



SEURANTATUTKIMUS ERIKOISSAIRAAN- HOIDON KUNTOUTUSTUTKIMUSPOTILAIDEN TYÖMARKKINATILANTEESTA, ELÄMÄNLAADUSTA SEKÄ KOETUSTA TYÖ- JA TOIMINTAKYVYSTÄ

Tausta

Kun halutaan pidentää työuria ja lisätä työhön osallistumista, olennaista on tukea heikentyneen työkyvyn omaavien ihmisten työhön kiinnittymistä ja työssä jatkamista (Juvonen-Posti ym. 2021). Työllistymisen kannalta on merkittävää, kuinka yksilö kokee oman toimintakykynsä (Brouwer ym. 2010, Hult & Lappalainen 2018, Szlachta ym. 2012, Vastamäki ym. 2014). Perhoniemen ja kumppaneiden (2021) tutkimuksessa havaittiin, että sairauspäivärahan enimmäisajan täytyminen merkitsee valtaosalla myös työkyvyn menettämistä. Tästä syystä sairauspäivärahalla, etenkin ansiotyön ulkopuolella, olevia tulisi tukea sairauspoissaolon aikana ja ennen kuin enimmäisraja täyttyy (Perhoniemi ym. 2021). Pitkän sairauspoissaolon aikaisilla työterveysneuvotteluilla (Reho ym. 2018) ja asteittaisesti lisääntyvällä työajalla voidaan edistää työhön paluuta. Viikari-Junturan ja kumppaneiden (2017) tutkimuksen mukaan osasairauspäivärahalla olevien vajaakuntoisten työhön paluu oli todennäköisempää ja he siirtyivät myöhemmin työkyvyttömyyseläkkeelle kuin

kokonaan sairauspäivärahalla olevat. Pitkän sairauspoissaolon jälkeen takaisin töihin palaaminen on usein kompleksista ja pitkäkestoisista, ja siihen kuuluvat erilaiset työmarkkinatilanteiden vaihtelut (Lindholdt ym. 2017). Gragnanon ja kumppaneiden (2018) kirjallisuuskatsauksen mukaan eri sairauksien vuoksi töistä poissa olleiden työhön paluusta helpottivat samanlaiset tekijät, kuten työn hallinta, työkyky, koettu hyvä terveys ja korkea sosioekonominen asema.

Kuntoutustutkimus

Kuntoutuksen ammattilaisilla tulee olla hyvä käsitys toimintakyvyn eri osa-alueista ja niihin liittyvistä tekijöistä (Vendrig ym. 2018). Työikäisen väestön toimintakyvyn arviointi on tärkeää (Soo Hoo 2019), kun arvioidaan erilaisten interventtioiden vaikutuksia tai perustellaan kuntoutuksen tarvetta. Haastavat työkykyongelmat vaativat usein moniammatillisen tiimin arviota henkilön työkyvystä. Kuntoutustutkimus on laiskäiteistä toimintaa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/132, 29§), jonka tavoitteena on selvittää yksilön mahdollisuuksia jatkaa

työelämässä silloin, kun sairaus tai vammaisuus ei aiheuta pysyvää työkyvyttömyyttä yksiselitteisesti. Kuntoutustutkimuksessa olleet henkilöt ovat usein niitä, joiden työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen syytä ei ole pystytty selvittämään aikaisemmillä tutkimuksilla eivätkä heidän ongelmansa ole ratkenneet erikoisalojen toimenpiteillä, hoidoilla tai kuntoutustoimenpiteillä. Henkilölle on saattanut jäädä työkyvyn rajoitteita hyvästä hoidosta tai eri toimenpiteistä huolimatta, ja kuntoutustutkimuksella halutaan selvittää, mihin jäljellä oleva työkyky riittää. Kuntoutustutkimuksessa toiminta- ja työkyvyn monialaisen ja moniammatillisen arvioinnin pohjalta laaditaan yhdessä potilaan kanssa kuntoutussuunnitelma, jonka yhtenä tavoitteena on tukea potilaan työhön paluuta (Haukka-Wacklin 2016).

Kuntoutustutkimuksen vaikutuksista on tehty Suomessa vain muutama tutkimus. Friberg (2007) on selvittänyt Etelä-Karjalan keskussairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalla vuosina 1998–1999 asiakkaiden (n = 181) työelämään osallistumista 3–4 vuoden seurannan aikana. Tulosten mukaan vain harva (16 %) kuntoutustutkimuksessa olleista potilaista oli pystynyt säilyttämään paikkansa työelämässä tai sijoittumaan sinne. Työelämän kannalta katsottuna kuntoutuneita oli vähän, mutta kokonaiselämäntilanteen kannalta tutkittavien tilanne näytti hieman valoisammalta, eli lähes puolet (47 %) piti elämäntilannettaan hyvänä. (Friberg 2007.) Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikapotilaiden terveydentila, terveydestä huolehtiminen, mieliala ja nukkuminen kohentuivat vähintään vuoden ajan kuntoutustutkimuksen jälkeen (n = 94). Sen sijaan 56 prosentilla voimistui kivun kokemus, joka olikin merkittävin työ- ja toimintakykyä rajoittava tekijä. Seuranta-aineiston perusteella työmarkkinoille palaaminen ei toteutunut lainkaan. (Haukka-Wacklin 2016.) Toisaalta Norrefalkin ja kumppaneiden (2010) tutkimuksessa moniammatillisen tiimin tekemällä toimintakyvyn arvioinnilla oli vaikutusta pitkäaikaisesta kivusta kärsivien ja pitkään sairauden vuoksi työstä poissa olleiden työkykyyn. Heidän tutkimuksessaan sairauspäivärahalla olevien

määrä väheni 40 prosentilla ja 12 prosenttia palasi takaisin kokoaikaiseen työhön vuoden seurannassa. (Norrefalk ym. 2010.)

