



Annamari Tuulio-Henriksson,
Kaija Appelqvist-Schmidlechner
ja Ulla Salmelainen

AMI-kuntoutus

Ryhmäpainotteinen kuntoutusmalli
työelämässä oleville masennuskuntoutujille



Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 138

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2015

*Annamari Tuulio-Henriksson, Kaija Appelqvist-Schmidlechner
ja Ulla Salmelainen*

AMI-kuntoutus

*Ryhmäpainotteinen kuntoutusmalli työelämässä oleville
masennuskuntoutujille*

Kirjoittajat

Annamari Tuulio-Henriksson
FT, dosentti, tutkimusprofessori
Kela, tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Kaija Appelqvist-Schmidlechner
FT, erikoistutkija
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö
etunimi.sukunimi@thl.fi

Ulla Salmelainen
KT, erikoistutkija
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, iäkkäät, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö
etunimi.sukunimi@thl.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-983-0 (nid.)
ISBN 978-951-669-984-7 (pdf)

ISSN-L 1238-5050
ISSN 1238-5050 (painettu)
ISSN 2323-7724 (verkkojulkaisu)

Juvenes Print
Tampere 2015

Tiivistelmä

Tuulio-Henriksson A, Appelqvist-Schmidlechner K, Salmelainen U.

AMI-kuntoutus. Ryhmäpainotteinen kuntoutusmalli työelämässä oleville masennuskuntoutujille. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 138, 2015. 117 s. ISBN 978-951-669-983-0 (nid.), 978-951-669-984-7 (pdf).

Kela toteutti vuosina 2010–2014 avomuotoisen AMI-kuntoutushankkeen, jonka tavoitteena oli tukea työsuhteessa olevien masennuskuntoutujien työ- ja toimintakykyä sekä ehkäistä tai lieventää masennuksen haittoja ja uusiutumista. AMI-kurssi painottui ryhmäkäynteihin, mutta myös yksilökäyntejä järjestettiin. Vuoden kestäneen ja kuuden palveluntuottajan toteuttaman AMI-kurssin aloitti yhteensä 247 kuntoutujaa, joista 216 osallistui Kelan ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhteistyönä toteutettuun arviointitutkimukseen. Tutkimuksessa selvitettiin kuntoutuksen koettua vaikuttavuutta kyselylomakkeiden avulla. Omaa vointia, toimintakyvyn osa-alueita ja kuntoutusta koskevia kysymyksiä sisältäneet lomakkeet täytettiin kurssin alussa, puolivälissä ja lopussa. Tutkimuksen avulla arvioitiin myös palvelujärjestelmän toimivuutta, soveltuvuutta ja yhteistyötä. Aineistoa tätä varten kerättiin kyselyin kuntoutukseen lähettäneeltä taholta ja kuntoutusohjaajilta. Kuntoutujat ja projektiryhmien jäsenet osallistuivat lisäksi ryhmähaastatteluihin. Tutkimustulosten perusteella AMI-kuntoutus saavutti hyvin sille asetetut tavoitteet. Kuntoutujat kokivat kurssin pääosin hyödyllisenä ja psyykkistä vointia, työ- ja toimintakykyä sekä voimavaroja kohentavana. Ryhmässä saatu vertaistuki koettiin erityisen tärkeäksi. Kuntoutukseen osallistuminen työn ohella onnistui, vaikka joustavuutta kuntoutusmalliin tai työnantajien asenteeseen kaivattiinkin. Kuntoutusta tarvinneet tunnistettiin työterveyshuollossa kohtalaisen hyvin, mutta oikea-aikaisuus ei aina toteutunut. Alkuvaiheen rekrytointiongelmien jälkeen yhdyshenkilötoiminta helpotti kuntoutukseen ohjautumista ja tiedonkulkua. Ohjaajien mukaan parhaiten kuntoutumista edistivät kuntoutuksen ryhmämuotoisuus ja avomuotoisuus, kesto sekä käytetyt teemat ja harjoitukset. Työterveyshuollon kanssa sovitut jatkotapaamiset olivat tärkeä tuki kuntoutuksen päättyessä. Monitahoinen tutkimusasetelma tuotti laajasti tietoa AMI-kurssin onnistumisesta ja esiin tulleista kehittämistarpeista.

Avainsanat: kuntoutus, mielenterveyskuntoutus, avokuntoutus, masennus, työikäiset, toimintakyky, työterveyshuolto, yhteistyö, vertaistuki

Sammandrag

Tuulio-Henriksson A, Appelqvist-Schmidlechner K, Salmelainen U. **AMI-rehabilitering. En rehabiliteringsmodell i gruppform för personer i arbetslivet med depression.** Helsingfors: FPA , Social trygghet och hälsa, undersökningar 138, 2015. 117 s. ISBN 978-951-669-983-0 (hft.), 978-951-669-984-7 (pdf).

Målsättningen för AMI-rehabilitering av Kela, som genomfördes under åren 2010–2014, var att stödja personer i arbetslivet med depression i deras arbets- och funktionsförmåga, i att minska symptomen och orsakad skadeverkan samt i att hindra återfall av depression. AMI-rehabiliteringen bestod mest av gruppsammanträden, men också individuella möten anordnades. Varje kurs pågick ett år, och 247 deltagare hos sex tjänsteleverantörer startade rehabiliteringen. Av dem tog 216 del i forskningsprojektet som genomfördes av FPA och Institutet för hälsa och välfärd. Datainsamlingen utfördes tre gånger (i början, i mitten och i slutet av kursen) och innehöll frågeformulär med frågor gällande egen välfärd, funktionsförmåga och rehabilitering. För datainsamlingen gällande funktionalitet, tillämplighet och samarbete inom tjänstesystemet, fyllde både företrädare för hälsovården och rehabiliteringsinstruktörer i frågeformulär. Därtill organiserades gruppintervjuer för deltagarna i rehabiliteringen och medlemmarna i projektgruppen. Forskningsresultat visade att AMI-rehabiliteringen uppfyllde sina mål väl. Enligt deltagarnas erfarenhet var kursen mycket nyttig och lindrade psykiska symptom, förbättrade arbets- och funktionsförmågan och ökade krafterna. Kamrattstöd upplevdes som mest viktigt. Det var också möjligt att delta i rehabilitering vid sidan av arbetet, fast ibland önskades bättre flexibilitet både hos arbetsgivare och i rehabiliteringen. De som behövde rehabilitering identifierades ganska bra inom företagshälsovården, men den optimala tidpunkten gick inte alltid att hitta. I början fanns det vissa svårigheter med rekryteringen, men dessa minskade när kontaktpersonfunktionaliteten ökade. Enligt instruktörerna var gruppformen och öppenvårdsrehabilitering, längden och teman och övningarna de bästa främjande faktorerna i rehabiliteringen. Det var också viktigt att stämma träff med företagshälsovården efter rehabiliteringen. Den mångfasetterade forskningsdesignen producerade omfattande information om hur AMI-kurserna lyckades och vad som ännu behöver utvecklas.

Nyckelord: rehabilitering, psykisk rehabilitering, öppenvårdsrehabilitering, depression, personer i arbetsför ålder, funktionsförmåga, företagshälsovård, samarbete, stöd av likställda

Abstract

Tuulio-Henriksson A, Appelqvist-Schmidlechner K, Salmelainen U. **AMI-project. An open form of rehabilitation for working persons with depression.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 138, 2015. 117 pp. ISBN 978-951-669-983-0 (print), 978-951-669-984-7 (pdf).

The AMI project, carried out by Kela, took place during the years 2010–2014. The aim was to provide a rehabilitation program for employed persons with depression that supports their working ability and functionality, relieves their symptoms and helps to prevent the impairments caused by the symptoms as well as their recurrence. The program comprised mostly group meetings, but also individual meetings were organized. Each course, arranged by six service providers, lasted for one year. Altogether 247 participants started the course, and 216 of them took part in the evaluation study conducted in collaboration with The Social Insurance Institution of Finland (Kela) and The National Institute for Health and Welfare (THL). Using questionnaires given to the rehabilitees at the start, in the middle and at the end of the program and including questions on welfare, functionality, and rehabilitation, the study aimed to find out the experienced effectivity of the program. The functioning, suitability and cooperation of the service system were studied by sending questionnaires to the health care providers and rehabilitation instructors. The program was found to well fulfil the set goals. The rehabilitees found the course useful and supporting their wellbeing, working ability and resources. The peer support was experienced of great importance. It was mostly possible to work alongside the rehabilitation, although more flexibility both at work and in the rehabilitation was hoped for. Persons that needed the rehabilitation were fairly well identified in the occupational health care, but the timing was not always optimal. The recruitment started with some problems, but better collaboration of the contact persons helped. The instructors found the group format, outpatient form, duration, themes and the exercises to be the most effective elements of the program. Prearranged appointments with the occupational health care after the rehabilitation were considered most important. The multifaceted study design provided a wide picture of the successful elements of the AMI rehabilitation as well as those that require improvements.

Keywords: rehabilitation, psychiatric rehabilitation, outpatient rehabilitation, depression, working age people, functional ability, occupational health services, collaboration, peer support

ALKUSANAT

AMI-hanke järjestettiin vuosina 2010–2014 osana Kelan mielenterveyskuntoutuksen kehittämistoimintaa. AMI-kuntoutuksen tavoitteena oli parantaa kuntoutujan toimintakykyisyyttä, auttaa häntä masennuksen oireiden lievittämisessä ja tukea yleistä elämänhallintaa ja sosiaalista vuorovaikutusta. Ryhmämuotoinen kuntoutusmalli, joka toteutui avokäynteinä, toimi hyvin tämän tavoitteen saavuttamisessa. Hankkeen tarkoitus oli myös arvioida, miten masennuskuntoutuksen palveluketju toimii. Hankkeesta saatiin paljon arvokasta tietoa tämän yhteistyön toimivuudesta. Tässä teoksessa julkaistavat hankkeen arviointitutkimuksen tulokset ovat rohkaisevia. Hankkeen kokonaisuus koettiin onnistuneeksi ja kuntoutujien vointi ja toimintakyky kohenivat kuntoutuksen aikana. Kerättyjä tietoja ja saatuja tuloksia käytetään hyödyksi Kelan mielenterveyskuntoutuksen jatkokehittämissä.

Uskomme, että raportistamme on hyötyä myös laajemmin mielenterveyskuntoutuksen kehittämisen kentällä. Hankkeen tulokset tukevat ajatusta siitä, että kuntoutuminen onnistuu työssä käymisen ohella, kun järjestelyt toimivat ja kun työterveyshuolto, työnantajat ja kuntoutujat joustavat riittävästi. Avomuotoinen kuntoutus työajan puitteissa toivottavasti helpottuu, kun osakuntoutusraha otetaan käyttöön 1.10.2015. Ryhmämuotoisuus ja ammattimaisesti ohjattu vertaistuki toimivat mielenterveyskuntoutuksessa, kuten niin monissa muissakin kuntoutuksissa.

Kiitämme lämpimästi Marjatta Kalliota, joka olit mukana kehittämässä AMI-hanketta. Annoit meille tutkijoille monipuolisen perehdytyksen Kelan mielenterveyskuntoutukseen ja taustoitit tilanteen uuden AMI-hankkeen liikkeelle lähtiessä. Kiitos, että pidit meitä ajan tasalla hankkeen eri asioista! Suuri kiitos myös Kelan tutkimusosaston Kristiina Dammertille, joka pidit huolta lomakkeista ja kaikesta lomakkeisiin liittyvästä edestakaisesta liikenteestä. Kiitos Heidi Nissiselle, joka huolehdit kyselyaineiston datamatriisin muokkaamisesta ja tarkistamisesta. Lämmin kiitoksemme Kelan tutkimusosaston julkaisutoimituksen Tarja Hyväriselle, Maini Tulokkaalle ja Leena Rautjärvelle ystävällisestä ja asiantuntemuksella hoidetusta julkaisuprosessista! Kiitos myös kaikille Kelan terveysosaston AMI-hankkeessa sen eri aikoina mukana olleille henkilöille, erityisesti Irja Kiisselille, Tuula Ahlgrenille, Paula Melartille, Seija Sukulalle, Tanja Laukkalalle ja Iris Pelkoselle. THL:stä kiitämme

Minna-Liisa Luomaa, joka oli tärkeä tutkimuksen taustahenkilö hankkeen alusta loppuun.

Suuret kiitokset kaikille palveluntuottajille, jotka toteutitte Kelan AMI-kuntoutushankkeen! Hyvin moni kuntoutuja kirjoitti palautteessaan, miten tyytyväisiä he olivat työparien toimintaan. Kaikkien hyvin toimineiden järjestelyjen ja käytännön asioiden hoitamisen lisäksi olitte ammattimaisesti ohjaamassa vertaistuen muodostumista ryhmäläisten välille. Siitä kuntoutujat erityisesti kokivat hyötynsä. Kiitos teille myös tutkimusaineiston keruun käytännön toteutuksesta. Kiitos suuresta työstänne!

Kiitämme lämpimästi myös kuntoutukseen lähettäneitä tahoja ja työterveysyksiköiden ja julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden henkilökuntaa. Kiireisen työnne ohella ehditte vastata myös tämän tutkimuksen kyselyihin.

Erityiskiitoksemme kaikille kuntoutujille, jotka olivat mukana kehittämässä AMI-kuntoutusmallia. Olemme kiitollisia paitsi teiltä saamistamme lomakkeista ja muusta tutkimusaineistosta myös palautteesta, jonka kuntoutusmalli sai teiltä. Tuntuu mukavalta saada kuulla tämä: ”Kiitos tästä mahdollisuudesta!”

Helsingissä elokuussa 2015

*Annamari Tuulio-Henriksson, Kaija Appelqvist-Schmidlechner
ja Ulla Salmelainen*

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	11
1.1 Masennushäiriöt	11
1.2 Mitä tiedetään ryhmämuotoisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta masennustilojen hoidon tukena?.....	13
1.3 Kelan mielenterveyskuntoutus ja kehittämishankkeet.....	14
2 AIKUISTEN AVOMUOTOISEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISHANKE AMI	16
2.1 AMI-hankkeen toimijat.....	16
2.1.1 Kuntoutukseen lähettävien tahojen valinta	16
2.1.2 AMI-hankkeen palveluntuottajat.....	17
2.1.3 Paikallinen projektiryhmä.....	17
2.1.4 Työkokoukset.....	17
2.2 Kuntoutujat	18
2.2.1 Kuntoutujien valintamenettely.....	18
2.2.2 Kuntoutujien valintakriteerit	18
2.3 Kuntoutuskurssien rakenne ja kuntoutusmallin sisältö.....	19
2.4 AMI-hankkeen arviointitutkimus	20
3 AMI-KUNTOUTUJAT JA KUNTOUTUKSEN TULOKSELLISUUS OIREIDEN, TOIMINTAKYVYN JA YLEISEN ELÄMÄNHALLINNAN SUHTEEN	22
3.1 Kuntoutujaa koskevan arviointitutkimuksen tavoitteet ja täsmennetyt tutkimuskysymykset	22
3.2 Aineisto	22
3.2.1 Tutkimuksen lopullinen aineisto	22
3.2.2 Kuntoutuksen keskeyttäneet ja kurssien täytyminen.....	23
3.3 Menetelmät.....	23
3.3.1 Aineistonkeruun toteutus	23
3.3.2 Kyselylomakkeet ja niihin liitetyt mittarit	24
3.3.3 Aineiston tilastollinen käsittely.....	27
3.3.4 Puuttuvien tietojen käsittely.....	28
3.4 Eettiset näkökohdat.....	28
3.5 Tulokset	29
3.5.1 Taustatiedot: keitä ja millaisia AMI-kuntoutujat olivat?	29
3.5.2 Kuntoutujien B-lausuntoihin merkityt diagnoosit.....	31
3.6 Masennushäiriöistä kärsivien kuntoutujien psyykkiset oireet, terveydentila, toimintakyvyn eri osa-alueet sekä arjen hallintaan ja elämänlaatuun liittyvät tekijät kuntoutuksen kuluessa.....	32
3.6.1 Psyykkiset oireet ja terveydentila	32
3.6.2 Työ- ja toimintakyvyn osa-alueet.....	35
3.6.3 Arjen hallinta ja elämänlaatu	39

3.7	Kuntoutus	41
3.7.1	Kuntoutukseen hakeutuminen: vaikeuttavat ja helpottavat tekijät.....	41
3.7.2	Yksilölliset GAS-tavoitteet.....	41
3.7.3	Mielenterveyspalvelujen käyttö kuntoutuksen aikana	41
3.7.4	Tavoitteiden saavuttaminen, oikea-aikaisuus ja tyytyväisyys....	42
3.7.5	Kuntoutujan arvio AMI-kuntoutuksen antamasta avusta vointiin ja elämänhallinnan osa-alueisiin.....	42
3.8	Mitkä tekijät liittyvät mielialaoireiden vaikeusasteeseen ja koettuun työkykyyn?	44
3.8.1	Masennusoireet	44
3.8.2	Työkyky	44
4	KUNTOUTUKSEN TOIMIVUUS JA SOVELTUVUUS SEKÄ KUNTOUTUKSESSA TEHTY YHTEISTYÖ	46
4.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	46
4.2	Tutkimusmenetelmät, tutkimuksen toteutus ja tutkimusaineistot.....	46
4.2.1	Lähtäjätaholle suunnattu verkkokysely.....	47
4.2.2	Ohjaajille suunnatut verkkokyselyt	48
4.2.3	Kuntoutujien fokusryhmähaastattelut.....	50
4.2.4	Projektiryhmien fokusryhmähaastattelut	51
4.3	Eettiset kysymykset.....	52
4.4	Tulokset	52
4.4.1	Kuntoutukseen ohjaaminen.....	52
4.4.2	Ohjaajien arviot kuntoutuksen toteutuksesta.....	57
4.4.3	Ohjaajien arviot kuntoutuksen hyödyistä ja haitoista	62
4.4.4	Yhteistyö ja tiedonkulku kuntoutuksessa ohjaajien näkökulmasta.....	67
4.4.5	Yhteistyö ja tiedonkulku kuntoutuksessa lähtäjätahon näkökulmasta.....	72
4.4.6	Kuntoutujien fokusryhmähaastattelut: kokemukset kuntoutuksen rakenteesta, toteutuksesta ja kuntoutukseen osallistumisesta	75
4.4.7	Kuntoutujien fokusryhmähaastattelut: arviot AMI-kuntoutuksen hyödyistä ja koetusta vaikuttavuudesta.....	83
4.4.8	Projektiryhmien fokusryhmähaastattelut: AMI-kuntoutuksen vahvuudet	86
4.4.9	Projektiryhmien fokusryhmähaastattelut: AMI-kuntoutuksen haasteet	90
4.4.10	Ohjaajien ja lähtäjätahon arviot AMI-hankkeen ja kuntoutusmallin merkityksestä ja soveltuvuudesta	94

5 POHDINTA	97
5.1 Kuntoutujat hyötyivät ryhmämuotoisesta AMI-kuntoutuksesta.....	97
5.2 Kuntoutuksessa tarvitaan sujuvaa yhteistyötä eri tahojen välillä	100
5.2.1 Yhteistyö AMI-kuntoutuksessa	100
5.2.2 Esimiehen mukaanotto kuntoutusprosessiin.....	100
5.2.3 Palveluketjujen ja tiedonsiirron saumaton sujuvuus	101
5.2.4 Työterveyshuollon kuntoutusorientaatioiden kirjavuus	101
5.2.5 Yhdyshenkilötoiminnan ja koordinoinnin keskeinen merkitys...102	
5.3 Miten AMI-hanke tavoitti kuntoutujat?.....	103
5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusmenetelmien arviointi.....	104
5.5 Suosituksia ja kehittämissuhteita.....	105
5.5.1 Kuntoutukselta tiedottaminen suoraan potentiaalisille kuntoutujille	106
5.5.2 Kuntoutujien rekrytointi ja valintakriteerit.....	106
5.5.3 Kuntoutuksen rakenne	106
5.5.4 Kuntoutuksen sisältö ja toteutus	107
5.5.5 Eri tahojen välinen yhteistyö.....	107
5.6 AMI-kuntoutus: käyttökelpoinen ja soveltuva kuntoutusmuoto	108
LÄHTEET	110
LIITELUETTELO	117

1 JOHDANTO

1.1 Masennushäiriöt

Depressio eli masennustila on yleinen sairaus ja keskeinen kansanterveysongelma, jonka on arvioitu koskevan jopa viidesosaa väestöstä jossakin vaiheessa elämänkaarta. Yhden vuoden aikana masennustilasta kärsii maailmanlaajuisesti noin 5–6 % väestöstä (Isometsä 2014), mikä Suomessa tarkoittaa noin 250 000:ta henkilöä tälläkin hetkellä. Masennustila aiheuttaa huomattavaa inhimillistä kärsimystä sekä sitä sairastavalle että hänen lähipiirilleen. Masennus uusiutuu helposti ja voi muuttua pitkäaikaiseksi häiriten vakavasti toimintakykyä ja työssä jaksamista (Adler ym. 2006). Masennuksen on osoitettu heikentävän työkykyä enemmän kuin muiden sairauksien (Collins ym. 2005), ja mielialahäiriöiden aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset ovat suhteellisesti suurimmat, kun tarkastellaan kaikkia aivojen toimintaan vaikuttavia sairauksia (Olesen ym. 2012; Lindsberg ym. 2014).

Masennustila kuuluu ICD-10-luokituksen (WHO 1992; Psykiatrian luokituskäsikirja 2012) mielialahäiriöt-ryhmään (diagnoosinumerot F30–F39). Masennusoireiden vaikeusaste vaihtelee sekä yksilöllisesti että depression eri muodoissa. Masennustilat jaetaan vaikeusasteen ja laadun mukaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Masennustilaan liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen on yleensä yhteydessä masennushäiriön vaikeusasteeseen (Isometsä 2014). Lievästä masennuksesta kärsivä voi kyetä käymään töissä, vaikka se vaatiikin häneltä tavanomaista enemmän ponnistelua eikä hänen toimintakykynsä ole tavallisella tasolla. Keskivaikeaan masennustilaan liittyy jo merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen ja yleensä se edellyttää sairauslomaa. Vaikeasta tai psykoottisesta masennuksesta kärsivä potilas on selvästi työkyvytön ja kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin tarvitien ajoittain jopa sairaalahoitoa. Lievät ja keskivaikeat masennustilat hoidetaan perusterveydenhuollossa.

Masennustilan tyypillisiä oireita ovat 1) masentunut mieliala, 2) mielihyvän menetys, 3) uupumus, 4) itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, 5) kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne, 6) toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös, 7) päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne, 8) psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, 9) unihäiriöt sekä 10) ruokahalun ja painon muutos. Masennustilan diagnoosi edellyttää neljän edellä esitetyn oireen esiintymistä yhtäaikaan vähintään kahden viikon ajan, ja potilaalla on oltava ainakin yksi oireista 1–3. Jos mielihyvän menetys ja uupumus esiintyvät yhtäaikaan, masentuneen mielialan esiintyminen ei ole diagnoosin saamiseksi välttämätön oire. Jos oireet ovat poikkeuksellisen voimakkaita tai niiden alkua on äkillinen, kahta viikkoa lyhyempikin aika voi riittää diagnoosin asettamiseen.

Kuten oireet, myös masennuksen syytekijät ovat moninaiset. Masennushäiriön taustalla on biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä, jotka yhdessä vaikuttavat sairauden puhkeamiseen. Masennustilaan liittyy usein muita samanaikaisia oireita ja sairauksia, kuten ahdistuneisuushäiriöitä, persoonallisuushäiriöitä, päihdehäiriöitä

tai kroonisia somaattisia sairauksia. Masennushäiriö myös uusiutuu herkästi, ja mitä nuorempana ensimmäinen sairaus-episoodi puhkeaa, sitä suurempi on uuden sairausjakson todennäköisyys.

Masennukseen on tärkeää saada hoitoa (Lönnqvist 2010). Hoitamattomina oireet voivat pitkittyä, vaikeutua tai jopa liittyä muiden sairauksien kehittymiseen (Karlsson 2012). Depression Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan masennustilan keskeiset hoitomuodot ovat lääkehoito ja psykoterapia, joita voidaan käyttää vaihtoehtoisina tai yhtäaikaisesti. Psykoterapiaa voi saada julkisen terveydenhuollon kautta sen omana toimintana, omakustanteisesti tai maksusitoumuksella yksityissektorin psykoterapeuteilta tai Kelan tukemana lakisääteisenä kuntoutuspsykoterapiana. Spesifien hoitojen ohella hoidon keskeisiä tehtäviä ovat elämäntilanteen kartoittaminen ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen. Masennuspotilaiden oireiden lievittämisessä hoidon ja kuntoutuksen raja on liukuva, ja psykoterapia on sekä hoidon että kuntoutuksen keskeinen toimenpide.

Masennus ei kuitenkaan yleensä ole pelkästään yksilön ongelma, joka hoituu lääkkeillä tai psykoterapialla (Salminen 2003). Masennustilojen aiheuttaman työkyvyttömyyden taustalla on usein yksilöstä riippumattomia syitä, jotka voivat heijastaa työelämän sisällöllisiä ja rakenteellisia muutoksia, suorituspaineita ja työn vaatavuutta tai erilaisen tukirakenteiden puutetta. Psykoterapian on osoitettu olevan tehokas hoitokeino masennusoireiden lievittämiseen (Knekt ym. 2010; Depressio 2014). Moniammatillisella lähestymistavalla toteutettu kuntoutus, johon sisältyy vertaistuki, sosiaalisten taitojen kohentaminen, liikunta, elintapojen säätäminen, työelämän järjestelyt sekä koulutuksellinen työskentelytapa eli psykoedukaatio ja muut kuntoutujan yleistä elämänhallintaa kohentavat elementit, on masentuneelle tärkeä tuki yksilöllisen hoidon rinnalla silloin, kun tavoitteena on esimerkiksi työelämässä jatkaminen (Viinamäki ym. 2003). Masennuspotilas voi hyötyä myös ammatillisesta kuntoutuksesta, jonka avulla voidaan auttaa esimerkiksi työhönpaluun suunnittelussa tai työelämään pääsemisessä (Kivekäs ym. 2008; Tuisku ym. 2013).

Kuntoutuksen osuus on tärkeä ottaa huomioon masennuspotilaan kokonaishoidon suunnitelmassa. Masennustiloihin liittyy usein sairauslomia. Niiden pitkittymisen on osoitettu vaikeuttavan työhön paluuta ja johtavan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Puolen vuoden pituisen sairausloman jälkeen työhön paluun todennäköisyys on noin 50 % ja vuoden sairausloman jälkeen enää noin 25 % (Gould ym. 2006; Joensuu ym. 2008). Pitkittyneisiin sairauslomiin on arveltu liittyvän esimerkiksi hoito- ja kuntoutusjärjestelmän erillisyyttä, eri toimijoiden välisen yhteistyön sujumattomuutta ja kuntoutuksen puuttumista kokonaishoidon suunnittelusta (Kivekäs ym. 2006). Masentuneille suunnattu mielenterveyskuntoutus perustuu kokemukseen ja osaltaan myös tutkittuun tietoon perustuvaan näkemykseen siitä, että hoidon ja oikea-aikaisen kuntoutuksen avulla voidaan tukea masentuneen työ- ja toimintakykyä. Kuntoutustarpeen tunnistaminen jo ennen pitkittyneitä sairauslomia näyttää myös lisäävän kuntoutuksen vaikuttavuutta työkyvyn ylläpitämisessä (Lind ym. 2011).

1.2 Mitä tiedetään ryhmämuotoisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta masennustilojen hoidon tukena?

Ryhmämuotoisen masennuskuntoutuksen vaikuttavuudesta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa sekä kotimaisessa että kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa. Suomessa Viinamäki työryhmineen tutki 2000-luvun vaihteessa kuntoutuskurssin hyötyjä masennuspotilaiden hoidon kuntoutuksellisenä lisäpanostuksena (Viinamäki ym. 2003). Tutkimus perustui Kelan rahoittamaan ja Kuntoutumiskeskus Kunnonpaikan toteuttamaan kehittämishankkeeseen, jossa yhteensä 47 masennuspotilasta (38 naista ja 9 miestä) osallistui puoli vuotta kestäväan kurssimuotoiseen kuntoutusprosessiin. Kullekin kurssille otettiin enintään kahdeksan kuntoutujaa. Kuntoutusprosessiin kuului kolme laitostuntoutusjaksoa (10 + 6 + 4 vuorokautta) ja niiden välillä omatoimisia työskentelyjaksoja. Seuranta toteutettiin kuuden kuukauden kuluttua prosessin päättymisestä. Arviointitietoa kerättiin neljänä ajankohtana: kurssin alussa, kuntoutusprosessin puolivälissä ja lopussa sekä seurantakäynnillä. Tulokset kuntoutuksen vaikuttavuudesta erityisesti masennusoireilun lievittämisen ja elintapojen kohentamisen (mm. liikunnan lisäämisen) ja sairauspäivärahopäivien vähenemisen suhteen olivat rohkaisevia. Vaikka tutkimus ei perustunut kokeelliseen vertailuasetelmaan, tulosten katsottiin kuitenkin tukevan Kelan kurssimuotoisen mielenterveyskuntoutuksen lisäämistä masennuspotilaiden hoidon rinnalle.

Tampereen ja Oulun yliopistojen kanssa yhteistyössä toteutettiin ns. Kenkä-hanke (ks. esim. Kauhanen ym. 2002), jonka tavoite oli selvittää ensimmäistä kertaa masennukseen sairastuneiden henkilöiden saamaa hyötyä masennuksen varhaiskuntoutuksesta. Tutkimus tehtiin satunnaistetussa asetelmassa, jossa ensimmäisen depressioepisodin potilaat satunnaistettiin kuntoutusta saavaan ja tavanomaista hoitoa saaviin ryhmiin. Kuntoutus osoittautui tulokselliseksi masennusoireilun lievittämisessä, mutta myös tavanomaista hoitoa saaneiden oireet vähenivät (Raiskila ym. 2013).

Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Stenlund ym. 2009) kognitiivis-behavioraaliseen (CBT) lähestymistapaan perustuvaa avoryhmäkuntoutusmallia tutkittiin työuupumusoireiden ja niihin liittyvien stressikokemusten lieventämisen sekä pitkien sairauspäiväraha-kausien vähentämisen apuna. Mallia verrattiin vähemmän intensiiviseen, mindfulness-tyyppiseen ryhmäkuntoutukseen. Molemmat interventiot kestivät noin vuoden, jonka aikana kerättiin kyselylomakkeiden avulla tietoa päätemuuttujista. Molempien kuntoutusmallien aikana kuntoutujien työuupumus- ja stressioireet helpottuivat ja pitkien sairauspäiväraha-kausien määrä väheni. Intensiivisemmän ryhmäkuntoutuksen hoitovaste oli vaikutusten suuruutena eli efektikokoina arvioiden hieman parempi kuin vähemmän intensiivisen kuntoutuksen. Kyseessä ei ollut varsinaisesti masennuksesta kärsivien kuntoutus, mutta vuoden kestänyt ryhmämuotoinen kuntoutuskurssi osoittautui hyödylliseksi työuupumuksen lievittämisessä ja työstä poissaolon vähentämisessä.

Tutkittua tietoa erityisesti ryhmämuotoisen mielenterveyskuntoutuksen vaikuttavuudesta tai palvelumuodon toimivuudesta on kertynyt huomattavan vähän, ja

sekin on usein vain sivunnut masennushäiriöitä keskittyen lähinnä työuupumukseen (Nieuwenhuijsen ym. 2008), sopeutumishäiriöihin (Arends ym. 2012) tai yleiseen psyykkiseen oireiluun (Willert ym. 2011; Nieuwenhuijsen ym. 2013). Lisäksi näiden tutkimusten tavoite on ollut selvittää erityisesti interventioiden vaikutusta työhönpaluuseen, joten kuntoutujat ovat useimmiten olleet sairauslomalla olevia henkilöitä. Ryhmämuotoisia interventioita koskevia tutkimuksia on vielä vähemmän kuin yksilöllisiä interventioita koskevia (esim. Willert ym. 2011). Tutkimusten tai katsausten johtopäätös on yleisesti ollut se, että vaikuttavuutta on ollut vaikea osoittaa paitsi yksittäisten interventioiden myös niiden yhdistelmien kohdalla. Ryhmämuotoinen kuntoutusmalli on kuitenkin käytännössä havaittu toimivaksi myös mielenterveyskuntoutuksessa, ja ryhmän tarjoama vertaistuki on usein se keskeinen komponentti, jonka varassa kuntoutuminen on mahdollista. Ryhmässä jaetaan ja vertaillaan kokemuksia, ja vertaistukea sekä saadaan että annetaan (Järvikoski ja Härkäpää. 2011). Vertaistuki on ammatillisesti ohjattuna tärkeä osa kuntoutuksen tavoitteellista toimintaa.

1.3 Kelan mielenterveyskuntoutus ja kehittämishankkeet

Kelan rahoittamaa mielenterveyskuntoutusta saavien määrä on lähes kaksinkertaistunut vuosien 2005–2013 välillä, ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsivät ovat jo 1990-luvun lopulta alkaen olleet Kelan suurin kuntoutujaryhmä. Eniten kuntoutusta on saatu mielialahäiriöiden vuoksi. Vuonna 2014 Kelan korvaama kuntoutusta sai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi yhteensä 46 657 henkilöä, joista mielialahäiriöt-ryhmän diagnoosi oli 19 343 henkilöllä (Kelan kuntoutustilasto 2014). Kelan mielenterveyskuntoutuksen toimenpiteistä keskeisin on kuntoutuspsykoterapia. Kela järjestää myös lääkinällisenä kuntoutuksena kuntoutuskursseja ja sopeutumisvalmennuskursseja masennuksesta ja muista mielenterveyden häiriöistä sekä työuupumuksesta kärsiville.

Mielenterveys on yksi Kelan kuntoutuksen kehittämisen painoalueista, ja kehittämistoimintaa on toteutettu muun muassa mielenterveyskuntoutuksen kehittämishankkeissa. Vuonna 2006 käynnistettiin Kelan ensimmäinen harkinnanvaraisen mielenterveyskuntoutuksen kehittämishanke, jonka taustalla oli mielenterveyden häiriöiden aiheuttama sosiaalivakuutuskustannusten lisääntyminen vuodesta 1990 ja erityisesti 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Vuosina 2006–2009 toteutetun kehittämishankkeen avulla saatiin tietoa kuntoutuksen vaikutuksista osallistujien mielialaan, työ- ja opiskelukykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun. Tärkeä osa hankkeeseen liitettyä arviointitutkimusta koski kuntoutukseen ohjaamista, yhteistyötä eri tahojen välillä sekä yhteistyötä koskevia kehittämistarpeita (Hakala 2011).

Ensimmäisen mielenterveyskuntoutuksen kehittämishankkeen hankkeesta saatuja tietoja käytettiin uuden mielenterveyskuntoutuksen kehittämishankkeen suunnitteluun. Hankkeen jatkokehittämisellä pyrittiin myös osaltaan vastaamaan siihen tarpeeseen, joka yhteiskunnassa näkyi masennuksen aiheuttamien haittojen lisää-

tymisenä, sen parempana tunnistamisena ja masennuksesta aiheutuneiden työkyvyttömyyseläkkeiden kasvuna. Samoihin aikoihin sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistettiin Masto-hanke, jonka tarkoitus oli kehittää työhyvinvointia edistäviä käytäntöjä työelämässä, ehkäistä masennusta, kehittää masennuksen hyvää hoitoa, edistää kuntoutuksen kehittämistä ja vähentää masennusperäistä työkyvyttömyyttä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b).

Kuntoutuksen onnistuminen edellyttää oikea-aikaista ja varhaista kuntoutustarpeen tunnistamista. Kuntoutuksen merkitys yhtenä työ- ja toimintakyvyn tukemisen muotona onkin entisestään korostunut työterveyshuollossa, ja kuntoutusta koskevan osaamisen ja koulutuksen tarve on kasvanut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b; Juvonen-Posti ym. 2011; VnA 708/2013; Juvonen-Posti ym. 2014). Yhteiskunnan kannalta kuntoutus on tärkeää työurien pidentämistavoitteiden näkökulmasta (EK 2010).

2 AIKUISTEN AVOMUOTOISEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISHANKE AMI

Kelassa käynnistettiin vuonna 2010 Aikuisten avomuotoisen mielenterveyskuntoutuksen kehittämishanke AMI, joka päättyi kesäkuussa 2014. Se kohdistettiin työsuhteessa oleviin aikuisiin, joilla oli masennuksen vuoksi vaikeuksia selviytyä työssään. Hankkeen ensimmäinen tavoite oli lievittää mielenterveyden häiriöitä, parantaa ja turvata kuntoutujan työ- ja toimintakykyä sekä tukea elämänhallintaa. Toinen tavoite oli rakentaa yhteistyötä kuntoutujia hoitavien ja lähettävien tahojen sekä työpaikkojen kanssa kuntoutuksen oikea-aikaisuuden ja oikean kohdistamisen varmistamiseksi.

2.1 AMI-hankkeen toimijat

AMI-hankkeen toimijoita olivat kuntoutujat, kuntoutusta toteuttavat palveluntuottajat, nimetyt työterveyshuollot ja julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköt kuntoutujia lähettävänä tahoina sekä Kela. Eri toimijoiden yhteistyö oli keskeinen osa kuntoutujaa tukevaa prosessia.

Kuntoutuksen toteuttivat hankkeen palveluntuottajat, jotka vastasivat oman osahankkeensa kuntoutujakohtaisesta yhteistyöstä eri toimijoiden (mm. työterveyshuollot) kanssa. Kuntoutujat valittiin Kelan, palveluntuottajien ja kuntoutukseen lähettävän tahon yhteistyönä. Palveluntuottaja vastasi oman osahankkeensa tiedottamisesta, lähettävien tahojen aktivoinnista, verkostoyhteistyöstä ja niihin liittyvistä käytännön toimista. Tavoite oli perehdyttää eri toimijoita kehittämishankkeeseen ja tukea heitä sitoutumaan kuntoutuskurssien toteutukseen ja yhteistyöhön.

2.1.1 Kuntoutukseen lähettävien tahojen valinta

AMI-kehittämishankkeessa painotettiin yhteistyötä kuntoutukseen lähettävien työterveyshuollon yksiköiden ja julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden kanssa. Palveluntuottajien tuli jo oman osahankkeensa suunnitteluvaiheessa neuvotella yhteistyökumppaniksi valittavien työterveyshuollon yksiköiden ja julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden kanssa siitä, kuinka kuntoutukseen ohjaus käytännössä toteutetaan. Neuvoteltiin muun muassa siitä, millä keinoin työterveyshuollossa tai julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikössä voidaan tunnistaa potentiaaliset kuntoutujat ja miten lähettävä taho voi tukea asiakkaidensa kuntoutukseen hakeutumista riittävän ajoissa ottaen huomioon kuntoutusryhmille suunnitellut alkamisajankohdat. Palveluntuottaja vastasi työterveyshuollon ja muiden hoitotahojen verkostojen ylläpitämisestä.

Tavoitteena oli kehittää kuntoutujakohtaisia suunnitelmia tehtäessä yhteistyötä kuntoutujia hoitavien ja kuntoutukseen lähettävien tahojen sekä mahdollisesti työpaikkojen kanssa.

2.1.2 AMI-hankkeen palveluntuottajat

Kuntoutuspalveluiden tuottajat kilpailutettiin ja sen tuloksena hankkeeseen valittiin kuusi kuntoutuspalveluiden tuottajaa, joista kukin järjesti kehittämishankkeen aikana harkinnanvaraisena kuntoutuksena kuusi avokuntoutuskurssia. Hankkeen aikana järjestettiin siis yhteensä 36 kurssia. Kullekin kurssille voitiin ottaa enintään kahdeksan kuntoutujaa. Kelan Etelä-Suomen vakuutusalueella palveluntuottajat olivat Arinna, Kuntoutussäätiön kuntoutuspalvelukeskus (myöhemmin Avire-Kuntoutus) sekä Siuntion Hyvinvointikeskus. Itä-Suomen vakuutusalueella mukana olivat Lappeenrannan kuntoutus- ja kylpyläsäätiö (myöhemmin KK-Kunto) sekä Pohjois-Suomen vakuutusalueella ODL Kuntoutus ja Rokua Health (ks. myös taulukko 24, s. 47). Hankkeeseen valitut palveluntuottajat sitoutuivat myös osallistumaan hankkeen arviointitutkimuksen toteuttamiseen silloin, kun palveluntuottajien osallistumista tarvittiin.

2.1.3 Paikallinen projektiryhmä

AMI-hankkeeseen valitut palveluntuottajat perustivat osahankkeelleen paikallisen projektiryhmän. Projektiryhmässä oli edustajat palveluntuottajalta, lähettäviltä tahoilta, mahdollisuuksien mukaan Kelasta ja harkinnan mukaan muilta yhteistyötahoilta. Projektiryhmän tavoitteena oli edistää paikallista yhteistyötä sekä kuntoutuspalvelun toteuttamista ja kehittämistä. Projektiryhmässä keskusteltiin kuntoutuksen sisällöstä, kuntoutustarpeesta, kuntoutujapaikkatilanteesta ja muista hankkeen ajankohtaisista kysymyksistä. Palveluntuottaja kutsui ryhmän koolle osahankkeensa käynnistymisvaiheessa ja vastasi ryhmän toiminnasta koko hankkeen ajan. Ryhmä kokoontui tarpeen mukaan. Osahankkeen projektiryhmän ensimmäinen kokous oli myös laajempi tiedotustilaisuus hankkeen toteutuksesta ja sisällöstä.

2.1.4 Työkokoukset

AMI-hankkeen aikana järjestettiin Kelan ja palveluntuottajien yhteisiä työkokouksia, joiden aiheita olivat muun muassa hankkeen toteutuksen aikana kertyneet kokemukset, yleiset asiat, arviointitutkimuksen eteneminen ja muut hankkeen kannalta ajankohtaiset asiat. Työkokousten tavoite oli vahvistaa eri toimijoiden sitoutumista hankkeen tavoitteisiin sekä tukea heitä toteuttamaan ja kehittämään kuntoutuspalvelua, joka parhaalla mahdollisella tavalla vastaa kuntoutujien tarpeita. Työkokouksissa pyrittiin myös rakentamaan yhteisiä toimintatapoja ja käytäntöjä eri toimijoiden kesken.

