutuksen eri aloilta on

---

<sup>14</sup> Lönnqvist et al. 2011.

<sup>15</sup> Nordling 2007.

kaiken kaikkiaan kirjoitettu yli 300 väitöskirjaa, vaikka kuntoutuksella ei tällä hetkellä ole yhtään yliopistollista pääaineohjelmaa, kun Lapin yliopiston kuntoutuskoulutus muuttui sivuaineopiskeluksi. Tutkimuksen vähäisyys viittaa siihen, että omaa kuntoutuksen oppituolia ei tarvitakaan.

### Työllistyvyys ja syrjäytymisen ehkäiseminen integroivina tavoitteina

Kuntoutus on kadonnut yhteiskuntapoliittisesta keskustelusta ja sen ovat korvanneet työllistymisen edistämisen ja syrjäytymisen ehkäisyn vahvempina ja yleisempinä pidetyt tarpeet. Kuntoutus puuhastelee liian yksilöllisellä tasolla liian raskain ja aikaa vievin menetelmin. Suomalaisen kuntoutuksen oligopolinen malli, jossa useat autonomiset toimijat keskustelevat työnjaosta mutta pitävät rajat tiukkoina, ei pysty toteuttamaan laatu-vaikuttavaa kuntoutusta. Yhdeltä reunaltaan kuntoutus (lääkinnällinen kuntoutus) liukenee kokonaisvaltaisen hoidon osaksi, hyvin perinteisellä tavalla.

Vammaisten ja mielensairaiden muodostamajoukko jakaantuu yhä pahemmin kahtia; niihin, joiden odotetaan työllistyvän avoimille työmarkkinoille, kenties jonkinlaisten tukien avulla, ja niihin, joille riittää ”työelämäosallisuus”. Vammaisuuden paikalle on tullut käsite osatyökykyisyys (osa-työkykyisyys), jonka yksinkertainen dekonstruktio kertoo, mistä on kysymys. Jos kolmiosainen sana jaetaan *osa-työkykyinen* saadaan kuvaihmisestä, joka on kaikin puolin merkittävällä tavalla työkyvytön, ja hänen asemansa kuntoutusjärjestelmässä on aivan toinen kuin niiden, joita voi kuvata sanalla *osatyö-kykyinen*, joilla on valmiina sellainen vastaanottavainen työyhteisö ja joustavasti suunniteltu työ, johon hän on täysin työkykyinen. Näillä kahdella ryhmällä – osa-työkykyinen ja osatyö-kykyinen – on erilaiset kuntoutus- ja työmarkkinat ja erilaiset kuntoutumismahdollisuudet.

Edellä on viitattu mahdolliseen jakoon ”*mielenvammaisten*” ja ”*mielensairaiden*” kesken. Onko tällainen jako olemassa? Onko käsitteellisestä jaosta hyötyä vai haittaa? ”Mielenvammaisia” olisivat ne jotka valitsevat itselleen vammaisen identiteetin ja ratkaisevat oman elämänhallintansa olennaiset kysymykset siitä lähtien. ”Mielensairaita” olisivat ne, jotka eivät tuota identiteettiä ota, vaan odottavat saavansa terveydenhuoltojärjestelmältä ne palvelut ja lääkkeet, jotka palauttavat heidät takaisin terveyteen. Tämän jaon rinnalla on sitten omaisten ja läheisten kolmas ryhmä, joka voi valita kumman tahansa



noista kahdesta ratkaisusta. Varmasti käy myös niin, että yhden mielenterveyskuntoutujan (käytän tätä sanaa kummankin ryhmän kohdalla) läheisistä osa valitsee ”vammanisuuden” ja osa ”sairauden” lähtökohdaksi.

## **MIKÄ ON MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN ASEMA TULEVAISUUDESSA?**

Edellä toteutettu katselmus mielenterveyskuntoutukseen muun, yleisen kuntoutuksen tarjoamasta näkökulmasta herättää useita kysymyksiä. Onko mielenterveyskuntoutuksen suunta kohti muuta kuntoutusta vai psykiatrista hoitoa ja mielenterveystyötä yleisesti? Mahdollista ja oikeutettuakin on se, että mielenterveyskuntoutus haluaa voittaa ansaitsemansa aseman molemmissa. Edellä on kärjistetysti etsitty mielenterveyskuntoutuksen pulmia tämän kaksoistavoitteen saavuttamisessa ikään kuin kahden rintaman sotaa ei voisi voittaa. Psykiatria on kääntänyt selkänsä kuntoutukselle – tämä on yksi kärjistys – ja etsii nyt ratkaisuja neurotieteistä ja genetiikasta. Kuntoutus jää siivoamaan jälkiä tai järjestämään Kelan kuntoutuspsykoterapiaa terveydenhuollon parhaan pohjustavan lääkehoidon ja keskusteluterapian jälkeen.

Valtiontalouden tarkastusvirasto julkaisi tarkastuskertomuksen (194/2009) *Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus*, jossa katsotaan, että mielenterveyslaki pitäisi kirjoittaa kokonaan uudelleen. Otsikkotasoisesti tarkastusviraston kannanotot olivat:

- Mielenterveyslaki on puutteellinen, pirstaleinen ja liian yleinen
- Palveluasumisen valvonnassa on puutteita
- Työterveyshuolto ei takaa kaikille työntekijöille kokonaisvaltaista terveydenhoitoa
- Erikoissairaanhoito on vaitonainen
- Erilaiset suunnitelmat eivät edistä palveluiden yhteensovittamista
- Tietojärjestelmät hankaloittavat sosiaali- ja terveydenhuollon saumattontaa yhteistyötä
- Rakenteelliset ja toiminnalliset uudistukset vaikuttavat toisiinsa
- Suosituksia kyllä käytetään
- Pirstaleinen mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeuttaa tilastointia ja kokonaiskuvan hahmottamista

- Palvelujen järjestämis- ja organisointitavalla on merkitystä palveluiden saatavuuteen ja kustannuksiin

Mielenterveystyön asiantuntijoiden käsitys tulevaisuuden näkymistä on Jouko Lönnqvistin (THL 12.11.2010) esityksen mukaan tällainen:

- Mielenterveys yhdentyy kokonaisterveyteen ja muodostaa kansankunnan hyvinvoinnin perustan (*"the wealth of the nation"*)
- Tieto ihmisestä lisääntyy: geneettinen, raskauden aikainen, kehityksellinen ja toiminnallinen tieto
- Tutkimusmenetelmät muuttuvat: aivojen rakenteiden ja toiminnan kuvantaminen, riskinarviointi, seulonnat
- Hoitomenetelmät uudistuvat: vaikuttavuus, kustannustehokkuus
- Moniammatillisuus lisääntyy: uutta osaamista
- Vastuut muuttuvat: asiakkuus korostuu, asiantuntemus eriytyy
- Hoitojärjestelmäosaaminen korostuu
- Vastaavasti nykytilannetta psykiatrisen hoidon osalta Lönnqvist kuvaa näin:
- Mielenterveystyö ja sen osana suppeammin psykiatria erikoissairaanhoidon osana ovat integroitumassa osaksi muuta sosiaali- ja terveyshoitoa sekä muita yhteiskunnan eri toimialoja
- Kehittäminen on muuttunut pienten askelten politiikasta kansalliseksi reformiksi: MIELI 2009
- Mielenterveyden haasteet kohdataan yhä enemmän peruspalveluissa, joiden merkitys korostuu yhdentyvässä kokonaisjärjestelmässä
- Psykiatria purkaa laitospaikkojaan, keskittää avohoitoa ja vahvistaa prosessiorganisaatiotaan mielialahäiriöiden ja psykoosien hoidon ja akuuttipsykiatrian osalta

Mielenvammaisten ja mielensairaiden erillisuus on mielenterveyskuntoutuksen identiteetin kannalta olennainen merkki – ja mahdollisesti myös haaste. Selkiintymättömältä tässä mielessä tuntuu mielenterveysalan järjestöjen kuntoutustoiminnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutustoiminnan sisältö, työnjako ja rahoitusperusta. Suomessa on kolme suurta mielenterveysalan kansalaisjärjestöä: Suomen mielenterveysseura, Mielenter-

veyden keskusliitto ja Omaiset mielenterveyden tukena. Järjestöjen ”edunvalvontapohja” on edellä esitetyn kolmijaon – mielensairaat – mielenvammaset – mielenterveyskuntoutujan omaiset – mukainen. Suomen mielenterveysseura on lääketiedeperusteinen, Mielenterveyden keskusliitto sosiaalisen ja työelämäosallisuuden puolesta ja OMT omaishoidon ja läheisten kokemien ongelmien helpottaja. Pääosin järjestöjen toiminnan jatkuvuus on Raha-automaattiyhdistyksen avustusten varassa. Vuodelle 2012 kaikki järjestöt ovat saaneet suunnilleen yhtä suuret avustukset, nelisen miljoonaa euroa.

Koska mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden pääluokka on niin suuri työkyvyttömyyden taustalla, Kelan kuntoutuskursseja on vuosittain paljon, esimerkiksi vuonna 2011 yhteensä 270 kurssia, mutta ne ovat käytännöllisesti katsoen kaikki tavallisissa kuntoutuslaitoksissa, joskin hankintakilpailut ovat tuoneet mukaan joitakin uusia palveluntuottajia. Suuristamielenterveyskuntoutuksen ryhmistä ahdistuneisuushäiriöisille oli 104 kurssia. Masennuksesta kärsiville ja mielialahäiriöisille 169 kurssia. Kuntoutujat eivät jakaudu yhtä selkeästi kuin kurssien päädiagnoosit, joten luvuissa on päällekkäisyyttä.

Kelan palveluntuottajarekisterin kautta saa asiaan toisen näkökulman, joka kertoo mielenterveyskuntoutuksen edellä kuvatusta palvelutuotannosta. Mielenterveyden keskusliitolla oli vuoden 2011 aikana seitsemän Kelan kurssia, joista kuusi kuului sarjaan ”Otetta elämään – kuntoutuskurssi pitkään sairastaneille”, ja jotka toteutettiin maan eri puolilla sijaitsevista ”yleiskuntoutuslaitoksissa”. Yksi kurssi oli mielenterveyden häiriöitä sairastaville aikuisille järjestetty perhekurssi urheiluopistolla. Suomen mielenterveysseuralla oli vuonna 2011 vain kaksi Kelan kurssia: ”Laatua elämään” -perhekurssi ja ”Löydä oma tarinasi” -kurssi masentuneille nuorille aikuisille. Lienee selvää, että tällä volyymillä kurssit voivat olla vain pilotteja jollekin hyväksi katsotulle toimintamallille.

Siltä osin kuin mielenterveyskuntoutuksen hajanaisuus muuhun lakisääteiseen kuntoutukseen verrattuna olisi seurausta siitä, että muun kuntoutuksen tapaista laajaa kuntoutuslaitosten verkostoa ei ole rakennettu ja joskus olemassa olleet laitoksetkin on pääosin lakkautettu, kehitys on monelta kannalta ollut vammaispolitiikan ja kuntoutuspolitiikan päätavoitteiden mukaista. Jokainen on voinut havaita, että nelisenkymmentä vuotta sitten

laajentunut kuntoutuslaitosten verkko repeilee pahasti. Sosiaalipoliittisena tavoitteena on jo pitkään ollut avokuntoutus, jota ei kuitenkaan ole pystytty kehittämään eikä oikeastaan määrittelemäänkään kuin negatiivisesti: avokuntoutus on laituskuntoutuksen vastakohta. Mielensterveyskuntoutujien tilanteesta ei ole läheskään niin paljon tietoja kuin mielensterveysdiagnooseista erilaisissa sosiaali- ja terveystilasoissa ja rekistereissä. Mielensterveystyön palvelujen kehittäminen niin julkisessa terveydenhuollossa kuin erillisissä hankkeissakin on tuottanut paljon menestyksellisiä innovaatioita: on psykoosiryhmät, psykoedukaatio, depressiohoitajat ja niin edespäin. Masto-hankkeen saavutukseksi on sanottu myös se, että hanke ”arkipäiväisesti masennuksen”. Voiko suomalaista mielensterveyskuntoutusta viime vuosilta sanoa menestystarinaksi? Jos voi, niin siinä tilanteessa on tuskin suurta haittaa siitä, että mielensterveyskuntoutusta ei pysty erottamaan omana toimintatapana ja hyvinvointipalveluna mielensterveystyöstä.