Tietoa työikäisten osallistumisista eri kuntoutusmuotoihin ei löydy yhdestä rekisteristä (Rinne & Blomgren 2020), vaan tiedot vaihtelevat tutkimusaineistoissa sen mukaan, keitä on tutkittu. Työolotutkimuksen (Sutela ym. 2019) mukaan suomalaisista palkansaajista kahdeksan prosenttia oli osallistunut kuntoutukseen vuonna 2018. Rinteen ja Blomgrenin (2020) rekisteritutkimuksen perusteella taas 25–64-vuotiaista oululaisista kuntoutukseen oli osallistunut lähes joka viides (18 %). Kuntoutustutkimukseen osallistui Rissasen ja Pulkin (2013) selvityksen mukaan vajaa kaksi prosenttia kaikista kuntoutujista.

Ammatillinen kuntoutus

Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä voidaan suositella henkilölle, jota uhkaa sairauden tai vamman vuoksi lähivuotina työkyvyttömyys tai työ- ja ansiokyvyn heikentyminen. Toimenpiteiden tavoitteena on parantaa työllistymisen, työhön paluun ja työssä jatkamisen edellytyksiä. Suomessa ammatillista kuntoutusta järjestävät Kela, työeläkelaitokset, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset sekä ammatilliset oppilaitokset. Työeläkelaitokset vastaavat pääsääntöisesti työelämässä olevien ja pitkään työskennelleiden ammatillisesta kuntoutuksesta, kun taas Kelalle kuuluu vastuu työelämästä poissa olevien, työttömien tai työelämässä vasta vähän aikaan olleiden kuntoutuksesta. Työtön henkilö voi kuulua vielä työeläkekuntoutuksen piiriin, mikäli hänen työttömyytensä ei ole kestänyt pitkään ja hän täyttää muut työeläkekuntoutukseen vaadittavat kriteerit. Yleensä ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet tarkoittavat työkokeilua, uudelleen koulutusta, työhön valmennusta tai elinkeinotukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.)

Kuntoutustutkimusprosessi Satasairaalassa

Kuntoutustutkimuksen tarkoituksena on arvioida International Classification of

Functioning (ICF) -viitekehykseen (WHO 2001) pohjautuen potilaan toimintakykyä, hänen vahvuuksiaan ja mahdollisuuksiaan sekä mahdollisia kuntoutumisen esteitä. Työskentely on ratkaisukeskeistä, ja siinä pohditaan potilaan kanssa kuntoutumisen tavoitteita nykytilanteesta käsin. Yhteistyössä asetetaan yleistavoite kuntoutumiselle sekä määritellään lähitavoite ja tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavat keinot ja muutokset.

Kuntoutustutkimuksessa on käytössä ICF-lomake, joka ohjaa systemaattiseen ja laaja-alaiseen tapaan kuvata ja hahmottaa toimintakykyä. Lomakkeessa potilas arvioi itse toimintakykyään ja ammattilaiset tekevät tilanteesta oman arvionsa. Lomake sisältää muun muassa ammatillisen kuntoutuksen lyhyen ydinlistan (THL 2021) sekä WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän lyhyen version (12 kysymystä) (Üstün ym. 2010).

Potilaat tulevat kuntoutustutkimukseen perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon muiden yksiköiden tai yksityisen terveysaseman lääkärin lähetteellä. Fysiatrian ja kuntoutuksen ylilääkäri arvioi lähetteen ja siirtää sen kuntoutustutkimusprosessiin tai lähete palautetaan paperikonsultaatiovastauksena. Kriteerinä kuntoutustutkimukseen ohjauksessa on potilaan pitkittynyt sairauspoissaolo, työssä selviytymisen haasteet ja ammatillisen kuntoutuksen suunnittelun tarve. Kuntoutustutkimusprosessiin ohjaamisen jälkeen sairaanhoitaja soittaa potilaalle lähetesoiton, jonka jälkeen lähete käsitellään tiimissä arviokäyntien ja aikataulun suunnittelemiseksi.

Kuntoutustutkimuksia voidaan järjestää suppeampina tai laajempina. Kuntoutustutkimuksen laajuus suunnitellaan yksilöllisesti ja tarvelähtöisesti lähetteen ja lähetepuhelun perusteella. Suppea kuntoutustutkimus sisältää yleensä lääkärin ja sosiaalityöntekijän/kuntoutussuunnittelijan käynnit tai lääkärin, sosiaalityöntekijän/kuntoutussuunnittelijan sekä psykologin käynnit. Laajaan kuntoutustutkimukseen voi kuulua edellä mainittujen arvioiden lisäksi fysioterapeutin ja/tai sairaanhoitajan ja/tai toimintaterapeutin arviokäynnit ja toimintakykytestaukset. Suppeissa tutkimuksissa

lääkärille, sosiaalityöntekijälle/kuntoutussuunnittelijalle ja psykologille varataan yksi 90 minuutin käyntiaika. Laajoissa tutkimuksissa varataan psykologille toinen 60–90 minuutin käyntiaika, sairaanhoitajalle kaksi 60 minuutin käyntiaikaa, toimintaterapeutille yksi 90 minuutin käyntiaika ja fysioterapeutille kaksi 90 minuutin ja yksi 60 minuutin käynti.