2.2 Kuntoutujat

2.2.1 Kuntoutujien valintamenettely

Palveluntuottajat olivat hakemuksissaan nimenneet 1–5 työterveyshuollon yksikköä tai julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikköä yhteistyökumppaneiksi arvioiden, että kurssseille saataisiin rekrytoitua riittävästi kuntoutujia. Palveluntuottajat lähettivät yhteistyökumppaneilleen (työterveys- ja muut terveydenhuollon yksiköt) jokaisesta kuntoutuskurssistaan yksityiskohtaiset tiedot, kuten kurssien ajankohdat ja hakuajat, yhteyshenkilöt sekä kurssien ohjelman. Koska rekrytointi oli osalla palveluntuottajista alkuvaiheessa hieman hidasta, yhteistyökumppaneita otettiin lisää kuntoutuskurssien edetessä.

Kuntoutujien valinta kuntoutuskurssille tehtiin noudattaen soveltuvin osin Kelan keskitettyä valintamenettelyä. Jokaisen palveluntuottajan kuntoutuskurssille nimettiin Kelassa yhdyshenkilö, joka teki kuntoutujien lopullisen valinnan joko yksin tai yhteistyössä lähettävän tahon edustajan tai edustajien kanssa.

Kuntoutujien esivalinnan teki lähettävä taho hakijan tutkimusten ja haastattelun perusteella. Lähettävän tahon lääkäri laati hakijalle suosituksena lääkärinlausunto B:n ja lähettävä taho kirjasi esivalinnasta kannanottonsa perusteluineen kuntoutushakemuksen liitelomakkeelle (KU 107) tai erilliseen selvitykseen. Kuntoutuja täytti kuntoutushakemuksen (KU 102). Esivalinnan tehnyt taho toimitti kurssille ehdotettujen hakijoiden hakemusasiakirjat Kelaan tai kuntoutuja lähetti itse kuntoutushakemuksensa liitteineen Kelan yhdyshenkilölle.

Kelan aluetoimisto lähetti päätöksen kuntoutujalle sekä kopiot siitä kuntoutuspalveluntuottajalle ja lähettävälle taholle. Kuntoutujaryhmät pyrittiin muodostamaan niin, että ne olisivat mahdollisimman toimivia. Mikäli kuntoutuja ei tullut valituksi ryhmään, hänet ohjattiin takaisin lähettävän tahon piiriin.

2.2.2 Kuntoutujien valintakriteerit

Kuntoutujiksi valittiin työsuhteessa olevia henkilöitä, joilla masennus uhkasi työelämässä selviytymistä ja jotka olivat olleet työssä viimeisen vuoden aikana vähintään 5–6 kuukautta ja

- joilla oli diagnosoitu masennus ja mahdollisesti lisäksi muita psyykkisiä oireita
- joilla masennustilan diagnoosi oli tehty vähintään 2 kuukautta aikaisemmin
- joilla oli ollut 10 viimeisen vuoden aikana enintään kolme masennusjaksoa ja jotka olivat olleet välillä työkykyisiä
- joilla oli masennuksen ja siihen liittyvien muiden häiriöiden tai oireiden vuoksi vaikeuksia selviytyä työstään ja joilla sairaudet uhkasivat työkykyä
- joilla masennuksen alkuvaiheen hoito oli toteutettu hyvän hoitokäytännön mukaisesti
- joilla oli voimassa oleva hoitosuhde työterveyshuoltoon tai terveydenhuoltoon

- jotka olivat motivoituneita kuntoutukseen
- joilla oli halua käsitellä ongelmiaan ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa
- joilla oli tavoite jatkaa työelämässä.

Kuntoutukseen ei valittu henkilöitä, jotka sairaudesta johtuvien oireiden vuoksi eivät olisi kyenneet toimimaan ryhmässä, joilla oli hoitamaton alkoholi- tai päihdeongelma tai joilla akuutti elämänkriisi olisi voinut vaikeuttaa ryhmään sopeutumista tai ryhmässä toimimista.

2.3 Kuntoutuskurssien rakenne ja kuntoutusmallin sisältö

Avomuotoisina ryhmäpainotteisina kuntoutuskursseina toteutetun kuntoutuksen kokonaiskesto seurantoineen oli noin vuosi. Kuntoutusprosessi koostui kuntoutukseen ohjaamisesta, kuntoutujien valinnasta, kuntoutuksen kurssimuotoisesta toteutuksesta, kuntoutujan kanssa tehdyistä jatkosuunnitelmista ja hänen ohjaamisestaan. Kurssiin kuului myös seurantajakso.

Kuntoutuskurssi jakautui yksilölliseen aloitusjaksoon, ryhmäpainotteiseen kuntoutusjaksoon ja seurantajaksoon seuraavasti:

- **Aloitusjaksoon** kuului 2 yksilöllistä käyntikertaa.
- **Ryhmämuotoiseen kuntoutusjaksoon** kuului 2 kuntoutuspäivää ja 18 ryhmäkertaa. Jakso alkoi ryhmän kuntoutuspäivällä, jatkui ryhmän 18 tapaamisella ja päättyi ryhmän kuntoutuspäivään.
- **Seurantajaksoon** kuului kuntoutujan yksilöllinen käyntikerta 2 viikon kuluttua ja ryhmän tapaaminen 3 kuukauden kuluttua ryhmämuotoisen kuntoutusjakson päättymisestä. Lisäksi toteutettiin kuntoutujan yksilöllinen käyntikerta noin kaksi viikkoa ennen viimeistä ryhmän käyntikertaa. Ryhmän viimeinen kokoontuminen oli 6 kuukauden kuluttua ryhmämuotoisen kuntoutusjakson päättymisestä.

Ryhmätapaamisen kesto oli taukoineen 3 tuntia ja yksilöllisen käyntikerran kesto oli 2–3 tuntia. Ryhmän kuntoutuspäivien kesto oli vähintään 6 tuntia, josta kuntoutuksen ammattihenkilöiden ohjaaman kuntoutuksen osuus oli vähintään 5 tuntia.

Kuntoutuksen tuli olla teoreettisesti hallittu kokonaisuus, jonka eri osien, harjoitusten ja lähestymistapojen tuli tukea toisiaan. Työskentelymuotoina käytettiin lyhyitä alustuksia, teemoihin liittyviä toiminnallisia, liikunnallisia, taiteellisia tai muita itseilmaisua vahvistavia terapeuttisia harjoituksia. Kurssilla pidettiin oppimispäiväkirjaa ja tehtiin arkielämään ja itselle tärkeisiin asioihin liittyviä välitehtäviä.

Kuntoutuksen alkuvaiheeseen sijoittuneiden yksilötapaamisten tarkoitus oli auttaa kuntoutujaa sitoutumaan kuntoutukseen ja motivoitumaan ryhmätapaamisiin. Lopuvaiheen yksilötapaamiset keskittyivät jatkosuunnitelmien ja niiden toteuttamistapojen työstämiseen. Kuntoutus painottui ryhmätyöskentelyyn. Sen tavoite oli auttaa ymmärtämään masennukseen liittyviä tekijöitä, oppia tunnistamaan masennukseen

johtavia ajattelu- ja toimintatapoja ja niiden syitä sekä löytämään uusia keinoja ehkäistä masennuksen aiheuttamaa toimintakyvyn vajavuutta. Turvallisessa ryhmätyöskentelyssä oli mahdollisuus antaa ja saada vertaistukea ja vahvistaa sosiaalisia taitoja. Ryhmätyöskentelyn tavoite oli myös auttaa löytämään itselle sopivia liikuntamuotoja ja harrastuksia, joiden avulla voimavarat vahvistuvat.

Avomuotoisen ryhmäpainotteisen kuntoutuskurssin jaksojen tarkempi sisältökuvaus ja kuntoutuksessa käytettävät menetelmät on kuvattu hankesuunnitelman sivuilla 10–14 (liite 1)¹.

Kurssit alkoivat vuosien 2010–2013 aikana. Ensimmäiset kurssit alkoivat syyskuussa 2010. Kukin palveluntuottaja toteutti kolme ensimmäistä kuntoutuskurssiaan niin, että ne päättyivät seurantoineen 31.3.2012 mennessä. Muut kolme kurssia päättyivät seurantoineen viimeistään kesäkuussa 2014.

Kuntoutus toteutettiin kuntoutujien työssäkäyntialueella, jolloin se niveltyi mahdollisimman hyvin kuntoutujien arkeen. Kuntoutuskursseja oli mahdollista toteuttaa myös iltaisin, jotta kuntoutujien työssäkäynti ei olisi vaarantunut kuntoutuksen vuoksi. Kuntoutus oli tarkoitus toteuttaa osana kuntoutujan kokonaisvaltaista hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa, minkä vuoksi yhteistyö lähettävien hoitotahojen kanssa oli olennainen osa hankkeen toteutusta.

Kuntoutus oli moniammatillista. Sen tuli olla osa kuntoutujan kokonaisuhoitoa. Eri toimijoiden yhteistyötä korostettiin osana kuntoutusprosessia. Kuntoutuksen tuottajan oli tarkoitus toimia läheisessä yhteistyössä kuntoutujia lähettävien hoitotahojen kanssa. Hoitovastuu säilyi kuitenkin lähettävällä tai hoitavalla taholla koko kuntoutusprosessin ajan.

2.4 AMI-hankkeen arviointitutkimus

Kelan kehittämishankkeisiin liittyy aina arviointitutkimus, jonka tuloksia käytetään muun muassa Kelan vakiintuneen kurssitoiminnan suunnittelussa sekä valintoja ja päätöksiä tehtäessä. Tutkitun tiedon perusteella toimintamallit voidaan suunnitella palvelemaan mahdollisimman hyvin niitä kohderyhmiä, joille ne on tarkoitettu. AMI-hankkeen hankesuunnitelman valmistelu perustui aiemmista mielenterveyskuntoutushankkeista saatuun tietoon sekä mielenterveysammattilaisista koostuneen asiantuntijaryhmän esittämiin kentän tarpeisiin ja toiveisiin Kelan roolista ryhmämuotoisen mielenterveyskuntoutuksen kehittämisessä masennuksesta kärsiville henkilöille. Arviointitutkimus suunniteltiin näin valmistellun hankesuunnitelman asettamiin raameihin.

¹ Liitteet (1–11) ovat tämän julkaisun sähköisen version yhteydessä, ks. <http://www.kela.fi/julkaisut-tutkimus>.

AMI-hankkeen arviointitutkimuksen toteutus jaettiin kahteen osaan, joiden tulokset ja niitä koskeva yhteinen pohdinta esitetään tässä raportissa. Toisen osatutkimuksen tarkoitus oli arvioida mielenterveyskuntoutuksen tuloksellisuutta ja vaikutuksia kuntoutujan masennusoireiluun, työ- ja toimintakykyyn sekä yleiseen elämänhallintaan. Tämä osa suunniteltiin ja sen aineisto analysoitiin Kelan tutkimusosastolla (Annamari Tuulio-Henriksson). Toisen osatutkimuksen tavoite oli arvioida kuntoutusmallin rakenteellista toimivuutta, kuntoutuksessa tehtyä yhteistyötä sekä kuntoutusmallin soveltuvuutta Kelan vakiintuneeksi toiminnaksi. Tämä osa suunniteltiin ja sen aineisto analysoitiin THL:ssä (Kaija Appelqvist-Schmidlechner ja Ulla Salmelainen).

3 AMI-KUNTOUTUJAT JA KUNTOUTUKSEN TULOKSELLISUUS OIREIDEN, TOIMINTAKYVYN JA YLEISEN ELÄMÄNHALLINNAN SUHTEEN

3.1 Kuntoutujaa koskevan arviointitutkimuksen tavoitteet ja täsmennetyt tutkimuskysymykset

Kelan mielenterveyskuntoutuksen AMI-kehittämishankkeen kuntoutujia koskevan arviointitutkimuksen tarkoitus oli arvioida kuntoutuksen tuloksellisuutta työssä käyvien masennushäiriöistä kärsivien kuntoutujien masennusoireilun lievittymisessä sekä vaikutuksia työ- ja toimintakykyyn ja yleiseen elämönhallintaan noin puolen vuoden kestoisen avomuotoisen ryhmäpainotteisen kuntoutusvaiheen aikana ja sen jälkeen noin puolen vuoden seurannassa.

Täsmennetyt tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Millaisia olivat työsuhteessa olevat masennushäiriöistä kärsivät AMI-kuntoutujat, (diagnoosi, koulutus, ammattiryhmä, siviilisääty, asumismuoto, työtilanne, koettu työkyky, sairauspäivien määrä)?
2. Miten työsuhteessa olevien masennushäiriöistä kärsivien kuntoutujien psyykkinen oireilu ja muut terveydelliset tekijät, työ- ja toimintakyvyn eri osa-alueet sekä arjen hallintaan ja elämänlaatuun liittyvät tekijät muuttuivat kuntoutuksen kuluessa?
3. Mitkä tekijät liittyivät mielialaoireiden lievittymiseen ja työkyvyn kohenemiseen kuntoutuksen aikana?

3.2 Aineisto

Arviointitutkimuksen aineisto kerättiin kaikista niistä edellä kuvatut sisäänotto-kriteerit täyttäneistä henkilöistä, jotka saatuaan tutkimustiedotteen allekirjoittivat vapaaehtoisesti suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Alkuperäinen tavoite oli, että kaikki yhteensä 36 kurssille osallistuvat henkilöt kuuluvat aineistoon. AMI-kuntoutuksen aloitti yhteensä 247 henkilöä, mikä oli 86 prosenttia AMI-hankkeen alkuperäisestä 288 kuntoutujan tavoitteesta (6 kurssia x 6 palveluntuottajaa x 8 kuntoutujaa).

3.2.1 Tutkimuksen lopullinen aineisto

Kuntoutuksen aloittaneista 241 henkilöä antoi suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen suostuneista 204 (85 %) oli naisia ja 37 (15 %) miehiä. Kesäkuussa 2014 yhteensä 217 tutkimukseen osallistunutta kuntoutujaa oli päättänyt kuntoutuksen AMI-hankkeessa. Heistä 216 (183 naista ja 33 miestä) oli täyttänyt arviointitutkimuksen kaikki kyselylomakkeet. Tämä on tutkimuksen lopullinen aineisto.

3.2.2 Kuntoutuksen keskeyttäneet ja kurssien täytyminen

Tutkimukseen suostuneista 241 henkilöstä kuntoutuksen keskeytti 20 naista ja 4 miestä (yhteensä 10 %) jossakin vaiheessa kuntoutusprosessia. Keskeyttäneet eivät eronneet koko kuntoutukseen osallistuneista iän suhteen (44,2 vs. 47,6; $p = 0,73$), sukupuolijakauman suhteen (naiset 83,3 % vs. 84,8 %, miehet 16,7 % vs. 15,2 %; $p = 0,85$) eikä ensimmäisen kyselyn masennusoireilun määrää arvioivan BDI-II:n (Beck ja Brown 2004) kokonaispistemäärän suhteen (22,6 vs. 21,5; $p = 0,60$), mutta keskeyttäneiden psykososiaalista toimintakykyä arvioivan SOFAS-menetelmän (Faccultas 2008) pistemäärät olivat kuntoutuksen päättäneitä pienemmät ensimmäisen kyselyn ajankohtana (55,3 vs. 63,4; $p = 0,007$).

3.3 Menetelmät

3.3.1 Aineistonkeruun toteutus

Tutkija (Annamari Tuulio-Henriksson) vieraili kaikkien kuntoutusta toteuttavien palveluntuottajien luona ennen ensimmäisen kuntoutuskurssin alkua. Vierailujen aikana työparin jäsenet perehdytettiin tutkimusprotokollaan, lomakkeistoon ja lomakelogistiikkaan. Tutkimustiedotteiden ja suostumuslomakkeiden täyttämiseen liittyvät käytännöt sekä kaikki kyselylomakkeet käytiin yksityiskohtaisesti läpi. Vierailun aikana tutkijalla oli myös mahdollisuus tutustua palveluntuottajan tiloihin sekä kuulla kuntoutuskursseille suunnitellusta ohjelmasta. Yhteydenpitoa ja käyntejä jatkettiin tarpeen mukaan. Kelan tutkimusosastolla Kristiina Dammert huolehti lomakkeiden kopioinnista ja postituksesta palveluntuottajille sekä palautuneiden suostumusasiakirjojen ja lomakkeiden arkistoinnista.

Palveluntuottajat antoivat kuntoutujille tutkimusta koskevan kirjallisen tiedotteen ja vastasivat suullisesti kuntoutujien mahdollisiin kysymyksiin. Tiedotteen läpikäynnin jälkeen kuntoutujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimusaineisto kerättiin käyntikertojen yhteydessä kolmella eri kerralla: kuntoutuksen ensimmäisellä yksilöllisellä käyntikerralla, ryhmämuotoisen kuntoutusjakson päättymisen jälkeen kahden viikon kuluttua pidettävässä yksilötapaamisessa sekä seurantajakson viimeisellä ryhmäkäyntikerralla. Mitään lomakkeita ei annettu kotiin täytettäviksi. Tällä menettelyllä tiedot saatiin kerätyksi kaikilta samanlaisissa olosuhteissa, eikä kuntoutujalle jäänyt lomakkeiden täyttämistehtävää kotiin, jossa täyttämisolosuhteet, -ajankohdat ja kestot olisivat voineet aiheuttaa paljon vaihtelua kuntoutujien välille. Työparin jäsen oli paikalla lomakkeita täytettäessä ja antoi tarpeen mukaan ohjeita kuntoutujalle.

Kuntoutujalta pyydettiin suostumuslomakkeessa lupa myös liittää lääkärinlausunto B:n tietoja tutkimusaineistoon. Kuntoutusta toteuttavan työparin yhdessä kuntoutujan kanssa laatimat yksilölliset kuntoutuksen tavoitteet GAS-menetelmää (Goal

Attainment Scaling) (Kiresuk ym. 1994; Autti-Rämö ym. 2010) käyttäen kerättiin aineistoon niiltä kuntoutujilta, jotka antoivat GAS-aineiston käyttöön luvan. Asiakkaan kuntoutuksen tavoitteiden tunnistamisessa ja kirjaamisessa hyödyllisen GAS-menetelmän avulla määriteltiin yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet. Menetelmän periaatteiden mukaisesti mahdollisimman selkeille tavoitteille asetettiin realistinen aikataulu ja niiden saavuttamista seurattiin koko kuntoutuksen ajan.

3.3.2 Kyselylomakkeet ja niihin liitetyt mittarit

Kyselylomakkeiden (liitteet 2–4) avulla kerättiin perustietojen, työ- ja perhesuhteita koskevien taustakysymyksien, lääkehoidon ja somaattisen sairastamisen lisäksi tietoa masennusoireilun vakavuusasteesta, psyykkisestä oireilusta, ahdistuneisuudesta, yleisestä terveydentilasta, lääkkeiden käytöstä, työ- ja toimintakyvystä, kognitiivisista voimavaroista, arjen toimintakyvystä, liikunnasta, nukkumisesta, tupakoinnista ja päihteiden käytöstä, sosiaalisesta tuesta, elämäntapahtumista sekä elämänlaadusta. Kuntoutusta koskevat kysymykset oli sijoitettu lomakkeiden loppuosaan. Lomakkeiden täyttämiseen kului keskimäärin noin puoli tuntia.

Kuntoutuksen alussa täytetyn kyselylomakkeen (liite 2) ensimmäinen osa sisälsi kuntoutujan taustatiedot sekä koulutus- ja työtilanteen. Toisessa osassa oli kysymyksiä kuntoutujan psyykkisistä oireista, yleisestä terveydentilasta, sosiaalisista suhteista, sosiaalisesta tuesta, elämänlaadusta, kognitiivisista voimavaroista, harrastuksista, liikunnasta, nukkumisesta, lääkehoidosta sekä päihteiden käytöstä. Kolmas osa koostui kysymyksistä, jotka koskivat kuntoutuksen tavoitteita suhteessa kuntoutujan työ- ja toimintakykyyn, kuntoutukseen hakeutumista ja kuntoutukseen liittyviä toiveita ja odotuksia.

Toisella arviointikerralla kuntoutujat vastasivat samansisältöiseen kyselyyn (liite 3) kuin ensimmäisellä kerralla perustaustatietoja (sukupuoli, syntymäaika, koulutus) lukuun ottamatta. Kuntoutusta koskevat kysymykset oli muokattu ryhmäkäyntien päättymisvaiheeseen soveltuviksi. Kolmas arviointikerta sisälsi muilta osin saman kyselylomakkeen (liite 4) kuin toinen arviointikerta, mutta kuntoutusta koskevat kysymykset oli muokattu koko kuntoutusprosessin päättymiseen liittyviksi. Lisäksi kysyttiin jatkohoidon järjestymisestä.

Masennusoireilu, psyykkinen kuormittuneisuus, ahdistuneisuus ja koettu terveys

Masennuksen vaikeusastetta arvioitiin Beckin depressioasteikon (BDI-II) (Beck ja Brown 2004) avulla, joka annettiin kuntoutujille erillisenä lomakkeena kyselylomakkeen yhteydessä. BDI-II on Beckin mielialakyselyn 21-osiainen versio, jossa kuntoutuja arvioi masennusoireidensa vaikeutta kyselyn täyttöhetkellä neliportaisella asteikolla (0–4). Annetuista pisteistä lasketaan summapistemäärä (0–63). Pisteet

voidaan myös luokitella, jolloin 0–13 pistettä kuvaa oireetonta tai enintään hyvin vähäistä masennusoireilua, 14–19 pistettä lievää, 20–28 pistettä kohtalaista ja 29–63 pistettä vakavaa masennusoireilua.

Psyykkistä kuormittuneisuutta arvioitiin GHQ-12-kyselyllä (Goldberg 1972), joka sisältää 12 psyykkistä terveydentilaa ja suoriutumista koskevaa kysymystä. Vastaa- ja arvioi neliportaisella asteikolla vointinsa viimeksi kuluneen kuukauden aikana (1 = parempi kuin tavallisesti, 2 = yhtä hyvä kuin tavallisesti, 3 = huonompi kuin tavallisesti, 4 = paljon huonompi kuin tavallisesti). Vastaukset pisteytettiin 0-0-1-1-periaatteella, jolloin maksimipistemäärä oli 12. Oireilu on kliinisesti merkittävää, jos pistemäärä on vähintään neljä (Holi ym. 2003).

Ahdistuneisuutta arvioitiin yhdellä kysymyksellä (Raitasalo 2007), jonka on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu toimivan hyvin ahdistuneisuusoireilun seulakysymyksenä (esim. Fröjd ym. 2007). Kysymykseen ”Oletko yleensä ahdistunut tai jännittänyt?” valitaan viisiportaiselta asteikolta se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa omaa tilannetta.

Koettua terveyttä pyydettiin arvioimaan terveysjanalla, josta henkilö valitsi itseensä parhaiten sopivan numeroarvon 10-portaisella asteikolla. Janalla 10 edustaa parasta terveyttä ja 0 toista ääripäätä.

Työ- ja toimintakyky

Nykyistä työkykyä arvioitiin työkykyindeksiin (WAI, ks. Tuomi ym. 2006) sisältyvällä työkykyjanalla, josta henkilö valitsi itseensä parhaiten sopivan numeroarvon 10-portaisella asteikolla. Näin määräytyi henkilön työkykypistemäärä. Se voidaan luokitella seuraavasti: 0–5 = huono työkyky, 6–7 = kohtalainen työkyky, 8–9 = hyvä työkyky, 10 = erinomainen työkyky (Gould ja Polvinen 2009).

Kuntoutujien kognitiivista toimintakykyä arvioitiin kolmella kysymyksellä, joissa kuntoutuja itse arvioi omaa viimeaikaista muistiaan, keskittymiskykyään ja kykyään oppia uusia asioita (1 = erittäin hyvin, 2 = hyvin, 3 = tyydyttävästi, 4 = huonosti, 5 = erittäin huonosti). Kysymyssarja on sisällytetty Toimia-verkoston tietokantaan (Toimia 2015).

Arjen toimintakykyä arvioitiin yhdeksän kysymyksen sarjalla. Kysymykset koskivat arjen toimia, kuten kaupassa käyntiä, kotitöiden tekemistä, aikatauluista kiinni pitämistä, ystävien ja tuttujen tapaamista, asioiden hoitamista puhelimitse tai toimipisteissä asioiden ja liikennevälineissä liikkumista. Kuntoutuja arvioi omaa pystyvyyttään näissä asioissa (1 = ei pysty lainkaan, 2 = erittäin vaikeaa, 3 = jonkin verran vaikeaa, 4 = pystyy vaikeuksitta).

Kuntoutujan psykososiaalista toimintakykyä arvioitiin SOFAS-asteikon (Facultas 2008) avulla vapaa-ajan, työn tai opiskelun, perhe-elämän ja ihmissuhteiden sekä

itsestä huolehtimisen osalta. Näistä toimintakyvyn osa-alueista koostuva kokonais-arvio tiivistettiin menetelmän ohjeiden mukaisesti numeroarvoksi asteikolla 0–100, missä kymmenluokasta 80–90 alkaa normaali hyvä toimintakyky, ja sitä alemmissa kymmenluokissa esiintyy vaikeutuvasti heikentymistä sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä aina siihen asti, että henkilön omaehtoinen toimintakyky puuttuu (0–10 pistettä). Arvioinnissa ei kiinnitetty huomiota oireisiin, vaan tarkasteltiin pelkästään kuntoutujan kykyä toimia omassa elinympäristössään. SOFAS-pistemäärä arvioitiin kuntoutujalle tehdyn haastattelun perusteella heti haastattelun jälkeen, ryhmämuotoisen jakson päätyttyä toisella arviointikerralla sekä seurantajakson päättyessä. Kelan asiantuntijalääkäri Elina Kinnunen antoi palveluntuottajille koulutuksen SOFASin käyttöön.

Elintavat

Nukkumista selvitettiin kysymyksellä ”Nukutko mielestäsi tarpeeksi?”, johon vastattiin vastausvaihtoehdoilla ”Lähes aina”, ”Usein”, ”Harvoin tai tuskin koskaan” ja ”En osaa sanoa”. Liikunnan tiheyttä arvioitiin kysymyksellä ”Kuinka usein harrastat liikuntaa?” Yhdellä kysymyksellä selvitettiin ajankohtaista tupakointia. Alkoholin käyttöä arvioitiin kolmen kysymyksen AUDIT C -seulakyselyllä, joka perustuu pidempään AUDIT-kyselyyn (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Reinert ja Allen 2007), ja jonka on osoitettu toimivan lähes yhtä hyvin alkoholin ongelmakäyttöä seulovana menetelmänä kuin pitkän kyselyn (Kaarne ym. 2010). Menetelmän pisteytysohjeen mukaisesti arviot tehtiin erikseen naisille ja miehille.

Sosiaaliset suhteet, sosiaalinen tuki ja kuormitustekijät

Sosiaalisia suhteita selvitettiin kysymyksellä ”Kuinka usein olet seuraavilla tavoilla (kasvokkain, puhelimitse, internetin välityksellä, kirjeitse) yhteydessä ystäviisi tai sukulaisiisi, jotka eivät asu kanssasi samassa taloudessa?”. Kuntoutujat vastasivat kysymykseen viisiluokkaisella asteikolla (1 = lähes päivittäin, 1–2 kertaa viikossa, 3 = 1–3 kertaa kuukaudessa, 4 = harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 5 = en koskaan). Sosiaalista tukea kysyttiin kysymyksillä ”Kenen voit todella uskoa välittävän sinusta tapahtuipa sinulle mitä tahansa?” ja ”Keneltä saat käytännön apua kun sitä tarvitset?”, joihin kuntoutuja sai valita yhden tai useamman vaihtoehdon (puoliso, kumppani, joku muu lähiomainen, läheinen ystävä, läheinen työtoveri, läheinen naapuri, joku muu läheinen, ei kukaan).

Elämäntapahtumia selvitettiin kysymyksellä ”Onko sinulle tapahtunut viimeisen puolen vuoden aikana jokin elämäntapahtuma, joka on heikentänyt hyvinvointiasi?” Kuntoutuja vastasi ei tai kyllä, ja jos jotain merkittävää hyvinvoinnin heikkenemisen kannalta oli tapahtunut, sen sai kirjoittaa lomakkeeseen. Ensimmäisellä arviointikerralla kysyttiin lisäksi samaan tapaan tapahtumia viiden vuoden ajalta ennen kuntoutuksen alkua.

Elämänlaatu

Elämänlaatua arvioitiin kahdeksalla kysymyksellä, jotka sisältyvät WHOQOL-BREF-kyselyyn (WHOQOL Group 1998) ja muodostavat EuroHis-kyselyn (Saarni ym. 2012; da Rocha ym. 2012) sisällön. WHOQOL-BREF-kyselyn on WHO:n luvalla kääntänyt suomeksi professori Marja Vaarama THL:ssä. EuroHIS-menetelmään on olemassa suomalaista 30 vuotta täyttäneitä väestöä edustavat väestöarvot (Saarni ym. 2012). Kysymyksiin vastattiin viisiluokkaisella jaottelulla (1 = erittäin tyytyväinen, 2 = hyvä, 3 = ei hyvä eikä huono, 4 = huono, 5 = erittäin huono). Yhteenlasketuista pisteistä laskettiin keskiarvo.

Hoidon toteutuminen kuntoutuksen aikana

Kuntoutujilta kysyttiin mielenterveyspalvelujen käytöstä ennen kuntoutusta ja kuntoutuksen aikana ja selvitettiin tapaamistiheyttä kuntoutujan pääasiallisen hoitotahon kanssa.

Kuntoutus

Ensimmäisellä yksilökäynnillä täytettävässä kyselylomakkeessa kysyttiin kuntoutuksen tavoitteita suhteessa kuntoutujan työ- ja toimintakykyyn sekä kuntoutukseen hakeutumista ja siihen liittyviä toiveita, odotuksia ja mahdollisia vaikeuttavia tekijöitä. Toisella arviointikerralla kuntoutusta koskevat kysymykset koskivat kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja tyytyväisyyttä kuntoutukseen ryhmäkuntoutusosan päättyessä. Kuntoutuksen lopussa kolmannella arviointikerralla kuntoutuja arvioi myös, miten kuntoutus oli hänen mielestään edistänyt oireiden lievenemistä, työ- ja toimintakykyä, itsetunnon ja voimavarojen vahvistumista ja arjessa selviytymistä. Loppukyselyyn liittyi myös kysymys jatkohoidon järjestymisestä.

3.3.3 Aineiston tilastollinen käsittely

Tulokset raportoidaan suorina jakaumina, keskiarvoina ja suhteellisina osuuksina. Kuntoutuksen alun, puolivälin ja lopun vertailut analysoitiin χ^2 -testien, toistettujen mittausten t-testien tai toistettujen mittausten varianssianalyysin avulla. Logistisen regressiomallin avulla analysoitiin, mitkä tekijät liittyivät siihen, että BDI-pistemäärä oli alle kliinisesti merkittävän tason (0–13 pistettä) kuntoutuksen loppuessa. Selittävinä muuttujina olivat ikä, sukupuoli, BDI-II-pisteet kuntoutuksen alussa, työkykyipistemäärä, kuntoutuksen alussa ilmoitettu koettu terveydentila, kuormittava elämäntapahtuma kuntoutuksen aikana (joko ensimmäisen tai viimeisen puolen vuoden aikana) ja hoidon toteutuminen kuntoutuksen aikana. Työkyvyssä tapahtunutta muutosta selitettiin kymmenluokkaisesta työkykyjanasta muodostetulla kaksiluokkaisella muuttujalla, jossa toinen luokka edusti pistemääriä 0–5 (huono työkyky)

ja toinen pistemääriä 6–10 (vähintään kohtalainen työkyky). Selittävinä muuttujina olivat ikä, sukupuoli, työkykypistemäärä kuntoutuksen alussa, kognitiivisen toimintakyvyn eri osa-alueiden keskiarvo (muisti + keskittyminen + uuden oppiminen / 3) ja BDI-II-pistemäärä kuntoutuksen lopussa sekä oma arvio kuntoutuksen merkityksestä työ- ja toimintakyvylle.

Analyysit tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (IBM SPSS Statistics for Windows 22).

3.3.4 Puuttuvien tietojen käsittely

Kyselylomakkeet olivat melko hyvin täytettyjä, mutta joistakin myös puuttui tietoja. Puuttuvia tietoja korvattiin BDI-II:een, GHQ:hun ja EuroHis-elämänlaatumittariin siinä tapauksessa, että enintään yksi vastauksista puuttui. Tällöin puuttuva kohta täydennettiin mittarin muista kohdista lasketulla keskiarvolla. Mitään muita puuttuvan tiedon korjauksia ei tehty, mistä johtuu, että taulukoissa raportoidut n-määrät voivat hiukan vaihdella, jolloin suhteelliset osuudet perustuvat hieman eri n-lukuun.

3.4 Eettiset näkökohdat

Ennen tutkimuksen alkua kaikki kuntoutujat allekirjoittivat tiedotteeseen perustuvan suostumusasiakirjan. Heille selvitettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä se, että tulokset raportoidaan niin, ettei vastaajia tai kuntoutukseen osallistuneita henkilöitä voida tunnistaa. Tiedotteessa kuvattiin tutkimuksen kulku ja kolmen eri tutkimuskyselyn sisältö. Kuntoutujilta pyydettiin lupa B-lausunnon ja GAS-lomakkeen tietojen käyttämiseen tutkimuksessa sekä Kelan rekisteritietojen (mm. psyykenlääkkeet, pitkät sairauslomat, sairausperusteiset etuudet) mahdolliseen myöhempään yhdistämiseen tutkimusprojektissa kerättyihin tietoihin.

Kuntoutusta toteuttavat palveluntuottajat toimittivat tutkimusaineiston suljetuissa, postimerkein varustetuissa kirjekuorissa Kelan tutkimusosastolle jokaisen kolmen arviointikerran jälkeen. Kuoressa oli kyselylomake ja BDI-II-lomake sekä työparin arvioon perustuva SOFAS-lomake. Ensimmäisen kyselyn yhteydessä lähetettiin myös erillisessä suljetussa kirjekuoressa allekirjoitettu suostumuslomake, joka tallennettiin muusta tutkimusaineistosta erillään Kelan tutkimusosaston arkistoon. B-lausunnoista kerättiin tiedot kuntoutujien lausuntoihin merkityistä diagnooseista, joista tutkimukseen kuulumaton henkilö laati listan kuntoutujien tutkimusnumeroiden mukaisesti. Kuntoutushankkeen päätyttyä kuntoutujien GAS-lomakkeet on kerätty Kelan OIWA-järjestelmästä osaksi tutkimusaineistoa. Lomakkeista on poistettu nimetiedot ja niihin on lisätty tutkimusnumerot. GAS-lomakkeiden tarkempi analysointi tehdään myöhemmin ja tulokset raportoidaan erikseen.

Tutkijat ovat allekirjoittaneet Kelan vaitiolositoumuksen. Kerättyä tietoa käytetään vain tutkimussuunnitelmassa mainittuun tarkoitukseen. Tutkimusrekisterin pitäjänä

toimii Kelan tutkimusosasto. Kaikki lomakkeille kerätty ja muu edellä kuvattu tutkimustieto on säilytetty lukituissa tiloissa Kelan arkistossa.

Kelan tutkimusosaston eettinen toimikunta antoi tutkimuksesta puoltavan lausunnon 2.9.2010.

3.5 Tulokset

3.5.1 Taustatiedot: keitä ja millaisia AMI-kuntoutujat olivat?

Yhteensä 216 kuntoutujasta 183 (85 %) oli naisia ja 33 (15 %) miehiä. Kuntoutujien keski-ikä oli kuntoutuksen alkaessa 46,7 vuotta, naiset olivat keskimäärin 47,2-vuotiaita ja miehet 43,2-vuotiaita. Iän vaihteluvälit olivat vastaavasti 21–62, 26–57 ja 21–62 vuotta. Naisista 58,6 % ja miehistä 67,5 % asui puolison kanssa, eronneita oli 21,2 % naisista ja 13,5 % miehistä. Perheeseen kuului kotona asuvia lapsia 33,5 %:lla naisista ja 36,1 %:lla miehistä. Naisista 13,8 % oli yksinhuoltajia, miehistä ei kukaan.

Suurimmalla osalla sekä naisista (72,5 %) että miehistä (75,7 %) viimeinen työ oli joko nykyisin tai oli ollut päivätyötä. Vuorotyötä teki tai oli tehnyt noin neljäsosa sekä naisista että miehistä. Naisten työsuhteista 93,6 % ja miesten 97,3 % oli tois-
taiseksi voimassa olevia tai vakinaisia. Kuntoutuksen alkaessa naisista 61,6 % oli kokopäiväisessä työsuhteessa, osapäiväisessä 15,3 %, sairauslomalla 16,7 % ja muussa tilanteessa 6,4 %. Miehistä 59,5 % oli kokopäiväisessä työsuhteessa, osapäiväisessä 10,8 %, sairauslomalla 27 % ja muussa tilanteessa 2,7 %. Naisista 96,5 % ja miehistä 94,6 % oli ollut työllistettynä koko viimeksi kuluneen vuoden. Alle vuoden pituinen työttömyysjakso oli 2,5 %:lla naisista ja 5,4 %:lla miehistä. Koko vuoden työttömänä oli ollut naisista 1 %.

Pääosalla kuntoutujista oli jokin ammatillinen tutkinto. Korkeakoulututkinto oli naisista noin yhdellä kymmenestä, miehistä joka viidennellä (taulukko 1, s. 30).

Sekä naisten että miesten pääasiallinen toimeentulo koostui palkkatyöstä, ja miehistä lähes kolmasosa sai sairauspäivärahaa kuntoutuksen alussa (taulukko 2, s. 30).

Noin neljäsosalla sekä naisista että miehistä oli terveydentilan vuoksi yli 100 päivää kestäneitä poissaoloja töistä ennen kuntoutuksen alkamista. Noin joka viidennellä oli vain lyhyitä sairauspoissaoloja (taulukko 3, s. 30).

Taulukko 1. Kuntoutujien ammattikoulutus, N (%).

Ammattikoulutus	Naiset	Miehet	Yhteensä
Ei ammatillista koulutusta	8 (4,4)	2 (6,1)	10 (4,7)
Ammattikurssi (väh. 4 kk)	12 (6,6)	3 (9,1)	15 (7,0)
Oppisopimuskoulutus	6 (3,3)	0 (0,0)	6 (2,8)
Ammattikoulututkinto	25 (13,8)	9 (27,3)	34 (15,9)
Opistotason tutkinto	76 (42,0)	7 (21,2)	83 (38,8)
Ammattikorkeakoulututkinto	26 (14,4)	3 (9,1)	29 (13,6)
Korkeakoulututkinto	19 (10,4)	7 (21,2)	26 (12,1)
Muu ammattikoulutus	9 (5,0)	2 (6,2)	11 (5,2)

Taulukko 2. Kuntoutujien pääasiallinen toimeentulo, N (%).

	Naiset	Miehet
Palkkatyö	138 (75,4)	22 (66,7)
Yrittäjätulo	2 (1,1)	1 (3,0)
Työmarkkinatuki	0	0
Ansiosidonnainen työttömyyspäiväraha	1 (0,6)	0
Peruspäiväraha	0	0
Toimeentulotuki	0	0
Asumistuki	1 (0,6)	0
Sairauspäiväraha	28 (15,3)	10 (30,3)
Kuntoutustuki	5 (2,7)	2 (6,1)
Elatusapu/elatustuki	5 (2,7)	1 (3,0)
Vanhemmat tai puoliso avustavat	2 (1,1)	0
Muu	1 (0,6)	2 (6,1)

Taulukko 3. Sairauspoissaolopäivät ennen kuntoutuksen alkamista, N (%).

	Naiset	Miehet	Kaikki
Enintään 9 päivää	31 (17,2)	7 (21,2)	38 (17,8)
10–24 päivää	32 (17,8)	5 (15,2)	37 (17,4)
25–60 päivää	40 (22,2)	7 (21,2)	47 (22,1)
61–99 päivää	30 (16,7)	6 (18,2)	36 (16,9)
100 päivää tai enemmän	47 (26,1)	8 (24,2)	55 (25,8)

3.5.2 Kuntoutujien B-lausuntoihin merkityt diagnoosit

Diagnoositiedot kerättiin B-lausunnoista niiltä kuntoutujilta, jotka olivat suostumuslomakkeessa antaneet luvan tietojen keräämiseen ja joilta tieto oli löydettävissä Kelaan tulleista asiakirjoista. Yhteensä viisi kuntoutujaa ei antanut lupaa tiedon keräämiseen, ja 22 kuntoutujalle ei löytynyt tietoja järjestelmästä. Tiedot saatiin yhteensä 188 henkilölle (161 naista, 28 miestä). Tiedot kerättiin kaikista diagnooseista, jotka B-lausuntoihin oli merkitty.

Taulukossa 4 esitetään kuntoutujille B-lausuntoon ensisijaiseksi merkitty F30- tai F40-ryhmän diagnoosi. Kukin kuntoutuja esiintyy taulukossa vain yhden kerran. Mikäli

Taulukko 4. B-lausuntoihin merkityt F30–F40-ryhmien diagnoosit, N (%).

	Naiset	Miehet	Osuus koko aineiston B-lausuntojen diagnooseista
Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt F31	2 (1,3)	2 (7,1)	4 (2,1)
Lievä hypomaniajakso F31.0	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,5)
Maaninen jakso ilman psykoosioireita F31.1	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (0,5)
Sekamuotoinen jakso F31.6	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (0,5)
Muu F31.8	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,5)
Masennustilat F32	77 (48,1)	12 (42,9)	89 (47,3)
Lievä F32.0	22 (13,8)	4 (14,3)	26 (13,8)
Keskivaikkea F32.1	41 (25,6)	4 (14,3)	45 (23,9)
Vaikea F32.2	8 (5,0)	3 (10,7)	11 (5,9)
Vaikea psykoosioireinen F32.3	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,5)
Määrittämätön F32.9	5 (3,1)	1 (3,6)	6 (3,2)
Toistuva masennus F33	69 (43,1)	12 (42,9)	81 (43,1)
Lievä F33.0	25 (15,6)	3 (10,7)	28 (15,0)
Keskivaikkea F33.1	34 (21,2)	4 (14,3)	38 (20,2)
Vaikea F33.2	5 (3,1)	3 (10,7)	8 (4,2)
Vaikea psykoosioireinen F33.3	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (0,5)
Elpymävaihe F33.4	3 (1,9)	0 (0,0)	3 (1,6)
Määrittämätön F33.9	2 (1,3)	1 (3,6)	3 (1,6)
Pitkäaikaiset mielialahäiriöt F34	2 (1,3)	2 (7,1)	4 (2,1)
Pitkäaikainen masennus F34.1	2 (1,3)	2 (7,1)	4 (2,1)
Määrittämätön mielialahäiriö F39	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,5)
Muut ahdistuneisuushäiriöt F41	6 (3,7)	0 (0,0)	6 (3,2)
Sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila F41.2	5 (3,1)	0 (0,0)	5 (3,2)
Määrittämätön F41.9	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,5)
Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt F43	3 (1,9)	0 (0,0)	3 (1,6)
Akuutti stressireaktio F43.0	2 (1,3)	0 (0,0)	2 (1,0)
Sopeutumishäiriö, sekamuotoinen ahdistus- ja masennusreaktio F43.22	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,5)
Yhteensä	160 (100,0)	28 (100,0)	188 (100,0)^a

^aTieto puuttuu yhteensä 28 kuntoutujalta, joista 22:lta ei ollut saatavilla tietoa B-lausunnoista, viisi ei antanut lupaa B-lausuntotietojen keräämiseen ja yhdellä ei ollut B-lausuntoon merkittyä F-ryhmän diagnoosia.

kuntoutujalla on B-lausunnossa ollut F-ryhmästä useita diagnooseja, taulukkoon on otettu ensisijaisesti F30–F39-ryhmän diagnoosi. Jos tämän ryhmän diagnoosia ei ole merkitty, taulukossa esitetään F40–F49-ryhmän diagnoosi, mikäli se on merkitty B-lausuntoon. Yhtä kuntoutujaa lukuunottamatta kaikilla niillä, joille B-lausuntotieto oli saatu, oli lausuntoon merkitty joko F30–F39- tai F40–F49-ryhmän diagnoosi.