## Lähteet

*Achté, Kalle & Kilpiö, Pirkko & Ollikainen, Liisa & Pihkanen, Toivo & Rantanen, Irja & Rinne, Matti* (toim.) (1967) Psykiatrinen kuntoutus. WSOY, Porvoo.

*Clark, David H* (1984) The Development of a Psychiatric Rehabilitation Service. The Lancet, (s. 625–627) vol. 324, No. 8403.

*Eduskunnan kuntoutusselonteko* (2002). Valtioneuvoston selonteko StVM 8/2002.

*Esa Nordling* (2007) Ruvettiin pitämään ihmisenä– Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Acta Universitatis Tamperensis: 1245, Tampere University Press, Tampere.

*Eskola, Jarkko & Karila, Antti* (toim.) (2007) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielensterveystyöhön. Edita: Helsinki.

**Salminen K, Jouko**, Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, Anna-Mari & Hurri, Heikki & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma & Karjalainen, Vappu & Paatero, Heidi & Pohjolainen, Timo & Rissanen, Pekka (2002) (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes, Raportteja 267.

**Skitsofreniaprojekti 1981–87** (1988). Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. Valtion painatuskeskus: Helsinki.

**STM** (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009: 3. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

**STM** (2003) Mielekäs elämä! Ohjelman loppuraportti. STM 2003: 8. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

**Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula** (2002) Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky –ohjelman loppuraportti ja toimenpideehdotukset. STM 2002: 23. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

**Koskisuus, Jari** (2004) Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Edita, Helsinki.

**Käypä hoito** -suositukset (katsottu 6.6.2012): <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>.

**Lönnqvist, Jouko & Hillevi, Aro & Marttunen, Mauri** (toim.) (1993) Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Stakes, Helsinki.

**Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo** (toim.) (2011) Psykiatria. Duodecim, Helsinki.

**Noro, Leo** (et al. toim.) (1962) Kuntouttaminen, terveydenhuollon kolmas tehtävä. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Helsinki.

*Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko* (toim.) (2008) Kuntoutus.  
Duodecim, Helsinki.

*Veikko Niemi, Henrik Rinne, Antti Tamminen, Aulikki Kananoja, Kaarina Suonio*  
(toim.) (1974) Kuntoutus. WSOY, Porvoo-Helsinki.

*Valtioneuvoston selonteot eduskunnalle kuntoutuksesta*, 1994, 1998, 2002.



4.





# Miten työhön paluuta voidaan jouduttaa?

ILKKA VUORIKURU

## JOHDANTO

Yksi yritysten yhteiskuntavastuun kehitysaluista on masennusperäisiltä sairauslomilta työhön palaamisen jouduttaminen. Hyvinvoivaa työpaikkakulttuuria voidaan hyvin luonnehtia reiluuden ja luottamuksen termeillä. Sekä reiluutta että luottamusta voidaan vahvistaa konkreettisilla rakenteilla ja osavalla johtamisella. Tässä artikkelissa esitellään havaintoja viime vuosina toteutettujen hankkeiden ja julkaisujen pohjalta.

Luottamus itsessään on sosiaalisessa kontekstissa määriteltävissä oleva käsite, joka laajemmin voidaan ymmärtää sosiaalisena pääomana. Luottamus ei ole vain sana, jolla kuvataan ihmisten välisiä suhteita vaan se kattaa myös sen, miten työyhteisö muodostuu ja toimii.<sup>1</sup> Mitä paremmin työyhteisössä on rakennettu tukevia ja välittäviä mekanismeja ja mitä tiiviimmin niistä hyvällä esimiestyöllä pidetään kiinni, sitä helpompaa on myös omaksua joustavat työhön paluun prosessit.

Tällä saralla on kuitenkin ollut ongelmia. Työterveyslaitoksen Työhön-paluu-projektissa toteutettiin laaja Mielenterveysbarometri. Selvityksessä kävi

---

<sup>1</sup> Vrt. Wickström 1998, 24.

ilmi, että esimerkiksi yli puolet vastaajista koki, että tieto esimiehen tai työntekijän mielenterveysongelmista voi johtaa irtisanomiseen. Työhön paluuseen liittyen kaivattiin enemmän emotionaalista tukea ja tietoa mielenterveyden ongelmista ja niiden hoidosta. Kumpaakaan näistä ei barometrin perusteella systemaattisesti jaeta. Yleinen mielipide mittauksessa sen sijaan oli, että mielenterveysongelmien hoito on kustannustehokasta. Tutkimuksissa on myös havaittu, että suuri osa mielenterveysongelmista kärsivistä ei ole kuntoutuksen piirissä.<sup>2</sup> Tätä on tulkittu esimerkiksi niin, että yhä useampi ihminen on ikään kuin terveyden ja sairauden välissä, harmaalla alueella.<sup>3</sup>

Tässä artikkelissa tausta-ajatuksena on, että hyvä työyhteisö rakentuu luottamuksen ja reilouden varaan. Sillä tarkoitetaan emotionaalista ymmärrystä, vuorovaikutuksen avoimuutta ja hyvää johtamista. Työhön paluulle luodaan parhaimmat edellytykset hyvällä esimiestyöllä, oikean tiedon jakamisella ja asioista keskustelemalla.

Työyhteisön näkökulmasta luottamus näkyy vaihtelevana sitoutumisen asteena, jolla on merkitystä sekä yksilön identiteetille että työyhteisön sisäiselle vuorovaikutukselle. Työssä ja työtehtävissä viihtyminen nousee yhtenä suurena tekijänä selittämään organisaatioon sitoutumista. Luottamus itsessään on hankala määritellä, mutta tämän artikkelin yhteydessä sillä tarkoitetaan optimistista ja yhteistyöhaluista suhdetta työtovereihin ja esimiehiin.<sup>4</sup>

## VAPAUDEN LISÄÄNTYMINEN TYÖELÄMÄSSÄ LISÄÄ MYÖS VASTUUTA

Työn lisääntynyt monipuolisuus on tuonut mukanaan historiallisesti katsottuna ainutlaatuisen vapauden palkkatyössä. Liukuhihnatyöstä vuorovaikutteiseen ”uuteen työhön” siirtymisellä on myös hintansa. Kun työelämä painottaa sosiaalisuutta, yksilöllisyyttä ja toisinaan jopa avointa kilpailua, masentuneet tai masennusuhan alla olevat työntekijät eivät kestä. Työuupumuksen kokeminen ei ole marginaalinen tai esimerkiksi tiettyjen alojen ilmiö, vaan näkyy laaja-alaisesti työmarkkinoilla. Tässä on syytä huomioida myös työhyvinvoinnin mittaamisen ongelmat. Työolobarometrien mittareilla mitattuna

---

<sup>2</sup> *Tiainen et. al. 2011, 11.*

<sup>3</sup> *Hämäläinen 2009, 51.*

<sup>4</sup> *Jokivuori 2004, 286; 290–291.*

henkinen rasittavuus tai vaikutusmahdollisuudet omiin työtehtäviin eivät ole juuri muuttuneet aikasarjan aloitusajankohdasta 1990-luvulta 2000-luvun puoleen väliin nähden.<sup>5</sup> Työn mielekkyyden kokemus on yleistynyt havainto, mutta se selittyy paljolti palkansaajien yleistä talouden tilaa koskevilla huollilla, joiden pelätään vaikuttavan myös omaan työpaikkaan.<sup>6</sup>

Nykyaikainen työelämä on muuttunut mekaanisesta ja standardoidusta työnteon mallista yhä tietointensiivisempään ja verkostomaisempaan suuntaan. Kyse on kansainvälisestä trendistä ja globaalien työmarkkinoiden malleista, jotka ovat luonnollisesti levinneet myös Suomeen. Tämä on vaatinut myös työn uudelleenkäsitteellistämistä. Samalla kun työn luonne on muuttunut, myös työn sosiaalinen organisaatio on muuttunut enemmän verkostoja, vuorovaikutusta ja ihmissuhteita korostavaan suuntaan; työidentiteetti ei ole irrallaan ihmisen muusta sosiaalisuudesta.

Työelämän nykyaikaista luonnetta voi karkeasti kuvata työntekijän työpanos ja -tuotos (*high effort – low reward*) sekä työn vaatimusten ja itsenäisyyden (*high demand / low control*) luokituksen avulla.<sup>7</sup> Tällöin työntekijöitä uhkaavia piirteitä ovat työelämän korkeiden vaatimusten, matalan palkitsevuuden ja vähäisen itsenäisyyden yhteenliittymä. Työelämän muuttumisesta raskaammaksi on kirjoitettu viime aikoina paljon. Tutkimuksissa on kuitenkin saatu näyttöä sekä myönteisestä että kielteisestä kehityksestä. Toisaalta yksitoikkoisen työn määrä on vähentynyt ja ihmisten omaan työhön liittyvä vapaus on lisääntynyt. Samaan aikaan on kuitenkin työssä koettu kiireen ja stressin määrä lisääntynyt.<sup>8</sup>

Hyvä työyhteisö tukee yksilön identiteettiä, joka taas on ehtona tukevien sosiaalisten verkostojen rakentumiselle. Tämä on se väylä, jota pitkin työterveyshuolto voi tukea työntekijää. Se on oikeastaan ajateltavissa tehokkaan ennaltaehkäisy- ja kuntoutusprosessin ennakkoehtona.<sup>9</sup> Suomen työelämässä vallitsee matalien organisaatioiden luottamusyhteisunta, joka näyttäisi olevan murenemassa elinkeinoelämän ympäristön muuttuessa. Ensisijainen keino

---

5 Alasoini 2006, 14–15.

6 Alasoini 2006, 33, 37.

7 Shain 2001, 361.

8 Lehto 2007, 63.

9 Lavikka 2004, 324.

palauttaa luottamus ja sitä kautta lisätä kokemuksia työn mielekkyydestä on hyvän johtamisen avulla parannettu työntekijän omaa työtä koskeva positiivinen odotushorisontti.<sup>10</sup>

Työhön paluun ongelma ei ole pieni. Vuonna 2008 masennuksen takia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi noin 4000 henkilöä. Keskimäärin he olivat 49-vuotiaita. Masennuksen takia alkaneiden sairauspäiväkausien lukumäärä on kaksinkertaistunut 1990-luvun lopulta.<sup>11</sup> Suurin osa heistä voitaisiin oikeilla toimilla pitää työelämässä mukana. Näin syntyvät säästöt olisivat yhteiskunnan kannalta tuntuja ja yritysten tuottavuuden ja toiminnan tasapainon kannalta merkittäviä. Tällä hetkellä kalliiksi tulevat sairauslomamat ovat kasvussa.<sup>12</sup> Työhön paluun jouduttaminen pidentää myös työuria ja on suoraan yhteydessä työhyvinvoinnin kehittämiseen suomalaisilla työpaikoilla. Sairauspoissaolojen hallinnalla on paljon myönteisiä vaikutuksia työnantajalle, yhteiskunnalle ja työntekijälle.<sup>13</sup>

Suomalaisten työpaikkojen laatu on riippuvainen työterveyshuollon toiminnasta. Käsitteenä työterveyshuolto on laaja. Se kattaa työn sisältöä, työntekijän vaikutusmahdollisuuksia, johtamista ja ihmissuhteita sekä psykososiaalista viihtyvyyttä koskevia tekijöitä. Työterveyshuoltolaki ja siihen liittyvä ohjeistus<sup>14</sup> antavat kuvan huolellisesti suunnitellusta mallista, mutta työhyvinvoinnin tapauksessa voi ja pitääkin kysyä, vastaako nykyjärjestelmä lain henkeä.