Tutkimuskäynneillä ammattilaiset tapaavat potilaan ja tekevät arvionsa tilanteesta käyttäen apuna esitetilomakkeita, haastattelua, ammattialakohtaisia testejä sekä tutkimusta. Käyntien jälkeen laaditaan yhdessä potilaan ja työryhmän kanssa lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma. Suppeissa kuntoutustutkimuksissa potilaan asia käsitellään tiimipalaverissa, jonka jälkeen potilaaseen ollaan yhteydessä. Laajoissa kuntoutustutkimuksissa potilas osallistuu pääsääntöisesti itse mukaan palaveriin. Palaverissa sovitaan jatkosuunnitelmasta ja seurannasta sekä täytetään ammattilaisen osuus ICF-toimintakyvynarviolomakkeesta.

Kuntoutustutkimuksen päätteeksi lääkäri laatii tarvittavat lausunnot esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen hakemiseksi ja potilasta ohjataan tarvittaessa hakemisprosessissa. Osa potilaista jatkaa kuntoutustoimenpiteissä kuntoutuspoliklinikalla ja osa potilaista ohjataan esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Potilaiden tilannetta seurataan tiimipalaverissa sekä seurantasoitoin ja kontrollikäynnein. Tarvittaessa tehdään verkostotyötä TE-palvelujen, Kelan, työeläkevakuutuslaitosten, työvoiman palvelukeskuksen, terveyskeskusten, työhön valmentajien ja muiden toimijoiden kanssa.

Vuoden kuluttua kuntoutustutkimuksen tekemisestä kaikkiin potilaisiin ollaan yhteydessä. Seurantakontakti kuuluu kuntoutustutkimusprosessin laatutyöhön, ja tarvittaessa potilaan asia voidaan ottaa tiimin käsittelyyn ja arvioon uudelleen.

Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuntoutustutkimuspotilaiden työmarkkinatilanteen ja sairausetsuuskäytön,

elämänlaadun sekä työ- ja toimintakyvyn eri osa-alueiden muutoksia vuoden kuluttua kuntoutustutkimuksesta. Toimintakyvyn osa-alueista tarkasteltiin kognitiivista, fyysistä, sosiaalista ja toimintakykyä sekä itsestä huolehtimista, päivittäisiä toimia ja osallisuutta. Tavoitteena oli myös selvittää, onko suppeaan ja laajaan kuntoutustutkimukseen osallistuneiden välillä eroja muutoksissa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto koostui Satasairaalan fysiatrian ja kuntoutuksen yksikössä toukokuun 2018 ja joulukuun 2019 välisenä aikana kuntoutustutkimuksessa olleiden 238 henkilön (naisia 58 %, miehiä 42 %, keski-ikä 48 vuotta) kyselyaineistosta.

Suurin osa tutkittavista henkilöistä oli suorittanut ammatillisen tai näyttötutkinnon (64 %) (taulukko 1). Reilulla kolmanneksella (35 %) potilaista viimeksi alkanut työttömyys oli kestänyt alle vuoden (taulukko 2).

Taulukko 1. Kuntoutustutkimukseen osallistuneiden henkilöiden koulutustausta (%-osuudet) (N = 238).

Koulutustausta (n)	Osuus tutkituista, %
Peruskoulu (n = 48)	20
Lukio/ylioppilastutkinto (n = 8)	3,3
Ammattitutkinnon osa (n = 20)	8,4
Ammattikoulu/näyttötutkinto (n = 152)	63,9
Alempi korkeakoulututkinto tai ammattikorkeakoulututkinto (n = 9)	3,8
Ylempi korkeakoulututkinto (n = 1)	0,4
Yhteensä (N = 238)	100

Taulukko 2. Kuntoutustutkimuspotilaiden (N = 238) viimeksi alkaneen työttömyysjakson keston jakaumat (%-osuudet).

Työttömyyden kesto (n)	Osuus tutkituista, %
Alle vuosi (n = 84)	35,3
1–4 vuotta (n = 102)	42,9
5–10 vuotta (n = 34)	14,3
Yli 10 vuotta tai ei koskaan työelämässä (n = 18)	7,6
Yhteensä (N = 238)	100

Aineiston potilaista 127:lle eli hieman yli puolelle (53 %) oli tehty suppea kuntoutustutkimus ja 111:lle (47 %) laaja kuntoutustutkimus. Joissain yksittäistapauksissa suppeaa kuntoutustutkimusta päädyttiin laajentamaan lääkärin tekemän arvion perusteella, koska potilaan toimintakykytilanteesta tarvittiin lisätietoa hoidon suunnittelemiseksi.

Kuntoutustutkimukseen tullessaan tutkitavat olivat jo ennakkoon täyttäneet useita terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä kyselyitä (Työkyky VAS, The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), EuroQol Instrument (EQ-5D) ja RAND-36-item Health Survey). Arviokäyntien yhteydessä tutkittavat täyttivät lisäksi ICF-toimintakyvynarviolomakkeen, joka sisältää World Health Organization Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän lyhyen version 12 kysymyksen sisällöt.