Sekä naisilla että miehillä tavallisimmat B-lausuntoon merkityt diagnoosit olivat joko masennustila tai toistuva masennus, joista jompikumpi oli lähes 90 %:lla. Jokin ahdistuneisuushäiriö oli merkitty päädiagnoosiksi noin 5 %:lle kuntoutujista.

Sekä psykiatrinen että somaattinen samanaikaissairastavuus oli tavallista, mutta koska B-lausuntoihin ei välttämättä ole merkitty kuntoutujan kaikkia diagnooseja ja tiedot ovat siksi epätäydellisiä, niitä ei raportoida tässä.

3.6 Masennushäiriöistä kärsivien kuntoutujien psyykkiset oireet, terveydentila, toimintakyvyn eri osa-alueet sekä arjen hallintaan ja elämänlaatuun liittyvät tekijät kuntoutuksen kuluessa

3.6.1 Psyykkiset oireet ja terveydentila

Masennusoireilu

Masennuksen vaikeusastetta arvioivan BDI-II:n keskiarvo väheni kuntoutuksen kuluessa alkutilanteen 21,5 pisteestä loppuvaiheen 12,2 pisteeseen. Taulukossa 5 esitetään AMI-kuntoutujien BDI-II-summapistemäärät kuntoutuksen alussa, käyntikertajaksojen päättyessä ja seurantakäynnillä kuntoutuksen päättyessä. Erot eri ajankohtien välillä ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$).

Taulukko 5. BDI-II-pistemäärän keskiarvo ja hajonta kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa.

	Alku	Puoliväli	Loppu
BDI-II-pisteet, keskiarvo (hajonta)	21,5 (9,6)	14,7 (11,0)	12,2 (10,6)

BDI-II:n tulkinnessa suositellaan käytettäväksi seuraavia pisterajoja masennusasteen vakavuutta arvioitaessa: 0–13 pistettä = ei oireilua tai vähäistä oireilua, 14–19 pistettä = lievää oireilua, 20–28 pistettä = kohtalaista oireilua ja 29–63 pistettä = vakavaa oireilua. Masennusoireilun vakavuusasteessa tapahtui kuntoutuksen aikana tilastollisesti merkitsevät muutokset kaikissa vakavuusasteluokissa (p -arvot $< 0,001$) (taulukko 6). Vähäistä oireilua oli kuntoutuksen alussa vain alle viidenneksellä kuntoutujista, lopussa yli 60 %:lla. Vakavaa oireilua oli kuntoutuksen alkaessa yli viidenneksellä ja sen loppuessa alle 10 %:lla.

Taulukko 6. Masennusoireilun vakavuusaste kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa BDI-II:llä arvioituna, N (%).

Masennusoireilu	Alku	Puoliväli	Loppu
Vähäinen	39 (18,5)	112 (53,3)	131 (61,5)
Lievä	56 (26,5)	32 (15,2)	34 (16,0)
Kohtalainen	69 (32,7)	42 (20,0)	30 (14,1)
Vakava	47 (22,3)	24 (11,4)	18 (8,5)

Psyykkinen kuormittuneisuus

GHQ-pistemäärän keskiarvo oli kuntoutuksen alkaessa 7,1 (hajonta 4,1), puolivälissä 4,2 (4,2) ja kuntoutuksen päättyessä 3,3 (3,8). AMI-kuntoutuksen alkaessa 75 %, puolivälissä 43 % ja kuntoutuksen päättyessä 35 % kuntoutujista ylitti kliinisen raja-arvon, eli GHQ-pistemäärä oli heillä vähintään 4 (taulukko 7). Havaitut muutokset raja-arvoissa ovat tilastollisesti merkitseviä alun ja puolivälin ($p = 0,009$), alun ja lopputilanteen ($p < 0,001$) sekä puolivälin ja lopun välillä ($p < 0,001$).

Taulukko 7. GHQ-pistemäärät kliinisen raja-arvon suhteen kuntoutuksen alkaessa, puolivälissä ja kuntoutuksen päättyessä, N (%).

GHQ-pistemäärä	Alku	Puoliväli	Loppu
Alle kliinisen raja-arvon (0–3)	53 (24,5)	121 (56,3)	138 (63,9)
Yli kliinisen raja-arvon (4–12)	163 (75,5)	94 (43,7)	78 (36,1)

Ahdistuneisuus

Taulukossa 8 esitetään ahdistuneisuuden kokeminen kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa. Ahdistuneisuuteen taipuvaisten osuus väheni kuntoutuksen alun ja lopun välillä tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$).

Taulukko 8. Ahdistuneisuus kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Ahdistuneisuus	Alku	Puoliväli	Loppu
Kokee itsensä hyvähermoiseksi, ei ahdistu helposti	9 (4,2)	18 (8,4)	21 (9,8)
Ei koe itseään huonohermoiseksi eikä ole ahdistunut	37 (17,5)	70 (32,6)	92 (42,8)
Ahdistuu melko helposti	112 (52,8)	89 (41,4)	83 (38,6)
Ahdistuu erityisen helposti	40 (18,9)	30 (14,0)	14 (6,5)
On jatkuvasti ahdistunut	14 (6,6)	8 (3,7)	5 (2,3)

Koettu terveys terveysjanalla arvioituna

Koettua terveydentilaa arvioitiin kymmenportaisella asteikolla. Kuntoutuksen alussa terveysjanapistemäärän keskiarvo erosi tilastollisesti merkitsevästi keskiarvosta kuntoutuksen puolivälissä ($p = 0,04$) ja sen päättyessä ($p < 0,001$) (taulukko 9).

Taulukko 9. Koetun terveyden keskiarvo ja hajonta kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa.

Terveysjana	Alku	Puoliväli	Loppu
Keskiarvo (hajonta)	5,9 (1,8)	6,4 (2,1)	6,7 (2,0)

Somaattiset sairaudet

Kuntoutujilta kysyttiin, oliko jokin pysyvä tai pitkäaikainen (vähintään kolme kuukautta jatkunut) sairaus tai jatkuva kiputila heikentänyt työ- ja toimintakykyä. Taulukossa 10 esitetään niiden vastaajien määrät ja suhteelliset osuudet, joilla oli sairaus tai kiputila. Sairauksien määrä väheni hieman kuntoutuksen lopussa ($p = 0,02$). Myös jatkuvaa kipua kokeneiden osuudet vähenivät kuntoutuksen alkutilanteeseen verrattuna ($p = 0,01$).

Taulukko 10. Pitkäaikaisia sairauksia sairastavat tai jatkuvaa kipua kokevat kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Sairaus tai kiputila	Alku	Puoliväli	Loppu
Pysyvä tai pitkäaikainen sairaus	144 (68,9)	145 (68,4)	130 (60,7)
Jatkuva kiputila	90 (42,1)	66 (30,7)	73 (34,4)

Sairauspäivien määrä

Kuntoutuksen puolivälissä ja sen päättyessä kysyttiin kokonaisen päivän työstä poisolojen määrää terveydellisistä syistä viimeisen puolen vuoden aikana (taulukko 11, s. 35). Yli 50 päivän sairauspoissaoloja oli neljäsosalla kuntoutujista kuntoutuksen puolivälissä, hieman yli viidesosalla kuntoutuksen päättyessä. Lyhyet, enintään neljän päivän sairauspoissaolot lisääntyivät hieman kuntoutuksen lopputilanteessa. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p = 0,001$).

Taulukko 11. Sairauspoissaolopäivät kuntoutuksen puolivälissä ja lopussa, N (%).

Sairauspoissaolot	Puoliväli	Loppu
Enintään 4 päivää	77 (36,3)	90 (42,5)
5–10 päivää	31 (14,6)	32 (15,1)
11–20 päivää	29 (13,7)	18 (8,5)
21–50 päivää	22 (10,4)	25 (11,8)
Yli 50 päivää	53 (25,0)	47 (22,2)

Lääkkeiden käyttö

Sekä kuntoutuksen alussa, sen aikana että lopussa noin neljäsosa kuntoutujista käytti unilääkkeitä. Masennuslääkkeitä käytti kuntoutuksen alussa lähes neljä viidestä kuntoutujasta. Masennuslääkkeiden käyttö väheni kuntoutuksen aikana, ja sen loppuessa masennuslääkehoito oli 72 %:lla kuntoutujista (p -arvo = 0,01 alku vs. loppu). Muita psyykenlääkkeitä käytti noin joka kymmenes kuntoutuja. Yli puolella oli muita reseptilääkkeitä, kuten kipulääkkeitä, kolesteroli- ja verenpainelääkkeitä, allergia- ja astmalääkkeitä tai muita somaattisten oireiden ja sairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Lääkkeiden käyttö kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Lääkkeet	Alku	Puoliväli	Loppu
Unilääkkeet	54 (25,0)	52 (24,1)	50 (23,1)
Masennuslääkkeet	170 (78,7)	159 (73,6)	155 (71,8)
Muut psyykenlääkkeet	19 (8,8)	17 (7,9)	23 (10,6)
Muut lääkärin määräämät lääkkeet	129 (60,0)	125 (58,4)	124 (57,9)
Muut kuin lääkärin määräämät lääkkeet	56 (26,3)	49 (22,9)	48 (22,5)

3.6.2 Työ- ja toimintakyvyn osa-alueet

Työkyypistemäärä

Taulukossa 13 (s. 36) esitetään työkyypistemäärä kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, ja taulukossa 14 (s. 36) samojen ajankohtien työkyypistemäärät luokiteltuna. Työkyvyn koettiin parantuneen kuntoutuksen kuluessa ($p < 0,001$), vaikkakin keskiarvo pysyi melko pienenä, vain kohtalaista työkykyä kuvaavana. Huonoksi työkykynsä kokeneiden suhteellinen osuus väheni ($p = 0,01$) ja hyväksi tai erinomaiseksi kokevien osuudet lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,01$).

Taulukko 13. Työkykyistemäärän keskiarvo ja hajonta kuntoutuksen kuluessa.

Työkykyjana	Alku	Puoliväli	Loppu
Keskiarvo (hajonta)	5,6 (2,2)	6,3 (2,5)	6,7 (2,5)

Taulukko 14. Työkyky kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Työkykyistemäärä	Alku	Puoliväli	Loppu
0–5 (huono työkyky)	86 (40,4)	67 (31,8)	51 (23,8)
6–7 (kohtalainen työkyky)	83 (9,0)	59 (28,0)	66 (30,8)
8–9 (hyvä työkyky)	42 (19,7)	74 (35,1)	80 (37,4)
10 (erinomainen työkyky)	2 (0,9)	11 (5,2)	17 (7,9)

Nykyisessä työssä eläkeikään asti

Erillisellä kysymyksellä selvitettiin, uskoiko kuntoutuja jaksavansa työskennellä nykyisessä työssä vanhuuseläkkeelle saakka. Taulukossa 15 esitetään annetut arviot kuntoutuksen kuluessa. Kun verrattiin niitä, jotka eivät ollenkaan tai edes todennäköisesti uskoneet jaksavansa, ja niitä, jotka varmasti tai ainakin todennäköisesti uskoivat jaksavansa, ei tilastollisia eroja havaittu.

Taulukko 15. Nykyisessä työssä eläkeikään asti: arvio kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Työskentely eläkeikään	Alku	Puoliväli	Loppu
Ei	27 (12,6)	40 (18,8)	32 (15,0)
Todennäköisesti ei	77 (35,8)	57 (26,8)	69 (32,2)
Todennäköisesti kyllä	94 (43,7)	93 (43,7)	79 (36,9)
Kyllä	17 (7,9)	23 (10,8)	34 (15,9)

Arkipäivän toimintakyky

Arjen toimintakyvystä kysyttiin yhdeksän kysymyksen sarjalla. Kysymykset koskivat arjen toimia, kuten kaupassa käyntiä, kotitöiden tekemistä, aikatauluista kiinni pitämistä, ystävien ja tuttujen tapaamista, asioiden hoitamista puhelimitse tai toimipisteissä ja liikennevälineissä liikkumista. Kaikilla osa-alueilla tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos arjen asioissa paremmin pärjäämisen suuntaan (taulukko 16, s. 37).

Taulukko 16. Arjen toimintakyvyn osa-alueet kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Arjen toimintakyky	Alku	Puoliväli	Loppu	p
Kaupassa käynti				< 0,001
Ei pysty	2 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Erittäin vaikeaa	9 (4,3)	6 (2,8)	2 (0,9)	
Jonkin verran vaikeaa	65 (30,2)	49 (22,8)	45 (20,9)	
Pystyy ilman vaikeuksia	139 (64,7)	160 (74,4)	168 (78,1)	
Kotityöt				p < 0,001
Ei pysty	4 (1,9)	5 (2,3)	2 (0,9)	
Erittäin vaikeaa	45 (21,1)	29 (13,5)	31 (14,6)	
Jonkin verran vaikeaa	93 (43,7)	93 (43,3)	82 (38,5)	
Pystyy ilman vaikeuksia	71 (33,3)	88 (40,9)	98 (46,0)	
Aikatauluista kiinni pitäminen				p = 0,04
Ei pysty	1 (0,5)	1 (0,5)	0 (0,0)	
Erittäin vaikeaa	23 (10,8)	18 (8,5)	12 (5,7)	
Jonkin verran vaikeaa	88 (41,3)	83 (39,2)	83 (39,3)	
Pystyy ilman vaikeuksia	101 (47,4)	110 (51,9)	116 (55,0)	
Ystävien tai tuttujen tapaaminen				p < 0,001
Ei pysty	4 (1,9)	1 (0,5)	4 (1,9)	
Erittäin vaikeaa	52 (24,3)	39 (18,1)	24 (11,2)	
Jonkin verran vaikeaa	101 (47,2)	88 (40,7)	86 (40,0)	
Pystyy ilman vaikeuksia	57 (26,6)	88 (40,7)	101 (47,0)	
Peseytyminen ja pukeutuminen				p = 0,004
Ei pysty	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Erittäin vaikeaa	10 (4,7)	6 (2,8)	3 (1,4)	
Jonkin verran vaikeaa	45 (20,9)	39 (18,2)	32 (15,0)	
Pystyy ilman vaikeuksia	160 (74,4)	169 (79,0)	179 (83,6)	
Puhelimella asiointi				p < 0,001
Ei pysty	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Erittäin vaikeaa	26 (12,3)	18 (8,5)	9 (4,3)	
Jonkin verran vaikeaa	70 (33,0)	67 (31,6)	57 (27,0)	
Pystyy ilman vaikeuksia	116 (54,7)	127 (59,9)	144 (68,2)	
Asioiden esittäminen vieraille				p < 0,001
Ei pysty	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Erittäin vaikeaa	40 (18,6)	31 (14,4)	24 (11,2)	
Jonkin verran vaikeaa	101 (47,0)	84 (39,1)	83 (38,6)	
Pystyy ilman vaikeuksia	74 (34,3)	100 (46,5)	108 (50,2)	
Pankissa tai muissa virastoissa asiointi				p < 0,001
Ei pysty	3 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Erittäin vaikeaa	28 (13,0)	25 (11,6)	11 (5,1)	
Jonkin verran vaikeaa	51 (23,7)	53 (24,7)	46 (21,4)	
Pystyy ilman vaikeuksia	133 (61,9)	137 (63,7)	157 (73,0)	
Kulkeminen julkisilla kulkuneuvoilla				p < 0,001
Ei pysty	5 (2,3)	3 (1,4)	2 (0,9)	
Erittäin vaikeaa	11 (5,2)	14 (6,6)	7 (3,3)	
Jonkin verran vaikeaa	44 (20,7)	40 (18,8)	31 (14,6)	
Pystyy ilman vaikeuksia	153 (71,8)	156 (73,2)	173 (81,2)	

Kognitiivinen toimintakyky

Taulukossa 17 kuvataan, miten kuntoutujat arvioivat viimeaikaisen muistinsa, kykynsä oppia uusia asioita ja keskittymisensä eri vastausvaihtoehtojen mukaisesti. Kaikilla arvioiduilla kognition osa-alueilla tapahtui tilastollisesti merkitsevää kohenemistä kuntoutuksen aikana.

Taulukko 17. Kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Kognitiivinen toimintakyky	Alku	Puoliväli	Loppu	p
Muisti				p < 0,001
Hyvä tai erittäin hyvä	44 (20,5)	67 (31,3)	90 (42,0)	
Tyydyttävä	99 (46,3)	105 (49,1)	86 (40,2)	
Huono tai erittäin huono	71 (33,2)	42 (19,6)	38 (17,8)	
Uuden oppiminen				p < 0,001
Hyvä tai erittäin hyvä	35 (16,3)	74 (34,7)	87 (41,4)	
Tyydyttävä	111 (51,6)	96 (45,1)	89 (42,4)	
Huono tai erittäin huono	69 (32,1)	43 (20,2)	34 (16,2)	
Keskittyminen				p < 0,001
Hyvä tai erittäin hyvä	32 (14,9)	72 (33,5)	98 (45,8)	
Tyydyttävä	98 (45,8)	86 (40,0)	74 (34,6)	
Huono tai erittäin huono	84 (39,3)	57 (26,5)	42 (19,6)	

Psykososiaalinen toimintakyky (SOFAS)

Psykososiaalista toimintakykyä arvioivan SOFAS-pistemäärän (taulukko 18) keskiarvo oli kuntoutuksen alkaessa 63,4 (keskihajonta 12,1) ja puolivälissä 67,4 (11,2), jolloin toimintakyvyssä on ”Lievää vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky.” Kuntoutuksen päättyessä arvioitu keskiarvo oli 71,3 (keskihajonta 11,5) luokassa ”Vain vähäinen heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä.” Muutokset olivat tilastollisesti merkitseviä (p < 0,001).

Taulukko 18. SOFAS-pistemäärän keskiarvo ja hajonta kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa.

SOFAS	Alku	Puoliväli	Loppu
Keskiarvo (hajonta)	63,4 (12,1)	67,4 (11,2)	71,3 (11,5)

3.6.3 Arjen hallinta ja elämänlaatu

Elintavat

Taulukossa 19 esitetään elintapojen eri osa-alueiden arviot kuntoutuksen aikana. Nukkumista selvitettiin kysymyksellä ”Nukutko mielestäsi tarpeeksi?”, johon vastattiin vastausvaihtoehdoilla ”Lähes aina”, ”Usein”, ”Harvoin” tai tuskin koskaan ja ”En osaa sanoa”. Taulukossa vaihtoehdot ”lähes aina” ja ”usein” on yhdistetty, ja siinä esitetään valittujen vaihtoehtojen määrät ja suhteelliset osuudet kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa. Nukkumisensa riittäväksi kokeneiden määrät lisääntyivät ja huonosti nukkuvien määrä väheni kuntoutuksen aikana ($p = 0,001$).

Liikunnan tiheyttä arvioitiin kysymyksellä ”Kuinka usein harrastat liikuntaa?” Yli kolme kertaa viikossa liikkuvien määrä lisääntyi hiukan ja harvoin liikkuvien määrä väheni erityisesti kuntoutuksen puolivälissä, mutta muutokset kuntoutuksen aikana eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Yhdellä kysymyksellä selvitettiin ajankohtaista tupakointia, jossa ei havaittu muutoksia kuntoutuksen aikana. Alkoholinkäyttöä arvioitiin AUDIT-C-seulakyselyllä. Menetelmän pisteytysohjeen mukaisesti arviot tehtiin erikseen naisille ja miehille. Alkoholinkäyttö vaihteli kuntoutuksen aikana. Puolivälissä tehdyssä kyselyssä 156 naiselle ja 29 miehelle voitiin laskea AUDIT-C-pistemäärä (tietoja puuttui 31 kuntoutujalta). Miesten kohtuullinen alkoholinkäyttö lisääntyi ja riskikäyttö väheni. Naisilla havaittu hyvin vähän alkoholia käyttävien ja toisaalta myös riskirajan ylittäneiden määrän lisääntyminen kuntoutuksen aikana oli tilastollisesti merkitsevä muutos ($p = 0,03$).

Taulukko 19. Elintavat kuntoutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa, N (%).

Elintavat	Alku	Puoliväli	Loppu
Nukutko tarpeeksi?			
Lähes aina tai usein	95 (44,4)	124 (58,0)	148 (68,5)
Harvoin tai tuskin koskaan	87 (40,7)	64 (29,9)	57 (26,4)
En osaa sanoa	32 (15,0)	26 (12,1)	11 (5,1)
Kuinka usein harrastat liikuntaa?			
Lähes joka päivä	32 (14,9)	26 (12,2)	34 (15,7)
3–4 kertaa viikossa	49 (22,7)	70 (32,8)	57 (26,4)
1–2 kertaa viikossa	66 (30,7)	65 (30,5)	70 (32,4)
Harvemmin kuin kerran viikossa	65 (30,2)	48 (22,5)	52 (24,1)
En voi harrastaa liikuntaa	3 (1,4)	4 (1,9)	3 (1,4)
Tupakoitko tällä hetkellä?			
En	157 (72,7)	159 (73,6)	160 (74,1)
Satunnaisesti	11 (5,1)	9 (4,2)	9 (4,2)
Päivittäin	48 (22,2)	48 (22,2)	47 (21,8)
Alkoholinkäyttö (naiset; miehet)^a			
Ei käytä tai käyttää vähän	8 (4,5); 2 (6,3)	1 (0,6); 0 (0,0)	17 (9,9); 1 (0,3)
Kohtuullinen käyttö	69(40,1); 10 (31,2)	61(39,1); 11(37,9)	60 (34,9); 14 (43,7)
Riskirajaa ylittänyt	85 (49,4); 20 (62,5)	94(60,2); 18 (62,1)	99 (56,2); 17 (56,0)

^aAUDIT-C pisteytys: 0 = ei käytä alkoholia tai käyttää hyvin vähän; naiset 1–3 pistettä, kohtuullinen alkoholinkäyttö; naiset > 4 pistettä, riskikäytön raja ylittyy; miehet 1–4 pistettä, kohtuullinen alkoholinkäyttö; miehet > 5 pistettä, riskikäytön raja ylittyy.

Sosiaaliset suhteet ja harrastaminen

Lähes kaikki kuntoutujat (98 %) kertoivat sosiaalisen tuen olemassaolosta. Joko puolisolta, kumppanilta, läheiseltä ystävältä, työtoverilta tai muulta henkilöltä oli mahdollista saada tukea silloin, kun kuntoutuja tunsivat olevansa avun tarpeessa tai toivoi, että joku välittää.

Erilaisia harrastuksia raportoi lähes 90 % kuntoutujista. Harrastusten kirjo oli laaja ja sisälsi esimerkiksi liikunnan ja ulkoilun eri lajeja, käsitöitä, lukemista, puutarhahoitoa ja kotieläinten pitoa. Tilanne pysyi samana koko kuntoutuksen ajan.

Kuormitustekijät

Viimeisen puolen vuoden aikana ennen kuntoutuksen alkua 53,7 %:lla kuntoutujista oli ollut jokin hyvinvointia heikentänyt elämäntapahtuma. Viimeksi kuluneiden viiden vuoden ajalta 75,9 % kertoi tällaisesta elämäntapahtumasta. Kuntoutuksen aikana ensimmäisen puolen vuoden aikana 35,7 % raportoi vaikeasta elämäntapahtumasta, ja kuntoutuksen päättyessä 33 % oli kokenut elämäntapahtuman viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana. Elämäntapahtumat sisälsivät muun muassa vakavia sairauksia itsellä tai läheisellä, avioeroja ja työhön liittyviä äkillisiä muutoksia.

Kuntoutuksen alussa 28 % ilmoitti auttavansa jotakuta toimintakyvyltään heikentyntä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona. Useimmiten kyseessä olivat joko omat tai puolison vanhemmat tai oma lapsi. Tilanne pysyi samana koko kuntoutuksen ajan.

Elämänlaatu

Elämänlaatumittarista lasketun kokonaispistemäärän muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$) ja osoitti elämänlaadun kohentuneen kuntoutuksen aikana (taulukko 20).

Taulukko 20. Elämänlaatumittariston keskiarvo ja hajonta.

Elämänlaatu	Alku	Puoliväli	Loppu
Elämänlaatu, keskiarvo (hajonta) ^a	3,0 (0,7)	2,7 (0,8)	2,6 (0,8)

^aSuurempi arvo kuvaa heikompaa tulosta.

3.7 Kuntoutus

3.7.1 Kuntoutukseen hakeutuminen: vaikeuttavat ja helpottavat tekijät

Kuntoutujilta kysyttiin kahdella erillisellä avokysymyksellä, mikä vaikeutti ja mikä helpotti kuntoutukseen hakeutumista. Lähes puolet vastaajista kirjoitti, että mikään ei vaikeuttanut kuntoutukseen tuloa, mutta noin kolmasosalla vaikeuksia tuottivat huoli pitkäaikaisesta kuntoutukseen sitoutumisesta, paperisota, kuntoutuksen ajoittuminen työaikaan, ryhmämuotoisuus, vaikeus tarttua asioihin ja pelko omasta jaksamisesta. Kuntoutujista noin joka kolmannella oli järjestettävänä erilaisia työ- tai perhe-elämään liittyviä käytännön asioita ennen kuntoutuksen aloittamista. Asiat liittyivät esimerkiksi työvuorojen suunnitteluun, työajan käyttöön, lastenhoitoon ja lasten harrastuksista huolehtimiseen.

Kuntoutukseen tulemistä helpottivat paitsi työterveyshuollon suositukset ja apu myös kuntoutujien oma motivaatio ja koettu tuen tarve. Moni kuntoutuja uskoi, että kuntoutuksen avulla oli mahdollista ylläpitää työkykyä ja helpottaa omaa vointia, ja myönteiseltä tuntuivat myös ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta saatava vertaistuki ja muut voimavarat.

3.7.2 Yksilölliset GAS-tavoitteet

Kuntoutajat laativat ohjaajien kanssa GAS-tavoitteet kuntoutuksen alussa. Tavoitteita saatettiin lisätä myös kuntoutuksen aikana tarpeen mukaan. Kuntoutujilla oli keskimäärin kolme tavoitetta (vaihteluväli 1–8).

Tavoitteet liittyivät omasta itsestä huolehtimiseen (30 %), kuten ruokavalion parantamiseen, liikunnan lisäämisen ja tupakanpolton vähentämiseen. Työelämään liittyvien tavoitteiden (22 %) sisältönä oli muun muassa työnkuvan selventäminen, työtehtävien rajaaminen, työssä jaksaminen sekä työtyytyväisyys. Tavoitteissa keskityttiin melko paljon myös sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin (20 %). Niihin liittyvissä tavoitteissa toivottiin esimerkiksi sosiaalisen elämän elvyttämistä ja muutosta kuntoutujan ja perheenjäsenen väliseen suhteeseen.

Osalla tavoitteet liittyivät itsessä tapahtuviin muutoksiin, kuten enemmän itsensä arvostamista, hyväksymistä ja kuuntelua (30 %), tunteiden muutoksia, kuten peloista irti päästämistä tai ilon tuntemista (15 %) sekä energisyyttä (7,5 %). Tavoitteita liittyi myös nukkumisen, muistin toiminnan tai asioiden suunnittelun ja järjestämisen parantamiseen.

3.7.3 Mielenterveyspalvelujen käyttö kuntoutuksen aikana

Kuntoutuksen alkaessa 6,1 % kuntoutujista oli sopinut tapaavansa pääasiallisen hoitotahonsa kanssa vähintään kerran viikossa, 17 % 1–3 kertaa kuukaudessa. 9,9 % oli

sopinut 1–4 tapaamisesta koko kuntoutuksen aikana, ja 37,7 %:lla kuntoutujista oli tarkoitus tavata hoitotahoa vain tarvittaessa. Tapaamisia ei ollut sovittu eikä hoitosuhdetta ollut yhteensä 29,2 %:lla kuntoutujista kuntoutuksen alussa.

Taulukossa 21 esitetään kuntoutuksen puoliväliin mennessä ja kuntoutuksen loppuun mennessä toteutuneiden käyntien määrät ja suhteelliset osuudet pääasiallisen hoitotahon luona edellisen puolen vuoden aikana. Hoitosuhde ei ollut toteutunut noin viidesosalla kuntoutujista kuntoutuksen aikana.

Taulukko 21. Hoidon toteutuminen kuntoutuksen aikana, N (%).

Hoitosuhteen intensiteetti	Puoliväli	Loppu
Useammin kuin kerran viikossa	4 (1,8)	3 (1,4)
Kerran viikossa	25 (11,6)	10 (4,7)
1–3 kertaa kuukaudessa	57 (26,4)	57 (26,9)
1–3 kertaa puolen vuoden aikana	95 (44,0)	94 (44,3)
Ei kertaakaan tai ei hoitosuhdetta	35 (16,2)	48 (22,6)

3.7.4 Tavoitteiden saavuttaminen, oikea-aikaisuus ja tyytyväisyys

Kuntoutujilta kysyttiin toisella ja kolmannella arviointikerralla, miten he olivat kokeneet saavuttaneensa kuntoutukselle asettamansa tavoitteet, kuinka oikea-aikaista kuntoutus oli voinnin kannalta ja miten tyytyväisiä he olivat kuntoutukseen (taulukko 22, s. 43). Tavoitteet hyvin saavuttaneiden osuus kasvoi hieman loppua kohden. Puolivälissä oli hyvin tai jopa odotuksia paremmin tavoitteensa saavuttanut kolmasosa kuntoutujista ja seurantakäynnin ajankohtana 42,9 %. Noin puolet kuntoutujista piti kuntoutusta oikea-aikaisena. Lähes kaikki kuntoutujat olivat joko melko tai hyvin tyytyväisiä sekä kuntoutuksen puolivälissä että sen päättyessä. Oikea-aikaisuuden kokemus ja tyytyväisyys kuntoutukseen pysyivät lähes ennallaan koko kuntoutusprosessin ajan.

3.7.5 Kuntoutujan arvio AMI-kuntoutuksen antamasta avusta vointiin ja elämänhallinnan osa-alueisiin

Kuntoutujia pyydettiin arvioimaan, miten kuntoutuskurssi oli auttanut heitä psyykkisen voinnin kehittymisessä ja erilaisilla elämänhallinnan osa-alueilla (taulukko 23, s. 43). Eniten hyötyä oli saatu psyykkisen voinnin ja itsetunnon kohenemiseen ja voimavarojen vahvistumiseen. Yli puolet kuntoutujista arvioi, että työ- ja toimintakyky olivat vahvistuneet, vaikka vain hieman yli kolmanneksella työtilanne oli selvästi kohentunut. Läheisiin ihmissuhteisiin tai muihin sosiaalisiin suhteisiin noin puolet oli saanut vain rajallisesti apua, toinen puoli jopa erittäin paljon.

Taulukko 22. Kuntoutuksen kokeminen, N (%).

Kuntoutuksen kokeminen	Puoliväli	Loppu
Tavoitteiden saavuttaminen		
Ei ole saavuttanut tavoitteita	9 (4,3)	10 (4,8)
Saavuttanut melko huonosti	35 (16,7)	34 (16,3)
Saavuttanut melko hyvin	96 (45,7)	75 (36,1)
Saavuttanut hyvin	40 (19,0)	47 (22,6)
Saavuttanut odotuksia paremmin	30 (14,3)	42 (20,2)
Oikea-aikaisuus		
Olisi tarvinnut paljon aiemmin	61 (28,9)	56 (26,4)
Hiukan liian myöhään	23 (10,9)	17 (8,0)
Hiukan liian aikaisin	2 (0,9)	4 (1,9)
Juuri oikeaan aikaan	98 (46,4)	108 (50,9)
Ei osaa sanoa	27 (12,8)	27 (12,7)
Tyytyväisyys		
Tyytymätön	0 (0,0)	0 (0,0)
Melko tyytymätön	7 (3,3)	7 (3,3)
Melko tyytyväinen	57 (26,5)	56 (26,0)
Hyvin tyytyväinen	142 (66,0)	149 (69,3)
Ei osaa sanoa	9 (4,2)	3 (1,4)

Taulukko 23. Kuntoutuskurssin antama apu vointiin ja elämänhallinnan osa-alueisiin, N (%).

Kuntoutuksesta saatu apu	Ei lainkaan	Vähän tai jossain määrin	Melko tai erittäin paljon	En osaa sanoa
Psyykkiset oireet vähenivät	5 (3,8)	72 (34,6)	123 (59,2)	5 (2,4)
Itsetunto vahvistui	6 (2,9)	76 (36,6)	123 (59,1)	3 (1,4)
Voimavarat vahvistuivat	5 (2,4)	80 (38,5)	122 (58,6)	1 (0,5)
Työ- ja toimintakyky kohentuivat	12 (5,7)	76 (36,2)	119 (56,7)	3 (1,4)
Arjessa selviytyminen parantui	8 (3,9)	84 (40,8)	106 (51,4)	8 (3,9)
Sosiaaliset suhteet kohenivat	12 (5,8)	88 (42,5)	102 (49,3)	5 (3,9)
Perhe- ja läheissuhteet kohentuivat	13 (6,3)	96 (46,3)	92 (44,5)	6 (2,9)
Hoito- ja tukiverkosto vahvistuivat	20 (9,7)	93 (45,0)	86 (41,5)	8 (3,8)
Työtilanne kohentui	31 (15,0)	82 (39,6)	76 (36,7)	18 (8,7)

Kuntoutajat antoivat myös vapaamuotoista palautetta kuntoutuksestaan viimeisen kyselylomakkeen vapaaseen kenttään. Palautteiden sisällöissä korostuivat kuntoutuksesta saadun vertaistuen merkitys ja kuntoutuksen antamat työkalut itsestä huolehtimiseen. Palautteissa puututtiin myös kuntoutuksen työhön sovittamisen hankaluuksiin sekä kuntoutuksen keston erityisesti pidempää kurssia toivoen. Kuntoutusmallin toivottiin jatkuvan muidenkin hyödyksi, kun itse oli koettu sen antaneen apua ja työkaluja oireiden hallintaan, sairauden ymmärtämiseen ja arjessa selviytymiseen.

3.8 Mitkä tekijät liittyvät mielialaoireiden vaikeusasteeseen ja koettuun työkykyyn?

3.8.1 Masennusoireet

Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin, mitkä tekijät selittivät masennusoireista toipumista (BDI-II alle 14 pistettä kuntoutuksen päättyessä). Mallissa selittävinä tekijöinä olivat ikä, sukupuoli, BDI-II-summapistemäärä kuntoutuksen alussa, työkykypistemäärä, kuntoutuksen alussa ilmoitettu koettu terveydentila, kuormittava elämäntapahtuma kuntoutuksen aikana (joko ensimmäisen tai viimeisen puolen vuoden aikana) ja hoidon toteutuminen kuntoutuksen aikana. Mallin selitysaste oli 0,38 (Nagelkerke R^2). Alkutilanteen matala BDI-II-taso oli toipumisen merkitsevin selittäjä (OR 1,07; 95 %:n luottamusväli 1,01–1,13, $p = 0,02$). Myös kuntoutuksen aikana saatu hoito oli mallissa merkitsevä – mitä intensiivisemmin hoito oli kuntoutuksen aikana toteutunut, sitä todennäköisemmin BDI-II-pistemäärä oli alle 14 kuntoutuksen päättyessä (OR 0,61; 95 %:n luottamusväli 0,38–0,98, $p = 0,04$). Muiden selittäjien kohdalla ei tässä mallissa todettu yhteyksiä toipumiseen.

3.8.2 Työkyky

Logistisella regressiomallilla analysoitiin, mitkä tekijät selittivät kuntoutuksen lopussa vähintään kohtalaista työkykyä kuvaavaa työkykypistemäärää (6–10 pistettä työkykyajanalla). Selittävinä muuttujina mallissa olivat ikä, sukupuoli, työkykypistemäärä kuntoutuksen alussa, kognitiivisen toimintakyvyn eri osa-alueiden keskiarvo (muisti + keskittyminen + uuden oppiminen / 3) ja BDI-II-summapistemäärä kuntoutuksen lopussa sekä oma arvio kuntoutuksen merkityksestä työ- ja toimintakykyyn. Mallin selitysaste oli 0,65 (Nagelkerke R^2). Mallissa tilastollisesti merkitseviä selittäjiä olivat nuorempi ikä (OR 0,87; 95 %:n luottamusväli 0,80–0,94, $p < 0,001$), lopputilanteen matalampi BDI-II-taso (OR 0,89; 95 %:n luottamusväli 0,83–0,96, $p = 0,003$), parempi työkyky kuntoutuksen alussa (OR 1,54; 95 %:n luottamusväli 1,15–2,06, $p = 0,004$) ja se, että kuntoutuja itse koki kuntoutuksen edistäneen työ- ja toimintakykyään (OR 1,72; 95 %:n luottamusväli 1,00–2,93, $p = 0,05$).

Yhteenveto kuntoutujista, psyykkisten oireiden kehityksestä, työ- ja toimintakyvystä, elämänhallinnasta ja kuntoutukseen liittyvistä tekijöistä

Kuntoutujat

- Tutkimuksen aineisto muodostui 216 kuntoutujasta, joista 183 oli naisia ja 33 miehiä
- Keski-ikä oli 46,7 vuotta (naisilla 47,2 ja miehillä 43,2 vuotta)
- Masennustila (F32) tai toistuva masennus (F33) olivat kuntoutujien tavallisimmat diagnoosit
- Suurella osalla oli masennuksen lisäksi muita sairauksia
- Masennuslääkettä käytti kolme neljästä kuntoutujasta

Psyykkisten oireiden kehitys

- Masennusoireet, psyykinen kuormittuneisuus ja ahdistuneisuus vähenivät kuntoutuksen loppuun mennessä
- Masennuksesta toipumista selittivät kuntoutuksen alkuvaiheen lievempi masennusoireilu sekä kuntoutuksen aikainen hoito

Työ- ja toimintakyvyn kehitys

- Työ- ja toimintakyky kohenevat, mutta ne jäivät edelleen melko heikoiksi kuntoutuksen päättyessä
- Parempaa työkykyä selittivät kuntoutuksen loppuvaiheen lievempi masennusoireilu, parempi työkyky kuntoutuksen alussa ja oma kokemus kuntoutuksesta saadusta avusta

Arjen hallinta ja elämänlaatu

- Kuntoutujien elämänlaatu koheni ja nukkuminen oli parempaa
- Alkoholinkäyttö vaihteli kuntoutuksen aikana ja naisilla sekä vähän käyttäjien että riskirajan ylittäneiden määrät lisääntyivät hieman kuntoutuksen aikana, miehillä käyttö väheni

Kuntoutus

- Kuntoutukseen hakeutumista auttoi työterveyshuollosta saatu apu, itse koettu hoidon tarve ja motivaatio
- Hakeutumista hankaloitti huoli omasta jaksamisesta ja sitoutumisesta kuntoutukseen, kuntoutuksen ajoittuminen työaikaan ja sen ryhmämuotoisuus
- Suurin osa kuntoutujista oli tyytyväisiä kuntoutukseen
- Noin puolet kuntoutujista koki saavuttaneensa kuntoutukselle asetetut tavoitteet hyvin tai jopa odotettua paremmin. Vain harvat eivät olleet saavuttaneet tavoitteitaan
- Puolet kuntoutujista koki kuntoutuksen oikea-aikaiseksi, noin joka kolmas olisi tarvinnut sitä aikaisemmin

4 KUNTOUTUKSEN TOIMIVUUS JA SOVELTUVUUS SEKÄ KUNTOUTUKSESSA TEHTY YHTEISTYÖ

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

AMI-hankkeen arviointitutkimuksen toisen osan tavoitteena oli selvittää AMI-kuntoutusmallin rakenteellista toimivuutta, yhteistyöverkoston muodostumista ja yhteistyön toteutumista sekä arvioida toiminnan soveltuvuutta tulevaisuudessa osana terveydenhuollon ja Kelan vakiintunutta toimintaa. Tämä osatutkimus kohdistettiin jokaisen palveluntuottajan toiseen ja viidenteen kurssiin, joten luvussa 4 esitettävät tulokset koskevat vain tätä osaa kuntoutujista. Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuntoutuksen toteutus

- Miten kuntoutujien rekrytointi ja kuntoutukseen ohjautuminen onnistui?
- Miten kuntoutuksen käytännön toteutus onnistui? Mitä haasteita ja onnistumisia kohdattiin?
- Onnistuiko kuntoutuksen ja työn yhteen sovittaminen?

2. Kuntoutuksen yhteistyö

- Keiden kanssa tehtiin yhteistyötä kuntoutuksen aikana?
- Mitkä olivat yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät, onnistumiset ja haasteet?
- Mitkä ovat kuntoutusprosessin jatkuvuuden edellytykset?

3. Kuntoutusmallin soveltuvuus

- Mitkä olivat kuntoutuksesta saadut hyödyt ja mahdolliset haitat kuntoutujan kannalta?
- Soveltuuko kuntoutusmalli osaksi terveydenhuollon ja Kelan vakiintunutta toimintaa? Miten kuntoutusmallia tulisi kehittää?

Arviointitutkimus toteutettiin monitahoarviointina. Käsitteitä ja kokemuksia kuntoutuksesta ja sen soveltuvuudesta kerättiin palveluntuottajilta, lähettäjä- ja hoitotahoilta sekä kuntoutujien ja projektiryhmiin osallistuneiden fokusryhmähaastattelussa. Lisäksi kartoitettiin kuntoutukseen liittyviä kehittämisehdotuksia sekä hyviä käytäntöjä.

4.2 Tutkimusmenetelmät, tutkimuksen toteutus ja tutkimusaineistot

Tutkimusaineistoa kerättiin kuntoutujia lähettäneiltä työterveys- ja hoitotahojen edustajilta (lähettäjätahon verkkokysely), kuntoutusta toteuttavilta ohjaajilta (ohjaajien verkkokyselyt), kuntoutujilta itseltään (kuntoutujien fokusryhmähaastattelut) sekä hanketta varten perustettujen paikallisten projektiryhmien jäseniltä (projektiryhmien fokusryhmähaastattelut). Verkkokyselyt toteutettiin Digium-ohjelmalla.