## MASENNUS TYÖELÄMÄSSÄ

Tuorein Kelan työterveyshuoltotilasto on vuodelta 2009. Mainittuna vuonna palkansaajista 87 prosenttia eli noin 1,8 miljoonaa ihmistä käytti työterveyshuollon palveluja. Määrä on yleisesti ottaen laajentunut kaikkiaan 8 prosenttia verrattuna 1990-lukuun. Virallisen tilaston mukaan esimerkiksi tarkasteluvuonna 2009 työnantajan järjestämän työterveyshuollon kustannukset nou-

---

<sup>10</sup> *Alasoini 2006, 52.*

<sup>11</sup> *Pensola & Gould 2009.*

<sup>12</sup> *STM 2005, 9.*

<sup>13</sup> *Ks. STM 2007, 14–17.*

<sup>14</sup> *Esim. STM 2003, 6; 12.*

sivat noin 6,5 prosenttia vuoteen 2008 verrattuna. Kokonaissumma oli 599 miljoonaa euroa, mikä oli 4,1 prosenttia Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista.<sup>15</sup>

Kansainvälisissä tutkimuksissa pitkänä sairauslomana pidetään vähintään kuuden viikon yhtäjaksoista poissaoloa. Suomessa sairauspäivärahan omavastuu-aika on 9 päivää, jonka jälkeen on mahdollista saada 300 vuorokautta sairauspäivärahaa.<sup>16</sup> Käytännössä sairausloman ylittäessä kuusi viikkoa todennäköisyys palata töihin alkaa laskea.<sup>17</sup> Tilastollisesti vertailtaessa pitkät sairaslomat kattavat myös suurimman osan kaikista sairaslomista.

Pitkien sairauspoissaolojen ennaltaehkäisy olisi edullista verrattuna esimerkiksi aktivointitoimenpiteisiin, jotka tarttuvat ongelmaan syrjäytymiskiirteen jo kehittyttyä. Tähän viittaa muun muassa työ- ja elinkeinoministeriön laajaan rekisteritutkimukseen perustuva selvitys kaikkein huonoimmassa asemassa olevien työllistymisen esteistä. Selvitys osoittaa, että työllistämistoimenpiteisiin osallistuneiden työllistyminen oli suhteellisesti vain vähän yleisempää kuin verrokkiryhmässä, joka ei ollut toimenpiteiden kohteena.<sup>18</sup> Selvityksestä myös käy ilmi selkeä trendi, mikä selittää työllistyvyyttä paremmin kuin aktivointitoimenpiteet. Mikä tahansa kokemus työelämästä edistää työllistymistä vaikeissakin olosuhteissa, millä viitataan esimerkiksi työkokemuksiin tai harjoittelujaksoihin.<sup>19</sup> Mielenterveyskuntoutujan pitäminen työmarkkinoiden piirissä näyttäisi olevan ensisijainen toimenpide sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Käytännössä luisu työmarkkinoiden ulkopuolelle on nopea koordinoitun ja tehokkaan työhönpaluumekanismin puuttuessa. Ennakoivien ja oikea-aikaisten toimenpiteiden malli ehkäisisi täydelliseen työttömyyteen luisumista – katkeilevan työuran sijasta henkilöllä olisi ajoittain tuettu työura.

Masennuksen takia työelämän ulkopuolelle joudutaan useammin työntekijä- kuin asiantuntija-ammateista. Masennusperäiset sairaslomat ovat myös yleisempiä naisvaltaisilla aloilla. Kaikki masennusta kokevat eivät jää saira-

---

<sup>15</sup> Suomen virallinen tilasto 2011, 10; 12.

<sup>16</sup> Sairausvakuutuslaki 2004/1224.

<sup>17</sup> STM 2005, 7.

<sup>18</sup> Aho & Mäkiäho 2012, 34.

<sup>19</sup> Mts., 33–34.

uslomalle mutta jo lieviä masennusoireita potevat ihmiset suoriutuvat työstä heikommin. Työpaikan keskustelukulttuuri voi ratkaisevasti vaikuttaa hoitotoiminnan toteutumiseen.<sup>20</sup>

Suomessa työterveyshuollon hoitoon ohjaamisen katsotaan toteutuvan hyvin tai kohtalaisesti. Lievät masennussairaudet hoidetaan perusterveydenhuollossa lääkehoidolla. Jatkohoitona Suomessa on usein lääkitys yhdistettynä pitkään psykoterapiaan, mikä erikoissairaanhoidon potilaille ei usein riitä. Vaihtoehtona on Suomessa hyödynnetty myös psykoedukaatioon nojautuvaa ryhmäterapiaa, jolla on saatu hivenen parempia tuloksia vertailuryhmiin nähden.<sup>21</sup>

Väestölliset terveyserot ovat merkittävä eriarvoistumisen syy ja seuraus. Sama ilmiö näkyy myös työterveyshuollossa, vaikka työpaikka voisi muodostua merkittäväksi terveyttä edistäväksi kivijalaksi suomalaiselle yhteiskunnalle.<sup>22</sup> Työntekijät ovat eriarvoisessa asemassa sen suhteen, millaisia palveluja työnantaja on työterveyshuoltosopimuksilla järjestänyt; mielenterveyspalvelut saatetaan usein jättää kokonaan tarjotun työterveyshuollon ulkopuolelle. Työntekijä joutuu tällöin hankkimaan tarvittavan avun muualta, jolloin yhden ”omalääkärin” periaate ja kokonaiskuvan syntyminen työterveyshuollossa ei ole mahdollista.<sup>23</sup>

Tuoreessa Työterveyslaitoksen tutkimuksessa haastatelluista työterveyslääkäreistä yli puolet kertoivat masennuksen hoidon olevan vaikeaa ajan ja psykoterapian puuttumisen takia. Kolmannes lääkäreistä arvioi, että vähäisen hoitoon ohjaamisen vuoksi masennusta ei päästä tehokkaasti hoitamaan. Masennuksista johtuvien ongelmien ratkaisemiseksi suuri ongelma piilee myös puutteellisissa sairaanhoitosopimuksissa. Mikäli masennussairauksista ei ole sovittu, oireileva työntekijä ohjataan kunnallisen mielenterveyshoidon piiriin.<sup>24</sup>

Työterveyshuollon piiriin kuuluvat suomalaiset ovat väestöllisesti vertailtaessa hyvässä asemassa. Terveyserojen näkökulmasta työterveyshuolto yllä-

---

<sup>20</sup> *Tiainen & al. 2011, 13.*

<sup>21</sup> *STM 2011, 9–10.*

<sup>22</sup> *STM 2008, 40–41.*

<sup>23</sup> *STM 2011, 18.*

<sup>24</sup> *Kaila et al 2012, 44–45.*

pitää terveyttä ja toimintakykyä mutta sen ulkopuolelle jääneet (työttömät, köyhät, pitkäaikaissairaat ja vanhukset) ovat julkisen terveydenhuollon järjestelyjen varassa.<sup>25</sup>

Lainsäädäntö edellyttää vammaisen tai vajaakuntoisen tasa-arvoista kohtelua työpaikoilla.<sup>26</sup> Työnantajan vastuun ulottaminen selkeästi esimerkiksi masennuseräisiin sairauslomiin voisi toimia ohjaavana periaatteena koko järjestelmän kehittämisessä. Pitkien sairauslomien ennaltaehkäiseminen ei kenties ole edes mahdollista, elleivät työpaikat ole aktiivisesti mukana toimintamallien käyttöönotossa.

## **TYÖTERVEYSHUOLLON JÄRJESTÄMISEN PERIAATTEET**

Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutustahojen tiiviimpi ja koordinoitumpi yhteistyö nähdään tärkeänä keinona parantaa työhyvinvointia ja ennen kaikkea työhön paluuta.<sup>27</sup> Työterveyshuolto ei kuitenkaan elä umpi-ossa vaan on yhteydessä koko suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Julkisen terveydenhuollon järjestelmän rakenteellinen parantaminen ja työterveyshuollon vetovastuun painottaminen ovat tärkeitä kehityssuuntia tulevaisuuden työhyvinvoinnin ja työurien pidentämisen kannalta.

Vastuu työkyvyn ylläpitämisestä on lain mukaan työnantajalla. Työympäristö tulisi järjestää kolmen ohjaavan periaatteen mukaan.

1. Selvillä olemisen periaate edellyttää työympäristön riskien tuntemista.
2. Varautumisen periaate kehottaa ennaltaehkäisevään työskentelyyn.
3. Osallistumisen periaate tarkoittaa työhyvinvoinnin kehittämistä yhteistyössä työntekijöiden, työnantajan ja työterveyshuollon kanssa.

Työhön palaaminen sairauslomalta edellyttää juuri osallistumisen periaatteen korostamista, jolloin työnantajan ja työntekijän välinen vuoropuhelu perustuu avoimuuteen. Sen tarkoituksena on ottaa huomioon eri tekijöitä, jotka vaikuttavat työntekijän työhön paluun helpottamiseen. Sosiaali- ja ter-

---

<sup>25</sup> *Leppo 2010, 40.*

<sup>26</sup> *Mts., 9.*

<sup>27</sup> *STM 2011b, 13; STM 2003, 23–24.*

veysministeriön työryhmä jätti ehdotuksen näiden periaatteiden vahventamiseksi olemassa olevien lakien perusteella,<sup>28</sup> mutta nämä periaatteet eivät tällä hetkellä toteudu toivotulla tavalla.<sup>29</sup>

*Terve mieli työssä* -hankkeessa todettiin, että työpaikkojen, kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden yhteistyö on häilyvää, ja että sairauspoissaolojen hallintaa koskevat käytännöt työpaikoilla eivät ole systemaattisia.<sup>30</sup> Ratkaisua tilanteeseen voidaan hakea vain eri tahojen välisen yhteistyön kehittämisestä. Esimerkiksi Alankomaissa on käytössä malli, jossa työnantaja ja työntekijät sopivat keskenään menettelytavoista työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Olennaista on myös mieltää työhönpaluu osaksi ammatillisen kehityksen prosessia eikä poikkeustilaksi kaikkeen normaaliin työskentelyyn.<sup>31</sup>

Kuntoutussäätiö toteutti vuosina 2007–2011 tutkimushankkeen, jolla pyrittiin kehittämään työhön paluun malleja pitkiltä masennusperäisiltä sairaulomilta. Tutkimuskaudella noin puolet työkyvyttömyyseläkkeelle ajautuneista kärsivät erilaisista mielenterveyden ongelmista, usein masennuksesta. Hankkeen tulokset olivat erittäin lupaavia, sillä suurin osa tutkimukseen osallistuneista pystyi palaamaan työelämään toimenpiteiden avulla.<sup>32</sup>

Ohessa on esitelty nelivaiheinen prosessi,<sup>33</sup> jossa tiivistyy tässä artikkelissa käyty keskustelu työhön paluusta. Mikään malli ei sellaisenaan sovi jokaiseen työyhteisöön. Oleellista olisi aloittaa yhteinen keskustelu ja suunnittelu omalle työpaikalle sopivista toimintamuodoista. Työterveyshuollon piiristä löytyy kosolti asiantuntemusta erilaisten työyhteisöjen tarpeisiin. On tärkeä, että koko työyhteisö on avoimesti otettu keskusteluun mukaan, sillä terveyttä koskevissa hankkeissa parhaat tulokset saadaan silloin, kun ihmiset itse sitoutuvat päämääriin.

---

28 *Työryhmän loppuraportti 2011*, 13.

29 *Mts.*, 12–13.

30 *Kivistö, Kallio & Turunen 2008*, 81.

31 *Mts.*, 84–87.

32 *Tiainen et al.*, 2011, 7.

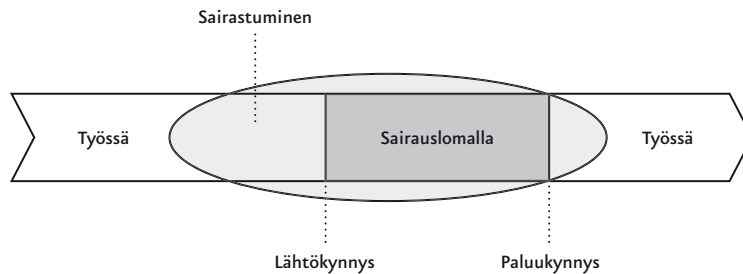
33 *Kivistö, Kallio & Turunen 2008*, 87.