Tässä tutkimuksessa selvitetään työ- ja toimintakyvyn muutoksia WHODAS 2.0 -kyselyn (12 kysymystä; Üstün ym. 2010), terveyden ja elämänlaadun muutoksia EQ-5D-kyselyn (Brooks with the EuroQol Group 1996, EuroQoL Group 1990) ja työkyvyssä tapahtuneita muutoksia Työkyky VAS nyt ja kahden vuoden kuluttua -kysymysten (Ilmarinen ym. 2015) avulla.

WHODAS 2.0 (lyhyt versio, 12 kysymystä) -arviointimenetelmä perustuu rakenteelliseen ICF-viitekehykseen ja kokoa yksilön toimintakyvyn 12:een elämän osa-alueeseen. Kokonaistuloksen lisäksi on mahdollista laskea myös osa-aluekohtaisia pisteitä (Üstün ym. 2010). WHODAS 2.0 on moniulotteinen, ja sen kokonaispistemäärä voi edustaa erilaisia vaikuttavia tekijöitä ja niiden yhdistelmiä. Australialaisessa väestötutkimuksessa (Andrews ym. 2009) faktorianalyysin pohjalta todettiin, että WHODAS 2.0 voi olla luotettavampi, kun yksilön toimintakyvyn rajoitteiden kokonaispistemäärän sijasta käytetään kuutta elämän osa-alueita, jotka ovat 1) kognitiivinen, 2) fyysinen toimintakyky, 3) itsestä huolehtiminen, 4) sosiaalinen toimintakyky, 5) päivittäiset toimet ja 6) osallisuus. Tässä tutkimuksessa kokonaisrajoitteen (kokonaisindeksin) lisäksi arvioitiin näiden kuuden osa-alueen

muutosta. Mitä pienempi arvo on, sitä vähemmän on rajoitteita kyseessä olevalla osa-alueella. WHODAS 2.0:n ja muiden toimintakyvyn mittareiden väliset korrelaatiot ovat osoittautuneet hyväksi (Saltychev ym. 2019).

EQ-5D-kysely sisältää viisi kysymystä liikkumisesta, itsensä hoitamisesta, kivusta, päivittäisistä toimista ja psykologisesta tilasta. Jokaisessa osiossa on kolme vastausvaihtoehtoa: 1 = ei ongelmaa, 2 = kohtalaisesti ongelmia ja 3 = vakavia ongelmia. (Brooks with the EuroQol Group 1996, EuroQoL Group 1990). Kokonaisindeksin maksimipistemäärä on 1, joka saadaan muuntamalla viiden ulottuvuuden pisteet taulukon avulla. Maksimipistemäärä 1 osoittaa parasta terveydentilaa. Sen sijaan korkea pistemäärä yksittäisissä kysymyksissä kertoo vakavammista tai lukuisammista ongelmista. Kyselyssä on myös visual analog scale (VAS), jolla arvioidaan yleistä terveydentilaa ja jossa paras terveydentila saa arvon 100. (Schrag ym. 2000.) Väestön viitearvot kyseisen mittarin osalta löytyvät Janssenin ja Szenden (2014) julkaisusta. EQ-5D-mittarin osalta muutos on kliinisesti merkittävä, mikäli muutos on suurempi kuin 0,1, ja EQ VAS:n osalta, mikäli muutos on suurempi kuin 10 (Ruotsin kansallinen laaturekisteri). Työkyky VAS:n avulla vastaaja arvioi työkykyään asteikolla nolasta kymmeneen (0 = täysin työkyvytön ja 10 = työkyky parhaimmillaan) (Ilmarinen ym. 2015). Työkyvyn itsearviointin ennustevaliditeetti on hyvä (Lundin ym. 2016).

Tutkittavat luokiteltiin iän mediaanin perusteella kahteen ryhmään: nuorempaan, alle 48-vuotiaisiin, ja vanhempaan, 48-vuotiaisiin ja sitä vanhempiin.

Vuoden kuluttua kuntoutustutkimuksen tekemisestä kuntoutussuunnittelija tai psykologi oli yhteydessä kaikkiin tutkittuihin henkilöihin puhelimitse tai tekstiviestitse, ja heille lähetettiin vastattavaksi uudelleen WHODAS 2.0 (12 kysymystä) -, EQ-5D- ja Työkyky VAS -kyselyt. Seurantayhteydenoton kautta tavoitettiin kaikki 238 tutkittua henkilöä, joista 127 (53 %) vastasi WHODAS 2.0 (12 kysymystä) -kyselyyn, 108 (45 %) EQ-5D-kyselyyn ja 113 (47 %) Työkyky VAS

-kyselyyn. Lisäksi selvitettiin tutkittujen henkilöiden senhetkinen työmarkkinatilanne, sairausetuksien käyttö sekä ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden toteutuminen kuluneen vuoden aikana. Tarvittaessa sairausetuksien käyttö tarkistettiin Kelan tilastoista.

Tutkimus on hyväksytty Satakunnan alueen eettisessä toimikunnassa (SAT-SHP/1192/13.01/2018). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja tutkittavat olivat antaneet siihen suostumuksensa. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuttanut heidän kuntoutustutkimusprosessiinsa.