4.2.1 Lähettäjätaholle suunnattu verkkokysely

Tutkimuksen toteutus

Lähettäjä- ja hoitotaholle suunnattu verkkokysely lähetettiin kaikille AMI-hankkeen toisen ja viidennen kuntoutuskurssin lähettäjä- ja hoitotahoille (liite 5). Palveluntuottajien omaohjaajilta tiedusteltiin kyseisille kursseille kuntoutujia lähettäneiden työterveyshuollon yksiköiden tai julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden edustajien ja yhdyshenkilöiden yhteystiedot. Lisäksi pyydettiin niiden lähettäjä- ja hoitotahojen edustajien yhteystiedot, joille palveluntuottaja kuntoutujan luvalla lähetti kuntoutusjaksojen jälkeen kuntoutusselosteet.

Kyselyt lähetettiin sähköpostitse 2. ja 5. kuntoutuskurssin päätyttyä. Ne sisälsivät sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Viikkoa ennen varsinaista kyselyä vastaajille lähetettiin orientoiva sähköpostiviesti, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja motivoitiin vastaamaan kyselyyn.

AMI-hankkeen kuntoutuskursseille kuntoutujia lähettävinä tahoina olivat työterveyshuoltoyksiköt ja julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköt. Taulukossa 24 on kuvattu palveluntuottajat sekä niiden 2. ja 5. kuntoutuskurssin lähettäjä- ja hoitotahojen edustajien taustaorganisaatiot, jotka vastasivat verkkokyselyyn. Yhteistyötahojen määrä näillä kursseilla vaihteli yhdestä neljään.

Taulukko 24. AMI-hankkeen 2. ja 5. kurssin lähettäjä- ja hoitotahot palveluntuottajakohtaisesti.

Palveluntuottaja	Työterveyshuolto	Julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikkö
Arinna (Porvoon toimipiste)		Loviisan terveyskeskus, Porvoon psykiatrian poliklinikka, Porvoon sairaala, HUS
Kuntoutussäätiön kuntoutuspalvelukeskus (Avire-Kuntoutus)	Helsingin kaupungin työterveyskeskus, Kesko, Terveystalo	
Siuntion hyvinvointikeskus	Kesko, Helsingin kaupungin työterveyskeskus	Porvoon sairaala, HUS
Lappeenrannan kuntoutus- ja kylpyläsäätiö (KK-Kunto)	Etelä-Karjalan Työkunto	
ODL Kuntoutus	Terveystalo (myös ent. Condia), Oulun kaupunki, Oulun Työterveys, Muhoksen työterveys	OYS, psykiatrian tulosalue, Oulun kaupunki
Rokua Health (Rokuan toimipiste)	Mehiläinen, Attendo, Terveystalo, Muhoksen työterveys	OYS, psykiatrian tulosalue, Oulun kaupunki

Tutkimusaineisto

Lähetäjä- ja hoitotahon kyselyjä lähetettiin yhteensä 96, ja niihin saatiin 52 vastausta. Vastausprosentiksi muodostui 54. Vastanneista 39 (75 %) oli työterveyshuollon edustajia ja 13 (25 %) julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikön edustajia. Vastanneiden toiminimikkeet ja taustaorganisaatiot on kuvattu liitteissä 6–7.

Kyselyyn vastanneet työterveyshuollon edustajat tekivät yhteistyötä viiden palveluntuottajan kanssa ja julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden vastaajat neljän palveluntuottajan kanssa. Työterveyshuollon vastaajista 38 prosenttia kuului palveluntuottajan koordinoimaan projektiryhmään, julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikön vastaajista projektiryhmään kuului 31 prosenttia. Oman työyksikkönsä AMI-yhdyshenkilönä toimi 45 prosenttia vastaajista. Luku oli sama molemmilla vastaajaryhmillä.

Työterveyshuollon edustajien enemmistöllä (87 %) oli aikaisempaa kokemusta yhteistyöstä kyseisen palveluntuottajan kanssa. Myös osalle (31 %) julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikön vastaajista palveluntuottaja oli tuttu aikaisemman kuntoutusyhteistyön pohjalta.

4.2.2 Ohjaajille suunnatut verkkokyselyt

Kuntoutusta toteuttaville ohjaajille suunnattiin verkkokyselyt toisen ja viidennen kurssin päättyessä. Ohjaajille lähetettiin kunkin kurssin päätyttyä sähköpostitse linkit kahteen eri kyselyyn: 1) kurssikohtaiseen verkkokyselyyn (liite 8) sekä 2) kuntoutujakohtaiseen verkkokyselyyn (liite 9). Ohjaajat olivat saaneet yhteisissä tapaamisissa ennen tutkimuksen käynnistymistä tutkijoilta ohjeistuksen ja tietoa kyselyistä sekä niihin vastaamisesta.

Kurssikohtaisessa verkkokyselyssä kerättiin ohjaajien arvioita kurssin toteuttamisesta yleisemmin, yhteistyön sujuvuudesta eri toimijatahojen kanssa sekä kuntoutusmallin soveltuvuudesta ja merkityksestä.

Kuntoutujakohtaisessa verkkokyselyssä kerättiin tietoa muun muassa kuntoutuksen onnistumisesta, kuntoutuksen aikana tehdystä yhteistyöstä muiden tahojen kanssa, tiedonkulun toimivuudesta, kuntoutumista edistäneistä tai estäneistä tekijöistä sekä jatkotoimenpiteistä ja niiden laatimiseen osallistuneista tahoista. Lomake sisälsi niin strukturoituja kuin avoimiakin kysymyksiä. Ohjaajat täyttivät kuntoutujakohtaisen kyselylomakkeen jokaisesta kuntoutujasta.

Tutkimusaineistot

Ohjaajille suunnatun 12:ta kurssia koskevan kyselytutkimuksen aineisto muodostui 21 kurssikohtaisesta lomakkeesta, joten lähes kaikista kursseista arvion teki kaksi ohjaajaa. Lisäksi aineistoon kerättiin 79 kuntoutujakohtaista lomaketta.

Ohjaajien kyselyissä arvioiduista 79 kuntoutujasta valtaosa (85 %) oli naisia. Kuntoutujat olivat iältään 30–62-vuotiaita, keskimäärin 48-vuotiaita (keskihajonta 8,2). Kuntoutukseen lähettävänä ja samalla myös hoidosta vastaavana tahona oli yleisimmin työterveyshuolto (86 %), muutamilla kuntoutujilla julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikkö (8 %) tai muu hoitotaho (6 %).

Analyysimenetelmät

Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (IBM SPSS Statistics for Windows 21). Aineistoa tarkasteltiin tilastollisten jakaumien, pääasiassa prosentiosuuksien, pohjalta. Osa tuloksista on havainnollistettu taulukoin ja kuvioin. Kuntoutujakohtaisessa kyselyssä kuntoutuksen vaikutusten arvioiden yhteyttä testattiin kuntoutuksen toteuttamista kuvaaviin muuttujiin sekä kuntoutujan taustatietoihin. Luokiteltujen muuttujien välisten yhteyksien merkitsevyyden tutkimiseen käytettiin χ^2 -testiä.

Ohjaajien arviot kuntoutuksen vaikuttavuudesta muutettiin kaksiluokkaisiksi muuttujiksi (vaikutusta vähintään melko paljon vs. vaikutus pienempi tai ei vaikutusta ollenkaan) ja tarkasteltiin näiden yhteyttä seuraaviin, jo valmiiksi dikotomisiin tai kaksiluokkaisiksi muutettuihin muuttujiin: hoitosuhteen jatkuminen kuntoutuksen ohella (kyllä vs. ei), kuntoutujan poissaolot (ei juuri lainkaan vs. muut vastausvaihtoehdot), vuorovaikutuksen luontevuus/luottamuksellisuus/avoimuus/vastavuoroisuus (täysin samaa mieltä vs. muut vastausvaihtoehdot), kuntoutuksen oikea-aikaisuus (täysin samaa mieltä vs. muut vastausvaihtoehdot), yhteistyö hoidosta vastaavan tahon kanssa kuntoutuksen käynnistysvaiheessa/kuntoutuksen aikana/kuntoutuksen päätösvaiheessa (kyllä vs. ei) sekä verkostotapaamisten järjestäminen (kyllä vs. ei).

Intervalliasteikolliset muuttujat testattiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä tarkoituksena selvittää, erosivatko kurssit toisistaan toteutuksen arvioissa.

Kyselyn avoimet vastaukset analysoitiin sisällön analyysin avulla (Tuomi ja Sarajärvi 2004). Tekstistä käy myös ilmi, kuinka moni vastaaja on ottanut kyseessä olleen asian esille. Ohjaajien vastauksia esitellään myös suorissa lainauksissa elävöittäen tulososiota.

4.2.3 Kuntoutujien fokusryhmähaastattelut

Kuntoutujilta kerättiin kokemuksia kuntoutukseen osallistumisesta fokusryhmähaastattelun menetelmää käyttäen (Hirsjärvi ja Hurme 2001). Fokusryhmähaastattelu on haastateltavien keskinäiseen keskusteluun pyrkivä menetelmä, jossa tutkijat toimivat ryhmäkeskustelussa moderaattoreina eli ohjaavat keskustelua sekä rohkaisevat ja kannustavat haastateltavia osallistumaan keskusteluun (Valtonen 2005). Fokusryhmähaastatteluissa käytettiin etukäteen teemoittain jaoteltua kysymysrunkoa, jonka teemat olivat seuraavat:

- kokemukset kuntoutusajalta (kuntoutukseen ohjautuminen, kuntoutuksen rakenne, sisältö ja teemat sekä verkostotapaamiset)
- kuntoutuksen hyödyt ja vaikutukset omaan elämään ja arkeen
- kuntoutuksen kehittäminen (risut, ruusut, haasteet, kehittämishdotukset).

Haastatteluiden toteutus

Kultakin kuudelta palveluntuottajalta haastateltiin yksi kuntoutusryhmä vuosina 2012–2013. Kyseessä oli tavallisesti palveluntuottajan viides kurssi. Yhden palveluntuottajan kohdalla haastateltiin aikataulullisista syistä kolmas ryhmä. Haastattelut toteutettiin kurssin päätösvaiheessa viimeisellä tapaamiskerralla palveluntuottajan tiloissa. Kuntoutujille lähetettiin palveluntuottajan kautta kutsu haastatteluun tutkijoiden antamien ohjeiden mukaisesti. Kutsussa selvitettiin haastattelun tarkoitus ja käytänteet. Haastattelut teki kaksi tutkijaa (Kaija Appelqvist-Schmidlechner ja Ulla Salmelainen). Haastattelun alussa kuntoutujille kerrottiin tapaamisen ja tutkimuksen tarkoitus, kuvailtiin haastattelun kulkua, keskusteltiin pelisäännöistä sekä selvitettiin tutkimuksen anonymiteetti. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Haastatteluaineisto

Kuntoutujien fokusryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 38 kuntoutujaa. Kaikki tutkimukseen suostuneet yhtä kuntoutujaa lukuun ottamatta olivat mukana haastatteluissa. Haastattelutilanteissa kuntoutujia oli kulloinkin 4–8. Haastattelut kestivät 53 minuutista 1 tuntiin 20 minuuttiin.

Analyysimenetelmät

Haastattelut analysoitiin sisällön analyysin ja teemoittelun avulla (Tuomi ja Sarajärvi 2004). Aineistoa analysoitiin seuraavien teemojen mukaan: 1) kokemukset kuntoutuksen rakenteesta ja toteutuksesta (kuntoutukseen hakeutuminen, kokemukset ryhmämuotoisuudesta, kestosta ja rakenteesta, työn ja kuntoutuksen yhteen sovittaminen, kuntoutuksen aikana tehty yhteistyö muiden tahojen kanssa, kuntoutuksen oikea-aikaisuus sekä kokemukset työterveyshuollosta) sekä 2) kokemukset AMI-

kuntoutuksen hyödyistä ja koetusta vaikuttavuudesta. Tuloksissa esitetään myös haastateltavien suoria lainauksia perustelemaan tutkijan tulkintoja sekä elävöittämään tekstiä (Savolainen 1991; Sandelowski 1994).

4.2.4 Projektiryhmien fokusryhmähaastattelut

Paikallisten projektiryhmien fokusryhmähaastatteluiden tarkoitus oli kartoittaa eri toimijatahoista koostuvien projektiryhmien jäsenten mielipiteitä ja kokemuksia kuntoutuksen toimivuudesta sekä soveltuvuudesta Kelan vakiintuneeksi toiminnaksi. Haastattelut pohjautuivat etukäteen suunniteltuihin teemoihin, joita olivat muun muassa kuntoutuksen kriteerit ja kuntoutustarpeen tunnistaminen, kuntoutukseen hakeutuminen ja kuntoutujien valinta, kuntoutuksen rakenne, kuntoutuksessa tehty yhteistyö, kuntoutusprosessin jatkuvuus sekä kehittämis ehdotukset.

Haastatteluiden toteutus

Projektiryhmien fokusryhmähaastattelut toteutettiin vuoden 2013 aikana. Palveluntuottajakohtaisesti järjestyneiden projektiryhmien haastatteluihin kutsuttiin näihin ryhmiin osallistuneet henkilöt. Kutsut lähetettiin kuntoutusta toteuttavien ohjaajien kautta. Haastatteluja tehtiin yhteensä viisi ja ne toteutettiin palveluntuottajien tiloissa. Yhdessä haastattelussa oli mukana kahden palveluntuottajan projektiryhmien henkilöitä, koska kyseisillä palveluntuottajilla oli samoja yhteistyötahoja. Kuhunkin haastatteluun osallistui 5–8 projektiryhmän jäsentä, yhteensä 36 henkilöä. Haastattelut kestivät 1 h 5 min–1 h 25 min.

Projektiryhmien haastatteluihin osallistuivat palveluntuottajien edustajina AMI-hankkeen ohjaajat ja työparit (n = 10) sekä muina palveluntuottajien edustajina palveluntuottajien psykiatrian ylilääkäri (n = 1) ja erikoislääkäri (n = 1). Työterveyshuollon edustajina olivat työterveyslääkärit (n = 5) ja työterveyshoitajat (n = 5). Kelan edustajat olivat Kelan vakuutuspiiristä (n = 2) ja paikallisesta toimistosta (n = 5). Lisäksi yksittäisinä edustajina osallistuivat työpaikan hyvinvointikoordinaattori, mielenterveystoimiston edustaja, psykiatrian poliklinikan erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi sekä terveyskeskuksen psykologi.

Haastatteluaineisto

Fokusryhmähaastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla ja tutkijat litteroivat tallenteet. Litteroidusta tekstistä poistettiin haastateltaviin liittyvät tunnisteet, kuten nimet ja paikkakunnat.

Analysimenetelmät

Litteroidun haastatteluaineiston analysointi tapahtui sisällön analyysia apuna käyttäen (Tuomi ja Sarajärvi 2004). Haastatteluaineistoa tarkasteltiin teemoittain, joita olivat tiedon saaminen kuntoutuksesta, kuntoutustarpeen tunnistaminen, kuntoutujien rekrytointi ja kuntoutukseen lähettäminen. Näiden lisäksi tarkasteltiin verkostoyhteistyötä ja kuntoutusprosessin jatkuvuuteen liittyviä näkökohtia. Oman kokonaisuuden muodostivat lisäksi projektiryhmien jäsenten näkemykset toimivista käytännöistä sekä kuntoutukseen liittyvät kehittämisehdotukset. Tuloksissa esitetään kuntoutujien fokusryhmähaastattelujen tapaan haastatteluaineistosta suoria lainauksia.

4.3 Eettiset kysymykset

Kuntoutujakohtainen tiedonkeruu edellytti kuntoutujan lupaa. Kuntoutusta toteuttavat ohjaajat jakoivat arvioitavien kurssien kuntoutujille prosessiarviointia koskevan arviointitutkimuksen suostumuslomakkeen, jonka kuntoutujat allekirjoittivat. Suostumuslomakkeessa kuntoutujille selvitettiin, mitä heitä koskevia tietoja tutkimuksessa kerätään. Heille tehtiin myös selväksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä se, että tulokset raportoidaan niin, ettei vastaajia tai kuntoutukseen osallistuneita henkilöitä voida tunnistaa.

THL:n sisäinen eettinen toimikunta antoi tutkimuksesta puoltavan lausunnon 28.3.2011.

4.4 Tulokset

4.4.1 Kuntoutukseen ohjaaminen

Hankkeesta tiedottaminen

Lähetäjä- ja hoitotahot olivat saaneet tietoa AMI-hankkeesta useista eri lähteistä. Kyselyn avovastausten (n = 48) pohjalta löytyi viisi tietoväylää. Yleisin oli palveluntuottajan hanke-esittely työyksikössä (21 mainintaa). Toiseksi yleisin tietokanava oli työyksikössä järjestetty sisäinen koulutustilaisuus (15 mainintaa). Henkilökohtaisen yhteydenoton toivat esille erityisesti hankkeen yhdyshenkilöinä toimineet. Tietoa oli saatu lisäksi työpaikan sähköpostin kautta sekä työtovereilta. Yksittäisinä tietokanavina mainittiin Kela sekä perinteinen kirjeposti.

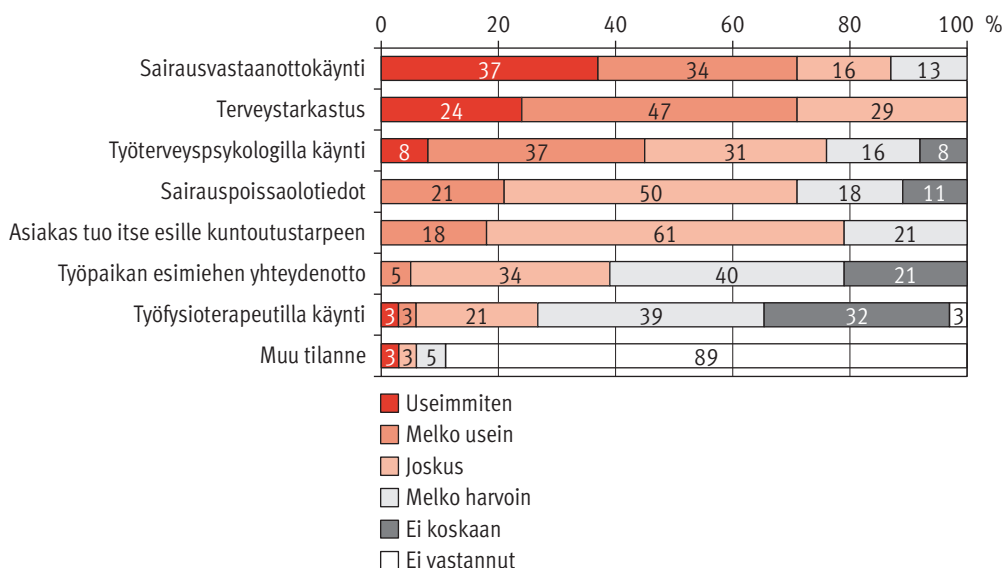
Kuntoutustarpeen tunnistaminen

Yleisimmin mielenterveyskuntoutuksen tarve tunnistettiin työterveyshuollossa terveystarkastusten ja sairausvastaanottokäyntien yhteydessä sekä työterveyspsykologilla käynnin perusteella. Sen sijaan työpaikan esimiehen yhteydenoton pohjalta ja

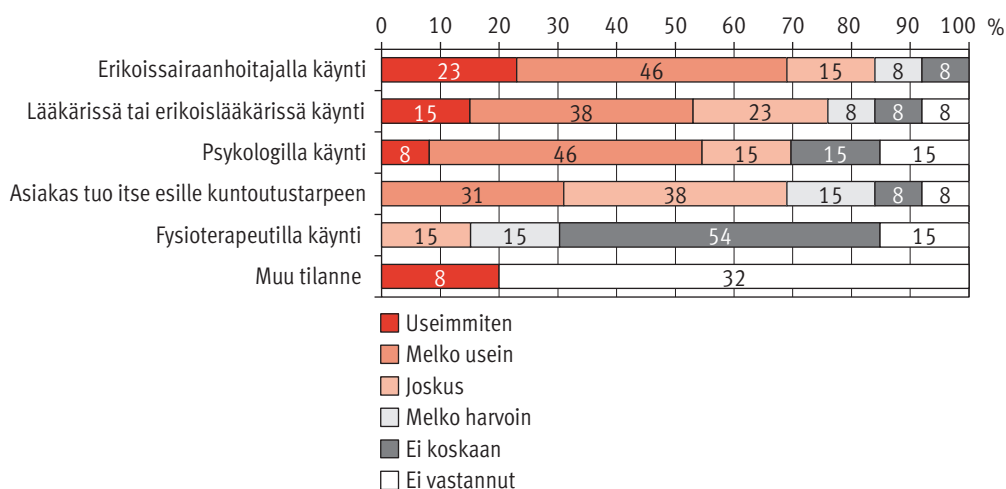
työfysioterapeutin vastaanottokäyntien perusteella tarve tunnistettiin harvemmin. Muita yksittäisiä tunnistamisen tilanteita olivat muun muassa puolison tai lapsen yhteydenotto ja muu ajanvarauskäynti. (Kuvio 1.)

Julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikössä kuntoutustarpeen tunnistaminen tapahtui useimmiten erikoissairaanhoidajan vastaanottokäynnillä tai kuntoutuja toi itse esille kuntoutustarpeensa. Kuntoutustarve todettiin usein myös lääkärin tai erikoislääkärin ja psykologin vastaanotoilla. Joskus tunnistaminen tapahtui työfysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän vastaanotolla. (Kuvio 2.)

Kuvio 1. Mielenterveyskuntoutuksen tarpeen tunnistaminen työterveyshuollossa (%), (n = 38).



Kuvio 2. Mielenterveyskuntoutuksen tarpeen tunnistaminen julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikössä (%), (n = 13).



Seulontakyselyjen käyttö mielenterveyskuntoutuksen tarpeen arvioinnissa oli yleistä työterveyshuollon vastaajien yksiköissä (87 %). Julkisen avoterveydenhuollon vastaajien yksiköissä niitä käytettiin vähemmän (62 %). Yleisimmin käytetyt kyselyt olivat masennusoireilun vakavuusasteen mittari BDI (Beck ym. 1961) ja työuupumusta arvioiva BBI-15 (Näätänen ym. 2003), jotka ovat mukana Toimia-tietokannassa (Toimia 2015).

Avovastausten mukaan potentiaaliset AMI-kuntoutukseen hakijat löytyivät pääosin vastaanottokäynneillä (18 mainintaa), ammattihenkilöiden arvioidessa omien asiakkaidensa kuntoutustarvetta (10 mainintaa) sekä moniammatillisessa tiimissä keskustellen (5 mainintaa).

Kuntoutukseen ohjaamisen onnistunut sujuminen

Odotettua paremmin sujuneet asiat kuntoutukseen ohjaamisen vaiheessa jakaantuivat kuntoutuksen yhteistyöhön, kuntoutujien motivoitumiseen ja kuntoutuksen järjestelyihin (taulukko 25).

Taulukko 25. Onnistumiset kuntoutukseen ohjaamisessa.

Kuntoutukseen ohjaamisen onnistumisia	Mainintoja (n)
Kuntoutuksen yhteistyö	
Sujuva tiedonkulku valintaan osallistuneiden kesken	11
Hakemusten ripeä eteneminen	11
Toimiva työpaikkayhteistyö	3
Kuntoutujien motivoituminen	
Motivoinnin helppous	10
Kuntoutukseen sitoutuminen	1
Kuntoutuksessa käyneiden hyvät kokemukset	1
Kuntoutuksen toimivat järjestelyt	
Ohjausmateriaalin saaminen palveluntuottajalta	2
Selkeä hakuprosessi	1

Valintaan osallistuneiden kuntoutuslaitosten, lähettäjätahon ja Kelan hyvää keskinäistä yhteistyötä kuvasivat muun muassa kuntoutuskursseja koskevan ajantasaisen tiedon saaminen vapaana olevista kuntoutuspaikoista. Asioiden hyvää sujumista osoittivat hakemusten ripeä eteneminen ja Kelan nopea päätöksenteko sekä palveluntuottajan joustavuus.

”Ns. paperisodan osuus oli yllättävän helppo ja Kelan päätös tuli nopeasti.”

Asioiden etenemistä edistivät kuntoutukseen lähettävien yksiköiden ja Kelan yhdyshenkilöt. Yhdyshenkilötoiminnan etuina mainittiin muun muassa se, että vastuu ryhmän muodostamisesta keskittyi yhdelle henkilölle. Alun ongelmista opittiin

ja kurssien myötä kehittyi työtä helpottava rutiini. Toimivaa työpaikkayhteistyötä osoittivat esimerkiksi kuntoutuksen mahdollistuminen työaikana ja työyhteisön ymmärtäväisyys kuntoutukseen osallistumista kohtaan.

Onnistumisia sai aikaan kuntoutujien hyvä motivoituminen, kun kuntoutukseen ohjaus sai innostuneen vastaanoton ja kuntoutusprosessi lähti hyvin käyntiin. Myös AMI-kuntoutuksen jo käyneiden kuntoutujien hyvät kokemukset innostivat muita.

”Hyvä kello kuului kauas, työtoverin kautta tiedon saaminen henkilölle itselleen.”

Kuntoutukseen ohjaamisen haasteita

Haasteet kuntoutujien ohjaamisessa jakautuivat pääosin neljään ryhmään: kuntoutuksen järjestämisen ongelmiin, työstä tai työpaikalta pääsyn ongelmiin, kuntoutujiin liittyviin rekrytointipulmiin sekä lähettäjätahon ongelmiin (taulukko 26).

Taulukko 26. Kuntoutukseen ohjaamisen haasteita.

Kuntoutukseen ohjaamisen haasteita	Mainintoja (n)
Kuntoutuksen järjestämisen ongelmat	
Kriteerien sopimattomuus	9
Kurssiajankohdan sopimattomuus	6
Pitkä välimatka	3
Lääkäriin B-lausunnon saaminen	1
Työhön/työpaikkaan liittyvä ongelmat	
Pääsy työstä/työpaikalta	6
Pääsy pientyöpaikalta	1
Kuntoutujiin liittyvät rekrytointiongelmat	
Heikko motivaatio	6
Kuntoutuksen ryhmämuotoisuus	5
Taloudelliset syyt (kuntoutusrahan myöntöperusteet)	2
Pääsy viikoittaisiin tapaamisiin	1
Kuntoutuspäivästä toipuminen	1
Lähettäjätahon ongelmat	
Työterveysyksikön motivoimisen/motivoitumisen vaikeus	5
Kuntoutujaehdokkaiden tunnistamisen vaikeus	5
Kuntoutukseen/ohjaamiseen liittyvien asioiden unohtuminen ja tiedon puute	4
Tiedon puute kuntoutuksesta	2
Työterveyshuoltopalvelujen järjestäminen	
Sairausvastaanoitoilta ei ohjata työterveyslääkärille kuntoutusarvioon	1

Kuntoutuksen järjestämisen ongelmia olivat muun muassa valintakriteerien ja kursisajankohdan sopimattomuus, lääkärinlausunnon saamisen vaikeus sekä pitkä välimatka kuntoutukseen. Valintakriteerinä ollut 5–6 kuukauden työssäoloehto esti kuntoutukseen pääsyn henkilöiltä, joiden työsuhde oli tätä lyhyempi tai jotka olivat pidemmällä sairauslomalla, joilta työsuhde puuttui kokonaan tai joiden sairauden aste oli kriteereihin nähden vakavampi.

Työstä tai työpaikalta pääsy kuntoutukseen ei aina onnistunut. Työjärjestelyt, esimerkiksi vuorotyö, saattoivat olla esteenä. Jossakin tapauksessa pientyönantajan suhtautuminen työstä poissaoloon ja kustannuksiin aiheutti esteitä, joita isolla työnantajalla ei ollut.

Kuntoutujiin liittyviä rekrytointiongelmia olivat kuntoutujan heikko motivaatio ja kuntoutuksen ryhmämuotoisuuteen yhdistetyt vaikeudet, kuten pelko toimia ryhmässä, vaikeus sitoutua ryhmään ja sosiaaliset estot. Lisäksi kuntoutus saattoi peruuntua, jos taloudellisesti vaikeassa tilanteessa oleva kuntoutuja ei voinut saada kuntoutusrahaa.

Lähetäjätahoon liittyviä haasteita olivat työterveysyksikön motivoiminen ja motivoituminen sekä kuntoutujaehdokkaiden tunnistamisen vaikeus erityisesti somaattisen oireilun painoutuessa. Ongelmia aiheuttivat myös kuntoutusasioita koskevan tiedon ja kiinnostuksen vähäisyys työyksikössä ja kuntoutuksen hakuprosessia koskevan tiedon unohtuminen kiireisessä vastaanottotyössä sekä kuntoutukseen ohjaamisen vaikeus ja monimutkaisuus.

”Työntekijöistämme aika iso osa ei tunnu olevan tarpeeksi kiinnostunut alueesta. Kokee, ettei osaa tms. ja kokevat, että nämä asiat kuuluisivat mielenterveyskeskusten hoitoon.”

Edellisten lisäksi laajempaan työterveyspalvelujen järjestämistä ja toimintaa koskevana haasteena todettiin olevan akuuttien sairausvastaanottojen irrallisuus suunnitelmallisesta työterveyshuoltotoiminnasta kuntoutusarvioineen.

”Akuutilta sairausvastaanotolta ei osata ohjata omalle työterveyslääkärille, vaan asiakkaat kulkevat lääkäriltä toiselle lyhyillä vastaanottoajoilla ja kuntoutusarvioon päästään liian myöhään”.

Yhteenvedo kuntoutukseen ohjaamisesta lähettäjä- ja hoitotaholle suunnatusta verkkokyselystä

Tiedonsaanti kuntoutuksesta

- AMI-hankkeen tärkeimpiä tiedotuskanavia olivat palveluntuottajien hanke-esittelyt sekä työyksiköiden sisäiset koulutustilaisuudet

Mielenterveyskuntoutuksen tarpeen tunnistaminen

- Kuntoutustarve tunnistetaan työterveyshuollossa pääasiassa työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan suorittaman terveystarkastuksen tai sairausvastaanottokäynnin tai työterveyspsykologin vastaanottokäynnin perusteella
- Julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköissä mielenterveyskuntoutuksen tarve tunnistetaan pääosin erikoissairaanhoidajan vastaanottokäynnillä, asiakkaan itse esiin tuomana tai erikoislääkärin tai psykologin vastaanottokäynneillä
- Seulontakyselyjen käyttö mielenterveyskuntoutuksen tarpeen arvioinnissa on yleistä työterveyshuollossa (87 %)

Kuntoutukseen ohjaamisen onnistumisia

- Yhdyshenkilöiden ajantasainen tiedonvaihto kuntoutuspaikkatilanteesta
- Kelan ripeä päätöksenteko
- Kuntoutujaehdokkaiden ja kuntoutujien hyvä motivoituminen
- Kuntoutusjärjestelyt, mm. ohjausmateriaalin saaminen

Kuntoutukseen ohjaamisen haasteita

- Kuntoutusjärjestelyihin liittyvät ongelmat, esimerkiksi kriteerien sopimattomuus
- Työpaikalta pääsyn ongelmat
- Kuntoutujien heikko motivaatio
- Työterveysyksikön motivoimisen vaikeus

4.4.2 Ohjaajien arviot kuntoutuksen toteutuksesta

Kuntoutujien rekrytointi

Kuntoutujien esivalinnan teki yleensä työterveyshuolto tai psykiatrian poliklinikka. Kelan myönteisellä päätöksellä kuntoutuja tuli valituksi kurssille. Ohjaajien rooli oli muistuttaa lähettäviä tahoja ja toimittaa heille etukäteisinformaatiota alkavasta kurssista. Joissakin tapauksissa myös palveluntuottajat itse olivat valitsemassa kuntoutujia yhteistyössä Kelan kanssa. Kahdestatoista tutkimuksen kohteena olleesta kurssista viidellä kohdattiin ongelmia kuntoutujien valintavaiheessa. Kurseja jouduttiin joskus aloittamaan vajaalla ryhmällä hakijoiden vähyyden takia.

Ohjaajien arvion mukaan kuntoutuksen tarpeessa olevia henkilöitä oli kyllä riittävästi, mutta kaikki eivät täyttäneet kurssille pääsyn kriteereitä. Niitä pidettiin liian tiukkoina. Osa ohjaajista toi esille, että kurssille valituista tulisi saada taustoiltaan homogeenisempi ryhmä. Tämä olisi kuitenkin edellyttänyt, että kurssille hakijoita olisi ollut riittävästi. Ongelmia aiheutti myös kireä aikataulu. Etenkin

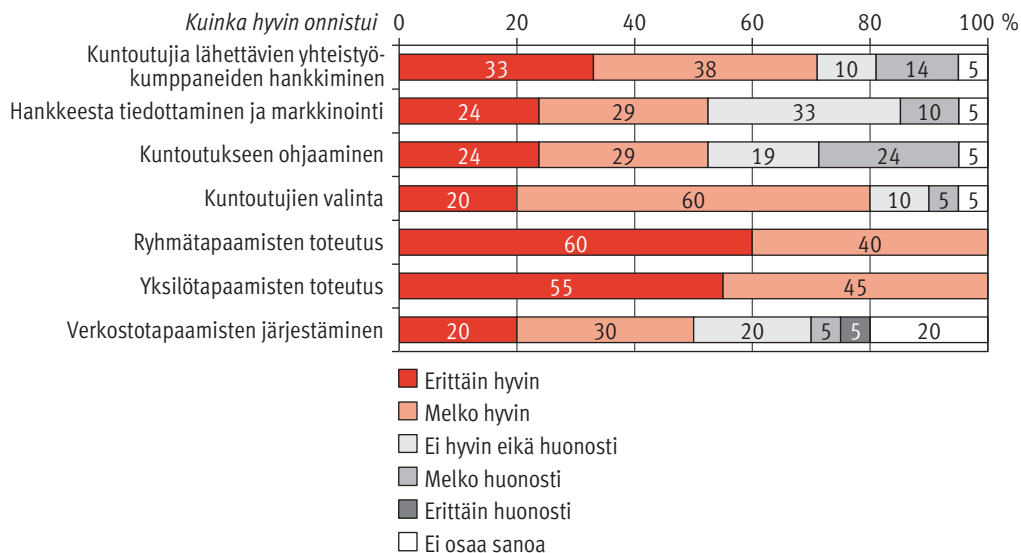
ensimmäisten kurssien markkinointiin jäi liian vähän aikaa. Ohjaajat arvioivat, että kurssista tulisi informoida etenkin työterveyshuoltoa entistä tehokkaammin, jotta kuntoutukseen saadaan riittävästi hakijoita.

Kurssien toteutuksen arviointi

Kurssien toteutus onnistui ohjaajien näkökulmasta enimmäkseen hyvin, eivätkä arviot hankkeen edetessä muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi ensimmäisestä arvioidusta kurssista. Eniten vaikeuksia koettiin kuntoutukseen ohjaamisessa, jonkin verran myös kuntoutujia lähettävien yhteistyökumppaneiden hankkimisessa sekä hankkeesta tiedottamisessa ja markkinoinnissa. Parhaiten onnistui ryhmä- ja yksilötapaamisten toteutus (kuvio 3).

Ryhmätapaamisiin ohjaajat toivoivat pidempää kestoja. Kolme tuntia kului nopeasti, ja liikunnallinen osio vaati myös oman aikansa. Tapaamisissa oli usein turhaa kiireen tuntua. Osa ohjaajista toivoi tämän lisäksi enemmän joustoa yksilötapaamisten järjestämiseen kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Kuvio 3. Ohjaajien arviointi kurssien toteutuksesta (%), (n = 21).



Työmenetelmät

Hankesuunnitelma tarjosi palveluntuottajille leveähköt raamit työmenetelmien ja teemojen valinnassa, ja ne valittiinkin yleensä ryhmän tarpeiden mukaan. Kurseilla käytettiin paljon toiminnallisia menetelmiä, rentoutus- ja kehontuntemusharjoituk-

sia, ryhmäkeskusteluja, alustuksia ja luentoja, liikuntaa sekä oppimispäiväkirjaa. Parhaiten toimiviksi menetelmiksi arvioitiin toiminnalliset menetelmät.

Työmenetelmiin liittyi myös haasteita. Osalle kuntoutujista rentoutumis- ja kehon- tietoisuusharjoitukset olivat haastavia. Heittäytyminen tuotti vaikeuksia. Kuntoutu- jien poissaolojen vuoksi prosessinomainen työskentely toi omat haasteensa. Tämän lisäksi ohjaajat arvioivat, että liikunnalliset osuudet jäivät hieman irrallisiksi muusta kuntoutuksesta. Ne toivottiin saatavan paremmin integroiduksi kuhunkin teemaan ja ohjelmaan. Kaikilla palveluntuottajilla ei myöskään löytynyt sopivia tiloja liikun- taosioiden toteuttamiselle.

Ryhmäytyminen ei aina rakentunut toivotulla tavalla, minkä vuoksi ryhmään ei syntynyt sellaista luottamusta, joka olisi luonut perustan vertaistuelle. Keskusteluis- sa hiljaisimmilla oli vaara jäädä keskustelua dominoivien jalkoihin. Tämän lisäksi yhteisen teeman löytyminen saattoi tuottaa vaikeuksia, kuten eräs ohjaaja asian verkkokyselyn avovastauksessa ilmaisi:

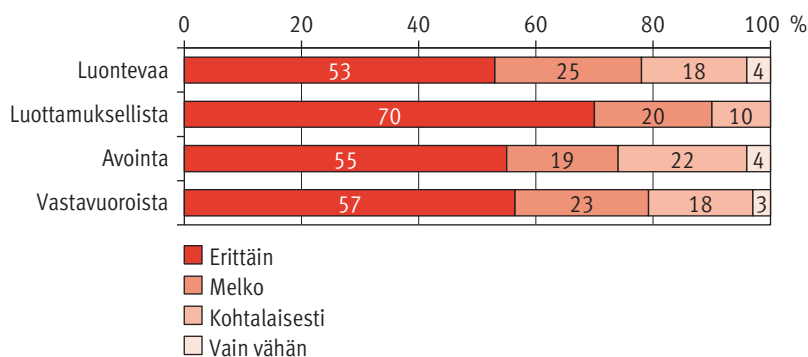
”Keskustelu ei hetikään aina toiminut, jotakuta paljon puhuvaa piti joskus rajoittaa – hän loukkaantui. Joku oli niin traumatisoitunut ja lukossa, että vasta loppupuolella ryhmän alkoi luottaa. Yhteistä teemaa oli vaikea löytää.” (ohjaaja)

Osa ohjaajista arvioi jälkikäteen, että heillä olisi voinut olla jämakämpi ja ohjailevampi ote ryhmäkeskusteluja vetäessään. Keskustelu rönsyili helposti ja vilkkaimmat kes- kustelijat pääsivät helposti dominoimaan keskustelua.

Vuorovaikutus kuntoutujien kanssa

Vuorovaikutus kuntoutujan kanssa arvioitiin yleisesti luontevaksi, luottamuksel- liseksi, avoimeksi ja vastavuoroiseksi (kuvio 4). Yli puolessa asiakassuhteista vuo- rovaikutus kuntoutujan kanssa arvioitiin näiltä osin erittäin hyväksi. Ongelmat vuorovaikutuksessa olivat harvinaisia ja hyvin yksittäisiä.

Kuvio 4. Ohjaajien arviot vuorovaikutuksen onnistumisesta kuntoutujan kanssa (%).



Kuntoutujien sitoutuminen kuntoutukseen

Kuntoutujat olivat yleensä hyvin sitoutuneita AMI-kurssiin. Suurimmalla osalla kuntoutujista (71 %) ei ollut juuri lainkaan poissaoloja. Joka viidennellä (19 %) kuntoutujalla oli jonkin verran ja 10 prosentilla melko paljon tai paljon poissaoloja. Poissaolojen syyt liittyivät useimmiten somaattisiin sairauksiin, perhetilanteeseen tai työhön liittyviin tekijöihin (kuvio 5).

Kuntoutujien osallistumista kuntoutuskurssille vaikeuttivat monenlaiset tekijät. Kokopäiväinen työ, oma masennus ja kuntoutuskurssi oli joillekin turhan rankka yhdistelmä. Lyhennetty työaika tai iltakurssit toivat osalle helpotusta asiaan.

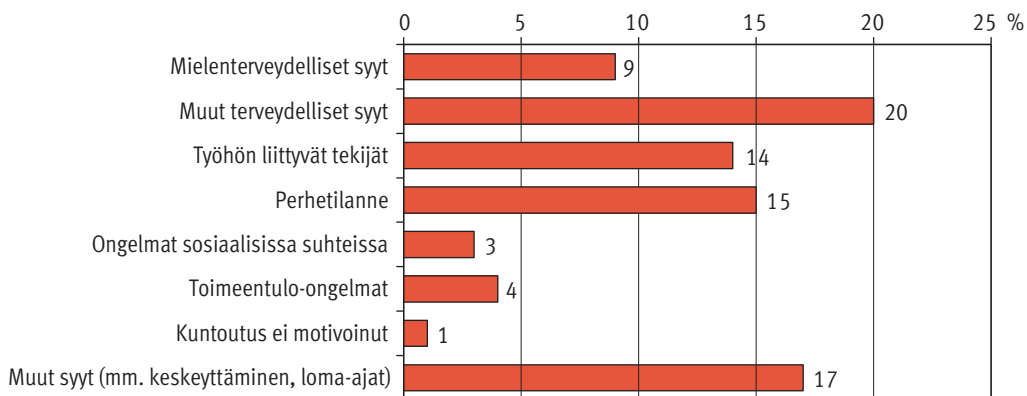
”Kokoaikatyö + masennus + AMI on rankka yhdistelmä. Myöhemmissä kurseissa olen huomannut, että työterveyshuolto suosittaa useille AMIlaisille lyhennettyä päivää AMIn ajaksi, se on hyvä. Omavastuu ensimmäiseltä kuntoutuspäivältä pitäisi poistaa, tunnit joutuu korvaamaan tai jäämään ilman palkkaa. Iltakurssille klo 17–20 kuntoutujien oli helpompi tulla.”

”Työn, perheen ja kuntoutuksen yhteensovittaminen on välillä aika iso kappu, vaikka on kuinka sitoutunut kuntoutusprosessiin ja kokee sen hyödyt välittömästi työssä ja kotona.”

Ohjaajien näkemysten mukaan irrottautuminen työstä iltapäiväkäyntikertoihin oli osalle kuntoutujista hankalaa.