1. Sairauspoissaolovaihe,
2. paluun sopeuttamisvaihe
3. täyden työkyvyn saavuttamisen vaihe
4. täyspainoisen työtöteen ja uralla etenemisen vaihe.

Helsingin kaupungin työterveyskeskuksen Paluun tuki -oppaassa on esitelty ansiokkaasti malli, jossa tiivistyvät tyypillisesti hyvänä pidetyt työhön paluun käytännöt. Luottamuksen ja sosiaalisen pääoman näkökulmasta mallista voidaan löytää erityisiä kehitysalueita. Esimerkiksi työpaikalla sairastumisen jälkeen työntekijä kohtaa ”lähtökynnyksen”, eli tekijöitä, jotka ehkäisevät oireilevan työntekijän sairauslomalle lähtöä. Vastaavasti sairauslomalla kasautuu ”paluukynnys”. Näiden kynnysten purkamiseen ja hallintaan tarvitaan juuri keskustelevalle ja luottamusta synnyttävälle työyhteisölle ja esimies.<sup>34</sup>

**KUVIO 1: Lähtö- ja paluukynnys sairastuneen työelämässä.**



Työhön paluu ei ole henkisesti helppo prosessi. Työhön paluuta vaikeuttavat vaihtuvat työtilanteet, työnantajan empatian puute tai työntekijöiden asenteet muuttuneita työtehtäviä kohtaan. Lisäksi ratkaisemattomat ongelmat työyhteisössä vaikeuttavat ratkaisevasti paluuta työhön. Sen sijaan palaamista tukee oman elämäntilanteen kokonaisvaltaisen hallinnan tunne. Säännöllinen yhteydenpito esimieheen ja esimiehen rohkaiseva rooli työhön kuntoutumisessa vaikuttaa myös olennaisesti työhön paluun onnistumiseen. Yleisesti tiedetään

<sup>34</sup> Tyke 2008, 9–10.

myös, että työtehtävien mukauttaminen ja keventäminen työhön paluun alkuvaiheessa helpottaa työhön paluuta kokonaisuudessaan.<sup>35</sup>

**Sairauspoissaolovaiheen** alkaessa olisi välittömästi kartoitettava sairauspoissaolon syitä ja tehdä arvio sairauden etenemisestä. Jo poissaolovaiheessa voidaan ryhtyä arvioimaan sopeuttavien toimenpiteiden tarvetta, kuten työtehtävien muokkaamista. Yhteydenpito esimiehen ja työntekijän välillä on ratkaisevassa asemassa. Toimijoiden välinen luottamus edellyttää että tätä ennen on työpaikalla sovittu toimintamalleista sairauspoissaolojen sattuessa.<sup>36</sup>

Mielenterveyspiireissä tunnetaan hokema, että mielenterveysjärjestelmän kehittämiseen tarvitaan suhteellisen pieniä ja edullisia toimia. Ennaltaehkäisevä puuttuminen ja hoitoon ohjaus on kustannuksiltaan murto-osa ennenaikaisen eläkkeen hinnasta. Jos näin todella on, on syytä kysyä, miksi käytettäviä keinoja ei toteuteta? Syyksi on esitetty esimerkiksi rahoittajien haluttomuutta rahoittaa tutkimusta, joka tukisi palvelujen kehittämistä ja niiden vaikuttavuuden arviointia. Lisäksi kunnallisella tasolla lakisääteiset ja niin sanotut ”vanhat tutut keinot” asetetaan ensisijaiseen asemaan uusien ja kokeilevien – mutta mahdollisesti erittäin tehokkaiden – toimien sijasta. Tiedosta ja kokemuksesta huolimatta aivan turhan usein jopa lievien tai keskivaikeiden masennustilojen osuessa kohdalle, ihminen päätyy työkyvyttömyyseläkkeelle.<sup>37</sup>

**Työhön palaaminen** ei tarkoita sitä, että työntekijä on vielä täysin toimintakykyinen. Itse asiassa työhön paluu voi olla tärkeä osa kuntoutusta, jolloin työtehtävät tulee sovittaa toimintakyvyn mukaan. Työssä suoriutumista on seurattava ja muutoksiin on reagoitava nopeasti. Samalla on pohdittava työkyvyn parantamisen mahdollisuuksia ja myös sitä, onko kyseistä työtehtävää yleensä mahdollista sopeuttaa kuntoutukseen. Tämä prosessi tulisi omaksua myös tilanteissa, joissa työpaikka muuttuu kuntoutuksen aikana. Myös työyhteisö on otettava tahdikkaasti mukaan prosessiin, esimerkiksi silloin, jos työtehtäviä on siirrettävä toisille.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Tiainen et al. 2011, 14–16.

<sup>36</sup> Mts., 88.

<sup>37</sup> Nykänen 2009, 54.

<sup>38</sup> Mts., 89–90.

Masto-hanke kiteyttää työhön paluun käytännön järjestelyt ja toimintamallit. Esimiehen tehtäviin kuuluu esimerkiksi yhteydenpito pitkällä sairauslomalla olevaan työntekijään. Esimiehen tehtävä on sopia työhön paluusta ja järjestellä organisaatio niin, että työhön palaavan henkilön työtehtävät sopeutetaan kuntoutukseen. Paluu suunnitellaan työterveysneuvottelussa kuntoutuvan työntekijän kanssa. Esimies myös vastaa viestinnästä muulle organisaatiolle. Työhön paluu on kuntouttava toimenpide, jota varten voidaan maksaa osapäivärahaa tai kuntoutusrahaa.

**Täyden työkyvyn palautumisen** vaiheessa työntekijä on saavuttanut tavoitellun työkyvyn. Työkyvyn palautumisen arvioinnin yhteydessä voidaan eri tilanteissa myös keskustella työelämästä pois siirtymisestä.

Tutkimuksissa on selkeää näyttöä siitä, että pitkältä sairauslomalta töihin palaavissa on eroja, riippuen siitä, palaavatko he täys- vai osa-aikaiseen työhön. Täysaikaiseen työhön palaavilla negatiiviset vaikutukset kasautuvat osaksi palkka- ja urakehitystä, kun taas osa-aikaisesti työhön palaavat kokevat paluun positiivisena ja innostavana.<sup>39</sup> Samansuuntaisia tuloksia on saatu Työterveyslaitoksen Paluu työhön sairausloman jälkeen -tutkimuksessa. Työhön paluu on kriittinen vaihe yksilön työuran kannalta, ja työntekijän on saatava kokea esimiehen luottavan häneen. Lisäksi vaihtoehdottomuuden tunne yleensä heikentää työhön paluun onnistumista. Tutkimuksessa paljastuivat myös työterveyshuoltojen vaihtelevat käytännöt ja ennen kaikkea se, että työpaikkojen halukkuus muokata työtehtäviä kuntoutumista edistävään suuntaan oli usein vähäinen.<sup>40</sup>

**Täyspainoiseen työskentelyyn** siirtyminen on osa palautumisprosessia. Työkyvyn palautumisen jälkeen suunnittelussa keskitytään täyden työotteen saamiseen ja myöhemmän urakehityksen suunnitteluun. Tällöin painopiste siirretään työntekijän työssä kehittämiseen ja kehitys sairauspoissaolosta on saatu käännettyä menestyksekkääseen työelämään paluuseen. Tästä jälkimmäisestä vaiheesta ei valitettavasti ole juuri kokemuksia työpaikoilta. Sen sijaan keskeneräisiä työhön paluun prosesseja tavataan useasti: sairauspois-

---

39 Siurin & Josephson & Vingård 2009, 50.

40 Kivistö, Kallio & Turunen 2008, 81.

saolojen vähentäminen etenee tiettyyn pisteeseen, mutta kuntoutus ei kata koko prosessia<sup>41</sup>.

Työpaikka on otettava osaksi tiedotusta ja suunnittelua. Jos palveluja hankitaan ulkopuolisilta, on näiden toimenpiteiden tuloksia seurattava. Työhön palaamisen käytännöistä ei Suomessa säädetä lailla mutta Sosiaali- ja terveysministeriö on tuottanut Pitkittyvä sairausloma ja työhön paluu -oppaat työnantajalle ja työntekijälle.<sup>42</sup>

Luottamus on organisaation ominaisuus. Työyhteisössä luottamus syntyy pitkäjänteisellä sosiaalista vuorovaikutusta parantavalla työllä. Sen vaikutuksia tai syntymekanismeja on tutkittu runsaasti. Karkeasti luottamusta voi verrata klassiseen vieraantumiseen, jolloin työntekijä ei sitoudu eikä koe työtä osaksi omaa itseään. Vahva luottamus työyhteisössä sen sijaan kiinteyttää yhteisöä. Sen välittömin vaikutus on parempi kriiseistä selviytymisen kyky. Toisin sanoen, sama perusta, joka tukee työyhteisöä vaikeina tuotannollisina aikoina, tukee myös yksittäisen työntekijän kriiseistä selviytymistä.

Luottamus vahvistuu kun ihmisillä on riittävästi ympäristöään koskevaa tietoa ja sosiaalisia suhteita, joiden varaan he voivat tarvittaessa heittäytyä. Työpaikalla tällaisia tukielementtejä voidaan luoda, mutta niistä on myös aktiivisesti keskusteltava. Esimerkiksi masennukseen joskus liittyvä tabujattelu väistyy, kun asia tulee ymmärretyksi.

## REILUUS LUO LUOTTAMUSTA

Vain vajaa puolet *Työterveys huolto Suomessa 2004* -tutkimukseen vastanneista kertoi työpaikalla etukäteen sovituista työhön paluun käytännöistä. Useammin näitä käytäntöjä oli olemassa työpaikoilla, joissa tehtiin tiivistä ja suunniteltua yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Laajassa ruotsalaistutkimuksessa selvitettiin sitä, missä tilanteissa työntekijät käyttävät lomapäiviä sairauslomien sijaan. Kävi ilmi, että työpaikoilla, joilla työstä poissa oleminen ei johtanut määräämättömään määrään keskeneräisiä työtehtäviä, työntekijät ottivat vähemmän omia lomia sairauslomien sijasta. Työpaikoilla ajatellaan helposti, että on ”pakko olla läsnä” vaikka sairaana. Työpaikat, joissa työ-

---

<sup>41</sup> *Mts.*, 93–94.

<sup>42</sup> *STM 2005, 2005b.*

tehtävät järjesteltiin joustavasti eikä työhön paluuseen liittynyt ”roikkuvien töiden” kaaosta, työntekijät polttivat huomattavasti vähemmän omia lomi-  
aan.<sup>43</sup>

Työntekijöiden keskinäinen ja esimieheen kohdistuva luottamus sekä ennalta sovitut ja ymmärretyt periaatteet edistävät työhyvinvointia ja vähentävät sairauspoissaoloja. Työterveyshuollon on tarjottava ennalta sovittavia malleja ja työpaikoilla etenkin esimiehet on koulutettava ja velvoitettava työyhteisön parantamistyöhön.<sup>44</sup> Työnantajan vastuu työntekijöiden terveydestä tulisi ulottaa myös masennuseräisiin sairauksiin. Ensisijainen keino on tietysti se, että asiat hoituvat muuten kuin lainsäädännöllä, eli työnantajan aloitteesta järjestetty ja kaikkia osapuolia koskeva avoin keskustelu työpaikan työhyvinvoinnin lisäämiseksi.