Tutkittavat henkilöt luokiteltiin työmarkkinatilanteensa mukaan aktiivisiin (työssä, opiskelussa tai ammatillisessa kuntoutuksessa tai aktiivisiin toimiin osallistuvat työttömät) ja passiivisiin henkilöihin (työttömät, jotka eivät olleet aktiivitoimien piirissä, ja henkilöt, jotka olivat sairausetuudella, työkyvyttömyys- tai kuntoutusetuudella sekä muut, esimerkiksi henkilöt, jotka eivät olleet ilmoittautuneet työttömiksi, olivat toimeentulotuella tai äitiyspäivärahalla tai pelkätään osatyökyvyttömyyseläke-etuudella tai olivat kuolleet seurannan aikana). Luokittelu tehtiin työmarkkinatilanteen mukaan eikä etuuslähtöisesti, jolloin esimerkiksi osasairauspäivärahalla olevat osa-aikaisen työn tekijät luokiteltiin osa-aikatyötä tekeviin. Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella olemisella tarkoitetaan henkilön kokoaikaisesta työkyvyttömyydestä. Osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevat luokiteltiin joko työttömiin työnhakijoihin tai osa-aikatyössä oleviin työmarkkinatilanteensa mukaan tai luokkaan ”muut”.

Aineiston kuvailemisessa käytettiin keskiarvoja ja jakaumia. Alku- ja seurantatulosten välisten erojen analysoimisessa käytettiin parittaisten otosten t-testiä ja ryhmien välisten erojen selvittämisessä riippumattomien otosten t-testiä. Tuloksia tarkasteltiin sukupuolittain, ikäryhmittäin, kuntoutustutkimustyypeittäin (suppea vs. laaja) sekä työmarkkinatilanteen mukaan. Aineisto analysoitiin SPSS 25 -tilasto-ohjelmalla. Tilastollisesti merkitsevänä tasona pidettiin sitä, jos p-arvo oli pienempi tai yhtä suuri kuin 0,05 ($p \leq 0,05$).

Tulokset

Työmarkkinatilanne, sairausetuuden käyttö ja ammatillinen kuntoutus

Vuoden seurannassa kuntoutustutkimuksessa olleiden, työmarkkinatilanteensa mukaan aktiivisiksi luokiteltujen potilaiden osuus kasvoi lähes kolminkertaiseksi (15 %:sta 44 %:iin). Aktiivisten toimenpiteiden, kuten kuntouttavan työtoiminnan, piirissä olevien työttömien määrä lisääntyi huomattavasti seurannan aikana. Lisäksi ammatillisessa kuntoutuksessa tai kuntoutusrahalla olevien osuus kasvoi moninkertaiseksi. Passiivisten osalta suurin muutos tapahtui sairausetuudella olevilla, eli heidän osuutensa väheni vajaasta kolmanneksestä (32 %) alle kymmenesosaan (7 %). (Taulukko 3.)

Kaikista tutkittavista 39 prosenttia ei ollut lainkaan käyttänyt sairausetuutta edellisen vuoden aikana. Suppeisiin tutkimuksiin ohjatuista potilaista 43 prosenttia ja laajoihin tutkimuksiin osallistuneista joka kolmas ei ollut käyttänyt lainkaan sairausetuutta edeltävän vuoden aikana. Kuntoutustyyppien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sairauspäivärahan tai kuntoutustuen käytön kesto koko aineiston osalta oli vuosi ennen kuntoutustutkimusta 113 päivää (SD 130) ja vuosi kuntoutustutkimuksen jälkeen 104 päivää (SD 126). Muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p \leq 0,001$).

Suosituksia ammatillisesta kuntoutuksesta oli annettu lähes puolelle (48 %) tutkimuksessa olleista potilaista ($n = 115$). Kaikkien potilaiden kohdalla ammatillisen kuntoutuksen suositukset ja toimenpiteet eivät olleet toteutuneet suunnitelmien mukaisesti. Osa ei myöskään ollut hakenut ammatillista kuntoutusta Kelasta tai eläkelaitoksesta, koska oli kokenut oman terveydentilansa tähän liian heikoksi ja muutama henkilö oli saanut asiasta hylkäävän päätöksen. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden piirissä oli vuoden aikana ollut 15 prosenttia kuntoutustutkimuksessa olleista potilaista, kun tutkimukseen tullessaan heitä oli vain kaksi prosenttia.

Työ- ja toimintakyky

Vuoden seurannassa koettu työkyky parani tilastollisesti merkitsevästi (2,7 vs. 3,9, vastaavasti, asteikolla 0–10). Toimintakyvyn eri osa-alueista tilastollisesti merkitsevää paranemista tapahtui itsestä huolehtimisessa (2,0 vs. 1,3). Sen sijaan heikkenemistä tapahtui kognitiivisessa (1,5, vs. 1,8) ja fyysisessä toimintakyvyssä (3,2 vs. 3,8) sekä osallisuudessa (2,2, vs. 3,2). Elämänlaadun (0,48 vs. 0,58) ja koetun terveyden (42,0 vs. 45,9) suhteen tapahtui tilastollisesti merkitsevää paranemista. (Taulukko 4.)

Taulukko 3. Tutkittavien jakautuminen (%-osuus) työmarkkinatilanteensa mukaan aktiivisiin ja passiivisiin kuntoutustutkimukseen tullessa ja vuoden kuluttua kuntoutustutkimuksesta ($N = 238$).