”Joillekin kuntoutuksen alussa irrottautuminen työstä iltapäiväkäyntikertoihin oli hankalaa, mutta siitä saatiin rajaamisen teemaan sisältöä ja loppua kohden kaikki vahvistuivat sen suhteen. Luulen, että se että kaikki kuntoutujat meillä olivat palkallisella työajalla kuntoutuksessa vaikutti siihen, että muita hankaluuksia ei ollut.”

Kuvio 5. Kuntoutujien poissaolojen syyt (%).



Joidenkin kuntoutujien osallistumisaktiivisuutta saattoi tämän lisäksi heikentää mahdollinen alkoholiongelma sekä ryhmätilanteiden ja siellä esiin nousseiden asioiden ahdistavuus.

Jatkosuunnitelmien laatiminen

Jatkosuunnitelmien laatimiseen osallistui yli puolella kuntoutujista myös muita tahoja, useimmiten työterveyshuolto (51 %). Työnantaja osallistui jatkosuunnitelmien laatimiseen noin joka viidennellä (19 %) ja muu hoitotaho noin joka kymmenennellä (9 %) kuntoutujalla.

Jatkosuunnitelmiin kirjattiin yleisimmin jatkohoito tai seuranta työterveyshuollossa. Monilla (21 kuntoutujalla) tukitahoja ei katsottu tarvittavan, vaan jatkosuunnitelmiksi riittivät joko pelkkä itsehoito ja kuntoutujan oma huolehtiminen hyvinvoinnistaan tai kehoitus hakea apua terveystaloukselta tarpeen vaatiessa. Kuntoutujista 18:lla jatkotoimenpiteeksi määriteltiin jatkohoito joko psykiatrian poliklinikalla tai mielenterveystoimistossa (taulukko 27).

Jatkosuunnitelmien toteuttamisesta oli vastuussa useimmiten työterveyshuolto (61 %). Joka viides (22 %) kuntoutuja vastasi itse jatkosuunnitelmien toteuttamisesta, 13 %:lla siitä vastasi muu hoidosta vastaava tai hoitoon osallistuva taho. Työnantaja (3 %) tai kuntoutuslaitos (3 %) oli vastuussa jatkosuunnitelmien toteuttamisesta vain yksittäisissä tapauksissa.

Taulukko 27. Kuntoutujien sovitut jatkotoimenpiteet.

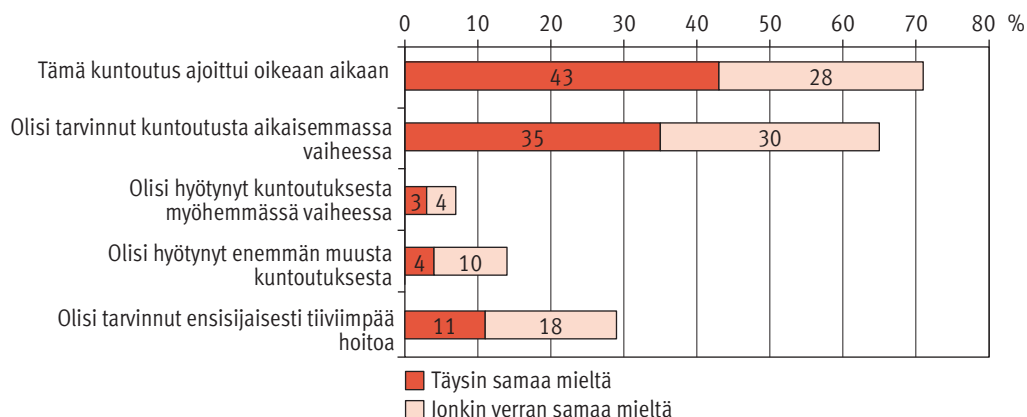
Tukitahot ja jatkosuunnitelmat kuntoutuksen päätyttyä	Mainintoja (n)
Jatkohoito/seuranta työterveyshuollossa	31
Itsehoito / omat toimenpiteet (harrastuksen ylläpito, rajaaminen jne.)	21
Jatkohoito psykiatrian poliklinikalla / mielenterveystoimistossa	18
Tarvittaessa avun hakeminen palveluista (mielenterveystoimisto tai tth)	14
Terapiaan hakeutuminen / terapian jatkaminen	12
Keskustelut esimiehen kanssa työn muutoksista	9
Kuntoutukseen hakeutuminen	5
Fyysisen terveydentilan jatkoselvitykset	4
Uudelleen kouluttautumismahdollisuuksien kartoittaminen	3
Osakuntoutustuen hakeminen	2
Työkokeilun kautta työhön paluu	2
Muut yksittäiset jatkosuunnitelmat (A-klinikka, perheasiainneuvottelukunta, osakyyttömyyseläke, eläköityminen)	4

Ohjaajien arviot kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta

Ohjaajat arvioivat noin kahden kolmasosan (71 %) kohdalla kuntoutuksen ajoittuneen oikeaan aikaan. Kuitenkin lähes yhtä suuren määrän (65 %) arvioitiin tarvinneen kuntoutusta jo varhaisemmassa vaiheessa. Vajaan kolmasosan (29 %) arvioitiin tarvinneen ensisijaisesti tiiviimpää hoitoa. (Kuvio 6.)

Ohjaajat arvioivat osan kurssille valituista olleen siinä määrin huonokuntoisia, että tavoite varhaisvaiheen interventiosta jäi useimmiten toteutumatta.

Kuvio 6. Ohjaajien arviot kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta (%).



4.4.3 Ohjaajien arviot kuntoutuksen hyödyistä ja haitoista

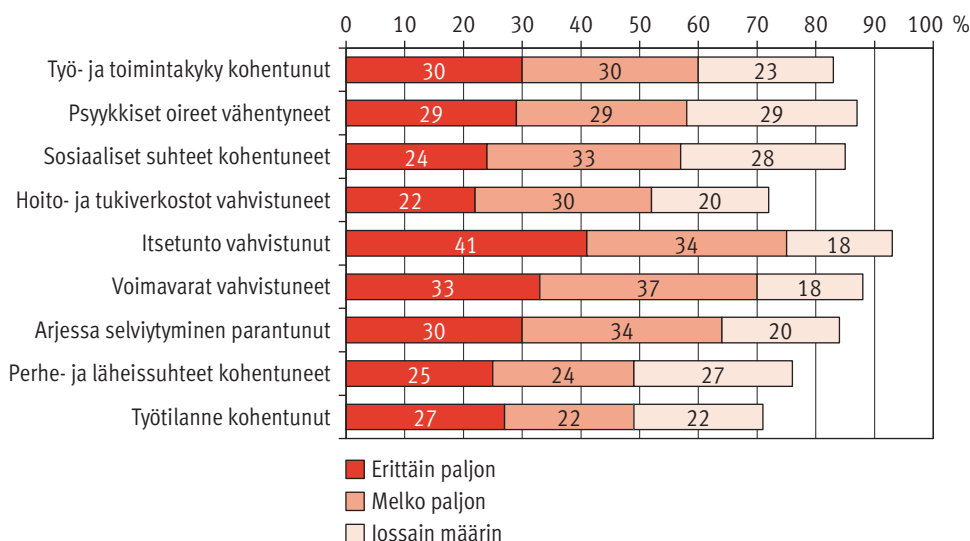
Ohjaajien arviot kuntoutuksen vaikutuksista

Kuntoutuksen vaikutukset näkyivät ohjaajien arvioimana erityisesti kuntoutujien itsetunnon ja voimavarojen vahvistumisena. Valtaosalla (88 %) myös psyykkisten oireiden arvioitiin vähentyneen ainakin jossain määrin. Ohjaajien arvioiden mukaan vähintään kahdella kuntoutujalla kolmesta toimintakyky, sosiaaliset suhteet sekä työtilanne olivat kohentuneet, hoito- ja tukiverkostot vahvistuneet ja arjessa selviytyminen parantunut ainakin jossain määrin. (Kuvio 7.)

Ristiintaulukoinnilla ja χ^2 -testillä tutkittiin, selittävätkö seuraavat tekijät ohjaajien arvioita kuntoutuksen vaikutuksista psyykkisten oireiden vähentymiseen ja työ- ja toimintakyvyn kohentumiseen: kuntoutukseen sitoutuminen (poissaoloja ei juuri lainkaan), vuorovaikutus kuntoutujan kanssa erittäin luontevaa/luottamuksellista/avointa/vastavuoroista, kuntoutuksen oikea-aikaisuus (kuntoutus ajoittui oikeaan aikaan, täysin samaa mieltä), yhteistyö työterveyshuollon kanssa kuntoutuksen käynnistysvaiheessa / kuntoutuksen aikana / kuntoutuksen loppuvaiheessa sekä verkostotapaamisten järjestäminen.

Psyykkisten oireiden vähentymiseen oli yhteydessä kuntoutuksen oikea-aikaisuus ($p < 0,001$), kuntoutukseen sitoutuminen ($p = 0,044$) sekä vuorovaikutuksen luontevuus ($p = 0,003$), luottamuksellisuus ($p = 0,006$), avoimuus ($p = 0,022$) ja vastavuoroisuus ($p = 0,011$). Työ- ja toimintakyvyn kohentumiseen yhteydessä olivat niin ikään kuntoutuksen oikea-aikaisuus ($p < 0,001$) sekä vuorovaikutuksen luontevuus ($p = 0,020$), luottamuksellisuus ($p = 0,028$), avoimuus ($p = 0,022$) sekä vastavuoroisuus ($p = 0,011$). Yhteistyöllä työterveyshuollon kanssa tai verkostotapaamisten järjestämisellä tällaista yhteyttä ei löytynyt.

Kuvio 7. Ohjaajien arviot kuntoutuksen vaikutuksista.



Kuntoutuksen hyödyt

Ohjaajat arvioivat kuntoutuksen hyötyjä kullekin kuntoutujalle myös avoimella kysymyksellä. Teemoiksi vastauksissa nousivat voimaantuminen (29 mainintaa), vertaistuki (21 mainintaa), itsetuntemus (16 mainintaa), itsestä huolehtiminen (12 mainintaa), uudet ajatusmallit ja keinot jaksamiseen (10 mainintaa), oman tilanteen hyväksyminen (5 mainintaa), tuki elämäntilanteesta (5 mainintaa), toimiminen sosiaalisissa tilanteissa (5 mainintaa), avun hakeminen (5 mainintaa), ihmissuhteet (2 mainintaa) sekä työolot (1 maininta).

Voimaantuminen näkyi kuntoutujissa ensinnäkin lisääntyneenä aktiivisuutena sekä haluna ottaa vastuu omasta elämästä. Kuntoutujat oppivat rajaamista ja tervettä itsekkyyttä. He saivat voimavaroja vaikeasta elämäntilanteesta selviytymiseen, elämäniloa sekä toiveikkuutta tulevaisuuden suhteen.

”Kuntoutuja oppi asettamaan rajoja ihmissuhteissaan ja sanomaan ’ei’. Juuri ihmishuoneongelmat olivat kuormittavia ja niihin löytyi kuntoutuksen aikana ratkaisuja niin työelämässä kuin yksityiselämässä. Tasapainon ja elämänilon löytyminen.”

Ryhmässä kuntoutujilla oli mahdollisuus saada vertaistukea sekä purkaa asioita samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien henkilöiden kanssa. Ryhmä tarjosi tasa-vertaisuuden kokemuksen.

”Kuntoutuksessa huomasin, ettei ole maailman ainoin ihminen, jolla on vaikeaa. Omien menetysten jakaminen ja työstäminen auttoi katsomaan elämässä eteenpäin!”

Vertaisryhmässä myös oma masennus normalisoitui.

”Suhtautuminen masennukseen on normalisoitunut tapaamisten aikana eikä masennusta tarvitse hävetä.”

Kuntoutujien itsetuntemus parani ohjaajien arvion mukaan omien voimavarojen ja rajojen tunnistamisen myötä. Ymmärrys sekä armollisuus itseä kohtaan lisääntyi. Syyllisyyden tunteet helpottivat, kun kuntoutujat oppivat hyväksymään omat rajalliset voimavaransa. Ohjaajat arvioivat myös kuntoutujien itseluottamuksen sekä itsearvostuksen kohentuneen.

”Kuntoutuja oppi tunnistamaan omia voimavarojaan ja myös kehitettäviä puoliaan. Oman ruumiinkuvan tarkastelu ja hyväksyvämpi suhtautuminen oli tärkeää.”

Kuntoutuksen myötä kurssille osallistujat aktivoituivat myös entistä paremmin huolehtimaan itsestään. Joku saattoi oppia terveellisen ruokarytmin, toisella rentoutusharjoitukset vähensivät uni- ja nukahtamishäiriöitä. Osa oppi huomaamaan liikunnan merkityksen omalle hyvinvoinnille ja eräs aloitti uudestaan entisen mieluisan harrastuksensa. Parhaimmillaan kuntoutujat löysivät tasapainon elämäänsä.

”Vaikka painon pudotus ei onnistunutkaan kiloissa, ruokarytmi muuttui terveelliseksi. Rentoutumisen taidon oppimisen myötä nukkumisessa muutoksia. Ei ole tarvinnut enää nukahtamislääkkeitä.”

Kuntoutujat saivat kurssista myös uusia, myönteisempiä ajatusmalleja vanhojen tilalle sekä uusia keinoja omaan jaksamiseen. Asenne asioihin suhtautumiseen muuttui.

”Kuntoutuja kertoi saaneensa uusia ajatus- ja asennemalleja itselleen. Koki aha-elämyksiä ja löysi tavan tarkastella asioita myös toiveikkaasti.”

Kuntoutuksen myötä oma tilanne sekä sairaus oli helpompi hyväksyä. Syyllisyydentunteet helpottuivat ja masennukseen liittyvä häpeän tunne vähentyi. Eräällä kuntoutujalla oli vaikea somaattinen sairaus, ja hän sopeutui kurssin myötä omaan tilanteeseensa ja oppi elämään sairauden kanssa.

”Kuntoutuskurssin aikana hän oppi hyväksymään elämäntilanteensa ja uudet työtehtävänsä ja näkemään niissä ’jotain hyvää’, vaikka asiat eivät olekaan hänelle ihanteelliset.”

Kuntoutus tuki myös vaikeassa elämäntilanteessa ja työssä jaksamisessa ja kannatteli näin vaikean elämänvaiheen läpi. Kuntoutusryhmässä kuntoutujien oli mahdollista purkaa ja käydä läpi ajankohtaisia asioitaan.

”Kuntoutus mahdollisti puolison menetykseen liittyvän suruprosessin työstämisen siten, että kuntoutuja pystyy taas suuntautumaan tulevaisuuteen luottavaisemmin mielin.”

Kuntoutuksesta kuntoutujat saivat uudenlaista rohkeutta toimia sosiaalisissa tilanteissa. Sosiaalisten tilanteiden pelko hälventyi ja ryhmässä toimiminen oli aikaisempaa helpompaa. Samalla uskallus ja avoimuus puhua lisääntyi. Myönteiset muutokset näkyivät myös työelämässä.

”Kuntoutuja sai positiivisen kokemuksen ryhmäkuntoutuksesta ja rohkeni ryhmän jäsenenä ilmaisemaan itseään, mikä heijastui mm. työrooliin. Kuntoutuja oppi arvostamaan omia tuntemuksiaan ja ajatuksiaan ja oppi myös hakeutumaan työterveyshuoltoon niin tarvitessaan.”

Kuntoutujien kynnys hakea apua madaltui. Avun hakeminen terveydenhuollosta tai vertaistukiryhmästä tuntui helpommalta. Kuntoutus mahdollisti joidenkin kohdalla myös hoitoon ohjautumisen.

”Kuntoutuja tuli kuntoutuksen aikana enemmän tietoiseksi siitä, miten esim. psykoterapiaan hakeutumalla hän voi työstää eteenpäin työ- ja toimintakykyään.”

Ohjaajat arvioivat kuntoutujien ihmissuhteiden parantuneen sekä joidenkin kuntoutujien omaisten ymmärryksen masennuksesta lisääntyneen. Yhden maininnan sai myös työolojen parantuminen kuntoutuksen myötä.

Kuntoutuksen mahdolliset haitat

Kuntoutus aiheutti ohjaajien arvioiden mukaan vaikeuksia joka kymmenennen (11 %) kuntoutujan elämäntilanteeseen. Vaikeudet liittyivät yleisimmin työaikajärjestelyihin ja menetettyjen työtuntien korvaamiseen (4 mainintaa). Kuntoutujat joutuivat joko korvaamaan menetetyt tunnit työnantajalle tai järjestelemään työaikojaan kolmivuorotyössä siten, että kuntoutukseen osallistuminen oli mahdollista.

”Joutui korvaamaan menetetyt tunnit työnantajalle, mikä harmitti/stressasi kuntoutujaa kovasti. Näkyi välillä väsymyksenä. Kurssi osui vielä kaupan sesonkiaikaan eli syksyn-joulun ajalle.”

Joillekin kuntoutujille ryhmäistuntoihin osallistuminen tuntui erityisen haastavalta (2 mainintaa). Sosiaalisten tilanteiden pelko sai ryhmätapaamisiin osallistumisen tuntumaan ylitsepääsemättömän vaikealta tai ryhmäkeskustelut aiheuttivat ahdistusta muistojen noustessa pintaan. Eräällä kuntoutujalla matka kuntoutukseen oli pitkä ja vaati yleisillä kulkuvälineillä kulkemista, mikä oli haaste jo sinänsä. Toisella kuntoutujalla vaikeuksia aiheutti läheisen ihmisen kielteinen suhtautuminen kuntoutuksessa käyntiin.

”Kuntoutuksen aktiivivaiheessa mies vastusti kuntoutujan käyntejä, koska hänellä oli ’tuollaisiako siellä opetetaan’ -asenne.”

Arviot kuntoutumista edistävästä ja häiritsevistä tekijöistä

Ohjaajat arvioivat erityisesti kuntoutuskurssin avomuotoisuuden, ryhmätapaamisten ja niissä saadun vertaistuen sekä kurssin keston palvelleen hyvin kuntoutujien kuntoutumista yli 70 prosentissa tapauksista. Myös työmenetelmien, käsiteltyjen teemojen sekä yksilöohjauksen merkitys arvioitiin huomattavaksi. Verkostotapaamisten merkitys jäi edellä mainittuja huomattavasti pienemmäksi myös sen vuoksi, että läheskään kaikille tällaisia ei ollut järjestetty.

Yhteenveto ohjaajille suunnatuista verkkokyselyistä

Kurssien toteutus

- Kurssien toteutuksessa haasteita tuottivat ennen kaikkea vähäinen hakijamäärä ja tiukat kriteerit
- Kuntoutujat sitoutuivat hyvin kuntoutuskurssiin, suurimmalla osalla (71 %) ei ollut juuri lainkaan poissaoloja
- Kuntoutuskurssille osallistuminen työn ohella onnistui enimmäkseen hyvin, vaikka yhdistelmä koettiin rankaksi
- Kaikilla ei ollut mahdollisuutta käydä kurssilla työajalla
- Toiminnalliset työmenetelmät osoittautuivat toimivimmiksi
- Ohjaajat toivoivat ryhmätapaamisille pidempää aikaa
- Kuntoutujista kaksi kolmesta (65 %) olisi tarvinnut kuntoutusta jo varhaisemmassa vaiheessa

Kuntoutuksen hyödyt ja koettu vaikuttavuus

- Kuntoutuksen vaikutukset näkyivät ennen kaikkea voimaantumisenä, itsetunnon vahvistumisena, arjessa selviytymisen ja toiminta- sekä työkyvyn kohentumisena ja psyykkisten oireiden vähentymisenä
- Kuntoutumista edistivät ennen kaikkea kurssin ryhmämuotoisuus ja vertaistuki sekä kurssilla käsitellyt teemat ja harjoitukset
- Ohjaajien arvioimana kuntoutuksen vaikuttavuuteen olivat yhteydessä ennen kaikkea kuntoutuksen oikea-aikaisuus sekä vuorovaikutuksen onnistuminen kuntoutujan ja ohjaajan välillä

Ohjaajat arvioivat joka kolmannella kuntoutujalla (32 %) jonkin tekijän häiriinnee kuntoutusprosessia. Nämä tekijät liittyivät yleisimmin kuntoutujan vaikeaan elämäntilanteeseen (5 mainintaa) tai huonoon psyykkiseen vointiin (3 mainintaa), mutta myös moniin muihin yksittäisiin tekijöihin, kuten työkiireisiin, ristiriitoihin työpaikalla tai ulkopuolisuuden tunteeseen ryhmässä.

4.4.4 Yhteistyö ja tiedonkulku kuntoutuksessa ohjaajien näkökulmasta

Yhteistyötahot

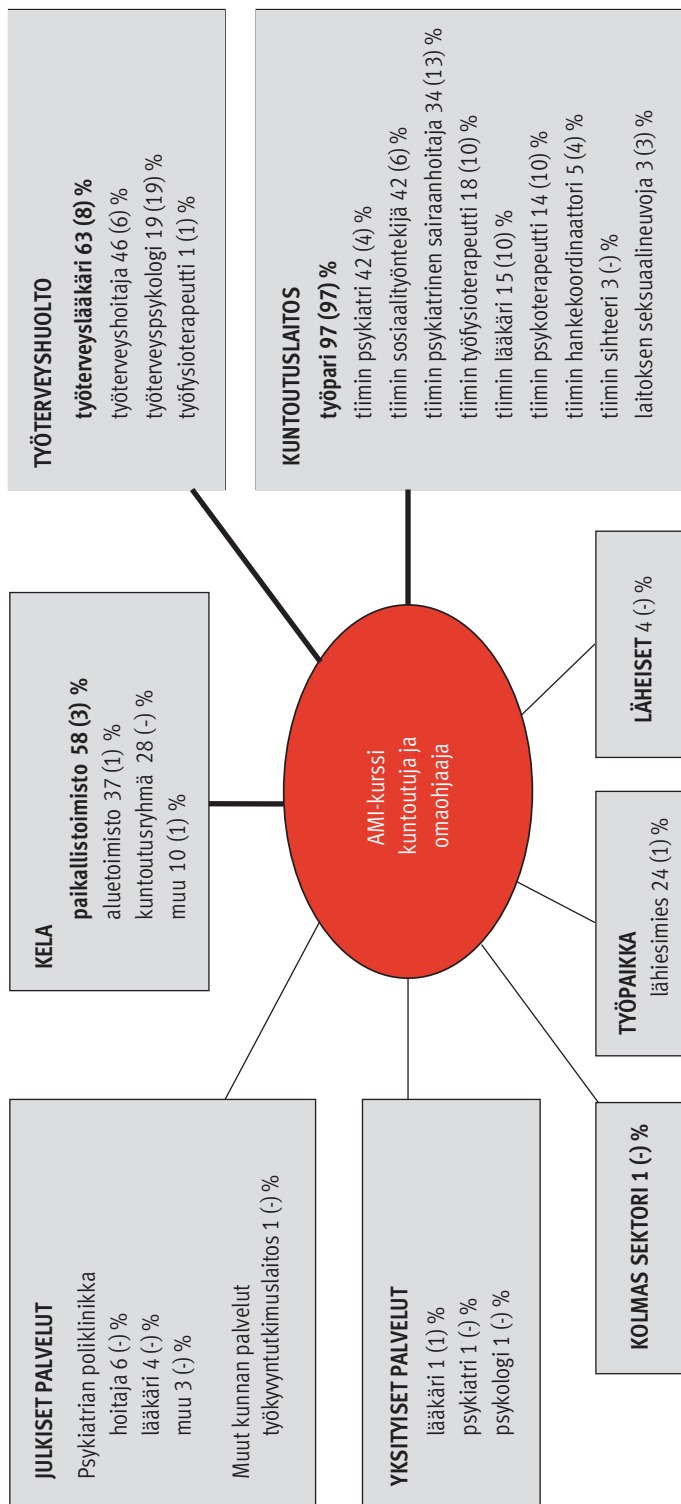
Kuntoutuksessa merkittävänä yhteistyökumppanina toimivat työterveyshuollon työterveyslääkäri ja työterveyshoitaja. Ohjaajat tekivät yhteistyötä työterveyslääkärin kanssa kahdessa kolmesta (63 %) kuntoutuksesta, ja lähes joka toisen kuntoutujan (46 %) työterveyshoitaja oli mukana yhteistyössä. Yhteistyö ei kuitenkaan ollut erityisen tiivistä. Kuntoutuslaitoksessa ohjaajat tekivät yhteistyötä oman työparin lisäksi yleisimmin samassa laitoksessa työskentelevän tiimin psykiatrin, sosiaalityöntekijän tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Yhteistyö muiden yksityisen tai julkisen sektorin tahojen kanssa oli hyvin satunnaista. Joka neljäs (24 %) kuntoutujan lähiesimiehen kanssa tehtiin yhteistyötä. Vain yksittäisten kuntoutujien omaiset osallistuivat kuntoutukseen. (Kuvio 8, s. 68.)

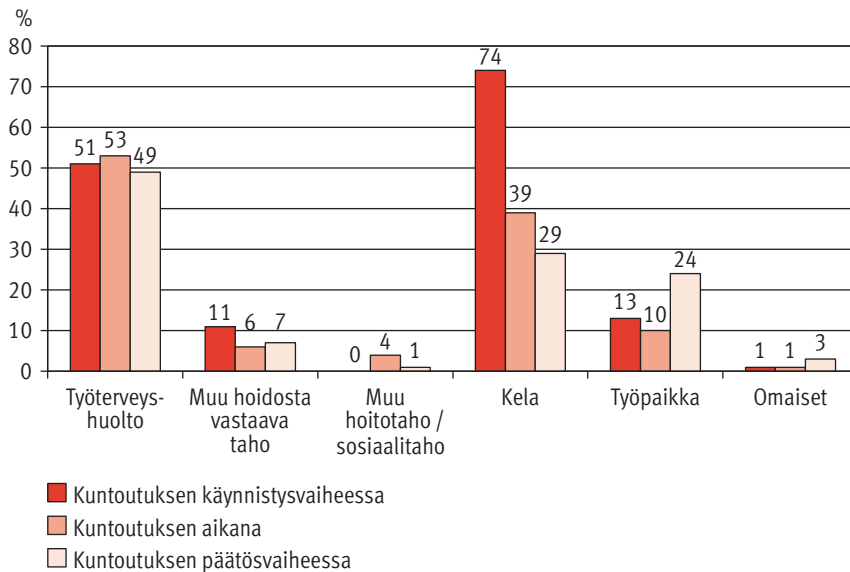
Yhteistyötä tarvittiin ohjaajien arvioiden mukaan kuntoutujien rekrytoinnissa ja valinnassa sekä kuntoutujien tilanteeseen, vointiin ja jatkohoitoon liittyvissä asioissa. Hoitavan tahon kanssa yhteistyötä tehtiin muun muassa lääkehoidon tarkistamisessa sekä sairauslomatarpeen arvioinnissa ja kirjaamiskäytännöissä. Lisäksi tehtiin kuntoutuspäivien toteutukseen liittyvää yhteistyötä. Esimiehen ja työnantajan kanssa yhteistyötä tehtiin kuntoutuksen ja työn yhteensovittamisessa sekä tukitoimien suunnittelemisessa ja työhön palaamiseen liittyvissä asioissa. Myös työyhteisöongelmia pyrittiin selvittämään yhteistyössä. Kelan kanssa yhteistyötä tehtiin kuntoutujien valintavaiheessa sekä kuntoutuksen keskeytymistapauksissa.

Yhteistyö kuntoutuksen eri vaiheissa

Kuviossa 9 (s. 69) esitetään yhteistyötahot kuntoutuksen eri vaiheissa. Kuvioista ilmenee, että työterveyshuollon rooli oli merkittävä kuntoutukseen hakeuduttaessa, kuntoutuksen aikana ja kurssin päättyessä. Kelan rooli oli merkittävä erityisesti kuntoutuksen käynnistyessä. Työnantajien rooli oli sitä vastoin vähäisempi ja se painottui kuntoutuksen loppuvaiheeseen ja jatkosuunnitelmien laatimiseen. Vain joka neljäs kuntoutujan työnantaja oli mukana yhteistyössä.

Kuvio 8. AMI-kuntoutuksessa tehty yhteistyö eri tahojen kanssa sekä niiden kuntoutusten prosenttiosuus, joissa kyseinen taho on tehnyt yhteistyötä. Suluissa niiden kuntoutusten osuus, joissa yhteistyö on ollut melko tai hyvin tiivistä.



Kuvio 9. Ohjaajien yhteistyötahot kuntoutuksen eri vaiheissa (%).

Verkostotapaamisten järjestäminen

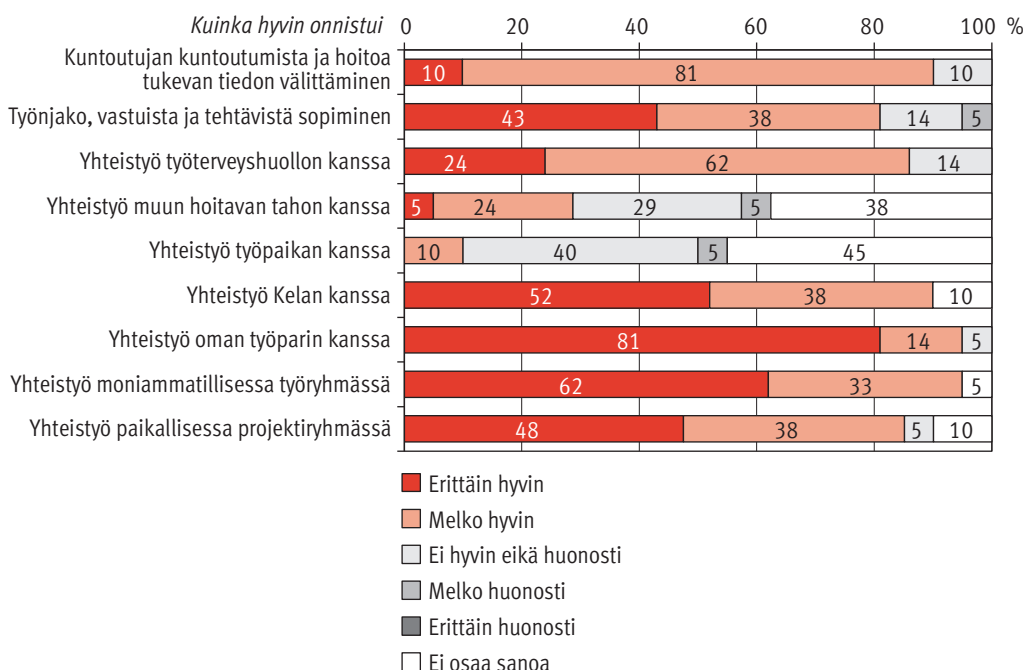
Kuntoutuksen rakenteeseen ja ohjelmaan sisältyi kuntoutujakohtainen verkosto-neuvottelu yhteistyötahojen kanssa. Asiakastapauksista reilussa kolmasosassa (37 %) järjestettiin joko yksi (41 %) tai kaksi (59 %) tällaista verkostotapaamista. Tavallisesti tapaamiset järjestettiin kolmen tahon kesken: palveluntuottajan edustajan lisäksi mukana oli työterveyshuollon edustaja sekä esimies. Yksittäisissä tapauksissa mukana oli myös joku muu taho (psykoterapeutti, puoliso). Verkostopalaverien järjestämättä jättämisen syyksi mainittiin useimmiten se, että kuntoutujan arveltiin pystyvän itse hoitamaan asiansa tai vastuun nähtiin kuuluvan työterveyshuollolle tai hoitotaholle eikä verkostotapaamista pidetty tarpeellisena. Joissakin tapauksissa kuntoutuja itse ei ollut halukas ottamaan muita tahoja mukaan kuntoutusprosessiin. Yksi palveluntuottaja oli sopinut työterveyshuollon kanssa, että työterveyshuolto hoitaa yhteydet työyhteisöön sekä mahdolliset verkostotapaamisten järjestelyt, eivätkä ohjaajat olleet mukana näissä tapaamisissa.

Vain kuuden kuntoutujan (8 %) omaiset osallistuivat kuntoutukseen. Omaisten osallistumisen ei nähty kuuluvan kuntoutussuunnitelmaan tai palveluntuottajan toimintatapoihin.

Eri tahojen välisen yhteistyön onnistuminen

Kuntoutumista ja hoitoa tukevan tiedon välittämisen arvioitiin useimmiten toteutuneen melko hyvin. Myös yhteistyö työterveyshuollon kanssa arvioitiin enimmäkseen melko hyväksi. Jonkin verran koettiin ongelmia työnjaossa, vastuista ja tehtävistä sopimisessa sekä yhteistyössä muun hoitavan tahon sekä työpaikan kanssa. Parhaiten onnistuneeksi koettiin yhteistyö oman työparin kanssa sekä yhteistyö moniammatillisissa työryhmissä ja paikallisissa projektiryhmissä. (Kuvio 10.)

Kuvio 10. Ohjaajien arviot yhteistyön ja tiedon välittämisen onnistumisesta eri tahojen välillä (%).



Yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät

Yhteistyötä edisti ohjaajien mukaan hankkeen jatkuva markkinointi ja tiedottaminen. Tähän laskettiin kuuluneen myös kontaktinotot ja henkilökohtaiset käynnit eri tahojen luona. Tutuksi tuleminen sekä aikaisempi yhteistyö kyseisen tahon kanssa helpottivat yhteistyön sujuvuutta. Kasvanut luottamus hankkeen edetessä loi hyvän pohjan yhteistyölle.

Ohjaajat arvioivat myös projektiryhmän olemassaolon edistäneen yhteistyötä. Projektiryhmissä sovittiin yhteisistä toimintatavoista. Myös verkostopalaverit tukivat yhteistyötä. Kelan paikallistoimistojen tuttuutta ja käsittelijän joustavuutta ohjaajat kiittelivät vuolain sanoin.

Ohjaajat arvioivat jonkin asian haitanneen yhteistyötä kahdeksalla kurssilla kahdestatoista. Tällaisiksi asioiksi mainittiin ensinnäkin ohjaajien ja yhteistyötahojen kiire ja kova työtahti. Yhteistyötä haitanneeksi tekijäksi arvioitiin myös vuoropuhelun puute työterveyshuollon kanssa sekä työterveyshuollon yksiköiden organisaatiomuutokset.

Ohjaajat olisivat kaivanneet enemmän yhteistyötä työterveyshuollon kanssa kuntoutujien rekrytointivaiheessa ja esimiesten tai työnantajien kanssa verkostotapaamisten toteuttamisessa. Verkostotapaamisiin olisi toivottu työnantajan edustajaa, etenkin silloin, kun työntekijä koki ongelmaksi työyhteisön huonon työilmapiirin.

”Olisi eduksi, mikäli verkostotapaamisissa olisi läsnä myös työnantajan edustaja, esim. esimies, ja että verkostotapaamisia olisi ainakin kaksi, joista ensimmäinen jo ennen ryhmäprosessia. Tämä auttaisi asettamaan kuntoutumiselle tavoitteet, ja ohjaajat saisivat kokonaisvaltaisemman käsityksen taustatiedoista. Näin ainakin tapauksissa, joissa työntekijä kokee ongelmansa esim. huonon työilmapiirin työpaikalla.”

Haasteena yhteistyössä työnantajatahon kanssa pidettiin sellaisen toimintamallin luomista, joka huomioisi kuntoutujan oikeudet ja yksityisyyden.

Ohjaajat olisivat toivoneet enemmän yhteistyötä myös hoitotahon kanssa. Erityisesti tiedonkulussa hoitotahojen välillä olisi ohjaajien mukaan kehittämisen varaa. Usein kuntoutuja oli itse vastuussa tiedonkulusta eri hoitotahojen välillä, eikä tiedonkulku ollut välttämättä toiminut toivotulla tavalla.

Tiedonkulun haasteet liittyivät sähköpostiin, joka koettiin nopeaksi ja käteväksi mutta ei tarpeeksi hyvin suojatuksi. Samoin kuntoutusselosteiden toimittamisen käytännöt koettiin hieman epäselviksi. Epäselvyyttä oli siitä, millainen selosteen tuli olla ja milloin se tulisi lähettää eteenpäin.

Yhteistyö- ja verkostotapaamisia pidettiin yhtenä yhteistyön kehittämismenetelmänä, myös tiimin sisällä. Ohjaajat arvioivat tämän lisäksi, että he voisivat itse olla aktiivisempia kontaktinotossa ja esillä olemisessa. Yhteistyöhön ja kuntoutusmallin tehokkaampaan markkinointiin tulisi myös varata riittävästi aikaa.

Myös yhteistyötahojen toivottiin ottavan aktiivisemmin yhteyttä sekä osallistuvan yhteistyöpalaveriin. Ohjaajat toivoivat kuntoutukseen lähettäviltä tahoilta kuntoutusmallin ja valintaprosessin parempaa tuntemusta sekä ymmärrystä siitä, kuka voisi hyötyä kuntoutuksesta. Yhteistyötahoilta toivottiin myös AMI-kuntoutukseen osallistuneiden parempaa seuranta kuntoutuksen päättyessä.

4.4.5 *Yhteistyö ja tiedonkulku kuntoutuksessa lähettäjätahon näkökulmasta* Yhteistyötahot

Työterveyshuollon edustajat tekivät AMI-kuntoutuksessa yhteistyötä eniten oman yksikkönsä toimijoiden kanssa. Keskeisimmät yhteistyökumppanit olivat työterveyshoitaja, työterveyslääkäri ja työterveyspsykologi, joiden kanssa yhteistyö oli tiivistä. Myös omaohjaajien keskinäinen yhteistyö oli tärkeää, samoin kuin Kelan paikallisessa toimistossa hankkeen asioita hoitavan toimihenkilön sekä Kelan aluetoimiston kanssa tehty yhteistyö. Yhteistyötä tehtiin jonkin verran myös yksityissektorin psykiatrin, lääkärin ja psykologin kanssa sekä kuntoutujan lähiesimiehen kanssa. Psykiatrian poliklinikan kanssa yhteistyö oli vähäisempää. (Liitteet 10 ja 11.)

Julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden edustajat tekivät yhteistyötä pääosin psykiatrian poliklinikan toimijoiden, erityisesti erikoissairaanhoidajan, erikoislääkärin tai lääkärin, kanssa sekä myös Kelan paikallisen toimiston ja Kelan aluetoimiston edustajien kanssa. Jonkin verran yhteistyötä tehtiin myös terveyskeskuksen lääkärin ja terveydenhoitajan sekä työterveyshuollon kanssa. Yhteistyö yksityissektorin kanssa oli vähäistä.

Verkostotapaamiset ja jatkosuunnitelmat

Kuntoutusmalli mahdollisti verkostotapaamisten järjestämisen kuntoutujan, palveluntuottajan omaohjaajan, lähettäjä- ja hoitotahon ja myös työpaikan edustajan kanssa. Työterveyshuollon vastaajista 39 prosenttia oli osallistunut kuntoutujakohtaisiin verkostoneuvotteluihin, julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden vastaajista 17 prosenttia.

Kuntoutujan työpaikan edustajan osallistuminen yhteisiin tapaamisiin oli mahdollista, mikäli kuntoutujan kanssa oli niin sovittu. Muutamilla vastaajilla oli kokemuksia näistä neuvotteluista, joissa keskeisiä aiheita olivat kuntoutujan työnkuva ja työjärjestelyt.

Kuntoutujan jatkosuunnitelmien laatimiseen oli osallistunut 18 (47 %) työterveyshuollon vastaajista ja 1 (8 %) julkisen terveydenhuollon avohoitoyksikön vastaajista.

Kuntoutuksen palautetiedon välittyminen

Kuntoutusseloste on keskeinen kuntoutuksen palautetiedon välittämisen kanava lähettäjä- ja hoitotaholle. Palveluntuottaja lähetti kuntoutusjaksojen päätyttyä kirjallisen kuntoutusselosteen kuntoutujalle ja kuntoutujan suostumuksella lähettäjätaholle, Kelaan sekä muille tarpeellisille kuntoutujan hoitoon osallistuville tahoille.

Työterveyshuollon vastaajista kolme neljästä oli tutustunut kuntoutusselosteisiin ja tarvinnut myös työssään selosteiden tietoja. Julkisen terveydenhuollon osalta vastavasti puolet oli tutustunut selosteisiin ja tarvinnut työssään selosteiden tietoja.

Kuntoutuksen palautetiedon lähettäminen kuntoutujan luvalla postitse ei ollut ainoa tapa, vaan kuntoutujilla oli mahdollisuus myös itse toimittaa palautetieto hoitotaholle. Hankkeen aikana ilmeni kuitenkin, että käytäntö ei aina toiminut, ja siksi siitä osin luovuttiin.

Kuntoutukseen lähettänyt tai hoitava taho toivoi saavansa palautetietoa sähköisesti, mutta sähköinen tiedonsiirto oli toisinaan puutteellista ja ohjelmat eivät aina toimineet. Tietojärjestelmiin liittyviä puutteita ilmoitti n. 15 prosenttia vastaajista.

Työpaikkayhteistyön onnistumiset ja haasteet

Työpaikkayhteistyössä samansisältöiset asiat aiheuttivat toisaalla onnistumisia ja toisaalla haasteita. Työpaikkayhteistyöhön liittyviä onnistumisia syntyi nimenomaan kuntoutujan työjärjestelyjen toteuduttua, kun työn muokkaamistarpeet saivat esimiehen ymmärryksen ja hyväksymisen. Työn kuormittavuutta pystyttiin vähentämään muuttamalla muun muassa työaikaa ja työtehtäviä.

Toisessa tilanteessa kuntoutujan toimenkuvan muutos saattoi epäonnistua, vaikka suhtautuminen olisi ollut myönteistä. Joskus työnantajalta ei löytynyt kiinnostusta kuntoutusyhteistyöhön eikä ymmärrystä työn kevennyksen tarpeelle. Osatyökykyisyyttä ei hyväksytty, vaan työkyvyn katsottiin olevan ”on-off-tila”.

Kuntoutujan työtä ja jatkosuunnitelmia koskevan palautetiedon arvioitiin välittyvän työpaikalle parhaiten kuntoutujan suostumuksella kirjallisen dokumentin välityksellä postitse tai tietosuojattuna sähköisesti. Tietoa välittyi lisäksi verkostotapaamisen yhteydessä, kuntoutujan itsensä toimittamana tai työterveyshuollon välityksellä. Luottamuksellisessa tilanteessa myös suora yhteydenotto puhelimitse esimieheen oli mahdollinen. (Taulukko 28, s. 74.)

Kuntoutujan, esimiehen ja työterveyshuollon välisen suhteen ja luottamuksen arvioitiin vaikuttavan ratkaisevasti kuntoutusta koskevan tiedon välittämiseen työpaikalle.