Työhön paluu onnistuu parhaiten, kun työhön palaava kokee reiluksi sen, miten hänen työnsä on järjestelty. Vastaavasti epäreilu kohtelu, kuten vaikkapa liian raskaat työpäivät heikentävät toipumista. Työhön palaavan kuntoutus onnistuu työpaikalla, mikäli yhteisesti on sovittu työn sovittamisesta työntekijän kuntoon. Työhön paluun keskeiset tekijät ovat esimiehet ja muu työyhteisö. Työuupumuksesta toipuminen onnistuu, mikäli tehty suunnitelma on realistinen ja tuettu sopivilla kuntoutustoimilla. Mikäli töihin palaava ei koe tulevaisuuden kohdeksi reilusti ja huomioon otetusti, tuloksena on eksklusiota, avuttomuuden tunnetta, raivoa ja häpeää.<sup>45</sup>

Pohja onnistuneelle työhön palaamiselle luodaan toimivassa perusterveydenhuollossa, työterveyshuollon kanssa laadituissa suunnitelmissa ja työpaikalla hyvällä esimiestyöllä.

Työhön palaavan mielenterveyden kannalta sopeutetut työtehtävät tukevat kuntoutumista. Sopeutetulla tarkoitetaan mahdollisuutta osa-aikaiseen työskentelyyn tai muihin töitä keventäviin järjestelyihin. Järjestelyjen ei ole tarkoituksenmukaista olla pysyviä ratkaisuja vaan niissä tulisi pyrkiä nimenomaan täyden työkyvyn saavuttamiseen. Yrityksen kannalta on selvä, että kuntoutusjärjestelyjen toteuttaminen on tärkeä kehitysalue.

---

<sup>43</sup> *Mts.*, 95.

<sup>44</sup> *Opas työnantajalle 2005*, 17.

<sup>45</sup> *Shain 2001*, 364.

Toinen ulottuvuus on kuntoutuksen vaikuttavuus. Tätä varten työnantaja tarvitsee työterveyshuollon ja muiden toimijoiden tukiverkoston. Keskittyminen työhön paluuseen mahdollistaa sairauslomalla olleiden ihmisten joustavan paluun entisiin tehtäviinsä, pienen siirtymäkauden jälkeen. Tulos on kaikin puolin hyvä: työntekijä välttyy joutumasta sairauseläkkeelle eikä työnantajan tarvitse etsiä uutta työntekijää.

Työterveyspalveluja tuotetaan yksityisen terveydenhuollon ja kunnallisen terveydenhuollon resursseilla. Ongelmallista on varsinkin palveluiden sirpaleisuus, koordinoimattomuus ja tiedonkulun vaikeudet. Mielenterveyden häiriöt voidaan lukea pitkäaikaista työkyvyttömyyttä aiheuttaviksi sairauksiksi, jolloin palvelujen toimivuus ja oikea-aikaisuus ovat ensisijaisessa asemassa työhön paluun prosessia kehitettäessä. Työterveyshuollon tulisi koordinoita hoitoa, vaikka toimenpiteet teetettäisiin muissa yksiköissä.<sup>46</sup>

Työssä jaksamisen ja työhön paluun näkökulmasta on avattava kolme suurta ongelmakohtaa jatkokehittelyä varten. Ensiksi tarvitaan selkeä koordinaatio eri toimijoiden välillä. Toiseksi toimenpiteiden seurannasta on huolehdittava ja seurantaan liittyvään palautejärjestelmään on oltava tehokas. Lopuksi on syytä harkita työhyvinvoinnin näkemistä samanlaisena yritystä arvottavana asiana kuin esimerkiksi taloudellinen menestys.

## Lähteet

*Aho, Simo & Mäkiäho, Ari* (2012) Pitkään työttömänä olleiden työnhakijoiden työllistymisen esteet ja julkisiin työvoimapalveluihin osallistuminen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 15/2012. TEM.

*Alasoini, Tuomo* (2006) Työn mielekkyyden muutos Suomessa vuosina 1992–2005. Työolobarometrein aineistoihin perustuva analyysi. Tykes raportteja 45. Tykes: Helsinki.

---

<sup>46</sup> *Tiainen et al. 2011, 16.*

- Berman M., Evan & West, P. Jonathan** (2011) ”Public Values in Special Districts: a Survey on Managerial Commitment.” *Public Administration Review* vol. 72/1 (43–45).
- Hämäläinen, Timo** (2009) Yhteiskunnallinen murros ja henkinen hyvinvointi. (s. 44–57). *Tiedepolitiikka* 2009: 4.
- Jokivuori, Pertti** (2004) Sitoutuminen työorganisaatioon ja luottamus. (s. 284–294) *Aikuiskasvatus* 2004: 4.
- Kaila, Erkki & Väisänen, Anne & Leino, Timo & Laamanen, Anneli & Vihtonen, Tiina & Hyvärinen, Hanna-Kaisa & Varjonen, Jyrki** (2012) *ToMaHok. Toimiva masennuksen hoitokäytäntö terveydenhuollossa. Työterveyslaitos. Painojussit Oy: Kerava.*
- Kivistö, Sirkku & Kallio, Eila & Turunen, Greta** (2008) Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2008: 33.
- Lavikka, Riitta** (2004) Minuusprosessit, luottamus ja yhteistyö verkostoituvassa työelämässä (s. 322–332). *Aikuiskasvatus* 2004: 4.
- Lehto, Anna-Maija** (2007) Työelämän tutkimuksen näkökulma hyvinvointivaltion tulevaisuuteen. (s. 61–67) *Futura* 2007: 1.
- Pensola, Tiina & Gould, Raija** (2009) Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. *Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita* 2009:7. Eläketurvakeskus: Helsinki.
- STM** (2011) *Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö* 2011: 15. STM: Helsinki.
- STM** (2011b) *Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriö* 2011: 6. STM: Helsinki.
- STM** (2008) *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö* 2008: 16. STM: Helsinki.

- STM* (2007) Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja terveydenhuollon yhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 7. STM: Helsinki.
- STM* (2005) Pitkittyvä sairausloma – opas työnantajalle. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 19. STM: Helsinki.
- STM* (2005b) Pitkittyvä sairausloma – opas työntekijälle. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 21. STM: Helsinki.
- STM* (2003) Kuntoutuksen tutkimuksen kehitysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö 2003: 19. STM: Helsinki.
- Shaun, Martin* (2001) ”Returning to Work after Illness or Injury: The Role of Fairness” *Bulleting for Science, Technology & Society* 2001 21: 361.
- Suomen virallinen tilasto* (2011) Kelan työterveyshuoltotilasto. Sosiaaliturva 2011: Kela (Katsottu 5.6.2012: [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Tth\\_09/\\$File/Tth\\_09.pdf](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Tth_09/$File/Tth_09.pdf)).
- Tiainen, Raija & Oivo, Marja & Puumalainen, Jouni & Korkeamäki, Johanna* (2011) Tukea masennuksen jälkeiseen työhönpaluuseen. Työhönpaluu –projektin loppuraportti ja arviointi. Kuntoutussäätiö. Kuntoutussäätiön työselosteita 2011: 42.
- Tyke* (2008) Paluun tuki – toimintamalli sairauspoissaolojen pitkittyessä. Helsingin kaupungin työterveyskeskus: Helsinki.
- Wickström, Gustav* (1998) Työyhteisön toimivuus ja työntekijän terveys. (s. 23–26) *Tiedepolitiikka* 1998: 4.





5.



# Voimavaravalmennuksen käyttö kuntoutuksessa

JYRKI RINTA-JOUPPI

*Jyrki Rinta-Jouppi työskentelee Mielenterveyden keskusliitossa (MTKL). Hän on toiminut pitkään kuntouttavan mielenterveystyön valmennustehtävissä ja ollut mukana Aamos-työelämäkuntoutushankkeessa, jossa voimavaravalmennusta kehitettiin Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Raha-automaattiyhdistys on myöntänyt voimavaravalmennuksen juurruttamiseen lisärahoituksen vuosille 2012–2014.*

## JOHDANTO

Mielenterveyden keskusliitto on kehittänyt Aamos-työelämäkuntoutushankkeessa voimavaravalmennus-menetelmän. Uudistavaa voimavaravalmennuksessa aiemmin mielenterveyskuntoutujille tarjottuun valmennukseen verrattuna on sen kohdentaminen valmennettaviin ennen varsinaisen valmennuksen alkua. Voimavaravalmennuksen tavoite on palauttaa ihmisen voimavarat sellaisiksi, että hän kykenee täyspainoisesti osallistumaan varsinaiseen kuntoutukseen tai työelämävalmennukseen.

Voimavaravalmennuksen käyttöönotto säästäisi yhteiskunnan varoja ja olisi yksi parhaista investointikohteista. Valmennuksen avulla nostetaan näkyviksi yhteiskunnan kovien asenteiden ja muiden piilossa olevien voimavara-

syöppöjen vaikutus. Ihminen voi päästä häpeän kokemisesta, tuntea olevansa yhteiskunnan jäsen ja saaden näin paljon lisää voimavaroja, jotka sitten auttavat työllistymisessä tai koulutukseen pääsemisessä. Suurin osa esimerkiksi pitkäaikaistyöttömistä pystyttäisiin lyhyellä valmennuksella saamaan takaisin työhön tai koulutuksen piiriin, ja he saisivat työkykynsä takaisin.

Yhä suurempi joukko ihmisiä kärsii ilman asianmukaisia palveluja, ja juuri tämä joukko pystyy heikoiten pitämään puoliaan. Usein he näkyvät vain tilastoissa ja juhlapuheissa. Massasta emme erota heidän kasvojaan, mutta tiedämme esimerkiksi että alle 30-vuotiaiden jääminen työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä on kaksinkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2008.<sup>1</sup>

Olen työskennellyt seitsemän vuotta mielenterveyskuntoutujien työllistymisen ja opiskeluun pääsemisen edistämiseksi Mielenterveyden keskusliiton Amos-kuntoutushankkeessa. Suurimman osan ajasta olen työskennellyt pääkaupunkiseudulla. Valmennettavien kokemukset kovista arvoista, heidän tuntemansa häpeä ja voimavarattomuus ei ole vain pääkaupunkiseudun ongelma. Olen tehnyt samanlaista valmennusta ja koulutusta Vaasassa, Turussa, Tampereella ja Raahessa, Varkaudessa, Uudessakaupungissa, Lahdessa, Joensuussa, Porvoossa, Orivedellä, Tampereella ja Riihimäellä. Vuosien varrella olen valmentanut ryhmissä yli viittäsataa ihmistä. Varmuudella on käynyt selväksi, millaiset asiat vaikuttavat ihmisten työllistymiseen tai opiskeluun pääsemiseen.

Työllistymisen ja arjen hallinnan kannalta tärkein asia ja lähtökohta on toivo. Ihmisen on koettava, että hänellä on mahdollisuuksia työllistyä. Sen lisäksi kuntoutujalla on oltava käsitys omista voimavaroistaan ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Pitkäjänteinen työskentely työllistymiseksi tai opiskelemaan pääsemiseksi vaatii joskus paljon tukea mutta myös henkistä kestävyyttä: on oltava valmis kestämaan useita ”valitettavasti, sinä et tullut tällä kertaa valituksi” -kirjeitä.

Suurin elämänhallinnan haaste on mielestäni luottamuksen hiipuminen. Luottamus on sosiaalinen kitti, joka luo yhteisöjä ja vahvistaa odotushorisonttia. Kun ihmiset eivät enää usko työllistymisen mahdollisuuteen, eivät he kovin innokkaasti hakeudu hoitoon tai ammatilliseen kuntoutukseenkaan.

---

<sup>1</sup> *Sosiaalivakuutus 6/2008.*

Ihmiset kohtaavat myös liikaa kohtalontovereita, jotka ovat vuosia sairastaneet pääsemättä eteenpäin. Asia näkyy mediassakin usein kielteisinä minäkertomuksina. Onnistumistarinoita on liian vähän, laman ja työttömyyden mielikuvat täyttävät julkisen keskustelun.