Työmarkkinatilanne	Alkutilanne %-osuus (n)	Seuranta %-osuus (n)
<i>Aktiiviset</i> Työssä/opiskelussa, kokoaikainen Osa-aikatyössä Ammatillisessa kuntoutuksessa, kuntoutusrahalla Työtön, aktiivitoimenpiteissä	9 (n = 22) 3 (n = 8) 3 (n = 6)*	16 (n = 39) 5 (n = 13) 15 (n = 35) 8 (n = 19)
<i>Passiiviset</i> Työtön, ei-aktiivitoimenpiteissä Sairausetuudella Työkyvyttömyyseläkkeellä/ kuntoutustuella Muu	34 (n = 81) 32 (n = 75) 13 (n = 32) 6 (n = 14)	30 (n = 72) 7 (n = 16) 15 (n = 35) 4 (n = 9)
Yhteensä	100 (N = 238)	100 (N = 238)

* Alkutilanteessa ammatillisessa kuntoutuksessa tai kuntoutusrahalla sekä työttöminä tai aktiivitoimenpiteissä olleiden ryhmät on yhdistetty, koska ryhmässä oli alle viisi henkilöä.

Taulukko 4. Koetun työ- ja toimintakyvyn eri osa-alueet, elämänlaatu ja terveydentila alussa ja vuoden seurannassa (n = 108–113) sekä muutoksen tilastollinen merkitsevyys (p-arvo).

Osa-alue (asteikko) (n)	Alkutilanne	Seuranta	p-arvo
Koettu työkyky (0–10) (n = 113)	2,7	3,9	≤ 0,001
WHODAS kokonaisindeksi (n = 109)	13,9	14,9	ns
Kognitiivinen toimintakyky (n = 112)	1,5	1,8	0,026
Fyysinen toimintakyky (n = 113)	3,2	3,8	0,002
Itsestä huolehtiminen (n = 113)	2,0	1,3	0,016
Sosiaalinen toimintakyky (n = 113)	1,4	1,6	ns
Päivittäiset toimet (n = 111)	3,8	3,5	ns
Osallisuus (n = 111)	2,2	3,2	≤ 0,001
EQ-5D-indeksi (n = 108)	0,48	0,58	≤ 0,001
EQ-VAS (n = 108)	42,0	45,9	0,032

ns = not significant

Tarkasteltujen muuttujien osalta ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja eri ikäryhmien, sukupuolten tai kuntoutustutkimustyyppien (suppea vs. laaja) välillä. Tosin nuoremmalla ikäryhmällä oli alkutilanteessa alhaisempi WHODAS-kokonaisindeksi (vähemmän rajoitteita) kuin vanhemmalla ikäryhmällä (13,0 vs. 14,9, vastaavasti) sekä parempi fyysinen toimintakyky kuin vanhemmalla ikäryhmällä (2,8 vs. 3,5, vastaavasti). Ikäryhmien välillä oli pieniä eroja muutosten suuruudessa. Seurannan aikana nuoremmalla ikäryhmällä tapahtui tilastollisesti merkitsevä heikennys fyysisessä toimintakyvyssä (2,8 vs. 4,3, $p=0,002$). Sen sijaan vanhemmalla ikäryhmällä tapahtui tilastollisesti merkitsevä parannus itsestä huolehtimisessa (2,2 vs. 1,5, $p = 0,004$).

Koko aineiston tilastollisesti merkitsevien muutosten lisäksi miesten ja naisten välillä oli eroja muutosten osalta. Alkutilanteessa naisten päivittäiset toimet sujuivat heikommin kuin miehillä (3,9 vs. 3,3, vastaavasti), mutta he kokivat terveytensä paremmaksi (43,6 vs. 40,0, vastaavasti). Seurannan aikana miesten fyysinen toimintakyky heikkeni (3,3 vs. 3,8, $p = 0,013$) ja koettu terveys (40,0 vs. 46,4, $p = 0,02$) parani tilastollisesti merkitsevästi.

Suppeaan kuntoutustutkimukseen osallistuneet kokivat terveytensä alkutilanteessa paremmaksi kuin laajaan kuntoutustutkimukseen osallistuneet (44,5 vs. 40,0,

vastaavasti, ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä). Myös laajan ja suppean kuntoutustutkimustyyppien välillä oli eroja muutoksissa. Laajassa kuntoutustutkimuksessa olleilla tapahtui tilastollisesti merkitsevä heikentyminen kognitiivisessa toimintakyvyssä (1,5 vs. 1,8, $p = 0,004$), mutta heidän koettu terveytensä parani (40,0 vs. 46,3, $p = 0,005$). Sen sijaan laajan kuntoutustutkimuksen potilaiden itsestä huolehtiminen parani tilastollisesti merkitsevästi (2,0 vs. 1,3, $p = 0,003$) seurannan aikana.

Työmarkkinatilanteensa perusteella aktiivisiksi luokiteltujen koettu työkyky oli alkutilanteessa 3,3 ja vuoden kuluttua 5,6. ($p \leq 0,001$). Vastaavasti työmarkkinatilanteen perusteella passiivisten ryhmällä (sairausuudella tai ei-aktiivisten toimenpiteiden piirissä olevilla työttömällä, $n = 37$) koettu työkyky oli alkutilanteessa 1,6 ja seurannassa 2,2. Parannus ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

Seurannan aikana aktiivisten osalta tapahtui tilastollisesti merkitsevää paranemista itsestä huolehtimisessa (1,7 vs. 1,1, vastaavasti, $p = 0,031$), elämänlaadussa (0,50 vs. 0,62, vastaavasti, $p \leq 0,001$) ja koetussa terveydessä (44,9 vs. 55,2, vastaavasti, $p \leq 0,001$). Elämänlaadun ja terveydentilan paranemiset olivat myös kliinisesti merkittäviä. Sen sijaan merkitsevää heikkenemistä tapahtui osallisuudessa (1,9 vs. 2,8, $p \leq 0,001$). Passiivisilla parani ainoastaan elämälaatu

(0,46 vs. 0,56, vastaavasti, $p \leq 0,001$), kun taas heikkenemistä oli sekä kognitiivisessa (1,7 vs.2,1, vastaavasti, $p = 0,04$) että fyysisessä toimintakyvyssä (3,4 vs. 4,3, vastaavasti, $p \leq 0,001$) ja osallisuudessa (2,6 vs. 3,6, vastaavasti, $p \leq 0,001$).