”Jos esimiessuhde on avoin, se välittyy. Mikäli oma vaatavuus on korkea, ei uskalla puhua esimiestaholle eikä halua siihen väliin kuntoutuslaitosta eikä työterveyshuollon edustajaa.”

Taulukko 28. Kuntoutusta koskevan tiedon välittyminen työpaikalle.

Kuntoutusta koskevan tiedon välittyminen työpaikalle	Mainintoja (n)
Kirjallinen dokumentti	14
Sähköisesti (tietosuojattu)	9
Verkostoneuvottelu	6
Kuntoutujan välityksellä	5
Yhteinen tapaaminen	5
Työterveyshuollon kautta	3
Suora yhteydenotto (puhelimitse)	1
Tieto esimiehelle (edellytyksenä luottamus)	1

Yhteenveto kuntoutuksen yhteistyöstä ja tiedonkulusta

Ohjaajille suunnattujen verkkokyselyjen pohjalta:

Verkostoyhteistyö

- Yhteistyötä tehtiin erityisesti työterveyshuollon kanssa, mutta yhteistyö ei ollut erityisen tiivistä
- Joka neljännes kuntoutujan työnantaja oli mukana yhteistyössä
- Verkostopalavereja toteutettiin noin kolmasosan kuntoutujista kanssa
- Työterveyshuolto loi tärkeän jatkumon palveluketjulle

Lähetäjä- ja hoitotaholle suunnatun verkkokyselyn pohjalta:

Yhteistyö ja tiedonkulku

- Yhteistyö suuntautui pääasiassa omaan organisaatioon
- Kuntoutujakohtaisiin verkostoneuvotteluihin osallistui 39 % työterveyshuolloista ja 17 % julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköistä
- Kuntoutusselosteeseen oli tutustunut kolme neljästä työterveyshuoltojen vastaajista ja puolet julkisen avoterveydenhuollon vastaajista
- Kuntoutusselostetta toivottiin sähköisenä

Työpaikkayhteistyö

- Kuntoutujien työjärjestelyjen muutokset sujuivat pääosin onnistuneesti, mutta myös ongelmia esiintyi
- Kuntoutujan työtä ja jatkosuunnitelmia koskevan palautetiedon arvioitiin välittyvän kuntoutujan luvalla työpaikalle parhaiten kirjallisesti, verkostoneuvottelun tai tapaamisen yhteydessä tai kuntoutujan toimittamana
- Kuntoutusta koskevan tiedon välittyminen esimiehelle edellyttää luottamusta

4.4.6 Kuntoutujien fokusryhmähaastattelut: kokemukset kuntoutuksen rakenteesta, toteutuksesta ja kuntoutukseen osallistumisesta

Kuntoutukseen hakeutuminen

Kokemukset kuntoutukseen hakeutumisesta ja kurssille pääsystä vaihtelivat suuresti. Kuntoutukseen hakeutumisen vaikeus tai helppous riippui suuresti 1) työterveyslääkäristä sekä 2) siitä, kuinka paljon kuntoutuja sai apua ja tukea hakuprosessissa.

Osa kuntoutujista koki, ettei työterveyslääkärillä aina ollut tarvittavaa tietoa AMI-kuntoutuksesta tai muista kuntoutusvaihtoehdoista. Osalle kuntoutukseen pääsy oli mahdollistunut vain oman sitkeän työn tuloksena. Tällainen tilanne oli tuntunut kuntoutujista kohtuuttomalta oman tilanteen huomioon ottaen. Seuraava ote keskustelusta kuvaa kuntoutujien kokemuksia:

H1: ”– – kun on sairas, niin tietoo tulee kauheen vähän. Eikä kukaan ota oikeastaan mistään vastuuta, että auttas niinku. Sitä on kauhean yksin ja tuntee ihan hylätyksi. Ei saa tarpeellista tietoa juuri mistään, mitä mahdollisuuksia, miten tässä edetään. Ainakin mä olen kokenut näissä omissa taisteluissa, että ei tule sitä riittävää tietoa.”

H2: ”Niin minä oon ihan sammaa mieltä. Mutta sitten mä rupesin soittamaan niin monta kertaa joka paikkaan ja pyysin selvittämään A:sta Ö:hön, että mä olen valitettavasti niin yksinkertainen, että on niinku selvittettävä mulle nämä. Niin kyllä sitä sitten sai, mutta ite piti ottaa selvää.”

Myös työterveyshoitajan aktiivisuudella ja panoksella saattoi olla ratkaiseva merkitys kuntoutuskurssille pääsyssä.

”Siinä on omia haasteita. Se riippuu siitä, minkälainen työterveyslääkäri siinä. Se lausunto oli minun kohdalla hyvin puutteellinen. Työterveyshoitaja onneksi teki hartiavoimin töitä ja täydensi sitä lausuntoa. Mulla oli ihan siinä ja siinä, pääsenkö mä tähän ryhmään. Onko siinä lausunnon osalta kaikki mitä tarvitaan – – Se työterveyshoitajan työ sitten mahdollisti sen, että mä tänne lopulta pääsin.”

Osalla kuntoutukseen pääsy oli sitä vastoin onnistunut ongelmitta, nopeasti ja jouhevasti.

”– – kyllä mä niinku ajattelin kerran, et tuli sellanen positiivinen Kelaa kohtaan ja yleensäkin näitä niinku byrokratiaa kohtaan. Et joku voi mennä äkkiä, ettei aina tarvi hirveetä nippua, vanhoja papereita ja uusia papereita ja haastatteluja ja kaikkee.”

Kokemukset ryhmämuotoisuudesta

Kurssin ryhmämuotoisuus herätti kuntoutujissa kahdenlaisia tunteita: joko sitä jännitettiin tai kurssille oli haluttu nimenomaan ryhmämuotoisuuden takia. Kuntoutujia

jännitti ennen kaikkea se, oliko ryhmässä mukana tuttuja. Seuraavassa ote tähän liittyvästä keskustelusta:

H1: ”Minua ainaki jännitti, ku ollaan pienessä kaupungissa, että sattuu ketään täysin tuttuja, sattuu naapurin rouva olemaan samassa ryhmässä. Koska tämä juttu on minulle tuttu, olen aikaisemminkin ryhmäjutuissa ollut. Tosin terapiassakin kyllä. Ni vähän jännitti kyllä tuo, että aattelin, että toivottavasti siellä ei oo ketään tuttua. Ei nyt sitte silleen sattunu.”

H2: ”Olihan se aluksi aika järkytys kaikille, kun tajuttiin että täällä on niin monta samasta tai saman työnantajan palveluksessa olevia. Se oli vähän kauheaa, et kuitenkin suuri osa vielä samassa talossa töissä. Et hyvänen aika, siellä sit nähdään käytävillä, et mitä tapahtuu.”

Vaikka ryhmässäolo saattoikin jännittää, osalla kuntoutujista nimenomaan ryhmämuotoisuus ja mahdollisuus vertaistukeen oli saanut heidät hakeutumaan AMI-kuntoutukseen. Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa nähtiin monia etuja, erityisesti vertaiskeskustelut ja vertaistuki. Vertaiskeskusteluissa oma tilanne normalisoitui.

”Et muiden näkökulmasta se realisoituu itellekin se, ettei tää välttämättä ookaan niin niin kauhee juttu kuin se itselle onki ja tuntuu.”

Mahdollisuus ja lupa olla tarvittaessa hiljaa ja kuunnella muiden keskustelua ja näkemyksiä asioista koettiin ryhmämuotoisen kuntoutuksen yhdeksi merkittäväksi eduksi.

H1: ”Mulle se oli ihan kokonaan uus juttu tällainen ryhmäterapia. Mut kyl mä koen positiivisena. Yksilöterapia on vähän semmonen juttu. Jos niinku täällä on sessio niin jos ei musta tunnu, et musta tavallaan lähtis mitään irti, mä voin vähän niinku murjottaa tässä tässä porukan keskellä. Mut yksilöterapiassa siinä kohtaa se kiusaantunut hiljaisuus ja sitten se taksamittari raksuttaa siinä pöydällä.”

H2: ”– – Mä oon ainakin pitänyt hirveen tärkeenä tässä, ettei aina tarvi olla suuna päässä avoimena ja raapia niitä kipupisteitensä, vaan voi niinku ihan olla vaan ja absorboida toisten kokemuksia. Ja sitten niitä prosessoida myöhemmin. Et siitäkin on sit hyötynsä.”

Ryhmämuotoisen kuntoutuksen antina pidettiin myös sitä, että saatiin uusia ystäviä ja tukihenkilöitä, joihin oli mahdollisuus pitää yhteyttä jatkossakin.

”Et sillä me sit keksittiinki, et tää on mejjän oma selkeesti sellanen tukiverkko. Kun alko loppumaan tää kurssi, meille tuli ihan sellanen hätä, että miten me pärjätään tän jälkeen. Ja syntyi se ajatus et mehän voidaan nähdä porukalla.”

Ryhmä tarjosi yksilöterapiaan verrattuna myös iloa ja naurua.

”Musta jotenkin tuntuu et siinä ryhmässä on semmonen voima, et kun niitä asioita käydään läpi ni mul on semmonen tunne et se niinkun vie meitä ulospäin. Jos mie meen jatkuvasti jonnekin yksilöjuttuun ni siel mennään niinku asioita koko ajan. En mie haluu koko ajan itkee, mie haluun välil nauraakin, et niinku tämmönen. Et sen takii mie halusin ryhmään.”

Ryhmämuotoiseen kuntoutukseen liittyi kuntoutujien mielestä myös erilaisia haasteita. Kuntoutajat toivat esille ensinnäkin ryhmässä avautumisen vaikeuden. Ryhmän jäseniin tutustuminen ja luottamuksen saavuttaminen vei oman aikansa. Kuntoutajat olivat sitä mieltä, että ryhmäytymiseen ja keskinäiseen tutustumiseen tulisi panostaa entistään enemmän ensimmäisillä tapaamiskerroilla.

”Menee yllättävän kauan aikaa, ennenkun sä pääset ja uskallat, on rohkeutta niinku kertoa se oma juttus. Niin sillai, tää on nyt vähän tylsääkin, et puoli vuotta menee, ennekuin saa suunsa auki ja on sen porukan kanssa sillä lailla, että voi kipeetkin käsitellä. Et sais sanottua ääneen.”

Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa haasteeksi saattoi nousta puheenvuoron saaminen, etenkin jos ryhmä oli iso. Hiljaisemmat ja aremmat yksilöt jäivät joskus vuo-laammin puhuvien jalkoihin. Kuntoutajat toivoivat ohjaajilta enemmän jämäkkyyttä ryhmäkeskustelujen vetämiseen.

”Mä oon tämmönen, kun mun on niin vaikee puhua ryhmässä, niin tää on ollut tosi suuri haaste olla näin isossa ryhmässä ja yrittää sitten aina kiilata joku semmonen pieni suunvuoro väliin. Mä aina katon, että kuka, kuka, no nyt.”

Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa osallistujat helposti vertailivat itseään, omaa tilannettaan ja vointiaan muihin. Riskinä on tällöin turhautuminen, jos oma toipuminen ei etene samaa vauhtia kuin muilla.

”Toisaalta siinä sitte saattaa olla se vaara, että jos itellä ei sitte meekkään se toipuminen ihan samaan tahtiin, niin se tuo selkeesti eroa siihen muuhun ryhmään. Että tulee semmonen tunne, että mikä mussa on vikana, kun tää ei toimikaan. Et se riski siinä kyllä on.”

Ryhmämuotoisen kuntoutuksen arvioitiin vaativan kuntoutujalta tiettyjä valmiuksia ja ryhmäkuntoisuutta.

”Ryhmämuotoisuus edellyttää ryhmäkuntoisuutta. Se on ihan selvä, että täytyy olla sen kuntoinen, että pystyy työskentelemään ja olemaan ryhmässä. Kyllä siinä tietenkin omat haasteensa saatto itsellekin luoda.”

Tärkeänä pidettiin myös luottamusta ryhmän sisällä sekä jo kurssin alussa yhdessä luotuja pelisääntöjä.

” – oli heti aluks hirmu hyvä, että siitä luottamuksellisuudesta puhuttiin. Koska siellä saattaa olla tuttuakin. Ja mun mielestä se luottamuksellisuus tässä ryhmässä oli hyvä. Ja siihen se tietysti perustuukin.”

Ohjaajat ja heidän ammattitaitonsa arvioitiin merkittäväksi niin ryhmäytymisessä kuin ryhmän toimimisessakin siten, että vertaistuelle on pohja. Ohjaajat loivat omalla toiminnallaan ja persoonallisella otteellaan ryhmän toiminnalle omanlaisen ilmapiirin.

”Vähän niinku mietityttää semmonen asia, että jos olis ollut jotain ketä muuta tahansa vetäjiä, ni mimmonen tää kurssi sit olis ollu. Mun mielestä just nää meidän vetäjät on kyllä ollu aivan uskomattomia. Et he on niin kuin pitäneet tätä hommaa kasassa ja kuitenkin pitänyt sen semmosena elävänä ja antanut kaikille sitä omaa tilaa kuitenkin.”

Kuntoutuksen kesto ja rakenne

Suuri osa kuntoutujista ilmaisi, että kuntoutus olisi saanut jatkua pidempään, vaikka tapaamiskertoja harventaen.

”Mun mielestä tää ois saanu olla ihan vuoden loppuun asti ainakin samalla intensiteetillä kuin keväällä. Mää ainakin oon omassa tilanteessa kokenut, että kun se harveni näin rajusti tässä syksyllä, niin ei ainakaan mulle oo ollu hyvä juttu. Eli se puoli vuotta oliko se viisi kuukautta, niin se oli liian lyhyt.”

Tapaamiskerroista toivottiin pidempikestoisempia. Kolme tuntia koettiin turhan lyhyeksi ajaksi etenkin silloin, jos ryhmä oli iso. Myös toisiin tutustuminen oli hankalaa, jos aikataulu oli liian tiukka.

”Olisko tällainen kurssi mahdollista järjestää niin, että se olis koko päivinä? Että vaikka ihan kolmekin päivää yhtä soittoa? Koska mun mielestä se on vähän semmoista pintarääpimistä tämmöne, että muutama tunti käydään illassa ja iso ryhmä. Siinä tiiviimmin pääsis varmaan toistensa kanssa tekemisiin sitten, ja oppis toisii tuntemaan sitten vähän enemmän.”

Varsinkin syksyllä moni kuntoutuja olisi tarvinut tiiviimpää kuntoutusta. Osa kuntoutujista kertoi kärsivänsä kaamosmasennuksesta, jolloin keväällä saavutettu hyvä mieliala helposti kadotettiin.

”Varmaan seki tekee, että meillä monella oli sitä syysmasennusta. Se kevätpuoli meni siinä ja pääsi keskustelemaan ja nyt tuli tää syksy niin ollaanpa sitte ehkä menty välillä takapakkiakin joku.”

Ihanteelliseksi ryhmäkooksi koettiin kuuden henkilön ryhmä. Kaikkien kahdeksan kuntoutujan ollessa paikalla suunvuoroa oli ajoittain vaikea saada.

H1: ”Välillä kun kaikki oli vähän suulaammalla päällä, niin tuntu ettei ehdi.”

H2: ”Mut aika useesti oli joku pois. Tämä on aika ideaalinen, jos on kuusi ihmistä samaan aikaan. Eiks se ole sanottu palaveristakin, ettei palaverissakaan pitäis olla.”

Ryhmätapaamiset koettiin kuntoutuksen ytimeksi, mutta osa kuntoutujista olisi kaivannut tämän lisäksi enemmän kahdenkeskistä aikaa yksilötapaamisissa. Kuntoutajat toivoivat myös, että ryhmään valittaisiin taustoiltaan mahdollisimman samankaltaisia kuntoutujia, mikäli tämä on mahdollista.

Kuntoutuksen sisällöt ja teemat koettiin yleensä hyödyllisiksi. Osa kuntoutujista olisi halunnut hieman syvemmälle menevää asioiden käsittelyä. Osalle käsitellyt teemat olivat jo entuudestaan tuttuja. Moni kuntoutuja olisi toivonut enemmän liikuntaa, yhdessä tekemistä ja erilaisia aktiviteetteja.

”Et olis ollut jotakin tällaista aktiviteettia, että mistä olis saattanu saanut saada sitte itelleen esimerkiksi tätä liikuntaa, kun kuitenkin on osa sitä mielenterveyttä ja sitä fyysistä puoltaki.”

Työn ja kuntoutuksen yhteensovittaminen

Kuntoutajat olivat hyvin eriarvoisessa tilanteessa työn ja kuntoutuksen yhteen soveltamisen suhteen. Joidenkin työnantaja tuki kuntoutuksessa käyntiä ja suhtautui myönteisesti siihen, että kuntoutuksessa käytiin työajalla. Kuntoutajat kokivat, että tällä tavoin kuntoutus oli nivoutunut hyvin työssä käyntiin.

”Nimenomaan liittyy työhön, jos taustalla on työuupumus. Se on se lähtökohta, minkä takia tänne on päästy tai joutunut tai miten sen haluaa nähdä. Nimenomaan päässy. Ei oo todellakaan irrallinen. Mulle se on nimenomaan liittynyt siihen.”

Osa kuntoutujista koki kuntoutuksen täysin irralliseksi työstä. Kuntoutuksessa käytiin omalla ajalla eikä työnantaja välttämättä edes tiennyt kuntoutuksessa käymisestä. Osa oli vahvasti sitä mieltä, että oma sairaus ja kuntoutuksessa käynti eivät kuuluneet esimiehille lainkaan. Kuntoutajat eivät halunneet kertoa työpaikallaan mielenterveyskuntoutuksestaan eritoten silloin, jos pelkäsivät työn jatkumisen puolesta. Yleensä kuntoutajat olivat kertoneet kuntoutuksesta esimiehelleen ja enintään lähimmille

työkavereilleen. Yleiseen kahvipöytäkeskusteluun teemaa ei haluttu nostaa. Kuntoutujat eivät halunneet leimautua.

H1: ”Sama juttu mulla, että miten tää kuitenkin on vähän semmonen juttu, ettei tää kuitenkaan oo semmonen kahvipöytäkeskustelun juttu. Että esimiehet tietää ja parille työkaverille oon sanonu. Et osa on sitä ihmetelly, että mihin sie lähet. Mikä se sellanen kuntoutus on. No se on vaan semmonen kuntoutus.”

H2: ”Meilläki on niin iso työyhteisö, en edes uskalla lähteä arvioimaan, montako ihmistä siellä on, mutta lähemmäs sata varmaan. En minä sillai niinku häpeä, mutta ei minun tarvi siellä julistaa, että lähen päänuppia parantamaan.”

Kuntoutujat kokivat haasteeksi hektisestä työstä irrottautumisen ja kuntoutukseen orientoitumisen. Iltapäiväkurssille osallistuneet tekivät tavallisesti aamupäivän töitä ja kiirehtivät iltapäiväksi kurssille.

”Kun tuolta hulapaloosta tulee yhtäkkiä, niin yhtäkkiä pitäis se koko ajatushomma, semmoisia hyvin syvällistä itseä kokoavaa näkökulmaa. On se niinku aika tempuu.”

Kuntoutujista oma irrallinen kuntoutuspäivä olisi parempi ratkaisu. Toisaalta he ymmärsivät, että työnantaja ei välttämättä tällaiseen järjestelyyn suostu. Puolen päivän poissaolo kuntoutuskurssin takia loi toisaalta haasteen sijaisten palkkaamiselle. Osa kuntoutujista kertoi, että sijaisten palkkaaminen omassa työyhteisössä 3–4 tunniksi ei ollut mahdollista. Sijaisjärjestelyjen hankaluus oli koitua joillekin jopa kynnykseksi osallistua kurssille ylipäättään. Kuntoutujat eivät halunneet lisätä kollegojensa työtaakkaa kuntoutuskurssille osallistumisensa takia.

”Mie ymmärsin, että se helpottais sillei, että kuuteen tuntiin saisi sijaisen, mutta tähän tähän neljään tai kolmeen tuntiin ei saa. Et ainaki aluks tuntu vähän. Meinasin jo alussa sanoa, että mie perun koko ryhmään menemisen, jos se on hankala järjestää. Että lähen niinku kesken aamuvuoron. Siihen ei saanu palkata sijaista, kuulu vähän sellasta alussa. Kuuteen tuntiin sai.”

Osalle kuntoutujista oli mahdollista osallistua kurssille vain päiväsaikaan työaikana. Sen sijaan osalle iltakurssit sopivat parhaiten. Iltakurssi koettiin kuitenkin useimmiten rankaksi työpäivän päätteeksi, varsinkin jos matkat olivat pitkiä.

”Et ne on ollu tosi rankkoja ne päivät. Et kauhulla odotti, miten sitä jaksaa lähteä.”

Vaikka kuntoutujat olisivatkin olleet huolissaan siitä, miten he jaksavat olla sekä työssä että kuntoutuksessa, kurssi osoittautui yleensä kuitenkin niin voimaannuttavaksi kokemukseksi, että yhteisiä tapaamisia odotettiin innolla.

H1: ”Niitä odotti aina niitä keskiviikkoiltoja, vaikka se oli hirveen rankkaa, et kyllä sitä niinku sen jälkeen oli ihan uupunu, itkit tai olit ihan maassa.”

H2: ”Muutama päivä meni siinä sit alkoi jo odottaa, et kohta pääse taas sinne. Se oli kyl hyvä se viikon sykli.”

Kurssin avomuotoisuus sai kiitosta. Kurssin avomuotoisuus ratkaisi useiden kuntoutujien kuntoutukseen osallistumiseen.

”Minusta se, että se on tässä paikkakunnalla. Ei tarvi lähteä mihinkään. Pääsee vaikka apostolin kyytillä. Että se on ollu semmonen ainaki mulle tärkeä asia. Mie en pystyis lähteä viikoks tai kaheks johonkin toiselle paikkakunnalle. Et miulle tämä muoto on ollu hyvä, että tää kestää iltapäivisin muutaman tunnin.”

Työnantajan toivottiin tukevan kuntoutuksessa käyntiä ja osallistuvan myös kuntoutukseen ohjaamiseen.

”Ja esimiehet on kuitenkin aika avainasemassa tähän ohjatessa. Monta kertaa se on se ensimmäinen taho, joka huomaa, että nyt tarvetta olis. Niin sen takia olis hirveen tärkeä esimiesten olla ajan tasalla tämmösestä kuntoutuksesta.”

Kuntoutajat toivoivat esimiehiltä tämän lisäksi suurempaa huomiota koko työyhteisön hyvinvointiin. Vaikka kuntoutus olisikin tuonut itselle uusia voimia ja keinoja jaksaa työelämässä, tilanne voi kääntyä taas pääläelleen, jos kuntoutuja joutuu palaamaan takaisin samaan, huonosti voivaan työyhteisöön.

Kuntoutuksen aikana tehty yhteistyö muiden tahojen kanssa

Suurimmalle osalle kuntoutujista oli järjestetty verkostotapaamisia, joissa oli paikalla työterveyshuollon edustaja ja joissakin tapauksissa myös esimies. Verkostotapaamiset koettiin hyödyllisiksi ennen kaikkea jatkoon kannalta.

”Mulla oli johtaja ja työterveydenhoitaja, meidän omahoitaja tässä viimeisessä tapaamisessa. Oli mulle sillai antosaa kun tään työterveydenhoitajan kanssa sovittiin, että on otettava tammikuun lopussa häneen yhteyttä. Että miten niinku lähtee menemään tään kuntoutuksen jälkeen. Tavallaan on vähän niinku jotakin jatkuvuutta kuitenkin itelle tiedossa.”

Kuntoutajat kokivat, että heitä koskeva tieto välittyi työterveyshuoltoon verkostotapaamisten kautta hyvin. Muulle hoitotaholle tieto välittyi vain, jos kuntoutuja itse huolehti siitä. Jos verkostotapaamisia ei järjestetty, kuntoutuksen koettiin olevan irrallinen työstä, työterveyshuollosta tai muusta hoidosta. Niissä tapauksissa, joissa verkostotapaamisten järjestämisestä oli vastuussa työterveyshuolto, tapaamisiin olisi toivottu mukaan ohjaajia.

Kuntoutuksen oikea-aikaisuus

Suurimmalle osalle kuntoutujista kuntoutus oli ajoittunut oman arvion mukaan oikeaan aikaan. Osa kuitenkin arvioi, että olisi tarvinnut kuntoutusta jo varhaisemmassa vaiheessa. Eräs kuntoutuja kertoi vasta nyt ymmärtäneensä, että olisi tarvinnut tukea jo vuosia sitten.

H1: ”Olis pitänyt olla aikaisemmin, ni ei olis mennyt niin pitkään. Et yksikseen vaan murehti niitä asioita.”

H2: ”Mulla oli kyllä sama, että enemmän varmaan olis ollu hyötyä kun olis aikaisemmin päässyt, sit sieltä kuopan pohjalta tuli muilla keinoilla sitten.”

H1: ”Joo, olisin voinut tulla jo paljon aikaisemmin. Kyl mä huomaan sen kun mä mietin aikaan taaksepäin, et kyl mä oon alkanut lipsuu sinne väsymisen tielle niin monta vuotta sitten jo, mä oon vaan niinku et kyl mä jaksan töissä olla, mut sit mä en jaksanut enää mitään muuta, mä en päässyt enää kauppaan, en yhtään mihinkään.”

Kuntoutujien joukossa oli myös muutama sellainen, joka arvioi kuntoutuskurssin ajoittuneen omalla kohdallaan liian varhaiseen vaiheeseen.

”Jos mää olisin silloin lähtenyt kun sitä eka kerran ehdotettiin, niin en mää olis saanut niin paljon irti tästä. Siinä kohtaa on parempi, et ei oo ihan niin se pahin vaihe itellä menossa, että pystyy ottaan vastaan mitä täällä.”

Kuntoutuksen päättyminen

Kuntoutujien tunnelmat ja tunteet kurssin päättyessä olivat moninaisia. Osa ryhmistä halusi pitää tulevaisuudessakin yhteyttä muihin kurssilaisiin, ja sen suuntaisia suunnitelmia oli jo tehty.

Osa ryhmistä puolestaan teki tietoisien valinnan olla pitämättä aktiivisesti yhteyttä kurssin päätyttyä, vaikka olivat viihtyneet hyvin yhdessä. Syyksi tähän kerrottiin se, että kuntoutujat katsoivat kurssin olleen yksi etappi elämänvaiheessaan, josta haluttiin eteenpäin taakse katsomatta.

Osalla kuntoutujista oli huoli pärjäämisestä kurssin päätyttyä, osa puolestaan luotti tulevaisuuteen ja omaan pärjäämiseensä. Toimiva työterveyshuolto lisäsi luottamusta ja turvallisuuden tunnetta tulevaisuuden suhteen. Suurin huoli oli niillä henkilöillä, jotka olivat esimerkiksi saaneet lopputilin ja joilta työterveyshuollon palvelut olivat siten loppuneet. Kaikki ryhmät ilmaisivat, että ryhmää ja sen jäseniä tulee ikävä.

Kuntoutujien kokemukset työterveyshuollosta

Kuntoutujien kokemukset työterveyshuollosta olivat hyvin kirjavat. Kielteisiä kokemuksia työterveyshuollosta olivat ensinnäkin pitkät jonot ja hoitoon pääsemisen vaikeus. Toisaalta työterveyshuollon miellettiin olevan kädetön, jos kyse on työyhteisön ongelmasta.

”Pystyykö tää X (työterveyslääkäri) oikeesti, kun se on meidän lääkäri, niin miten se vois niinku tähän kauheesti vaikuttaa? Kun tää on osittain meidän töistäkin johtuvaa, niin ei se pysty lääkärinä niinku siihen vaikuttaa, et meidän työnantaja kohtelee meitä.”

Osalla kokemukset työterveyshuollosta olivat hyvinkin myönteiset. Työterveyshuollon miellettiin luovan turvaa palveluiden saatavuudesta. Hyvänä pidettiin sitä, että työterveyshuollossa omat asiat olivat tiedossa eikä joka kerta ollut tarpeen aloittaa omaa sairauskertomusta alusta. Työterveyshuolto loi tärkeän jatkumon palveluiden ketjussa.

”Miulla on ollu kyllä sillai, että mie oon käyny aika monessa paikassa, ennen kuin mie tulin tähän AMIin. Se oli kyllä aika rankkaa, kun joutu aina alottaa alusta. Mutta nyt on taas toisaalta hyvä, kun on tuo työterveys, niin ne tietää ne jutut. Ei tarvi alottaa alusta, vaan mikä on nyt. Sellanen jatkuma on hyvä olla olemassa.”

4.4.7 Kuntoutujien fokusryhmähaastattelut: arviot AMI-kuntoutuksen hyödyistä ja koetusta vaikuttavuudesta

Kuntoutujien haastatteluissa esiin tulleet hyödyt voidaan luokitella kahdeksaan teemaan: 1) voimaantuminen ja työssä jaksaminen, 2) vertaistuki, 3) rohkeus ja kyky ilmaista itseään, 4) tieto masennuksesta, 5) omien voimavarojen, voinnin ja avun tarpeen tunnistaminen, 6) päivärytmi, 7) aktiviteetteihin osallistuminen ja 8) tunne arvostetuksi tulemisesta.

Voimaantuminen ja työssä jaksaminen näkyivät kuntoutujien lisääntyneenä kykynä rajata omaa työtään ja suorittamistaan. Samalla kuntoutujat olivat oppineet olemaan armeliaampia itselleen ja olemaan potematta huonoa omaatuntoa tekemättömistä töistä. Kuntoutujat osasivat paremmin pitää puolensa ja asennoitua vaikeisiin tilanteisiin.

H1: ”Asennoituminen tiettyihin tilanteisiin.”

H3: ”Ja huomaa just sen ei-sanon, se ei ookaan vaarallista, eikä siitä tapahdukaan mitään kauheeta, niinhän muutkin tekee ja et se on luvallista.”

H4: ”Ei saa olla liian kiltti.”

Kuntoutujat kertoivat saaneensa kurssilta vertaistukea. Vertaisryhmässä kuntoutujat olivat voineet puhua omista kokemuksistaan ja tuntemuksistaan huomaten, että muillakin on samanlaisia kokemuksia ja tuntemuksia.

”Sitten on vaikea kuvitella semmosta puheseuraa, ihan läheisten ihmisten kanssa on aika vaikea puhua sillä tavalla, siinä erilaiset intressit helposti törmää. Tällaisten vertaisten kanssa, joilla on samoja kokemuksia, jotka ymmärtää, se on kaikista paras seurakunta. Toisten kautta voi peilata sitä omaa tilannetta. Mää lähin hakemaan vertaistukea ja vertaiskeskustelua ja musta se on ehattamasti se paras. Mää uskon siihen omalla kohallani.”

Keskustelut olivat avanneet kuntoutujille aivan uusia näkökulmia ja ajatusmalleja. Keskustelua eteenpäin vievillä ohjaajilla oli tässä merkittävä asema. Ohjaajat olivat vetäneet ryhmäkeskusteluja ammattitaidolla.

”Mut et täällä loppujen lopuksi sitten asiantuntevat ohjaajat, jotka on sitä keskustelua vienyt ja esittäneet ehkä asiallisia kommentteja, että oletko sä ajatellut tai et jos sä ajattelisit näin päin. Et se asia meni jonnekin, eikä vain et vaan tuulettaa.”

Ryhmässä kuntoutujat tunsivat tulleen ymmärretyiksi. Haastatteluihissa ilmeni vahva ryhmän keskinäinen luottamus ja avoimuus, minkä myös kuntoutujat itse toivat esille. Ryhmä tarjosi turvallisen ympäristön olla oma itsensä.

”Olin itekkin yllättynyt tähän, miten minä oon saanu kerrottua tiettyjä asioita elämäni varrelta, joita oon kertonu vain yksityiselle lääkärille. On semmonen luottamuksellinen tää yhteisö. Tulen hyvin ymmärretyksi.”

Kuntoutujat olivat saaneet lisää rohkeutta ja kykyä ilmaista itseään. Ryhmäkeskusteluiden myötä kuntoutujat kertoivat oppineensa paremmin ilmaisemaan tunteitaan.

”Mä olen oppinut ilmaiseen tunteita. Et on ollu, kenelle puhua. Et mä olen puhunu täällä sellaisia, joita en ole puhunut ystäville enkä siskolle enkä kellekään muulle.”

Kurssin myötä kuntoutujat olivat myös saaneet tietoa masennuksesta. Tieto on auttanut kuntoutujia suhtautumaan omaan sairauteen, mutta myös tunnistamaan oireita.

”Mulle tää kurssi anto niinku sairaudelle kasvot, et mitä ne mun oireet on ollu, mistä ne johtuu. Saanu siihen tietoo.”

”Ja sitten semmosta että voi tarkkailla itseään tavallaan vähän niinku ulkopuolelta. Masennus on niinku joku, johon voi suhtautua, siis että se en ole minä vaan se on jokin minussa.”

Kurssin myötä kuntoutujat olivat paremmin oppineet tuntemaan omat voimavarat sekä tunnistamaan avuntarpeen. Omien voimavarojen mahdollisuudet ja rajallisuus

olivat tulleet tutummiksi. Samalla kuntoutujat olivat oppineet armeliaisuutta itseään kohtaan, olemaan murehtimatta liikoa sekä hellittämään hetkeksi ilman huonoa omaatuntoa.

”Sitte omalla kohalla ainakin omien voimavarojen tunnistaminen, niiden hyödyntäminen ja senkin hyväksyminen, että ne alkaa loppumaan. Et voi silleen hyvällä omallatunnolla ottaa sen huilitauonki. Koska kun töissä työtaakka ei millään tavalla kevene, niin sitten saa ottaa huilia. Olla murehtimatta niitä töitä sitten.”

Kuntoutujat kertoivat, että he olivat oppineet paremmin tunnistamaan masennuksen ensi merkit. Samalla he olivat oppineet tietämään, mistä voi hakea apua.

”Ainaki ite on huomannu, että nyt tuossa syksyllä ku olin paremmassa kunnossa ja nyt on taas vähän lähteny takapakkiin menemään niin oon osannut mennä työterveyteen puhumaan ja sanomaan, että nyt tarvii huilitauon. Että huomaa itekki ne merkit, mitä tapahtuu ja millon pitää hakea apua ja mistä sitä saa. Ja tietää, ettei ole yksin.”

Kurssi loi kuntoutujille selkeän päivärytmin. Tämä oli tärkeää etenkin niille kuntoutujille, jotka olivat parhaillaan sairauslomalla. Kurssille lähteminen pakotti toimimaan: pukeutumaan, laittamaan itsensä lähtövalmiiksi ja lähtemään pois neljän seinän sisältä.

H1: ”Ihan noin konkreettisesti mua auttaa ainakin just se, että et oli se rytmi siinä. Että sun piti sitten vähän laittaa ittees ja pukee vähän vaatteita ja vähän pestä tukkaa. Ja että myös tämmönen ihan niinku konkreettinen. Että sun pitää lähteä sieltä kotoa ulos ja et se olis hyvä kyllä. Muuten sitä niin kun on tämmösessä tilassa, ni vaan helposti jää sinne nyhjättämään.”

H2: ”Mäkin olin sairauslomalla koko sen ajan, ni mä olisin ihan hyvin voinut olla vaan siinä sohvan pohjalla.”

Kurssin myötä kuntoutujille avautui mahdollisuus osallistua erilaisiin aktiviteetteihin ja kokeilla kenties jotakin uutta harrastusta, mitä ei olisi muutoin tullut kokeiltua lainkaan. Yhteiset retket, tutustumiset uusiin asioihin ja uudet kokemukset tuntuivat tärkeiltä.

”Esimerkiksi kun oltiin siellä suolahuoneessa. Elämykset, kokemukset, se tieto, se tunnelma. Siis se palvelee muutenkin, kun että sun hengitys. Tulee lähdettyä, ei mun muuten olis tullu mihinkään tommoseen.”

Kuntoutujat toivat esille myös sen, kuinka he olivat saaneet tuntea itsensä arvostetuiksi ihmisinä. Erään palveluntuottajan ohjaajat toivat ryhmätapaamiskerroille itse leipomiaan herkkuja. Tämä teki kuntoutujiin suuren vaikutuksen. Ohjaajien lämmin läsnäolo, mutta myös heidän panostuksensa tapaamispaikkojen viihtyvyyteen ja tarjoihin toi kuntoutujille tunteen, että heitä kunnioitetaan ja arvostetaan.

”Kyllähän siinä tuleekin, et onks mä näin arvokas et mä saan näin hyvää ruokaa. Ja semmonen kunnioitus just mikä tulee siinä läsnäolossa tulee myös ruoan muodossa.”

Kuntoutujat eivät kokeneet kuntoutuksella olleen minkäänlaisia haittavaikutuksia, jos ajan menetystä ei sellaiseksi lasketa. Kuntoutujat toivoivat yksimielisesti jatkoa AMI-kuntoutukselle.

Yhteenveto kuntoutujien haastatteluista

- Kurssin avomuotoisuus koettiin tärkeäksi: se oli usealle edellytys osallistua kurssille.
- Joidenkin työnantaja tuki kurssilla käymistä ja kurssilla käytiin työajalla, mutta kaikilla ei ollut siihen mahdollisuutta.
- Kaikki kuntoutujat eivät olleet kertoneet kurssista työnantajalleen, leimaantumisen tai työn menettämisen pelko oli yleistä. Nämä kuntoutujat kokivat kurssin täysin irralliseksi työstä.
- Kurssille osallistuminen työn ohessa tai työpäivän jälkeen illalla koettiin rankaksi. Ryhmätapaamiset koettiin kuitenkin niin voimaannuttaviksi ja antoisiksi, että tapaamisissa haluttiin käydä.
- Ryhmämuotoisuus jännitti aluksi kuntoutujia, mutta vertaisryhmä osoittautuikin voimavaraksi.
- Kaikki eivät välttämättä päässeet ryhmätapaamisissa ääneen haluamallaan tavalla. Tapaamiskerroille toivottiin lisää pituutta.
- Kuntoutujat toivoivat kurssin loppuvaiheeseen muutamaa tapaamiskertaa lisää, jotta pudotus ”tyhjän päälle” ei tuntuisi niin pahalta.
- Luottamus ryhmässä koettiin ensiarvoisen tärkeäksi.
- Vertaistuen synty ja ryhmän toimiminen oli suuresti ohjaajasta kiinni, ja hänen ammattitaitonsa ryhmäkeskusteluja ohjatessa koettiin tärkeäksi.
- Verkostopalaverit, joissa on mukana työterveyshuolto ja esimies, koettiin tärkeiksi. Kaikille tällaisia tapaamisia ei ollut järjestetty.
- Työterveyshuolto toi tärkeän jatkumon ja turvan kuntoutuksen päätyessä lisäen luottamusta tulevaisuuteen.
- Voimaantuminen, työssä jaksamisen parantuminen sekä vertaistuki olivat kuntoutuksen parasta antia.

4.4.8 Projektiryhmien fokusryhmähaastattelut: AMI-kuntoutuksen vahvuudet

Palveluntuottajakohahtaisiin projektiryhmiin osallistuneet toimijatahot (kuntoutuslaitos, lähettävä ja hoitotaho, Kela sekä työpaikat) kertoivat haastatteluissa kokemuksistaan ja näkemyksistään AMI-kuntoutusmallin toimivuudesta, kuntoutuksen vahvuuksista ja heikkouksista, kuntoutusmallin soveltuvuudesta terveydenhuollon ja Kelan vakiintuneeksi toiminnaksi sekä kuntoutukseen liittyviä kehittämissajatuksia.

Kuntoutuksen vahvuus oli kuntoutusmallin toimivuus. Toimivuuden osatekijöitä olivat kuntoutuksen rakenne, ryhmämuotoisuus, yhdyshenkilötoiminta ja verkostotapaamiset.

Kuntoutuksen rakenne

Vuoden mittaisen avomuotoisen kuntoutusintervention nähtiin mahdollistavan kuntoutujan oman mielen työskentelyn ja prosessoinnin työn ohessa. Kuntoutuksen jaksotus ja jaksojen ulottuminen pitkälle ajanjaksolle toi prosessiin jänteveyttä. Kuntoutuksen pitkä kesto mahdollisti myös seurannan ja työterveyshuollon tuen vuoden ajan.

”Kun siinä on 18 niitä iltapäivän käyntikertoja, niin se kyllä tuo semmoisen aikamoisenkin projektin ihmisten mieleen. Et se semmoinen ihmisen oma psyykinen prosessointi on kyllä silleen mahdollista.”

”Tässä kuitenkin vuosi ollaan sen kuntoutujan kanssa mukana ja siihen koko ajan liitetään ja se työterveyshuolto on siinä koko ajan mukana.”

Laitosmuotoiseen kuntoutukseen verrattuna kevyempi AMI-kuntoutus mahdollisti kuntoutuksen, työn ja muun arkielämän yhdistämisen. Kuntoutus tapahtui lähellä kuntoutujia, minkä arvioitiin madaltaneen hakeutumiskynnystä. Avomuotoinen toteutus antoi tilaisuuden myös niille, joilla ei ollut mahdollisuuksia lähteä kauemmaksi kuntoutukseen. Syinä saattoivat olla esimerkiksi pienet lapset ja muut hoidettavat omaiset. Kevyempi kuntoutusmuoto auttoi myös työnantajaa järjestämään työstä poissaoloja.

”Jos noista vahvuuksista puhutaan, tämä on pitkä prosessi ja sit tämä on pitkäksi prosessiksi aika kevyt.”

”Täällä on ollut vaikka minkä ikäisiä, kenellä on pieniä lapsia, on jotain omaishoitettavia, joita ei voi jättää pitkäksi aikaa.”

Ryhmämuotoisuus mahdollisti vertaistuen ja yhdessä oppimisen

Kuntoutusmallin rakenteen vahvuutena pidettiin sitä, että kuntoutusohjelma muodostui pääosin ryhmämuotoisesta toteutuksesta, jota täydensivät yksilötapaamiset.

”Siinä se struktuuri myös, että on nämä yksilöajat, haastattelut, niin ne tukee sitä ryhmää. Että saa sitten tulla yksilöllisestikin kuunnelluksi.”

Ryhmästä kuntoutajat saivat kaipaamaansa vertaistukea ja ymmärrystä. Lisäksi ryhmä mahdollisti vielä vertaistukeakin merkittävämmäksi arvioidun hyödyn eli yhdessä oppimisen ja oivaltamisen.

”Ja kukaan ei voi ymmärtää sitä, jolla on huono olo niin yhtä hyvin kuin se, joka on käynyt sen lähiaikoina itse läpi. Et se, että ihminen tulee kuulluksi, nähdyksi ja ymmärretyksi sen pahan olon kanssa, niin sillä on niin hoitava merkitys.”

”Se on enemmän kuin vertaistuki, se jotenkin yhdessä oppimista, yhdessä oivaltamista, yhdessä kasvamista.”