Työelämässä olevat ovat tietoisia näistä tarinoista ja kun he huomaavat voimavarojensa kaventuvan, he yrittävät pärjätä vielä lujemmin, jotta täyttäsivät työpaikan ja muiden vaatimukset. Yrittäessään kovemmin he voivat huonommin ja huonommin ja vasta kun romahduksesta tulee akuutti, he päätyvät työterveyshoidon tai muun hoidon piiriin. Silloin on turha puhua varhaisesta puuttumisesta tai joutuisasta työhön paluusta, sillä tarvittavat toimenpiteet ovat vaikeita ja kalliita.

Suomessa on suuri joukko osatyökykyisiä, jotka kohtaavat työvoimapalvelut lähinnä selailemalla työvoimahallinnon virallista [www.mol.fi](http://www.mol.fi)-työnhakusivustoa – jos jaksavat. Jos heillä on taustalla jo jokin yleinen koulutus, pelkkä internetin seuraaminen ei heille riitä, sillä jo parin vuoden aukko ansioluettelossa voi pudottaa heidät työhaastatteluista, jos hakemuksia tulee runsaasti. Heidän on luotava työllistymispolkunsä projektien, vapaaehtoistyön tai palkkatuen avulla. Tämä vaatii paljon voimavaroja, tietoa ja uskoa itseensä.

Mielenterveyden keskusliitossa työ- ja koulutusvalmentajana työskennelleenä pystyn kokemuksi perusteella osoittamaan, että useimmat valmennettavat pääsevät opiskelemaan tai työhön jo pienellä valmennuksella. Kaikilla on mahdollisuus löytää arkeensa mielekästä toimintaa, on se sitten työtä, koulutusta tai harrastustoimintaa. Samat tekijät, jotka ovat auttaneet mielen-terveyskuntoutujia, toimivat myös oppimisvaikeuksista kärsivien tai syrjäytymisvaarassa olevien kohdalla.

## **SYRJÄYTYMINEN SUOMESSA**

Menestymistä korostavassa yhteiskunnassa on yksilön hieman ironisesti osattava nähdä työ ja opiskelu riittävän pieninä asioina. Jos työn merkitys on liian suuri, arjen voimavaroja tukevat kokemukset jäävät vaille arvostusta. ”Kävin juuri tunnin kävelyllä, mutta mitä väliä sillä on, kun en vielääkään ole töissä.” ”Tapasin juuri ystäviäni, mutta senkin ajan olisin voinut käyttää työnhakuun.”

Mielenterveyden häiriöt poikkeavat muista sairauksista siinä, että oikealla tuella ja voimavarojen mukaisilla tavoitteilla työkyky voi kohentua merkittävästi.<sup>2</sup> Osalle syy työkyvyn alentumiseen ei ole oireissa vaan itsetunnon laskussa ja sairauden hyväksymisen vaikeudessa. Jos työkyky kuntoutusta aloittaessa on vaikka 2 tuntia päivässä, sen venyttäminen 6 tai 8 tuntiin ei ole mahdoton tavoite kuntoutukselle.

Arjen pienet teot, kuten kävely ja ystävien tapaaminen, ja niiden arvostaminen ovat usein avain työllistymiseen tai opinnoissa menestymiseen. Mitä enemmän arjessa on kivoja, voimavaroja tuovia aktiviteetteja, sitä helpompi on jaksaa etsiä työ- tai koulutuspaikkaa. Työnhaussa ei kyseessä ole sadan metrin pikapyrähdys vaan pikemminkin maraton. Monet joutuvat hakemaan kymmeniä paikkoja ennen kuin yksi tärppää. Tämän takia on tärkeä pitää huoli voimavaroista eikä ottaa hylkääviä vastauksia pettymyksenä. Epäonnistumisesta ei voi oppia, ellei sitä kykene käsittelemään.

Olen nähnyt, miten yhteiskunnan kovat asenteet aiheuttavat monelle häpeän kokemuksia ja alhaista itsetuntoa. Työelämäkulttuuri ei ole ainut, mutta merkittävä syy pahoinvointiin. Häpeän kokemukset ja siitä seuraava itsensä hyväksymisen vaikeus vievät paljon ihmisten voimavaroja. Voimavaravalmennuksen avulla yksilön sopeutumista voidaan parantaa harjoittelemalla ja simuloimalla tositalanteita. Harjoiteltu toimintamalli antaa kyvyn ennakoida ja hallita vastaan tulevia asioita. Ihmiselle jää voimavaroja arjen kuntoon saattamiseen. Hyvä arki auttaa jaksamaan työnhaussa ja opiskelussa.

Kroonistuvan toimettomuuden vaaravyöhykkeessä ovat esimerkiksi koulupudokkaat, pitkäaikaistyöttömät, pitkään sairaalomalla olleet, peräkammarin pojat ja kaikki, jotka joutuvat opiskelun tai työn tekemisen ulkopuolelle pidemmäksi aikaa. Toimettomuudesta voidaan kuitenkin muuntua aktiiviseksi toimijaksi jo pienellä valmennuksella.

Nuorten tilanteeseen ollaan aiheellisesti kiinnittämässä huomiota. Uutisissa kerrottiin vain vähän aikaa sitten, miten huonosti työvoimapolitiittiset toimenpiteet ovat toimineet. Tieto on peräisin Valtion tarkastusviraston selvityksestä.<sup>3</sup> Joskus on vaikea perustella, miksi päämääräkeskeisyydestä olisi hivenen siirryttävä omien unelmien ja oman kokemuksen tarkaste-

---

<sup>2</sup> Vuorinen 2002, 32.

<sup>3</sup> Valtion tarkastusvirasto 229/2011, 9.

luun. Ihminen sitoutuu ja hänen motivaationsa on aivan toista luokkaa, kun kyseessä on hänen oma päätöksensä ja toiveensa, ja niitä syntyy vain ottamalla etäisyyttä ympärillä kieppuvaan maailmaan esimerkiksi voimavaravalmennuksessa. Valitettavasti nykyaikainen palvelujärjestelmä ei ole rakennettu kuuntelemaan tai vuorovaikuttamaan. Tehokkaaksi trimmatussa palvelussa on vaarana, että asiakas joutuu objektin asemaan. Koulutettu asiantuntija löytää sopivan koulutuksen, jo parilla vihjeellä muutamassa minuutissa. Nuorilla on vielä suurempi vaara joutua objektin asemaan. Vastuun säilyminen asiakkaalla on ensiarvoisen tärkeää. Valmennuksessa haastetaan jokaisella tapaamiskerralla ottamaan vastuuta omasta elämästään, arjestaan.

Työssäni vedän pituudeltaan kymmenen kerran kursseja, kaksi tuntia kerran viikossa. Osallistujat usein ottavat niinkin pienen tavoitteen, että yrittävät jaksaa osallistua joka kerralle. Olen huomannut, että koulutuksen keskeytymisen tai vähäisen osallistumisen syy ei aina ole oireiden vakavuus vaan yksinkertaisesti toivottomuus ja uskon puute. Valmennuksesta suoriutuneiden voimavaroissa on havaittavissa nousua ja he voivat jatkaa pitkäkestoisempaan koulutukseen.

Esimerkiksi Kela on käynnistänyt ammatillisen kuntoutuksen valmennuksen Kiipulassa ja Petreassa.<sup>4</sup> Osallistujilta edellytetään joka päivä läsnäoloa kuuden tunnin koulutuksessa viiden kuukauden ajan. Osallistujien löytäminen kursseille on osoittautunut vaikeaksi. Itse ajattelen, että niin hyväkuntoisia kuntoutujia on vaikea löytää, että he jaksaisivat heti näin pitkän valmennuksen. Tällaista jaksoa edeltävä voimavaravalmennus voi huomattavasti parantaa vastaavien palvelujen vaikuttavuutta.

Syrjäytymisvaarassa olevat itse eivät pysty ajamaan omia oikeuksiaan. Jälleen on kyse voimavaroista. Tässä yhteydessä on kerrankin osuva käyttää heitteillä olemisen kielikuvaa. Kukaan ei ole käytännössä vastuussa tästä ihmisryhmästä, sillä palvelujärjestelmä on sirpaleinen eikä keskusjohtoa käytännössä ole. Hoidossa vastataan hoidon onnistumisesta ja työvoimahalinnossa työllistymisestä. Näiden väliin jäävät ihmiset jäävät heitteille, oman onnensa varaan. Oman näkemykseni mukaan tätä ei voi kutsua miksikään muuksi kuin ihmisresurssien tuhlaamiseksi.

---

<sup>4</sup> Ks. [www.kiipula.fi](http://www.kiipula.fi); [www.petreia.fi](http://www.petreia.fi).

Kyseessä on valinta. Joko investoimme heihin 20 tuntia valmennusta, eli teemme jotain, jonka tiedetään auttavan, tai sitten annamme kehityksen jatkaa. Kokemukset voimavaravalmennuksesta ovat lupaavia: 20 tunnin valmennuksella on jo saatu puolet osallistujista opiskelemaan tai töihin hyvin lyhyellä seuranta-ajalla. On ilmeistä, että jokaiselle avohoidossa olevalle mielenterveyskuntoutujalle ja pitkäaikaistyöttömälle tulisi tarjota voimavaravalmennusta. Yhteiskunta säästäisi näin valtavasti rahaa. Kun ihmisten annetaan syrjäytyä, ovat kustannukset valtavat. Syrjäytynyt nuori maksaa noin 27 000 euroa vuodessa – vuosikymmenien ajan.

Toivoisi vain, että asiantuntijat ja päättäjät olisivat valmiit luottamaan kokemustietoon. Voimavaravalmennuksesta ei ole väitöskirjaa vielä eikä se valitettavasti pohjaudu mihinkään tyylikkääseen ulkomaiseen malliin. Voimavaravalmennus ei kuitenkaan ole peräisin tyhjiöstä, sillä monet sen keskeiset olettamukset, vaikkapa minäkuvan tai mielikuvien merkityksestä motivaatioon, on tunnettu jo pitkään psykologian alalla.

Moni kuntoutuja ajautuu passiivisuuden kautta näköalattomuuden ja toimettomuuden kierteeseen. Lisääntyvät fyysiset ja psyykkiset sairaudet sekä päihdeongelmat seuraavat perässä. Nykymallia voi luonnehtia rakenteellisesti välinpitämättömäksi, mikä tulee yhteiskunnalle ja veronmaksajille hyvin kalliiksi – puhumattakaan inhimillisestä kärsimyksestä.

Eläkkeelle näistä kuntoutustuen nostajista päätyy 80 prosenttia ja vain 5 prosenttia työllistyy avoimille markkinoille. Tämä viittaa vahvasti siihen, etteivät kuntoutustuella olijat löydä ammatillisen kuntoutumisen palveluja tai eivät hyödy niistä. Jos kuntoutujat mielletään yksikkökustannuksina, on hälyttävää, että kolme neljännestä asetetusta panoksesta menee hutiin. Olisiko liikemaailmassa todennäköistä, että tällainen tehottomuus jatkuisi pitkään?

Lukuja voidaan jatkaa. Pitkäaikaistyöttömiä on Suomessa 59 100.<sup>5</sup> Tilastoiden takaa paljastuu paljon äitejä ja isiä, jotka eivät kykene huolehtimaan itsestään tai lapsistaan. Huostaanotot lisääntyvät. Suomessa on selkeä trendi ylisukupolvisen syrjäytymisen suuntaan. Syrjäytyneissä kodeissa kasvavilla nuorilla ei ole muuta esikuvaa tai mallia kuin syrjäytymisen ja työttömyyden malli.

---

5 TEM 2012.



Vuosikymmenen alussa peräti joka toinen vakavaa masennusta kärsivä ei päätenyt hoitoon lainkaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkija Juha Hämäläinen totesi: ”Tilanne ei ole kohentunut olennaisesti vuosikymmenen alusta.”<sup>6</sup> Hän kärjistää, että: ”masentuneen pitäisi osata esittää asiansa ja etsiä hoitoa.” Hoitoon hakeutumisen esteenä on juuri se, mistä he yrittävät parantua. Masennuksesta aiheutuu valtiolle vuosittain 600 miljoonan euron kustannukset.<sup>7</sup>

## **MIELENTERVEYSTYÖ KÄYTÄNNÖSSÄ**

Mielenterveyden keskusliiton kokoamassa pääkaupunkiseudun ammatillisen kuntoutumisen listassa on yli 30 toimijaa. Näistä useat ovat pieniä toimijoita tai projekteja, jotka ehtivät kohdata kenties vain kymmeniä asiakkaita vuodessa. Vuonna 2006 eläkkeelle jäi 7300 kuntoutujaa.<sup>8</sup> Pääkaupunkiseudulla heistä elää noin 1200, väestön jakautumisen mukaan laskettuna. Vielä suurempi joukko ihmisiä on palveluiden tarpeessa, mutta nykyiset palvelut eivät pysty vastaamaan tähän tarpeeseen.