Pohdinta

Päätulokset

Työmarkkinatilanteensa mukaan aktiivisiksi luokiteltujen potilaiden osuus kasvoi 15 prosentista 44 prosenttiin. Suurin kasvu tapahtui ammatillisessa kuntoutuksessa tai kuntoutusrahalta olevien määrässä. Passiivisten osalta suurin muutos näkyi sairausetuutta käyttäneiden osuuden pienenemisessä. On myös otettava huomioon, että kuntoutustutkimukseen osallistuneista noin 40 prosenttia ei ollut käyttänyt sairausetuutta lainkaan kuntoutustutkimukseen tullessaan.

Yleisesti ottaen kuntoutustutkimukseen osallistuneiden elämänlaatu, koettu terveys ja työkyky paranivat seurannan aikana. Elämänlaadun ja terveyden paraneminen olivat myös kliinisesti merkittäviä. Suppean tai laajan kuntoutustutkimuksen välillä ei ollut eroja tuloksissa. Toimintakyvyn eri osa-alueista itsestä huolehtiminen parani, kun taas kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky sekä osallisuus heikkenivät seurannan aikana. Kognitiivinen toimintakyky heikkeni etenkin laajaan kuntoutustutkimukseen osallistuneilla, kun taas fyysisen toimintakyvyn heikentyminen oli suurempaa nuoremmilla (alle 48-vuotiailla) ja miehillä. Sitä vastoin itsestä huolehtiminen parani eniten aktiivisilla ja vanhemmalla ikäryhmällä sekä laajaan kuntoutustutkimukseen osallistuneilla.

Työmarkkinatilanne

Tutkimuksessamme työmarkkinoille osallistuminen (koko- tai osa-aikatyö) lisääntyi 12 prosentista 21 prosenttiin vuoden kuluttua kuntoutustutkimukseen osallistumisesta. Tässä saatu tulos (16 %) kokoaikatyöhön palaavien osalta on hieman parempi kuin Norrefalkin ja kumppaneiden (2010) tutkimuksessa (12 %). Samoin työmarkkinoille

siirtyneiden osuus oli suurempi kuin Fribergin (2007) tutkimuksessa (16 %) ja huomattavasti parempi kuin Haukka-Wacklinin (2016) tutkimuksessa, jonka mukaan kukaan kuntoutustutkimuksessa olleista ei päässyt takaisin työmarkkinoille. Yhtenä syynä tulosten erilaisuuteen saattaa olla seuranta-ajan pituus. Meidän, Norrefalkin ja kumppaneiden (2010) sekä Haukka-Wacklinin (2016) tutkimuksissa potilaita seurattiin yhden vuoden ajan, kun taas Fribergillä seuranta-aika oli 3–4 vuotta kuntoutustutkimuksen jälkeen. Muutaman vuoden aikana osallistujien työmarkkinatilanne saattaa muuttua moneen kertaan, kuten Lindholdt ym. (2017) ovat todenneet: pitkän sairauspoissaolon jälkeen takaisin töihin palaaminen on usein kompleksista ja pitkäkestoista, ja prosessin aikana työmarkkinatilanne voi vaihdella.

Seurannan lopussa aktiivisten osuus oli lisääntynyt huomattavasti, eli aktiivisten joukossa oli paljon työllistymispotentiaalia. Vaikka työttömiä oli edelleen lähes saman verran, aktivointitoimenpiteiden piirissä olevien työttömien määrä oli lisääntynyt. Tähän vaikutti todennäköisesti myös tutkimusaikana käynnissä ollut aktiivimalli, joka otettiin käyttöön vuoden 2018 alussa ja kesti vuoden 2019 loppuun (Kyyrä ym. 2019).

Kelan sairauspäivärahaetuutta käyttäneiden osuuden suureen vähenemiseen (32 %:sta 7 %:iin) saattoi osaltaan vaikuttaa se, että Kelan sairauspäivärahaa on mahdollista saada vuoden ajan yhtäjaksoisesti, ja jotta tätä etuutta voisi saada uudelleen, tulee olla vuoden ajan työkykyinen (työssä tai työttömänä) (Kela 2021). Sairauspäiväraha-kauden päättymisen jälkeen henkilö on saatettu terveydenhuollon ammattihenkilön todistuksella todeta sairauden takia työkyvyttömäksi, mutta henkilön hakemat työkyvyttömyysetuudet on voitu hylätä, jolloin henkilön etuutena on tästä johtuen työttömyyspäiväraha ja statuksena työtön. Tämä saattaa osaltaan selittää työttömien suurta määrää vuoden seurannassa.