Kuntoutuksen katsottiin onnistuneen, vaikka samassa ryhmässä oli sairauden eri vaiheissa olevia kuntoutujia. Tilanteen arveltiin olevan terapeutista prosessia edistävä ja tukeva.

”Tässä ryhmässä oli nimenomaan hyvin eri kuntoisia, mutta sitten osoittautui niin, että ne jotka olivat parempikuntoisia, ikään kuin vertasivat sitä omaansa näiden huonompikuntoisiin ja nämä taas toimivat taas päinvastoin mallina parempikuntoiset sitten huonommille.”

”Kun ajatellaan masennusta ylläpitäviä tekijöitä, niin semmonen individualismi meidän yhteiskunnassa ja tässä elämäntavassa on yksi semmoinen asia, joka ylläpitää, ja siksi ajatellut että tämäntyyppinen ryhmäkuntoutus toimii, koska siinä on se yhteisö.”

Yhdyshenkilötoiminta

Projektiryhmiin osallistuneet olivat yksimielisiä keskeisten yhteistyötahojen yhdyshenkilötoiminnan eduista kuntoutuksessa. Kuntoutujien valintaprosessi tuli yhdyshenkilöiden myötä joustavammaksi ja nopeutui. Kelan suorittaman lopullisen valinnan lähettäjätahon esittämistä kuntoutujaehdokkaista katsottiin onnistuneen hyvin ja osoittavan samalla yhdyshenkilöiden osaamista ja hyvää yhteistyötä.

”Niin mä luulen, et sen takia, että meillä on niin osaava tää Kelan yhteyshenkilö, tää on sujunut tosi hyvin.”

Yhdyshenkilötoiminnan ansiosta tiedettiin, kehen otetaan tarvittaessa yhteyttä. Kelan yhdyshenkilö pystyi tiedottamaan reaaliaikaisesti jonotilanteesta ja myös tekemään kuntoutuspäätöksiä kuntoutuksen käynnistymiseen saakka. Se edellytti, että hän sai vastaavasti tietää lähettäjätahoilta kuntoutujaehdokkaat. Vastaavasti työterveyshuoltojen yhdyshenkilöt ja koordinaattorit pystyivät Kelan yhdyshenkilöltä saamansa tiedon pohjalta vielä tehostamaan kuntoutujaehdokkaiden etsintää.

”Et kyl yhdyshenkilöt on tärkeit joka taholla, et on nimetty et keneen voi olla yhteydessä oli sitten Kela tai työterveyshuolto tai palveluntuottaja.”

”Sit pitäis työterveyshuollossa olla kuntoutusyhteyshenkilö, jolle vois tehdä markkinointipostia.”

Verkostotapaamiset

Kuntoutuksen yksi keskeinen yhteistyöfoorumi oli kuntoutusohjelman päätösvaiheeseen sisältynyt verkostotapaaminen, joka toteutui pääosin kuntoutuslaitoksen omaohjaajan, työterveyshuollon edustajan ja kuntoutujan kesken. Kaikilla kuntoutuskursseilla sitä ei kuitenkaan järjestetty.

”Ja sit me ollaan ainaki kauheesti ajettu sitä sisään, jotenki tässä koko kuntoutuksen aikana, että työterveyshuolto on se, joka on koko ajan tässä mukana. Ne on erityisen merkittäviä ne viimeiset verkostotapaamiset, siellä on aina se oma työterveyshoitaja, jonka kanssa varataan jo aika seurantaan. Ne on musta hyviä tosi toimivia käytäntöjä.”

Päätösvaiheen verkostotapaamisessa sovittu seuraava työterveyshuollon käynti koettiin tärkeäksi prosessin jatkuvuutta edistäväksi käytännöksi. Järjestely lisäsi kuntoutujan turvallisuuden tunnetta kuntoutuksen päättyessä.

”Jatkuvuuteen liittyy myös se, että asiakkaat ovat kokeneet äärimmäisen tärkeänä sen, että siinä verkostotapaamisessa on ihan konkreettisesti sovittu, että seuraava tapaaminen on kuukauden päästä tai että nyt joulun asti sovitaan et kuukauden välein, kahden kuukauden välein työterveyslääkärin tai työterveyshoitajan kanssa.”

Kuntoutukseen sisältyneiden verkostotapaamisten lisäksi tai niiden sijaan kuntoutujilla saattoi olla kuntoutuksen aikana työterveyshuollon kautta järjestettyjä ns. kolmikantaneuvotteluja, nykyään työterveysneuvotteluja, joihin osallistuvat tavallisesti työntekijä, esimies ja työterveyshuolto (esim. Seppänen 2014). Kuntoutujan kanssa saatettiin keskustella työterveyshuollon työpaikalla järjestämästä yhteisestä neuvottelusta sekä siinä esille otettavista asioista. Kaikilla kuntoutujilla tapaamisen järjestämistä kuntoutuksen aikana ei pidetty tarpeellisena, vaan sovittiin työterveyshoitajan kautta seurannasta mahdollisine jatkotapaamisineen.

”Ollaan melkein mietitty sanat suuhunsa, että mitä he sanoo siellä työterveyshuollon ihmisille ja mitä he haluaa sitten että työterveyshuolto tukee, kun eivät uskalla sanoa työnantajan puolelle. Että on mietitty ne tilanteet valmiiksi ja sitten he ovat menneet sinne.”

Kuntoutuksen päätyttyä myös palveluntuottajan laatima kuntoutusseloste jatkosuosituksineen suuntaa ja turvaa kuntoutuksen jatkoprosessin etenemistä työterveyshuollossa ja työhön liittyvissä asioissa työpaikalla.

”Lopuksi kun tulee se välikuntoutusseloste ja sitten se lopullinen. Siihen on tehty suosituksia niin, et jos on erityisesti niin ollaan laitettu, että suositellaan tapaamisia oman terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa tai tarvii tukea tässä ja tässä asiassa tai tämän ja tämän asian toteuttamisessa työpaikalla tai jotakin muuta.”

4.4.9 Projektiryhmien fokusryhmähaastattelut: AMI-kuntoutuksen haasteet

Kuntoutuksen haasteet liittyivät kuntoutuksen käynnistymisen epävarmuustekijöihin. Näitä olivat kuntoutujien rekrytointiongelmat, pelko seuraamuksista, kuntoutustarpeen tunnistamisen vaikeus, kuntoutukseen lähettämisen kynnyks ja työterveyshenkilöstön kuntoutusorientaation kirjavuus.

Kuntoutujien rekrytointiongelmat

Hankkeen käynnistysvaiheessa kuntoutujien valintaa ei käytännössä voitu toteuttaa, koska kuntoutujaehdokkaita oli vähän. Kaikkia kursseja ei saatu täyteen, vaikka ohjaajat olivat käyneet tiedottamassa kuntoutuksesta useille potentiaalisille lähettäjätahoille.

Psykiatrian poliklinikalta olisi haluttu lähettää kuntoutujia, mutta siellä asioiden asiakkaiden työssäolokriteerit eivät täytyneet. Mielenterveystoimiston ja erikoissairaanhoidon tilanteen arvioitiin olevan samanlainen.

”Olisin mielelläni lähettänyt potilaita, mutta ei ole ollut yhden yhtäkään. Olis ollut hyvä hanke, mutta ei ole ollut soveltuvia potilaita.”

Pelko seuraamuksista

Rekrytoinnin ongelmien osasyiksi epäiltiin myös taloudellisesti tiukkaa aikaa, jolloin masennusdiagnoosin saamista koetetaan välttää irtisanomisen tai lomautuksen pelossa.

”Ei heidän asiakkaat, työntekijät, kun taloudelliset ajat on tiukat, YT:t uhkaa, niin ei he halua masennusdiagnoosia ennenkun viimeisessä hädässä ja sitten ollaankin jo psykiatrian palvelujen piirissä.”

Mielenterveyskuntoutuksen puheeksi ottamista vastaanottotilanteessa ei koettu aina helppona asiana. Joskus epäiltiin omaa rohkeutta esittää kuntoutusta asiakkaalle siinä pelossa, että asian esille otto vain pahentaa tilannetta ja asiakas loukkaantuu.

”Joskus uskaltaa ehdottaa, mutta joskus taas, ettei kannata ehdottaa, ettei siitä kuitenkaan hyvää seuraa.”

”Et mielenterveyshäiriöihin edelleen liittyä kauhee häpeä. Se on paljon helpompi murtaa jalkansa kuin murtaa mielensä.”

Kuntoutustarpeen tunnistamisen vaikeus

Mielenterveyskuntoutuksen tarpeen havaitsemisen arvioitiin vaativan työterveys- huollon ammattihenkilöiltä suurempaa herkkyyttä kuin muuhun kuntoutukseen ohjaaminen.

”Mitä useammalla henkilöllä on herkät tuntosarvet, ne hoksaa.”

Miesten erilainen masennukseen liittyvä oireilu oli selkeästi yksi kuntoutustarpeen tunnistamista vaikeuttava tekijä.

”Ja miehen depressio, masennus tulee eri tavalla esiin kuin naisen. Et ne voi olla ihan hirveen ärtyneitä tai ne juo.”

Naisten arvioitiin tunnistavan oman masennuksensa miehiä paremmin, mikä sinänsä jo edistää yhteydenottoa työterveyshuoltoon. Naiset myös sanoittavat pahan olonsa käyttämällä termiä masennus. Miesten tilannetta katsottiin hankaloittavan vielä miehille tyypillinen viivytely hoitoon hakeutumisessa.

”Et tässä näkyy se, että naiset kyl sen jotenkin tunnistaa paremmin. Ja sitte se, että vaikka mies sen tunnistaisi, kyllä siinä on hirveen iso kynnys lähtee sitä jonnekin ja porukoille niinkun, oikein porukkana miettimään, et mikä tässä on.”

”Naiset käyttävät sanaa masennus. Tämä on mun käytännön kokemus.”

”Et ne on enemmän just sellaisia, et ne sitkittellee ihan sika pitkälle ja ne käy käy harvoin siellä työterveyshuollossa ja harvemmin terveydenhuollossa.”

Kuntoutukseen lähettämisen kynnys

Projektiryhmässä arvioitiin, että jos kuntoutukseen lähettamisestä ei ole omakoh- taista kokemusta, kynnys lähettää ensimmäinen oma asiakas kuntoutukseen on korkea. Kuntoutukseen lähettäminenkin edellyttää kuntoutuksen tuntemusta, jonka toivottiin lisääntyvän kokemuksen karttuessa.

”Semmoinen, et kun se tulisi tutummaksi, kävis läpi vaikka kerran ja sit se jo alkais tuntua ja saisi palautetta.”

”Et kyl minun kokemus on, et se tarvii niinkun semmosen tietyn työntekijältä tietyn osaamisen, kiinnostuksen, niinkun luottamuksen.”

Lisäksi kuntoutukseen lähettämisen katsottiin vaativan kuntoutujaehdokkaan pidem- piaikaista tuntemista. Kuntoutuksen puheeksi oton arvioitiin edellyttävän myös sitä, että masennus on sellaisessa otollisessa vaiheessa, jolloin asiasta voidaan ylipäätään

keskustella. AMI-kuntoutuksen katsottiin soveltuvan hyvin henkilöille, joilla oli takanaan jo yksi tai kaksi masennusjaksoa. Kuntoutukseen ohjaamista saatettiin pitää vain aikaa vievänä lisärasitteena nopeitempöisessä vastaanottotyössä.

”Joissakin keskusteluissa, ei tiedä koskeeko se sit niin työterveyshuoltoja, mut et selkeesti me saatiin vastaukseksi, että ei meillä ole aikaa ruveta sillä tavalla katsomaan et kuka nyt hyötyisi tästä kurssista ja todistuksia kirjottamaan ja läheteitä laatimaan, et me hoidetaan mahdollisimman hyvin ja nopeesti ketkä tulee vastaanotolle.”

Työterveyshenkilöstön kuntoutusorientaation kirjavuus

Kiinnostus kuntoutusasioita kohtaan vaihteli työterveysyksiköiden sisällä. Yksikössä saattoi olla joitakin yksittäisiä aktiivisia työterveyshuollon ammattihenkilöitä, jotka pääasiassa huolehtivat yksikön kuntoutujaehdokkaiden valinnasta. Muut olivat passiivisia asian suhteen. Tämän tilanteen arvioitiin aiheuttavan myös eriarvoisuutta työterveysasiakkaiden palvelutarjonnassa.

”Ja sit rekrytointi tuntuu olevan haaste. En mäkään nyt voi uskoa, että meilläkin vain kahdella työterveyslääkärillä seitsemästä käy niitä masennuspotilaita.”

”Osa työterveyshoitajista oli erittäin hyvin motivoitunut ohjaamaan kuntoutukseen ja kuntoutujien mielenkiinto ja halukkuus oli motivoinnin jälkeen myös helposti saavutettavissa.”

Ongelman syynä pidettiin terveydenhuollon henkilöstön omaa totuttua toimintatapaa, jolloin kuntoutukseen ohjaamisen mahdollisuutta ja vaihtoehtoa ei muisteta tai huomata kiireisessä vastaanottotyössä. Toimitaan pääasiassa hoitonäkökulman pohjalta Käypä hoito -suositukseen nojaten. Kuntoutusorientaatio puuttuu.

”Siinä on semmoinen selkeä haaste, on se kuntoutusnäkökulma ylipäättään näissä depressiohoidoissa. Että muistetaanko sitä sitten siellä vastaanotolla. Ja mä luulen, et se suoraan vaikuttaa myöskin, ettei hoksata lähettää, kun ei ole sitä näkökulmaa. Et se on hyvin tämmöinen hoitonäkökulma, et katsotaan depression käypähoito, et mitä tablettia määrätään. Et vähän se ajattelu puuttuu.”

”Voi olla, että vähän tiedetäänkin, mut se ei vaan kuulu siihen käytännön työkalupakkiin. Että ajateltais, että mitkä on depressiohoidon kivijalat, että on lääkehoito ja terapia niin sitten pitäiskö siinä olla niinku kuntoutus myös, niin sehän unohtuu.”

Uuden kuntoutusmuodon muistaminen ja siitä tiedottaminen uusille lääkäreille koettiin haasteelliseksi.

”Näin kun ajattelee itseäni työssä, niin koko ajan tään asian niinku muistaminen on haasteellista ja unohtuu. Ja sitten se, että kun meilläkin lääkärit vaihtuu usein,

koko kesän ollut ihan uusia. Ei riitä kapasiteetti kaikille näitä selostaa, koska ei tää ihan yksinkertainen asia ole.”

Muu kilpaileva kuntoutustarjonta

Työterveyshuolto-organisaatioiden kehittämä tai työterveysyksiköiden käytettävissä oleva muu palvelutarjonta lievemmistä depressio-oireista kärsiville saattoi vähentää AMI-kuntoutukseen ohjaamista.

”Kyllä se meillä ainakin on vaikuttanut se, että meillä pyörii kaksi kertaa vuodessa tämmösissä lievissä masennusoireissa. Että kyllä se varmasti vaikuttaa, että saa avun ettei ole tarvetta ohjata.”

Lisäksi samalla alueella muun mielenterveyskuntoutuksen tarjonnan arvioitiin vaikeuttaneen AMI-kuntoutukseen hakijoiden löytymistä kuntoutusmuotojen erilaisista valintakriteereistä huolimatta.

Yhteenveto projektiryhmien haastatteluista

AMI-kuntoutuksen vahvuudet

- Kuntoutuksen rakenne tuki kuntoutusprosessia työn ohessa (oman mielen työskentely ja prosessointi)
- Ryhmämuotoisuus mahdollisti vertaistuen ja yhdessä oppimisen
- Hyödyllinen yhdyshenkilötoiminta
- Verkostotapaamiset turvasivat kuntoutuksen jatkuvuuden erityisesti kuntoutuksen päätösvaiheessa

AMI-kuntoutuksen haasteet

- Kuntoutujien rekrytointiongelmia: kuntoutuksen puheeksiotto vaatii rohkeutta, kriteerit eivät soveltuneet asiakaskuntaan
- Pelko kuntoutukseen lähtemisen seurauksista
- Kuntoutustarpeen tunnistamisen vaikeus, miesten erilainen oireilu
- Kynnys lähettää ensimmäinen asiakas kuntoutukseen
- Työterveyshuollon henkilöstön kuntoutusorientaation kirjavuus asettaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan kuntoutukseen pääsyssä
- Muu palvelutarjonta karsii kuntoutujaehdokkaita

4.4.10 Ohjaajien ja lähettävän tahon arviot AMI-hankkeen ja kuntoutusmallin merkityksestä ja soveltuvuudesta

Kuntoutusta toteuttavilta ohjaajilta ja lähettävän tahon edustajilta kerättiin verkkokyselyissä arvioita AMI-hankkeen merkityksestä yhteistyön sekä kehittämistoiminnan kannalta. Tämän lisäksi paikallisten projektiryhmien haastatteluissa käsiteltiin hankkeen merkitystä ja hankkeessa kehitetyn kuntoutusmallin merkitystä. Kuntoutusta toteuttavat ohjaajat sekä työterveyshuollon edustajat arvioivat AMI-hankkeen edistävän yhteistyötä ja tiedonkulkua erityisesti kuntoutuslaitoksen ja työterveyshuollon välillä, mutta myös kuntoutuslaitoksen ja Kelan välillä. Vastaavasti julkisen terveydenhuollon avohoitoyksiköiden edustajien mukaan AMI-hanke edisti yhteistyötä ja tiedonkulkua kuntoutuslaitoksen, hoitotahon ja Kelan välillä (kuviot 11, s. 95).

Kaikki kolme tahoa pitivät AMI-kuntoutuksen merkitystä suurena niin mielenterveyspalveluita yleisesti kuin moniammatillista yhteistyötäkin kehitettäessä. AMI-kuntoutuksen arvioitiin edistävän mielenterveyskuntoutuksen tarpeen tunnistamista sekä prosessin jatkuvuutta. AMI-kuntoutusmalli koettiin käyttökelpoiseksi (kuviot 12, s. 95).

Ohjaajat nostivat avovastauksissaan esille AMI-kuntoutuksen merkityksen työssä käyvien psyykkisen tuen jatkotyövälineenä. Kaikille esimerkiksi psykoterapia ei sovi tai sellaiseen osallistuminen ei ole mahdollista. Kuntoutusmallin avomuotoisuutta kiiteltiin.

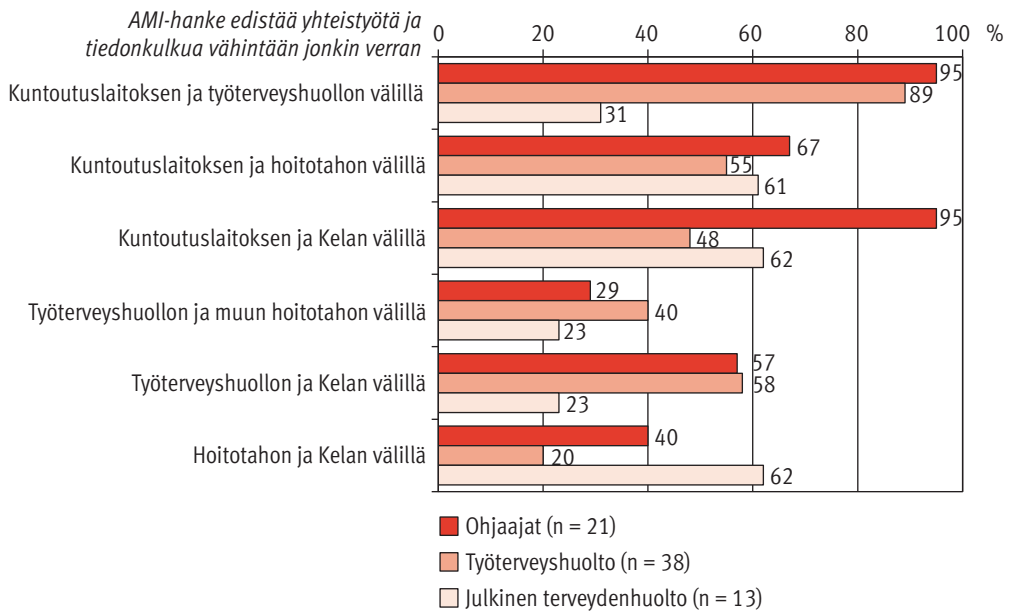
”AMI-kuntoutus on todella tärkeä jatkotyöväline työterveyshuollon psyykkiselle tukemiselle, koska seudullamme kunnalliset palvelut eivät palvele/tavoita näitä työssäkäyviä, pääosin hoitoalan ihmisiä. Myöskään kaikki eivät kykene/tarvitse psykoterapiaa, vaan juuri tämän muotoista kuntoutusta. Erityistä kiitosta on tullut AMIn avomuodosta, koska masentunut jaksaa huonosti lähteä toiselle paikkakunnalle. Omassa miljöössä arjen keskellä on ollut helpompi kuntoutua ja irrottautua kuntoutuksen prosessiin.” (ohjaaja)

Ohjaajat pitivät AMI-kuntoutusmallia vaativana mutta toimivana kuntoutusmuotona, jossa on varhaiskuntoutuksen piirteitä.

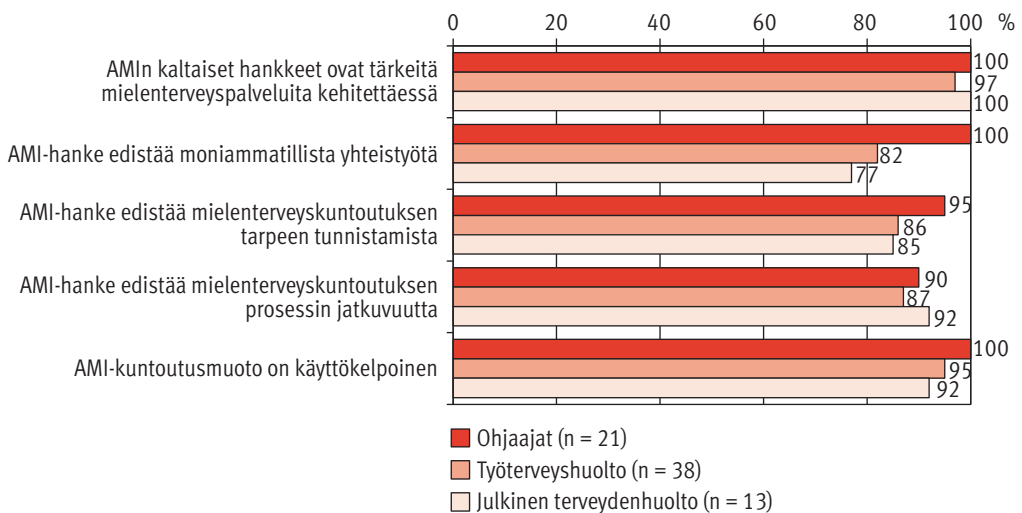
”AMI-sapluuna on vaativa sekä ryhmäohjaajille että kuntoutujille mutta tiiviyydessään, psykoedukatiivisuudessaan ja mielen ja kehon huomioidessaan erinomainen väline masennuksen varhaiskuntoutukseen ja uusiutumisen estämisessä.” (ohjaaja)

Varhaiskuntoutuksesta ei kuitenkaan kaikkien ohjaajien mielestä voinut puhua, sillä kuntoutukseen arvioitiin ohjautuneen kohderyhmää pidempään ja syvemmin masentuneita henkilöitä.

Kuvio 11. Ohjaajien, työterveyshuoltojen ja julkisen terveydenhuollon edustajien arviot siitä, kuinka hyvin AMI-hanke edisti yhteistyötä ja tiedonkulkua eri yhteistyötahojen välillä (%).



Kuvio 12. Ohjaajien, työterveyshuoltojen ja julkisen terveydenhuollon edustajien arviot AMI-hankkeen merkityksestä kehittämistoiminnassa (%).



”Lähes kaikki hankkeeseen tähän mennessä osallistuneet ovat olleet kohderyhmää pitempään ja syvemmin masentuneita, joten tavoite varhaisvaiheen interventioista ei ole täysin toteutunut.” (ohjaaja)

Myös lähettäjätahon edustajat näkivät AMI-kuntoutusmallin soveltuvaksi ja sille toivottiin jatkoa.

”Toivon, että AMI-kuntoutus jatkuu edelleen. Siihen soveltuvia potilaita kyllä on, kunhan heidät ymmärretään ohjata kuntoutusarvioon.” (työterveyshuollon edustaja)

Kuntoutusta koskevan tiedotuksen toivottiin tehostuvan, jotta AMI-kuntoutuksen kaltaista tukea tarvitsevat löytäisivät palvelun.

”Hanke pitäisi saada entistä paremmin työntekijöiden ja asiakkaiden tietoisuuteen, jotta sitä tarvitsevat löytäisivät sen.” (työterveyshuollon edustaja)

AMI-kuntoutusmuotoa pidettiin myös projektiryhmien näkemysten mukaan hyvänä ja sen vakiinnuttamista Kelan pysyväksi kuntoutusmuodoksi toivottiin.

”Toivottavasti AMI-kuntoutuksista tulee jatkossa osa Kelan kuntoutustarjontaa. Pari kurssia vuodessa olisi ainakin tarpeen jatkuvasti ja saisimme aina täyteen!”

”No ainakin siinä käy sillä tavalla, että työterveyshuollot saa tiedon siitä, että jos on pitkällä kuntoutuksella ihmisiä. Että ne ei pääse enää sillä lailla pelkästään psykiatrin lausunnolla kahdeksi vuodeksi pois työstä ilman, että niistä tulee mitään ilmoitusta. Ja masentunut ihminen ei jaksa miettiä, kenelle jokin asia kuuluu tai sitä tiedonvälitystä järjestää. Kuitenkin sitten niin osa tarvii pitkät hoidot ja terapiat, mutta että tämä antaa pohjan sillekin yhteistyölle.”

5 POHDINTA

5.1 Kuntoutujat hyötyivät ryhmämuotoisesta AMI-kuntoutuksesta

Avomuotoisen ja ryhmissä toteutetun AMI-hankkeen kuntoutujaa koskevan arviointitutkimuksen keskeinen tulos on kuntoutuksen aikana masennusoireilussa, toimintakyvyssä ja yleisessä elämännhallinnassa tapahtunut myönteinen muutos. Mielialaoireet ja psyykkinen kuormittuneisuus vähenivät merkitsevästi ja toimintakyvyn eri osa-alueilla tapahtui selvä muutos parempaan suuntaan. Arkipäivässä selviytyminen koheni ja elämänlaatu parani. Suurin osa kuntoutujista oli tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen, ja noin puolet koki saavuttaneensa tavoitteensa joko hyvin tai jopa odotettua paremmin.

Vaikka masennusoireilu helpottui suurimmalla osalla kuntoutujista, mukana oli myös kuntoutujia, jotka eivät kokeneet saaneensa apua kuntoutuksesta mielialansa kohenemiseen. Sitä selitti erityisesti alkutilanteen vakava masennusoireilu mutta myös kuntoutuksen aikana saadun hoidon vähäisyys tai sen puuttuminen. Kelan kehittämishankkeiden aikana edellytetään, ettei kuntoutus korvaa hoitoa vaan siitä huolehditaan myös kuntoutuksen aikana. Tuloksemme tukee kuntoutuksen aikaisen hoidon merkitystä myös kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta.

Suurimmalla osalla kuntoutujista oli toimiva hoitosuhde kuntoutuksen aikana. Oli kuitenkin yllättävää, että sekä kuntoutuksen alussa että sen päättyessä kursseilla oli kuntoutujia, joilla ei ollut sovittua hoitosuhdetta kuntoutuksen aikana. Kuntoutuksen alussa heitä oli yli neljäsosa kuntoutujista ja kuntoutuksen päättyessäkin 15 %. Hoitosuhteen puuttuminen ei liittynyt kuntoutujan oireiden vähäisyyteen: se oli jopa yleisempää niillä kuntoutuksen aloittaneilla, joilla masennusoireilu oli vakava-asteista (Tuulio-Henriksson ym. 2011). Kuntoutujalla tulisi olla mahdollisuus hoitoon, tukeen ja ohjaukseen paitsi hakeutuessaan kuntoutukseen myös siihen valmistautuessaan ja sen aikana. Myös jatkohoidon järjestämisen kannalta on tärkeää, että hoitosuhde on aktiivinen kuntoutuksen aikana.

Masennusoireilun ja psyykkisen kuormittuneisuuden vähenemisen lisäksi työ- ja toimintakyvyn koettiin kohentuneen kuntoutuksen aikana, vaikkakin oma työkyky arvioitiin keskimäärin korkeintaan kohtalaiseksi myös kuntoutuksen loppuessa. Kuntoutujien työtilanteessa ei tapahtunut suuria muutoksia, mutta osa kuntoutujista oli saattanut muokata työtään omaa vointia paremmin vastaavaksi kuntoutuksen aikana. Osalle oli tehty myös eläkeratkaisuja ja osa oli siirtynyt osapäivätyöhön. Kuntoutujan oma arvio siitä, jaksako nykyisessä työssä eläkkeelle asti, ei ollut juurikaan parantunut kuntoutuksen aikana. On mahdollista, että kuntoutuksen ajoittuminen aikaisempaan vaiheeseen olisi edistänyt paremmin työssä jaksamista. Vaikka kuntoutujat olivat keskimäärin varsin tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen, monet olivat itsekkin sitä mieltä, että kuntoutusta olisi tarvittu jo aiemmin.

Toimintakyky ei välttämättä kohene yhtä nopeasti kuin depression oireet vähenevät, vaan se voi olla heikentynyt vielä pitkänkin ajan sen jälkeen, kun oireet jo ovat lie-

vittyneet ja jopa hävinneet. Toimintakyvyn jälkioireet voivat olla riskitekijä uuden masennusjakson puhkeamiselle, joten toimintakyvyn kohentamisella voidaan vaikuttaa merkittävästi myös sairauden kulkuun (Isometsä 2014). Tutkimuksessamme toimintakyvyn osa-alueet kohenivat tilastollisesti merkitsevästi. Esimerkiksi psykososiaalista toimintakykyä arvioiva SOFAS-pistemäärä nousi kuitenkin vain niukasti kuntoutuksen alkuun verrattuna parempaa toimintakykyisyyttä kuvaavaan luokkaan kuntoutuksen päättyessä. Muutokset tapahtuivat usein heikentyneiden toimintakyvyn luokkien sisällä. SOFAS-asteikkoa suositellaan käytettäväksi mielialahäiriöpotilaiden toimintakyvyn arvioinnissa (Isometsä ym. 2011), ja myös tässä tutkimuksessa se soveltui hyvin seurannan välineeksi.

Masennustilaan liittyy usein kognitiivisen toimintakyvyn ongelmia erityisesti muistin ja keskittymiskyvyn osalta (Castaneda ym. 2009). Kognitio-ongelmat liittyvät yleisen toimintakyvyn heikkenemiseen ja toiminnanohjauksen puutoksiin, ja vaikka ne usein vähenevät masennushäiriön lieventyessä, erityisesti toistuvissa masennustiloissa ne voivat muuttua pysyvämmiksi (Kalska ja Kähkönen 2004). Tässä kuntoutujien aineistossa kognitiota arvioitiin kuntoutujan itse kokemien muistiin, keskittymiskykyyn ja uuden oppimiseen liittyvien ongelmien kannalta. Vain viidesosa kuntoutujista arvioi kuntoutuksen alkaessa näiden osa-alueiden toiminnan hyväksi tai erittäin hyväksi, mutta kuntoutuksen päättyessä näin arvioi yli kaksinkertainen määrä kuntoutujista. Kaikilla arvioiduilla osa-alueilla tapahtui kohenemista kuntoutuksen aikana, ja erityisesti keskittymiskyvyn koettiin selvästi parantuneen kuntoutuksen päättyessä.

Lähes neljäsosa kuntoutujista oli kuntoutuksen alkua edeltävänä vuonna terveydentilan vuoksi sairauslomalla sata päivää tai enemmän. Sairauspäiviä on voinut aiheuttaa mikä tahansa terveydentilaan liittyvä peruste, ei ainoastaan masennustila. Kuntoutuksen aikana tilannetta kysyttiin viimeksi kuluneen puolen vuoden ajalta, jolloin yli 50 päivän sairauslomia oli noin viidesosalla kuntoutujista. Niiden osuus, joilla sairauspäiviä oli vain vähän, oli kuitenkin kasvanut kuntoutuksen aikana yli puolella. Monilla kuntoutujilla oli pitkäaikaisia somaattisia sairauksia ja kiputiloja, jotka voivat osaltaan selittää sairauslomapäivien melko suurta määrää.

Kuntoutuksen alkaessa osa kuntoutujista oli joutunut järjestelemään ja selvittämään käytännön asioitaan (esimerkiksi työ- tai perhe-elämässä) ennen kuin voi hakea kuntoutukseen tai aloittaa kuntoutusjakson. Kuntoutukseen hakeutumista oli osalla vaikeuttanut tiedon puuttuminen erilaisista mahdollisuuksista saada kuntoutusta. Myös omat jaksamisongelmat ja vaikeus tarttua asioihin hankaloittivat kuntoutukseen hakeutumista. Työterveyshuollosta saatu tieto ja rohkaisu hakeutua kuntoutukseen sekä esimiehen tai puolison myönteinen suhtautuminen helpottivat hakeutumista. Myös oma motivaatio ja toivo saada apua masennukseen auttoivat kuntoutukseen hakeutumisessa.

Yli puolet kuntoutujista koki työ- ja toimintakykynsä sekä voimavarojensa kohenuneen, psyykkisten oireidensa vähentyneen ja itsetuntonsa parantuneen. Toisaalta lähes puolella kuntoutujista hoito- ja tukiverkosto, perhe- ja läheissuhteet sekä muut

sosiaaliset suhteet olivat kohentuneet vain vähän kuntoutuksen aikana. Tämä ehkä kuvastaa sitä, että kuntoutus on ollut kuntoutujan ”oma juttu”, jossa hänen lähipiirinsä ei ole ollut mukana. Eräs kuntoutuja kirjoittikin, että ”perhekin pitäisi saada jotenkin osallistumaan kuntoutukseen.” Vaikka kuntoutujan psyykkisen voinnin ja voimavarojen vahvistuminen voi auttaa laajemmin muillakin toimintakyvyn ulottuvuuksilla (Järvikoski ja Härkäpää 2011), on tärkeää ottaa huomioon myös muun perheen hyvinvointi vanhemman sairastuessa masennukseen.

Vertaisryhmässä saatu tuki koettiin AMI-kuntoutuksen parhaaksi anniksi ja parhaimmassa tapauksessa suureksi voimavaraksi. Vertaistuen mahdollisuudet mielen-terveyskuntoutujien kuntoutumisessa on todettu huomattaviksi myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Cuijpers 1998; Swan ym. 2004; Viinamäki ym. 2003; Corrigan ym. 2005; Dalgard 2006; Davidson ym. 2006). Ryhmädynamiikka voi kuitenkin joko haitata tai edistää kuntoutusprosessia. Jokaisella ryhmämuotoisella kuntoutuskurssilla on oma ryhmäprosessinsa, joka vaikuttaa kuntoutusjakson hyödyntämiseen (Niemiistö 1994). Vertaistuki ei myöskään synny itsestään. Sen synty vaatii ammattitaitoisia työntekijöitä ryhmäprosessia ja yhteistä oppimista ohjaamaan. Ohjaajien ammattitaidon tärkeys tuli tutkimuksessa esille myös kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta. Ohjaajan ja kuntoutujan välisellä luontevalla, luottamuksellisella, avoimella ja vastavuoroisella vuorovaikutuksella oli yhteys kuntoutuksen koettuun vaikuttavuuteen.

Kolme neljästä kuntoutujasta oli hyvin tyytyväinen kuntoutukseensa. Työparin jäseniä kiitettiin monessa avovastauksessa. Myös palveluntuottajien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella AMI-kurssit ovat toimineet hyvin. Eräs oululainen Kelan asiantuntijalääkäri kuvasi AMI-kursseja ”suureksi menestykseksi”. Vaikka kuuden palveluntuottajan kuvaukset kuntoutuksen sisällöstä ja toteutuksesta sekä henkilöstön ammattinimikkeet vaihtelivat, kurssien yhtenäinen rakenne loi melko samanlaiset puitteet kuntoutuskursseille. Luonnollisesti eri kursseilla oli erilaisia kuntoutujia. Osalla kursseista enemmistö kuntoutujista oli vaikeasti masentuneita, kun taas toisilla kursseilla lievä tai keskivaikea masennus oli yleisempää. On selvää, että kaikki kuntoutajat eivät kokeneet hyötyneensä kuntoutuksesta. Osa olisi tarvinnut kuntoutusta paljon aiemmin, ja joka kymmenes kuntoutujista keskeytti osallistumisensa kuntoutukseen.

AMI-kurssit koettiin pääosin hyödyllisiksi ja erityisesti omaa psyykkistä vointia, työ- ja toimintakykyä sekä voimavaroja kohentaviksi. Kuntoutus edisti myös kuntoutujan arkipäivässä selviytymistä. Avomuotoiseen ja ryhmässä toteutettuun kuntoutusmalliin oltiin tyytyväisiä, ja monet kuntoutajat kertoivat myös avovastauksissaan siitä, miten vuoden kestänyt ”tukipaketti” auttaa pärjäämään kurssin jälkeen – moni oli saanut ”työkaluja” sairauden kohtaamiseen ja sen kanssa selviämiseen. Monilla olikin jo voimia järjestellä esimerkiksi työasioitaan, ja osalla sairausloma päättyi kuntoutuksen aikana.

5.2 Kuntoutuksessa tarvitaan sujuvaa yhteistyötä eri tahojen välillä

5.2.1 Yhteistyö AMI-kuntoutuksessa

Yksi tutkimuksen tavoitteista oli selvittää AMI-kuntoutuksessa tehtyä yhteistyötä. Tutkimus osoitti, että yhteistyö eri toimijoiden välillä jäi useimmiten vähäiseksi ja pinnalliseksi. Sama ilmiö on noussut esille myös muissa tutkimuksissa ja selvityksissä (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009; Koukkari 2010; Järvikoski 2013). Yhteistyöhön liittyvä tiedonkulku on ollut ongelmallista erityisesti kuntoutusprosessin siirtymävaiheissa. AMI-kuntoutuksessa yhteistyötä tehtiin eniten työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan kanssa, joskaan yhteistyö ei ollut kovinkaan tiivistä. Vaikka yhteistyö työterveyshuollon kanssa jäikin osittain pinnalliseksi, loi se tärkeän jatkumon palveluketjulle kuntoutujan kannalta. Palveluketjujen saumaton sujuvuus edellyttää ammattihenkilöiden välistä jatkuvaa viestintää ja yhteistyötä erityisesti organisaatioiden välillä. (Tanttu 2007). Saumattoman yhteistyön tärkeyttä korostetaan myös sosiaali- ja terveystieteissä strategiasa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a). AMI-kuntoutuksessa yhteistyötä tehtiin yleisemmin omassa organisaatiossa kuin ulkopuolisten tahojen kanssa. Tulos on odotettu, koska vuorovaikutussuhteita on todettu ilmenevän enemmän ryhmittymien sisällä kuin niiden välillä (Palonen ym. 2003 ja 2004).

Työkyvyn arvioinnin uudet menettelytavat edellyttävät aikaisempaa tiiviimpää yhteistyötä työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon välillä (Kaarne ym. 2013; Palomäki ym. 2013). Työterveyshuoltoa koskevat vuoden 2012 lakimuutokset heijastunevat myös kuntoutusyhteistyön laajenemisena ja tiivistymisenä osana työkyvyn tukea. Myös projektiryhmien keskustelut tukivat yhteistyön tärkeyttä.

5.2.2 Esimiehen mukaanotto kuntoutusprosessiin

Kuntoutusmalliin sisältynyt verkostoneuvottelu mahdollisti yhteisen keskustelun ja pohdinnan kuntoutujan, työterveyshuollon, työpaikan ja kuntoutusta toteuttavan ohjaajan kanssa.

Verkostoneuvotteluja järjestettiin kuntoutujista vain reilun kolmanneksen kanssa. Yhteistyön vähyyttä selittää osaltaan se, että kuntoutujat itse eivät olleet halukkaita ottamaan muita tahoja – esimerkiksi esimiehiä – mukaan kuntoutusprosessiin. Vain joka neljännen kuntoutujan esimies oli mukana kuntoutusprosessissa. Esimiehen ja työterveyshuollon aktiivisesta osallistumisesta kuntoutukseen on hyviä kokemuksia esimerkiksi TUUKKA-kuntoutusmallissa, jossa on panostettu voimakkaasti esimiehen, työterveyshuollon ja kuntoutuslaitoksen yhteistyöhön työntekijän työkyvyn säilyttämiseksi (Mäkinen ym. 2011). Työterveyshuollon ja esimiehen yhteistyöllä, työn mukauttamisella ja työpaikan tarjoamalla tuella on myös todettu olevan merkittävä rooli kuntoutujan työhön paluussa (Tiainen ym. 2011; Tuisku ym. 2012 ja 2013; Heikinheimo ja Tuisku 2014).

5.2.3 *Palveluketjujen ja tiedonsiirron saumaton sujuvuus*

Esimiehen mukaanotto verkostoneuvotteluihin olisi tärkeää siitäkin syystä, että työnantajan tulisi olla tietoinen työhön liittyvistä suosituksista. Tietosuojasyistä usein kuntoutuja toimittaa palautetiedon esimiehelle (Arvekari ym. 2010). Tiedon siirtämisessä ei hankkeen aikana juurikaan koettu ongelmia, vaikka yleisesti kuntoutujan vastuulle jätetty palautetiedon välittäminen ei aina onnistunut toivotulla tavalla. Mikäli kuntoutusyhteistyössä vallitsee luottamuksellinen ilmapiiri, tarpeellinen tieto osapuolten välillä välittyy työterveyshuoltoon, muille hoitotahoille tai esimiehelle. On myös huomioitava, että pelkkä ketjumainen tiedonsiirto ei riitä palvelujen hallinnassa (Järvikoski ja Karjalainen 2008). Pitää olla myös sovitut toimintatavat siitä, mitä tietoa tarvitaan ja kuinka tietoja hyödynnetään (Tanntu 2007). Palveluketjujen saumaton sujuvuus edellyttää ammattihenkilöiden välistä jatkuvaa viestintää ja yhteistyötä erityisesti organisaatioiden välillä kuntoutujan siirtyessä organisaatiosta toiseen.

5.2.4 *Työterveyshuollon kuntoutusorientaatioiden kirjavuus*

Työterveyshuollon vastaajat kokivat kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutukseen ohjaamisen vaikeaksi vastaanottotoiminnan ohella. Vastaavanlainen tulos saatiin lääkäreille suunnatussa kuntoutusta kartoittavassa kyselyssä. Sen mukaan erityisesti työterveyslääkärit korostivat kuntoutustarpeen tunnistamisen osaamisen edistämistä (Shemeikka ym. 2013).