Suomessa palveluihin on haettava. Ne, jotka sattuvat pääsemään kuntouttavien palvelujen piiriin, pitävät niitä yleensä hyvinä ja he myös saavat niistä apua. Tämä tyytyväisten palvelua saavien joukko luo mielikuvan, että palvelut toimivat. Tosiasiassa kyse on kangastuksesta, joka huiputtaa niin päätäjiä kuin kansalaisia. Mitään suuria jonojakaan ei pääse tällaisessa mallissa syntymään, kun avun tarvitsijat eivät ole paikalla jonottamassa.

Tuuliajolle jää jo kysymysten valtavan määrän ja vastaajien vähäisen saatavuuden takia. Voiko kuntoutustuella opiskella tai olla työssä? Miten käy asumistuen? Voinko olla työvoimatoimiston asiakas? Mille alalle kannattaa hakeutua? Onko osa-aikaista työtä tarjolla? Moni ei ole kuullutkaan esimerkiksi työtoiminnasta tai osuuskunnista.

Eräs kuntoutuja yritti neljä vuotta selvittää, kuuluisiko hänen saada työvoimatoimistosta vai Kelasta tukea suunnitelmilleen! Kokonaisvaltainen tilanteen selvittely Mielenterveyden keskusliiton tietopalvelu Propellissa auttoi

---

<sup>6</sup> Hämäläinen et al. 2009, 25; 27–37.

<sup>7</sup> HS 10.3.2009.

<sup>8</sup> Eläketurvakeskus 2007, 36.

hänet saamaan asuntoasiat kuntoon. Parin kuukauden kuluttua hän oli opiskelemissa.

Olisi tärkeä levittää viestiä, että jokainen on omalla olemassaolollaan yhteiskunnan jäsen. Sillä on erittäin suuri merkitys, miten ihminen kokee tähän yhteiskuntaan kuulumisen: perustuuko se työn tekoon, vai onko työskentely sittenkin seuraus yhteenkuuluvuudesta?

Arjelta katoaa arvo, jos pelkästään työ mielletään merkitykselliseksi. Suomessa tarvittaisiin paljon voimavaroista lähteviä palveluita, jotka huomioisivat nykyistä paremmin, että ihminen on kokonaisuus. Voimavaroja kasvattamalla ihminen kuntoutuu työkykyiseksi ja ennen kaikkea työhaluiseksi. Ensinnäkin syntyy itsetunto, sitten vastuuntunto.

Toivoa voidaan antaa syrjäytymisvaarassa oleville tarjoamalla heille konkreettista tietoa vaihtoehdoista ja kertomalla esimerkkejä siitä, kuinka hyvin vaikeista olosuhteista ja hyvin vaikeista sairauksista ihmiset ovat päässeet eteenpäin ja töihin tai koulutukseen. Tärkeä on myös saada tietoa palveluista, koska ne ovat erittäin hajanaiset. Palveluihin täytyy ihmisen itse osata hakea ja monelle se onkin muodostunut kynnykseksi. Yleensä väsyneelläkin ihmisellä on voimia ponnistella hetki, jos hänellä on toivoa. Mikäli avun saaminen on tehty mahdollisimman hankalaksi, ponnistelu loppuu eikä ehkä koskaan palaa.

## **VOIMAVARAVALMENNUS**

Nimi voimavaravalmennus syntyi siitä, että elämässä selviämässä on pohjimmiltaan kyse voimavaroista ja niiden tehokkaasta käytöstä. Voimavarojen puutteiden takia ihmiset eivät jaksa selvittää omaa polkuaan byrokratian ja palvelujen sekamettelisopasta. Tukemalla heidän voimavarojaan, he saavat oman elämänhallintansa toimimaan. He ovat oman elämänsä parhaita asiantuntijoita. Tehokkuuden vaatimukset asettavat heidän itseä koskevat oletukset kyseenalaisiksi. Heidän omaa asiantuntemustaan ei kuunnella. Esimerkiksi asioitaessa viranomaisen toimistossa, uupunutkin ihminen kykenee ja joutuu teeskentelemään jaksavaa ja aktiivista kansalaista muutaman minuutin, jos sitä häntä väkisin odotetaan.

Mielenterveyden keskusliiton ammatillisen kuntoutumisen tukipiste Amos on kehittänyt voimavaravalmennusmallin viisivuotisen hankkeen tuloksena. Valmennuksen avulla 40–50 prosenttia osallistujista on päässyt lyhyellä seurantajaksolla opiskelemaan tai töihin. Näihin tuloksiin on päästy vähimmillään 20 tunnin valmennuksella 2,5 kuukauden aikana. Kuntouttavasta työtoiminnasta töihin tai koulutukseen on päässyt 15–60 %. Kaikki Amoksen osallistajat ovat eläkkeellä tai kuntoutustuella olevia mielenterveyskuntoutujia.<sup>9</sup>

Voimavaravalmennus koostuu useista erilaisista teemoista, joilla pyritään vahvistamaan suojaavia tekijöitä ja vähentämään heikentäviä tekijöitä valmennettavan elämässä. Valmennettavia autetaan itsenäisesti etsimään ja löytämään oman paikkansa opiskelussa tai työssä – sitä ei tehdä heidän puolestaan vaan tuetusti.

Nykyään mielenterveyden häiriöiden todetaan syntyvän suojaavien ja haittaavien tekijöiden summasta.<sup>10</sup> Kuka tahansa voi sairastua, jos haittaavat tekijät saavat liian suuren roolin suhteessa suojaaviin tekijöihin. Elämässä tulee vastaan pettymyksiä, joita suojaamaton minuus ei kykene käsittelemään ja itsetunto murenee entisestään.

Odotukset ovat osin tiedostamattomia ja peräisin usein ulkopuolelta, kuten vanhemmilta, mediasta tai ystäviltä.<sup>11</sup> Tässä kaikessa toistuu se nurinkurinen ajatus, että ensin on saatava kaikki muu kuin työn tai opiskelun etsiminen elämässä kuntoon. Vasta sitten voidaan paneutua hyväksi kansalaiseksi kasvamiseen, eli opiskella ja hankkia töitä. Lisäksi lähipiiri voi tarjota kohutuuttomia odotuksia. Tämä koskee meitä kaikkia, mutta erityisesti se tulee huomioida mielenterveyskuntoutujien kohdalla.

Valmennuksen perustana on suojaavien ja haittaavien tekijöiden vaikutus mielenterveyteen.<sup>12</sup> Lisäämällä suojaavia tekijöitä ja vähentämällä haittaavia tekijöitä harjoitusten avulla on saatu aktiivisesti oman elämänsä puolesta toimivia osallistujia. Harjoitukset eivät ole mullistavia sinällään, mutta niiden

---

<sup>9</sup> Rautakorpi & Veijalainen 2008, 55.

<sup>10</sup> Backman & Lönnqvist 2009, 8.

<sup>11</sup> Rope, 2005, 561.

<sup>12</sup> Backman & Lönnqvist 2009, 8.

yhteisvaikutus on vaikuttava. Ihmiset saavat voimavaransa ja osaamisensa käyttöön.

Kun tavoitteet ja voimavarat ovat tasapainossa, ihminen saa onnistumisen kokemuksia ja ne nostattavat itsetuntoa. Tavoitteiden on hyvä olla niin pieniä ja niitä voi olla monta viikossa, että voi saada monta onnistumisen kokemusta viikon aikana.

Esimerkkejä voimavaravalmennuksen harjoitteista:

a) Odotukset. Saman teon tai tapahtuman voi kokea valtavan hienona onnistumisena tai totaalisenä katastrofina riippuen odotusten tasosta. Jos odotukset ovat korkealla, tulee pettymyksiä helpommin. Matalalla olevat odotukset taas mahdollistavat onnistumisen kokemukset helpommin. Odotukset ovat tiedostamattomia, ja ne ovat usein peräisin ihmisen ulkopuolelta. Jotta odotukset eivät tuhoaisi onnistumien kokemuksia, on tärkeä tutkia niitä – millaisia odotuksia minulla on ja hyödyttävätkö ne minua?

b) Voimavaroista on tärkeä pitää huolta. Mitkä asiat minulle tuovat voimavaroja ja mitkä niitä vievät? Näitä voi olla syytä kirjata aivan paperille, jotta pystyisi hyödyntämään voimavaroja tuovia asioita, silloin kun on heikompi päivä. Helposti voimavarojen vähetessä luopuu niistäkin asioista, jotka tuovat voimavaroja.

c) Itsensä hyväksyminen on oleellista. Se tarkoittaa sitä, että pystyy hyväksymään tilanteensa eikä syyttele itseään tai koe siitä häpeää. Jännittäminen ja vaikeudet hyväksyä itseä kulkevat käsi kädessä. Jännittäminen kuluttaa voimavaroja, mikä usein johtaa keskittymisvaikeuksiin. Muiden seura ahdistaa. Itsensä hyväksymistä voi harjoitella kirjoittamalla paperille, millä sanoilla kertoisi läheisilleen tai työnantajalle omasta tilanteestaan. Miten kertoisi ansioluettelon aukoista työhaastattelussa. Voi olla, ettei niitä sanoja koskaan käytä. Tieto siitä, että ne ovat olemassa, voi jo tuoda varmuutta ja turvaa.

Monissa tutkimuksissa on havaittu, että monenlainen toiminta voi olla kuntouttavaa. Yhteistä näille kaikille on kuitenkin ollut vuorovaikutuksen onnistuminen. Onkin erinomaisen tärkeää, että ohjaaja tukee positiivista vuorovaikutusta edistävien elementtien roolia valmennettavien elämässä.

Myönteinen kuva itsestä ja omista mahdollisuuksista on mielenterveyskuntoutujilla harvinaisuus. Hyvin monet kokevat tilanteensa toivottomaksi. Lisäksi minäkuva on usein luonteeltaan ”minusta ei ole enää mihinkään” tai ainakin se sisältää paljon kysymysmerkkejä. Minäkuva ja voimavarot voidaan valmentaa keskittymällä muutamaan yksinkertaiseen elementtiin kuntoutujan elämässä.

Sisäinen puhe kertoo suhteesta ja asenteesta omaan itseensä, muihin ja ympäristöönsä.<sup>13</sup> Sisäinen puhe voi olla kannustavaa ja tukevaa. ”Kyllä minä pärjään.” tai ”Hyvä minä”. Sisäinen puhe voi olla myös lannistavaa ja syyttelevää. ”Olen niin surkea kaikessa.” ”Tiesinhän minä, ettei olisi kannattanut yrittää.” Sisäinen puhe on usein huonosti tiedostettua. Tunnistettuaan omaa sisäistä puhettaan voi sitä pyrkiä muuttamaan.

Uskomukset voivat myös olla esteinä kuntoutumiselle. ”Minä aina sählään asiani”, ”Työ ei ole minua varten” ja ”Minulta jää aina kaikki kesken”. Uskomukset ovat erittäin hankalia, koska niitä pidetään totuuksina. Mutta niitäkin voidaan tutkia ja löytää päinvastaisia esimerkkejä. Ohessa voimavaravalmenuksen keskeiset painopistealueet:

- Kokemus yhteiskuntaan kuulumisesta
- Myönteinen minäkuva ja positiiviset odotukset itsestä
- Voimavarojen tunnistaminen ja konkretisoiminen
- Arjen onnistumisten arvostaminen ja itsetunnon kehittäminen
- Oikeat uskomukset itsensä hyväksyminen
- Sisäisen vuorovaikutuksen eheys ja vuorovaikutustilanteiden tunnistaminen ryhmässä
- Kannustava sisäinen puhe
- Oikea tieto maailmasta, työelämästä ja yhteiskunnasta

---

<sup>13</sup> Katajainen & Lipponen & Litovaara 2003, 156.