Tulosten mukaan kuntoutukseen ohjaaminen ei kuulu kaikkien työterveysyksikön ammattilaisten työtapoihin. Työterveyshuoltoyksiköiden vaihteleva kiinnostus kuntoutusasioihin ja kuntoutusta koskeva tieto ja osaaminen aiheuttavat osaltaan eri-arvoisuutta työterveyshuollon asiakkaiden mahdollisuuksiin päästä kuntoutukseen.

Asiaan liittyvänä järjestelmätason epäkohtana tuotiin esiin sairausvastaanottotoiminnan irrallisuus suunnitelmallisesta työterveyshuoltotoiminnasta. Samassa yhteydessä ehdotettiin, että akuutilta sairausvastaanotolta tulisi ohjata tarvittaessa työterveyshuoltoon kuntoutusarvioon. Sairausvastaanottojen irrallisuuden yksi taustatekijä voi olla se, että nuorten työterveyslääkäreiden työ saattaa painottua sairausvastaanottoon (Arvekari ym. 2010), eikä kuntoutuskokemusta ole vielä ehditty hankkia. Vaikka asia tuli esiin yksittäisenä vastauksena ja ns. heikkona signaalina, tilannetta ja käytäntöä olisi syytä selvittää laajemmin kuntoutustarpeen varhaisen tunnistamisen edistämisen näkökulmasta.

Kuntoutusorientaation vaihtelun taustatekijänä pidettiin terveydenhuollon henkilöstön omaa totuttua toimintatapaa, jolloin kuntoutukseen ohjaamisen mahdollisuutta ja vaihtoehtoa ei muisteta tai huomata aikapaineisessa vastaanottotyössä. Vaikkakin Käypä hoito -suosituksissa kuntoutus on jo hyvin esillä, usein toimitaan pääasiassa hoitonäkökulman pohjalta. Kuntoutuksen, kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kun-

toutukseen ohjaamisen koulutuksen lisääminen työterveyshuolloille on perusteltua, jotta kuntoutukseen ohjaamisen kynnyks madaltuisi (Utti 2014).

5.2.5 Yhdyshenkilötoiminnan ja koordinoinnin keskeinen merkitys

Yhdyshenkilöiden myötä kuntoutujien valintaprosessi tuli joustavammaksi ja nopeutui. Yhteistyötahot tiesivät henkilötasolla, kehen ottaa tarvittaessa yhteyttä. Kelan yhdyshenkilö pystyi tiedottamaan reaaliaikaisesti jonotilanteesta ja myös tekemään kuntoutuspäätöksiä kuntoutuksen käynnistymiseen saakka. Se edellytti, että hänellä oli tieto lähettäjätahojen esittämistä kuntoutujaehdokkaista. Vastaavasti työterveyshuoltojen yhdyshenkilöt pystyivät Kelan yhdyshenkilöiltä saamansa tiedon pohjalta peruutusten sattuessa tarvittaessa tehostamaan kuntoutujaehdokkaiden etsintää.

Varsinkin masennuskuntoutuksessa arvioitiin peruutusten osuuden olevan muita kuntoutusmuotoja suurempi, jolloin yhdyshenkilöiden merkitys korostui. Viime vaiheen kuntoutujien peruutukset olisivat saattaneet aiheuttaa hankkeen koko kurssin peruuntumisen tai viivästymisen, ellei Kelassa olisi pystytty tekemään tilalle nopeasti uutta kuntoutuspäätöstä. Yhdyshenkilötoiminta on edellä mainituista syistä erityisesti mielenterveyskuntoutuksessa perusteltua.

Kuntoutusjärjestelmää koskevan tutkimuksen mukaan palvelujen suunnittelu, koordinointi ja kehittäminen aluetasolla vaativat verkostoja virallisempia ja tiiviimpiä organisaatorakenteita (Pulkki 2012). AMI-hankkeessa keskeisiä olivat yhdyshenkilöiden muodostamat verkostot. Ne edellyttävät kuitenkin aktiivisia ja sitoutuneita yhdyshenkilöitä ja ne ovat haavoittuvia henkilöiden vaihdoksille (Salmelainen 2008). Tiedonkulun ja kuntoutusyhteistyön turvaamiseksi olisikin syytä perustaa kuntoutusyhdyskunnan tai kuntoutuskoordinaattorin tehtäväkokonaisuuksia työterveyshuollon yksiköihin, mikä nousi esiin myös projektiryhmässä yhtenä kehittämisehdotuksena.

Kuntoutuskoordinaattorin tehtäviin voisi sisältyä muun muassa kuntoutusta koskevan tiedon kokoaminen ja välittäminen sekä koulutus ja kuntoutukseen liittyvien käytäntöjen koordinointi ja yhteyshenkilönä toimiminen. Tämä järjestely selkiyttäisi omalta osaltaan kuntoutukseen yhdistettyä hajanaisuutta. Samalla se olisi työterveyshuoltoa koskevien lakimuutosten ja asetusten mukainen vahvistaessaan työterveyshuollon mahdollisuuksia ja keinoja työkyvyn tuen (ml. kuntoutus) koordinointiin (L 19/2012; L 20/2012; Sauni ym. 2012; VNa 708/2013).

5.3 Miten AMI-hanke tavoitti kuntoutajat?

AMI-kuntoutus oli suunnattu masennuksesta kärsiville henkilöille, ja tutkimukseen osallistuneiden diagnostinen jakauma osoittaa kuntoutuksen tavoittaneen hyvin sille määritellyn kohderyhmän.

AMI-kuntoutus tavoitti erityisesti masentuneita naisia. Miesten osuus AMI-kuntoutukseen osallistujista jäi pieneksi. Syyksi tähän arvioitiin esimerkiksi miesten leimautumisen pelko sekä haluttomuus hakeutua mielenterveyskuntoutukseen. Vaikka depressiodiagnosi on naisilla lähes kaksi kertaa niin yleinen kuin miehillä, voi kuitenkin olla, että nykyinen tautiluokitus tunnistaa paremmin naisten kuin miesten masennuksen. Miehillä masennusoireet ilmenevät usein ärtyisyytenä, päihteiden ongelmakäyttönä, riskikäyttäytymisenä ja impulsiivisuutena (Martin ym. 2013). Masennusoireista kärsivien miesten tunnistaminen ja tarvittaviin palveluihin ohjaaminen asettaa suuren haasteen terveydenhuollolle.

Suuri osa olisi tarvinnut kuntoutusta jo aiemmin. Lähes kaksi kuntoutujaa kolmesta olisi ohjaajien arvion mukaan tarvinnut kuntoutusta jo varhaisemmassa vaiheessa. Kuntoutujista suuri osa oli samaa mieltä. Ohjaajien arvion mukaan kuntoutuksen oikea-aikaisuus osoittautui merkittäväksi tekijäksi myös kuntoutuksen vaikuttavuudessa.

Osa AMI-kuntoutukseen ohjautuneista oli suhteellisen huonosti voivia, eikä heidän kohdallaan siksi voida puhua varsinaisesti varhaiskuntoutuksesta. Mäkitalo ym. (2008) puhuvat kuntoutusajattelun muutoksen tarpeesta, jolloin siirrytään perinteisestä sairaus-vika-vamma-ideasta kohti työ- ja toimintakyvyn edistämistä. Pelkistetyin lääketieteellisen kuntoutusidean rinnalle ja osin sitä korvaamaan on noussut idea ympäristö-yksilö-tasapainomallista, jossa huomio on kiinnitetty myös työyhteisöön (Mäkitalo ym. 2008). Tällaisen ajattelun tarve nousi esille myös tässä tutkimuksessa. Olisi tärkeää kiinnittää huomiota myös työyhteisön ilmapiiriin, jos kuntoutujan ongelmat tuntuvat liittyvän huonosti voivaan työyhteisöön.

Kaikilla ei ollut mahdollisuutta käydä kuntoutuksessa työajalla, mikä asetti kuntoutajat eriarvoiseen asemaan. Kuntoutus koettiin tällöin täysin irralliseksi työstä. Työntantajilta toivottiin joustavuutta työjärjestelyihin. Kuntoutukseen kuluvan työajan korvaamisessa työterveyshuollon yksiköt olivat joutuneet taivuttelemaan työnantajia suhtautumaan suopeammin kuntoutusjaksoihin kuluvan työajan korvaamiseen. Kuntoutuspäivien korvaamista helpottivat kuntoutujien osa-aikaiset työsuhteet, sairauslomalla oleminen sekä ammatinharjoittajana toimiminen. Jollakin taas iltavuorojen päällekkäisyys kuntoutuksen kanssa oli osasy syy kuntoutuksen keskeyttämiseen. Jotkut kokivat kuntoutuksen yhdistämisen kokopäivätyöhön rankaksi.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusmenetelmien arviointi

Tutkimuksen suoritti kaksi eri tutkijatahoa. Kuntoutujaa koskeva osatutkimus rajoittui kyselylomakkein kerättyyn kvantitatiiviseen lähestymistapaan. Kuntoutuksen toimivuutta ja soveltuvuutta sekä yhteistyötä koskeva osatutkimus yhdisti kyselytutkimuksen ja laadullisen lähestymistavan fokusryhmähaastattelujen muodossa. Tutkimuksen vahvuus oli eri tiedonlähteiden käyttö tutkimusaineistoa kerätessä. Kokemuksia ja arvioita AMI-kuntoutuksesta kerättiin mahdollisimman monelta eri taholta: kuntoutujilta itseltään, kuntoutusta toteuttaneilta ohjaajilta, eri toimijatahoista koostuvilta projektiryhmiltä ja kuntoutujia lähettäviltä tahoilta. Moniulotteinen tarkastelu mahdollisti ryhmämuotoisen masennuskuntoutuksen hyötyjen ja toimivuuden sekä palvelujärjestelmän sujuvuuden tutkimisen luotettavasti.

Tutkimuksessa kerättiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa, jotka tukivat toinen toisiaan ja rikastuttivat tutkimusaineistoa. Useiden eri menetelmien käytöllä eli niin kutsutulla menetelmätriangulaatiolla (May 1993) pyritään lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa eri menetelmillä saadut tulokset olivat yhdenmukaisia. Tutkimuksen validiteetti sekä tulosten luotettavuus saivat siten vahvistusta.

Kuntoutujaa koskevan osatutkimuksen kyselyaineisto kerättiin koko kuntoutuksen ajalta ja kaikilta tutkimukseen suostuneilta. Kuntoutusmallin toimivuutta ja soveltuvuutta arvioivan tutkimuksen aineistot kerättiin kuitenkin vain kunkin palveluntuottajan toisesta ja viidennestä kuntoutuskurssista. Nämä aineistot edustavat siis vain otosta kokonaisaineistosta, mikä voi hiukan rajoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä koko aineistoon.

Kuntoutujaa koskeva tieto kerättiin kyselylomakkeilla, joihin oli koottu tähän tarkoitukseen laadittuja kysymyksiä ja kysymyssarjoja sekä muualla luotettavaksi arvioituja mittareita. Suuri osa tutkimuksessa käytetyistä mittareista on kuvattu ja arvioitu Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa verkostossa (Toimia 2015).

Vaikka vain joka kymmenes kuntoutuja keskeytti kuntoutuksen, tutkimusaineistoon muodostui jonkin verran katoa. Kuntoutuksen keskeyttäneet kuntoutujat eivät kuitenkaan eronneet koko kuntoutusprosessiin osallistuneista kuntoutujista, vaikkakin psykososiaalista toimintakykyä arvioiva SOFAS-pistemäärä oli heillä hieman pienempi kuin kuntoutuksessa jatkaneiden. Ohjaajille suunnattujen verkkokyselyiden ja kuntoutujien fokusryhmähaastatteluiden kato jäi minimaaliseksi. Sen sijaan lähettäjä- ja hoitotaholle suunnattujen kyselyjen vastausprosentti jäi melko pieneksi (n. 40 %). Tämä heikentää näillä kyselyillä saadun tiedon luotettavuutta, mikä on otettava huomioon tulosten tulkinnassa ja yleistettävyydessä.

Vaikka fokusryhmähaastatteluiden toteuttamiseen liittyi erilaisia hankaluuksia, sekä kuntoutujien että projektiryhmien haastattelut sujuivat kuitenkin yleensä hyvin. Projektiryhmien haastatteluihin osallistuneet edustivat pääosin ryhmien tavanomaista

koostumusta. Kaikki haastatteluihin osallistuneet olivat keskusteluissa aktiivisia. Kuntoutujien haastatteluissa keskustelu oli toisinaan jopa niin vilkasta, että haastatteluille varattu aika ei täysin riittänyt. Kaikki kysymysrunгон mukaiset teemat saatiin kuitenkin käytyä läpi.

Tutkimuksessamme ei ollut vertailuryhmää, joten emme voi tietää, johtuiko psyykkisen ja psykososiaalisen tilanteen koheneminen kuntoutuksesta. Tuloksemme on kuitenkin samansuuntainen vuonna 2013 julkaistun systemaattisen katsauksen tulosten kanssa (Churchill ym. 2013), johon oli koottu AMI-hankkeen sisällöllisen toteutuksen kanssa samankaltaisia interventioita masennuksen hoidossa (esim. mindfulness-harjoituksia, ajatustapojen muutokseen tähtääviä harjoituksia ja rentoutusta). Katsaukseen sisältyi kaksi yksilöllistä ja kaksi ryhmämuotoista kuntoutusmallia, joita verrattiin tavanomaisesti saatuun masennuksen hoitoon. Kuntoutusmallit osoittautuivat tavanomaista hoitoa tehokkaammiksi masennusoireilun lievittämisessä, vaikkakin näytön aste oli tutkimusten pienen määrän vuoksi rajallinen. Tutkimustietoa ryhmämuotoisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta masennushäiriöissä onkin kertynyt vasta vähän. AMI-hankkeesta saatu tutkimustieto on vertailuaineiston puutteessa lähinnä kuvailevaa eikä siinä mielessä lisää tietoa masennuskuntoutuksen vaikuttavuudesta. Tuloksemme ovat kuitenkin suuntaa antavia, sillä kuntoutujien eri mittarein arvioidut psyykkisen voinnin ja toimintakyvyn osa-alueiden pisteet ovat parantuneet kuntoutuksen aikana. Myös kuntoutujilta saadut palautteet kuntoutuksen hyödyistä lomakkeiden vapaissa kentissä ja fokusryhmähaastatteluissa olivat pääasiassa myönteisiä.

Kuntoutuksen koetut vaikutukset olivat monissa tutkituissa muuttujissa esillä jo varsinaisen ryhmäkuntoutusvaiheen päättyessä puolen vuoden kuluttua kuntoutuksen alkamisesta. Seurantajaksolla tehdyn loppuarvioinnin tulokset kohentuivat jonkin verran puolivälin tilanteeseen verrattuna. Vaikka puolen vuoden pituinenkin kuntoutus on voitu kokea vaikuttavaksi, tuloksemme kertovat myös seurantajaksion merkityksestä vaikutusten säilymiselle. Työterveyshuolloissa on tärkeää järjestää seurantakäyntejä vielä senkin jälkeen, kun masennusoireilu ja sen vaikutukset toimintakykyyn ovat jo vähentyneet.

Tutkimuksen avulla on saatu kerättyä arvokasta tietoa AMI-kuntoutuksesta, sen toteuttamisesta, hyödyistä, haasteista ja koetusta vaikuttavuudesta. Tulokset nostivat esille tärkeitä seikkoja kuntoutuksen jatkokehittämisestä. Tulokset ovat rohkaisevia ja antavat viitteitä siitä, että AMI-kuntoutusmallin kaltaiselle interventiolle on tarvetta.

5.5 Suosituksia ja kehittämissuhteita

AMI-hankkeen arviointitutkimus toi esiin myös asioita, jotka on tärkeä ottaa huomioon työssä käyville suunnatun kuntoutusmallin jatkokehittämisessä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä markkinointiin, kuntoutujien rekrytointiin, kurssien rakenteeseen ja sisältöön sekä eri tahojen väliseen yhteistyöhön.

5.5.1 Kuntoutuksesta tiedottaminen suoraan potentiaalisille kuntoutujille

Kuntoutuksesta tulisi tiedottaa myös suoraan työterveyshuollon asiakkaille ja potentiaalisille kuntoutujille. Tämä toimintamalli saattaa sopia hyvin erityisesti miehille, koska heidän katsottiin muutoinkin viivyttelevän yhteydenotoissaan terveydenhuoltoon. Kuntoutuksen oikea-aikaisuus liittyi muiden tekijöiden ohella myös kuntoutujan omaan motivaatioon ja omaan subjektiiviseen arvioon kuntoutuksen tarpeesta.

Aikuisten avomuotoinen mielenterveyskuntoutus ei ollut kaikkien kuntoutujien mielestä paras kurssinimike AMI-kursseille. Mielenterveyskursseiden markkinoinnissa voisikin kiinnittää huomiota kurssin nimeen, jotta kynnys tarttua tarjottuun tukeen muodostuisi mahdollisimman matalaksi. Markkinoinnissa on hyvä hyödyntää kuntoutuksessa jo mukana olleiden mielipiteitä. Toiminta vaatii jatkuvaa ja määrääjain tapahtuvaa tiedottamista, jotta kuntoutusmalli pysyy lähettävän tahon tiedossa ja muistissa.

5.5.2 Kuntoutujien rekrytointi ja valintakriteerit

Kuntoutuksen kriteerejä pidettiin liian tiukkoina. Erityisesti kuuden kuukauden työ-säoloheitoa viimeisen vuoden aikana haluttiin lieventää. Kuntoutuksen jatkumisen ja onnistumisen edellytyksenä pidettiin työterveyshuollon suorittamaa esivalintaa. Ohjaajien olisi hyvä olla mukana päättämässä, keitä kurssille valitaan. Samalta työpai-kalta mahdollisesti samaan ryhmään tulevien kuntoutujien osallistumishalukkuutta kartoitettiin työterveyshuollossa jo etukäteen. Hyvänä käytäntönä pidettiin sitä, että kuntoutuslaitoksessa sovitaan heti kuntoutuksen alussa selkeät pelisäännöt, mikäli samalla kurssilla on entuudestaan toisilleen tuttuja kuntoutujia.

Kuntoutujia rekrytoitaessa olisi suositeltavaa painottaa vieläkin varhaisemman vaiheen kuntoutusta. Olisi tärkeä pystyä tunnistamaan tuen tarpeessa olevat vieläkin varhaisemmin ja ohjata heidät kuntoutukseen tai muihin tarvittaviin palveluihin. Näistä syistä kuntoutustarpeen ja erityisesti mielenterveyskuntoutuksen tarpeen tunnistamiseen suunnattua koulutusta työterveyshuollolle tulee lisätä.

5.5.3 Kuntoutuksen rakenne

Ryhmätapaamisen kestoa tulisi pidentää. Sekä ohjaajat että kuntoutujat arvioivat kolmen tunnin tapaamiset liian lyhyiksi. Seurantajaksolla olisi hyvä olla muutama ryhmätapaamispäivä, jotta kuntoutujat saisivat ns. pehmeän laskeutumisen arkeen ilman ryhmän tukea. Seurantajakson jälkeen työterveyshuollon tulee ottaa seuranta-avastuu. Yksilötapaamiset tulisi järjestää kuntoutujan tarpeiden mukaan.

5.5.4 Kuntoutuksen sisältö ja toteutus

Työparityöskentely ryhmän kanssa työskenneltäessä toimi hyvin AMI-kuntoutuksessa ja sitä pidettiin suositeltavan toimintamallina. Ryhmäkoko (8 henkilöä) on toimiva, sillä usein joku ryhmästä on poissa. Ryhmäpainotteisessa kuntoutuksessa vertaistuki on yksi kuntoutuksen merkittävimmistä elementeistä. Toimivaan ryhmädynamiikkaan ja sitä kautta syntyvään vertaistukeen panostaminen on tärkeää. Kurssin alussa olisi hyvä kiinnittää entistä enemmän huomiota ryhmän vuorovaikutuksen ja ryhmädynamiikan kehittämiseen ja antaa riittävästi aikaa toisiin tutustumiseen.

5.5.5 Eri tahojen välinen yhteistyö

Kuntoutujien eriarvoisuuden poistamiseksi kaikilta työnantajilta toivotaan joustavuutta työaikajärjestelyihin siten, että kuntoutujilla olisi mahdollisuus käydä kuntoutuksessa työajalla. Mahdollisimman yhtenäisen toimintamallin luominen kaikille työnantajille kuntoutukseen kuuluvan työajan korvauskäytännöistä helpottaisi kuntoutukseen osallistumista. Projektiryhmien haastatteluissa esitettiin kehittämisedotuksena osasairausvapaan käyttömahdollisuutta kuntoutuksen aikana. Keskustelussa viitattiin myös toiveeseen mahdollisen osakuntoutusrahan toteutumisesta tässä yhteydessä. Hoitovastuu tulee selkeästi olla nimettynä jollekin taholle. Kuntoutus ei saa korvata hoitotahoa, vaan kuntoutus tulee nähdä tukitoimeksi hoidon rinnalla.

Nimetyt yhteyshenkilöt työterveyshuollossa, Kelassa ja palveluntuottajalla helpottavat yhteistyötä ja tiedonkulkua. Arvioitiin, että kuntoutuskursseista tiedottaminen työterveyshuoltoihin onnistuu hyvin, mikäli yksiköissä on kuntoutusyhdyshenkilö tai kuntoutuskoordinaattori. Työterveyshoitajalle ehdotettiin selkeämpää kuntoutusta koordinoivaa roolia. Yhteistyötahojen yhteystietojen tulee olla selkeästi merkitty ja yhteistyötahojen tiedossa.

Yhteistyön tiivistäminen työpaikan ja hoitavan tahon kanssa on suositeltavaa, samoin omaisten ja läheisten kanssa, mikäli kuntoutuja tätä toivoo. Yhteistyön tehostamista tarvitaan myös työterveyshuollon sisäisissä toimintakäytännöissä, esimerkiksi akuuteilta sairausvastaanotoilta ohjausta tarvittaessa työterveyshuoltoon kuntoutusarvioon.

Verkostotapaamisessa olisi hyvä olla mukana vähintään työterveyshuollon edustaja sekä kuntoutusta toteuttava(t) ohjaaja(t), mielellään myös esimies. Verkostoneuvottelu tai yhteispalaveri kuntoutuksen lopussa toimisi myös hyväksi koetun saattaen vaihtaa -toimintatavan mukaisena yhteistyöfoorumina. Verkostotapaamisessa sovittu seuraava tapaaminen työterveyshuollon kanssa koettiin hyväksi prosessin jatkuvuutta edistäväksi käytännöksi. Järjestely lisäsi kuntoutujan turvallisuuden tunnetta kuntoutuksen päättyessä. Verkostotapaaminen työterveyshuollon ja työpaikan kanssa olisi suositeltava silloin, kun kuntoutujalla on työn tekemiseen liittyviä ongelmia.

5.6 AMI-kuntoutus: käyttökelpoinen ja soveltuva kuntoutusmuoto

Sekä kyselylomakkeilla kerätyn tiedon että fokusryhmähaastattelujen viesti oli se, että masennuksesta kärsivät kuntoutujat olivat kokeneet hyötyneensä AMI-kuntoutuksesta. Kuntoutujat olivat enimmäkseen tyytyväisiä kurssiin ja toivoivat sen saavan jatkoa Kelan vakituisena toimintana. Myös lähettäjä- ja hoitotahojen edustajat esittivät saman toiveen.

Vuonna 2012 voimaan tulleiden työterveyshuoltoa koskevien lakimuutosten (L 19/2012; L 20/2012) arvioitiin vaikuttavan myönteisesti kuntoutustarpeen havaitsemiseen sekä kuntoutusyhteistyöhön. Kyseisiin lakimuutoksiin sisältyneen 30-60-90-säännön mukaisten rajapyykkien kohdalla kuntoutustarpeen arviointia pidettiin välttämättömänä. Masennuksesta kärsivien asiakkaiden löytymistä ja oikea-aikaista kuntoutukseen ohjaamista pidettiin erityisen tärkeänä sairauden luonteen vuoksi. Työterveyshuolto on avainasemassa masennuksen varhaisessa toteamisessa ja hoidon ja kuntoutuksen koordinoinnissa. Masennuksen akuuttivaiheessa ensijainen hoitomuoto on psykoterapia, ja erityisesti lyhytpsykoterapioiden on havaittu toimivan hyvin osana työterveyshuollon hoitokäytäntöjä (Kaila ym. 2012). Työterveyshuoltojen käyttöön on kaivattu myös työkykyä ja työssäkäyntiä tukevaa moniammatillista yhteistyötä ja ryhmäinterventioita (Tuisku ym. 2009). Tutkimuksemme mukaan ryhmämuotoinen AMI-kuntoutus täydentää tuloksellisesti työterveyshuollon masennuksesta kärsiville asiakkaille tarjottavaa muuta palveluvalikoimaa.

Avomuotoisia ja ryhmässä toteutettavia mielenterveyskursseja tarvitaan. Ne antavat työterveyshuolloille mahdollisuuden ohjata mielenterveyden häiriöistä kärsiviä asiakkaita saamaan tarvitsemaansa tukea työssä käynnin ohella. Avomuotoinen kuntoutus työajan puitteissa helpottuu, kun osakuntoutusraha otetaan käyttöön 1.10.2015. Työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten myötä työterveyshuolto saa aiempaa enemmän tietoa niiden asiakkaiden tilanteesta, jotka tarvitsevat tukea työkykynsä parantamiseksi. Kuntoutuksen tuntemus ja tieto erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista toivottavasti kasvaa edelleen työterveyshuollossa, jolloin kuntoutujia voidaan ohjata tarpeen mukaisesti palveluihin oikea-aikaisesti.

Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista

Johtopäätökset

- AMI-kurssit koettiin pääosin hyödyllisiksi ja erityisesti omaa psyykkistä vointia, työ- ja toimintakykyä sekä voimavaroja kohentaviksi
- Kuntoutukseen oltiin tyytyväisiä, vaikka monet kokivat tarvinneensa kuntoutusta jo aiemmassa vaiheessa
- Vuoden kestänyt kuntoutuskurssi antoi keinoja sairauden kohtaamiseen ja sen kanssa selviämiseen
- Monet olivat voineet järjestellä työtilannettaan, ja osa palasi sairauslomalta töihin kuntoutuksen aikana
- Kuntoutuskurssille osallistuminen työn ohella onnistui yleensä hyvin, vaikka jotkut kokivatkin yhdistelmän rankaksi
- Ryhmätapaamisten antama vertaistuki koettiin erityisen hyödylliseksi
- Verkostoneuvottelut tukivat kuntoutuksen integroimista työhön ja antoivat paremmat edellytykset työssä jaksamiselle
- Työterveyshuoltoyksiköiden kiinnostus kuntoutusasioita kohtaan ja niiden osaaminen oli vaihtelevaa
- Työterveyshuolto toi kuntoutusprosessiin tärkeän jatkumon ja turvan kuntoutuksen päättyessä lisäten luottamusta tulevaisuuteen

Suosituksukset

- Tulevaisuudessa tulisi painottaa vieläkin varhaisemman vaiheen kuntoutusta
- Kurssin alussa olisi hyvä kiinnittää entistä enemmän huomiota ryhmän vuorovaikutuksen ja ryhmädynamiikan kehittämiseen ja antaa riittävästi aikaa toisiin tutustumiseen
- Ryhmätapaamisten kestoja tulisi pidentää kolmesta tunnista esimerkiksi neljään tuntiin
- Seurantajaksolla on tärkeää olla muutama tapaamiskerta, jotta siirtyä normaaliin arkeen saadaan pehmeämmäksi
- Kuntoutuksen lopussa sovittu tapaamisaika työterveyshuoltoon turvaa prosessin jatkuvuuden
- Kuntoutus ei saa korvata hoitotahoa, hoitovastuu tulee olla selkeästi nimettynä jollekin taholle
- Työterveyshuoltoyksiköissä tarvitaan nimetyt kuntoutusyhteyshenkilöt tai koordinaattorit
- Työnantajilta toivotaan joustavuutta työaikajärjestelyihin siten, että kuntoutujilla olisi mahdollisuus käydä kuntoutuksessa työajalla

LÄHTEET

Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance due to depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1569–1576.

Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS ym. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; (12). DOI: 10.1002/14651858.

Arvekari J, Sauni R, Toivio P, Uitti J. Työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyö työterveyslääkäreille kohdistetun kyselyn tuloksia. *Työterveyslääkäri* 2010; 8: 81–85.

Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 2010. Saatavissa: <www.kela.fi/GAS_kasikirja_100518.pdf>. Viitattu 18.12.2014.

Beck AT, Brown GK. BDI-II. Käsikirja. Helsinki: Psykologien kustannus, 2004.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53–63.

Castaneda A, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M. Kognitiivinen toimintakyky voi heikentyä masennushäiriöissä. *Suom Lääkäril* 2009; 64: 161–167.

Churchill R, Moore THM, Furukawa TA ym. “Third wave” cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; (10). DOI: 10.1002/14671858.

Collins JJ, Baase CM, Sharda CE ym. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med* 2005; 47: 547–557.

Corrigan P, Slopen N, Gracia G, Phelan S, Keogh C, Keck L. Some recovery processes in mutual help groups for persons with mental illness. II: Qualitative analysis of participant interviews. *Community Ment Hlt J* 2005; 41: 721–735.

Cuijpers P. A psychoeducational approach to the treatment of depression. A meta-analysis of Lewinsohn’s “Coping with depression” course. *Behav Therapy* 1998; 29: 521–533

da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. The EUROHIS-QOL 8-item index. Comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health* 2012; 15: 449–457.

Dalgard O. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; 2: 15. DOI: 10.1186/1745-0179-2-15.

Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness. A report from the field. *Schizophrenia Bull* 2006; 32: 443–450.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Saatavissa: <www.kaypahoito.fi>. Viitattu 14.10.2014.

EK. Ehdotuksia työelämän pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti. Helsinki: Elinkeinoelämän keskusliitto, 2010.

FACULTAS Toimintakyvyn arviointi. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELA, 2008.

Fröjd S, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M. The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nord J Psychiatry* 2007; 61: 296–303.

Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.

Gould R, Polvinen A. Työkyky väestötutkimuksessa. Esitys TOIMIA-seminaarissa, Helsinki 3.6.2009.

Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: ETK, 2006.

Hakala L. Yhteistyöt ja verkostot Kelan ryhmämuotoisessa masennuskuntoutuksessa. Kelan mielen-terveyskuntoutuksen kehittämishanke 2006–2009. Helsinki: Kela, 2011 [julkaisematon loppuraportti].

Heikinheimo S, Tuisku K. Kuntoutustulokset ja työhön paluu psykiatrisen työkykyarvion jälkeen. *Duodecim* 2014; 130: 258–264.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2001.

Holi M, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 233–238.

Isometsä E. Depressiiviset häiriöt. Julkaisussa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2014: 246–286.

Isometsä E, Kinnunen E, Ahveninen H ym. Masennusta sairastavan henkilön toimintakyvyn kuvaaminen SOFAS-asteikon avulla. Julkaisussa: Heiskanen T, Huttunen MO, Tuulari J. *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 2011: 219–221.

Joensuu M, Kivistö S, Malmelin J, Lindström K. Pitkä sairausloma ja työhön paluu. Helsinki: Työterveyslaitos, Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 34, 2008.

Juvonen-Posti P, Liira J, Järvisalo J. Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevissa tavoitteissa. Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A, toim. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 2011: 229–248.

Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P ym. Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten käytäntöönpanon toteutumisesta. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014.

Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013.

Järvikoski A, Karjalainen V. Kuntoutus monitieteellisenä ja -alaisena prosessina. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 80–93.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro, 2011.

Kaarne T, Aalto M, Kuokkanen M, Seppä K. AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF in screening risky drinking among Finnish occupational health-care patients. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29: 563–567.

Kaarne T, Kivekäs J, Palomäki H. Työkyvyn tukeminen vaatii yhteistyötä. *Suom Lääkäril* 2013; 45: 2915–2916.

Kaila E, Väisänen A, Leino T ym. ToMaHok. Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2012.

Kalska H, Kähkönen S. Kognitiiviset muutokset yksisuuntaisessa masennuksessa. *Duodecim* 2004; 120: 1738–1744.

Karlsson H. Masennus systeemisairautena. *Duodecim* 2012; 128: 622–626.

Kauhanen M-L, Rissanen P, Kiuttu J ym. ”Kengästä” potkua työhön ja elämään. Psykkinen varhaiskuntoutus moniammatillisena yhteistyönä. *Suom Lääkäril* 2002; 57: 1281–1285.

Kelan kuntoutustilasto 2014. Helsinki, Kela, SVT, 2015. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/154667>>.

Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. Goal attainment scaling. Applications, theory and measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1994.

Kivekäs J, Kinnunen E, Ahlblad Y. Mielenterveyskuntoutujan palveluketju takkuilee. *Suom Lääkäril* 2006; 61: 2011–2014.

Kivekäs J, Gould R, Pellinen M. Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. *Suom Lääkäril* 2008; 63: 2815–2819.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. Helsingin Psykoterapiatutkimus. Psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Helsinki: THL, Raportti 33, 2010. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085055>>. Viitattu 29.9.2014.

Koukkari M. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 56, 2010.

L 19/2012. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta.

L 20/2012. Laki työterveyshuoltolain muuttamisesta.

Lind J, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. Suom Lääkäril 2011; 66: 3213–3219.

Lindsberg PJ, Castrén E, Korkeila J ym. Aivosairaudet ovat kalleimmat sairautemme. Duodecim 2014; 130: 1721–1730.

Lönnqvist J. Mistä hoitoa vakavasti masentuneelle? Duodecim 2010; 126: 1871–1872.

Martin L, Neighbors H, Griffith D. The experience of symptoms of depression in men vs women. Analysis of the National Comorbidity Survey replication. JAMA Psychiatry 2013; 70: 1100–1106.

May T. Social research. Issues, methods and processes. Buckingham: Open University Press, 1993.

Mäkinen A, Tujunen S, Niskala K. Esimies kuntoutujavalinnassa ja yhteistyö eri toimijatahojen kanssa. Julkaisussa: Aalto L, Hinkka K, toim. Uudenlaista työikäisten kuntoutusta. Ideoista tuloksiin Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 32, 2011: 54–63.

Mäkitalo J, Suikkanen A, Ylisassi H, Linnakangas R. Kuntoutus ja työelämä. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 522–546.

Niemistö R. Ryhmän käyttö kuntoutuksessa. Kuntoutus 1994; (4): 34–39.

Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; (2). DOI: 10.1002/14651858.

Nieuwenhuijsen K, Noordik E, van Dick FJH, van der Klink JJ. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. J Occup Rehabil 2013; 23: 290–299.

Näätänen P, Aro A, Berge Matthiesen S, Salmela-Aro K. Bergen Burnout Indicator 15. Helsinki: Edita, 2003.

Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B, CDBE2010 study group, European Brain Council. The economic costs of brain disorders in Europe. Eur J Neurol. 2012; 19: 155–162.

Palomäki H, Hirvensalo E, Leinonen E. Paras osaaminen käyttöön työkyvyn arvioissa. *Suom Lääkäril* 2013; 4: 205–206.

Palonen T, Hakkarainen K, Talvitie J, Lehtinen E. Heikot ja vahvat verkostosidokset tiimiorganisaatiossa. *Aikuiskasvatus* 2003; (1): 14–27.

Palonen T, Hakkarainen K, Talvitie J, Lehtinen E. Network ties, cognitive centrality and team interaction within a telecommunication company. Julkaisussa: Boshuizen HPA, Bromme R, Gruber H, toim. Professional development. Gaps and transitions on the way from novice to expert. Dordrecht: Kluwer, 2004: 273–294.

Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Helsinki: THL, Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1, 2012.

Pulkki J. Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Tampere: Tampereen yliopistopaino, Acta Universitatis Tampereensis 1703, 2012.

Raiskila T, Blanco Sequeiros S, Kiuttu J ym. The impact of an early eclectic rehabilitative intervention on symptoms in first episode depression among employed people. *Depress Res Treat* 2013; 926562. DOI: 10.1155/2013/926562.

Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test. An update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 185–199.

Saarni S, Luoma M-L, Koskinen S, Vaarama M. Elämänlaatu. Julkaisussa: Koskinen S, Lundqvist A-M, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: THL, Raportti 68, 2012: 159–162.

Salmelainen U. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntija-yhteistyö ikäihmisten laitospainotteisessa kuntoutuksessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.

Salminen JK. Masennuspotilaan kuntoutukseen tarvitaan monipuolisuutta. *Suom Lääkäril* 2003; 58: 3521.

Sandelowski M. Focus on qualitative methods. The use of quotes in qualitative research. *Res Nurs Health* 1994; 17: 479–482.

Sauni R, Uitti J, Mukala K. Työterveyshuollon hyvät käytännöt päivitetään. *Suom Lääkäril* 2012; 42: 2696–2697.

Savolainen P. Kvalitatiiviset tutkimustavat suomalaisessa kasvatustieteessä. *Kasvatus* 1991; 22: 451–458.

Seppänen A. Työterveysneuvottelu käydään toimintakykykielellä. Hyvät käytännöt. Suom Lääkäril 2014; 69: 192–194.

Shemeikka R, Rinne H, Saares A, Parmanne P, Valkonen V-P, Poutiainen E. Lääkäreiden näkemyksiä kuntoutuksen haasteista ja kehittämisideoista. Kuntoutus 2013; (3): 20–30.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Helsinki: STM, Julkaisuja 1, 2011a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6, 2011b.

Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B ym. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick-leave because of burnout: REST. A randomized clinical trial. Int J Behav Med 2009; 16: 294–303.

Swan J, Sorrell E, MacVicar B, Durham R, Matthews K. “Coping with depression”. An open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. J Aff Disord 2004; 82: 125–129.

Tanttu K. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasa: Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia 176, Sosiaali- ja terveys-hallintotiede 2, 2007.

Tiainen R, Oivo M, Puumalainen J, Korkeamäki J. Tukea masennuksen jälkeiseen työhön paluuseen. Työhön paluu -projektin loppuraportti ja arviointi. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 42, 2011.

Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Saatavissa: <www.toimia.fi>. Viitattu 12.1.2015.

Tuisku K, Rossi H, Ahola K, Virtanen M. Työterveyshuolto kaipaa yhteistyötä masennuspotilaan hoitoon. Suom Lääkäril 2009; 64: 1218–1219.

Tuisku K, Vuokko A, Laukkala T, Mäntynen J, Melartin T. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio – miksi, milloin ja miten? Duodecim 2012; 128: 2251–2259.

Tuisku K, Juvonen-Posti P, Härkäpää K, Heilä H, Vainiemi K, Ropponen T. Ammatillinen kuntoutus mielen-terveyshäiriöissä. Duodecim 2013; 129: 2623–2632.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus, 2004.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola M, Katajarinne L, Tulkki A. Work ability index. Helsinki: FIOH, Occupational health care 19, 2006.

Tuulio-Henriksson A, Salminen A-L, Autti-Rämö I. The association of concurrent treatment during a mental health rehabilitation program with self reported depression severity, functional capacity, working ability, quality of life and cognitive functioning. *Eur J Rehab Phys Med* 2011; 47 (Suppl 1–2): S40.

Utti J, toim. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194, 2009.

Valtonen A. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Julkaisussa: Ruusuvoori J, Tiittula L, toim. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 2005: 223–241.

Viinamäki H, Hintikka J, Leppänen A, Heikkinen A, Kinnunen I, Lepola U. Masennuspotilaat kuntoutuksessa. *Suom Lääkäril* 2003; 58: 3523–3529.

VNa 708/2013. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta.

WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation, 1992.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551–558.

Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of stress management intervention on absenteeism and return to work. Results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2011; 37: 186–195.

LIITELUETTELO

Liite 1. Hankesuunnitelma

Liite 2. Kysely 1 kuntoutujalle

Liite 3. Kysely 2 kuntoutujalle

Liite 4. Kysely 3 kuntoutujalle

Liite 5. Kysely lähettäjätaholle

Liite 6. Vastaajien toiminimikkeet

Liite 7. Vastaajien taustaorganisaatiot

Liite 8. Kysely ohjaajalle: kuntoutuskurssin arviointi

Liite 9. Kysely ohjaajalle: kuntoutujan arviointi

Liite 10. Työterveyshuollon vastaajien yhteistyötahot

Liite 11. Julkisen terveydenhuollon yhteistyötahot

Liitteet ovat tämän julkaisun sähköisen version yhteydessä, ks. <http://www.kela.fi/julkaisut-tutkimus>.

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 137 Paltamaa J, Perttinen P, toim.** Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. 2015. ISBN 978-951-669-979-3 (nid.), 978-951-669-980-9 (pdf).
- 136 Hirvilampi T.** Kestävän hyvinvoinnin jäljillä. Ekologisten kysymysten integroiminen hyvinvointitutkimukseen. 2015. ISBN 978-951-669-970-0 (nid.), 978-951-669971-7 (pdf).
- 135 Hakala P, Toikka T, Paturi M, Autti-Rämö I.** Ravitsemuskuntoutuksen toteutuminen Kelan järjestämällä kuntoutuskursseilla. 2015. ISBN 978-951-669-966-3 (nid.), ISBN 978-951-669-967-0 (pdf).
- 134 Hinkka K, Aalto L, Toikka T.** Uudenlaiseen työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. 2015. ISBN 978-951-669-964-9 (nid.), ISBN 978-951-669-965-6 (pdf).
- 133 Ekholm E, Teittinen A.** Vammaiset nuoret ja työntekijäkansalaisuus. Osallistumisen esteitä ja edellytyksiä. 2014. ISBN 978-951-669-951-9 (nid.), ISBN 978-951-669-952-6 (pdf).
- 132 Hirvilampi T, Laakso S, Lettenmeier M.** Kohtuuden rajat? Yksin asuvien perusturvan saajien elintaso ja materiaalijalanjälki. 2014. ISBN 978-951-669-947-2 (nid.), ISBN 978-951-669-948-9 (pdf).
- 131 Kehusmaa S.** Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. 2014. ISBN 978-951-669-941-0 (nid.), 978-951-669-942-7 (pdf).
- 130 Linnanvirta S.** Yksin asuvien kansaneläkeläismiesten taloudellinen ja sosiaalinen turva. 2014. ISBN 978-951-669-939-7 (nid.), ISBN 978-951-669-940-3 (pdf).
- 129 Salminen A-L, Hämäläinen P, Karhula M, Kanelisto K, Ruutiainen J.** MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. 2014. ISBN 978-951-669-930-4 (nid.), ISBN 978-951-669-931-1 (pdf).
- 128 Härkäpää K, Harkko J, Lehikoinen T.** Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. 2013. ISBN 978-951-669-921-2 (nid.), ISBN 978-951-669-922-9 (pdf)