Näiden kaikkien ei tarvitse olla hallinnassa. Riittää, että niitä on tarpeeksi paljon, jotta toivo ja voimavarat voivat hyvin. Ne auttavat tarttumaan aina seuraavaan haasteeseen. Koska kun yksi sulkeutuu toisaalla, aina(kin) yksi ovi aukenee jossain muualla.

Kun ihmisestä itsestään tulee vahvempi, päätöksenteko on helpompaa. Ajattelun, toiminnan ja tunteiden vuorovaikutusta kutsutaan myös sisäiseksi vuorovaikutukseksi. Lähtiessään uutta kohti ihminen helposti ajattelee mielessään asiaa ensin. Helposti samat ajatukset toistuvat uudestaan ja uudestaan, joten kielteiset kokemukset on purettava ja paikattava uusilla ajatusmalleilla. On tärkeätä, että ajattelun lisäksi syntyy toimintaa asian edistämiseksi. Toiminta voi olla puhumista ystävälle, tietojen selvittämistä internetistä tai soitto kouluun. Ne ovat pieniä askeleita, eikä niiden toteuttaminen vaadi suuria. Toiminta herättää tunteita: ”tämä ei sovi minulle”, ”tätä minä haluan tehdä!”. Se taas lisää itsetuntemusta ja elämänhallinnan tunnetta.

Oma käsitys työkyvystä on monien tutkimusten mukaan selittävä tekijä opiskelussa tai työssä pärjäämiselle.<sup>14</sup> Jos itse kokee olevansa osaaja ja pärjäävänsä, näin todennäköisemmin käy. Ohjaaja voi tukea osaaja-minäkuvaa alusta lähtien näkemällä ohjattavan osaajana. Yksi tärkeimmistä tavoitteista on saada ohjattavan osaaminen käyttöön. Ihmisen hyvinvointi lisääntyy, hänen pystyessään käyttämään osaamistaan. Osaamisen käyttäminen on tärkeää itsetunnon, voimavarojen ja minäkuvan näkökulmasta. Toimettomuus on yksi vaikeimmista asioista ihmisen elämässä. Toimettoman ihmisen ajatukset helposti kiinnittyvät vääriin asioihin.

Eräs Muutoksen avaimet -valmennusjaksolle osallistunut ei alussa jaksanut kunnolla osallistua edes kahden tunnin valmennukseen. Voimavarojen parantuessa, hän jaksoi jopa 40 tunnin viikkotahdin. Mikään ongelma hänelle ei ollut jatkaa normaaliin 40 tunnin viikko-opetukseen.

Vastaavia kursseja on pidetty vuosia Mielenterveyden keskusliitossa. Kurssit ovat tavoittaneet kuitenkin vain noin 80 henkeä vuodessa. Toivotonmuuden ilmapiirin muuttamiseksi toivon ilmapiiriksi tarvittaisiin kuitenkin huomattavasti enemmän kurssin käyneitä.

---

<sup>14</sup> Vuorela 2008, 46.

## UUDISTUSEHDOTUKSET

1. Voimavaravalmennuksen käyttöönotto mielenterveyskuntoutujille ja pitkäaikaistyöttömille.
2. Valmennus, johon ei tarvitse hakea.
3. Kuntoutus- ja työllistämispalvelujen raja-aitojen purkaminen.
4. Aktiivinen puuttuminen – vastuuviranomaiset ja hyvä projektijohtaminen.
5. Kuntoutuksessa käsitellään laaja-alaisesti kuntoutujan vaikeuksia: voimavarat ja käytännön asiat.
6. Nuorten ohjaamisessa palveluihin käytettäisiin aikaa heidän omien unelmiensa ja tavoitteisensa esille saamiseen
7. Syrjäytymisvaarassa oleville kokonaistilanneselvitys

Suomessa toimitaan liian sektoreittain: mielenterveyshoito, työvoimapaalvelut ja Kela muodostavat omat sektorinsa. Liian usein kuntoutujat putoavat sektorien väliin tai ovat niin moniongelmaisia, että tarvitaan usean toimijan yhteistyötä. Alussa mainitut tilastotiedot kertovat, ettei tällä hetkellä hoidon jälkeinen tuki ole riittävä, jotta ihmiset pääsisivät kiinni opiskeluun tai työhön. Tehokkaan mielenterveystuen takaaminen edellyttää joustavaa organisaatiota, joka mahdollistaa yksilöllisen auttamisen ja viranomaisten yhteistyön.

Hoitoa on yleisesti kehitettävä moniammatillisempaan suuntaan. Mielenterveyskuntoutuksen ohessa on tarjottava mahdollisuus perehtyä työ- ja opiskelumahdollisuuksiin voimavarojen puitteissa. Tällä hetkellä tilanne on se, että työvoimahallinnon puolella saa taas tietoa työ- ja opiskelumahdollisuuksista, mutta siellä ei saa hoitoa. On todella kallista jättää ihmisiä eri hallinnollisten järjestelmien väleihin tai tarjota hoitoa, joka ei ole kokonaisvaltaista.

Tärkeitä tällä hetkellä olisi, että ihmiset eivät joutuisi hakemaan itselleen apua, sillä he eivät siihen kaikissa tapauksissa pysty. Valmennus pitäisi viedä heille. Sama tarmo, jolla huippuyritysten johtajia opetetaan käyttämään kalenteria ja säästämään voimavarojaan, on suunnattava yhteiskunnan heikompien auttamiseen.

Kautta linjan on luotava rakenteita, jotka toimisivat siltoina hoidon ja ammatillisen kuntoutumisen palveluiden välillä. Avohoidossa oleville tarjotaisiin kurssi, jolle ei tarvitsisi hakea. Kurssilla jaettaisiin tietoa opiskelu- ja työllistymismahdollisuuksista, harjoiteltaisiin sairauden hyväksymistä ja voimavarojen mukaisten tavoitteiden asettamista. Oikean kokoiset tavoitteet tuovat onnistumisen kokemuksia ja nostavat itsetuntoa. Jokaiselle osallistujalle pyrittäisiin saamaan tunne yhteiskuntaan kuulumisesta sellaisena kuin on.

Hallittu järjestelmä, jossa auttajataholla on suunniteltu ja aktiivinen rooli vähentäisi syrjäytymistä ja yleensä ”haahuilua” yhteiskunnassa. Esimerkiksi juuri tapaamani valmentautuja on ollut 10 vuotta tyhjän päällä. On tuskallista tietää, miten paljon pienemmällä tuella hän olisi selvinnyt kymmenen vuotta sitten! Nyt hänellä on vaikeuksia selviytyä edes ryhmätilanteista.

Aikaisempien kurssien tuloksena useimmat osallistujista pääsevät eteenpäin opiskelemaan, töihin tai ammatillisen kuntoutumisen palveluihin. He vapauttaisivat hoitotahon resursseja. Kun resurssit eivät kulu tehotomaan jälkihoitoon, olisi aidosti mahdollista puhua ennalta ehkäisevästä mielenterveydestä.

On syytä huomata, että toivonilmapiiri ei synny hartaista toiveista vaan kokemusperäisiin seikkoihin perustuvasta jämäkästä päätöksenteosta. Esimerkiksi Peli ei ole vielä menetetty -raportissa saatiin seuraavanlaisia tuloksia kursseille osallistuneiden tavoitteiden toteutumisesta: kurssilaisista 25 prosenttia jatkoi opiskelemaan, 22 prosenttia työssä ja loput ohjautuivat muihin ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteisiin.<sup>15</sup>

Taloudellisesti tämä malli säästäisi paljon rahaa. Syrjäytynyt nuori maksaa yhteiskunnalle 27 500 euroa vuodessa.<sup>16</sup> Jo neljän nuoren syrjäytymisen estämisellä palkkaisi siis kaksi työvalmentajaa, jotka pystyisivät kursittamaan 200 nuorta vuodessa. Vuonna 2007 lähes 2000 nuorta aikuista todettiin työkyvyttömiksi mielenterveyden häiriöiden vuoksi. Jos näistä puolet, eli tuhat, saataisiin työkykyisiksi, tulisi säästöjä 27 500 000 euroa.

---

<sup>15</sup> Rautakorpi & Veijalainen 2008, 53.

<sup>16</sup> Tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomuksessa 146/2007 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy.



## Lähteet

**Bäckmand, Heli & Lönnqvist, Jouko** (2009) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. THL.

**Eläketurvakeskus** (2007) Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 1: 2007.

**Vuorela, Mika** (2008) Lannistamisesta kannustamiseen. Teoksessa Tuuli Hirvilampi, Markku Laatu (toim.) Toinen vääräkirja. Lähikuvia suomalaisista epäkohdista Kelan tutkimusosasto, 2008.

**Gould, Raija, Ilmarinen Juhani, Järvisalo, Jorma, Koskinen, Seppo** (2006) Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos.

**Hämäläinen J., Isometsä E., Sihvo S., Kiviruuu O., Pirkola S., Lönnqvist J.** (2009) Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. Depress Anxiety. National Public Health Institute, Department of Mental Health and Alcohol Research, Helsinki, Finland.

**Katajainen & Lipponen & Litovaara** (2003) Voimaa! Oman tarinan mahdollisuudet. Duodecim.

**Rautakorpi, Eija & Veijalainen, Satu** (2008) Peli ei ole menetetty. Mielenterveyden keskusliitto. (katsottu 6.6.2012: [http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/9b3f82c61db0f1952911385cf1cdfbc4/1337152151/application/pdf/316673/Arviointi\\_%20Peli%20ei%20ole%20viel%C3%A4%20menetetty%2009.pdf](http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/9b3f82c61db0f1952911385cf1cdfbc4/1337152151/application/pdf/316673/Arviointi_%20Peli%20ei%20ole%20viel%C3%A4%20menetetty%2009.pdf))

**Rope, Timo** (2005) Suuri markkinointikirja. Talentum Oyj.

**TEM** (2012) Työllisyyskatsaus maaliskuu 2012. Työ- ja elinkeinoministeriö.

**Vuorinen, Marja** (2002) Takaisin töihin?Työhön kuntoutuminen ja työhön liittyvät odotukset valmennusohjelmaan osallistuvien mielenterveyskuntoutujien kokemuksissa.Lisenssiaattitutkimus. Psykologia. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Mielenterveyden keskusliitto.

**Valtion tarkastusvirasto** (2011) Tuloksellisuustarkastuskertomus 229/2011, Pitkäaikaisyöttömien työllistyminen ja syrjäytymisen ehkäisy.

# Kirjoittajat

**Pirkko Lahti** on filosofian lisensiaatti, psykologi ja psykoterapeutti. Hän on työskennellyt Helsingin yliopistossa, Lääkintöhallituksessa, Oikeusministeriössä ja Suomen mielenterveysseurassa. Hän on ollut myös kansainvälisissä tehtävissä ja julkaissut sekä kirjoja että muita julkaisuja.

**Jyrki Rinta-Jouppi** on Mielenterveyden keskusliiton (MTKL) koordinaattori. Hänellä on 7 vuoden kokemus voimavaravalmennuksesta.

**Ilpo Vilkkumaa** on sosiaalipsykologian lisensiaatti. Hän on toiminut kuntoutuksen suunnittelu- ja hallintotehtävissä Hengitysliitossa, Vervessä, Kuntoutusasiain neuvottelukunnassa (STM), Kelassa ja Kuntoutussäätiössä.

**Ilkka Vuorikuru** on Kalevi Sorsa -säätiön projektikoordinaattori. Hän työskentelee tällä hetkellä Työelämän keskeiset muutokset 2010-luvulla -projektissa. Koulutukseltaan hän on valtiotieteiden maisteri.