Elämänlaatu ja koettu terveys

Elämänlaadussa ja koetussa terveydessä tapahtui kliinisesti merkittävä parannus

työelämään osallistuvilla, eli työmarkkina-aktiivisuus näytti lisäävän henkilöiden kokemusta elämänlaadun ja terveyden paranemisesta. Havaintomme on samansuuntainen kuin Reimsin ja Bauerin (2015) saamat tulokset, joiden mukaan työllistyminen vaikuttaa suotuisasti terveyden kokemiseen. Vaikka elämänlaatu ja koettu terveys paranivatkin seurannan aikana, väestötason tuloksiin verrattuna kuntoutustutkimuspotilaiden tulokset olivat huomattavasti heikommät. Koetun terveyden osalta (EQ VAS) väestötason tietoa ei ole Suomesta käytettävissä, mutta Ruotsissa tulos oli 45–54-vuotiailla 83 (Janssen & Szende 2014), kun meidän tutkimuksemme tulos oli lopussa noin 46. Elämänlaadun (EQ-5D -indeksi) osalta löytyy suomalaista väestötason vertailutietoa, ja siinä 45–54-vuotiailla indeksi on keskimäärin ollut 0,85 (Janssen & Szende 2014), kun meidän aineistossamme tulos oli seurannan lopussa 0,58. Yhtenä syynä heikompiin tuloksiin saattaa olla potilaiden valikoituminen: kuntoutustutkimukseen tullessaan potilailla on usein taustalla pitkään jatkuneita työ- ja toimintakyvyn haasteita, jolloin elämänlaatu ja terveys ovat jo heikentyneet.

Työ- ja toimintakyky

Vaikka tutkimukseemme osallistuneiden koettu työkyky ja itsestä huolehtiminen paranivatkin, ne olivat silti melko alhaisella tasolla työikäiseen väestöön verrattuna (Jääskeläinen ym. 2016). Työmarkkinatilanteensa mukaan aktiivisten ryhmässä työkyky parani merkittävästi, kun taas passiivisilla muutos ei ollut niin huomattava. Tuloksemme tukevat huonoksi koetun työkyvyn ennustearvoa pitkissä sairauspoissaoloissa, työkyvyttömyyseläkkeessä ja työttömyydessä (Lundin ym. 2016) sekä toimintakyvyn itsearviointin merkitystä työllistymisen osalta (mm. Hult & Lappalainen 2018, Vastamäki ym. 2014). Lisäksi aikaisemmassa, eri hankkeisiin osallistuneiden työttömien seurantatutkimuksessa (Savinainen ym. 2020) työkyvyn kohentamiseen vaikuttivat etenkin hyväksi koettu terveys ja lyhyt työttömyysaika. Työkyvyn ylläpito on siis tärkeää myös uudelleen työllistymisen kannalta (McGonagle ym. 2015).

Erikoissairaanhoidon toteuttamalla monialaisella kuntoutustutkimuksella näyttäisi olevan positiivinen ja kuntouttava vaikutus yksilön työkykyyn ja itsestä huolehtimiseen.

Työurien pidentämisessä ja työhön osallistumisen lisäämisessä on olennaista tarttua haasteisiin varhaisessa vaiheessa, jolloin työ- ja toimintakyky eivät olisi heikentyneet liikaa eikä tarvittaisi kovin järeitä toimia henkilön kuntoutumiseksi takaisin työelämään.

Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimuksemme ehdottomana vahvuutena on aineiston kattavuus: se käsittää yhden kuntoutustutkimuspoliklinikan kaikki potilaat tutkitulta aikaväliltä ja edustaa siten hyvin kyseisen alueen potilaita. Toisena vahvuutena on, että tarkastelimme työ- ja toimintakyvyn eri osa-alueita ja otimme mukaan koetun terveyden sekä kokonaisvaltaisemman muuttujan eli elämänlaadun. Kolmas vahvuus on pitkäaikaisuus, eli tuloksia ei tarkasteltu ainoastaan yhden mittaushetken perusteella, vaan henkilöiltä kysyttiin vuoden kuluttua heidän työmarkkinatilanteestaan ja sairauspäivärahaetuuksien käytöstään ja potilaat vastasivat samoihin kyselyihin kuin vuotta aikaisemmin. Katoanalyysin perusteella seurantakyselyihin vastanneiden ja ei-vastanneiden välillä ei ollut eroja tarkasteltujen muuttujien osalta. Seuranta-aika tosin olisi voinut olla pidempikin, esimerkiksi Oyeflaten ym. (2012) ovat todenneet, että riittävän työhön paluun yleiskuvan saamiseksi seuranta-ajan tulisi olla muutamia vuosia. Toisaalta seuranta-aika ei saisi myöskään olla liian pitkä suhteessa intervention keston, koska tällöin voidaan kyseenalaistaa, johtuvatko vaikutukset interventioista vai jostain muusta ulkopuolisesta tekijästä. (Lindholdt ym. 2017.)

Usein interventioiden, tässä tapauksessa kuntoutustutkimuksen, vaikutuksia arvioidessa käytetään tulosmuuttujana tietyn hetken mittaus tulosta, josta ei saada selville seurannan aikaisia dynaamisia tilanteiden vaihteluita tai siirtymiä esimerkiksi työmarkkinatilanteesta toiseen. Siirtymien ja eri vaiheiden selville saamisessa voidaan

käyttää sekvenssianalyysia. (Lindholdt ym. 2017.) Tämän tutkimuksen osalta se ei ollut mahdollista, koska se olisi pitänyt ottaa huomioon jo tutkimuslupaa anottaessa. Lisäksi se olisi edellyttänyt hyvin strukturoitua, selkeää lomaketta potilaille tai lisäyhteydenottoja, koska rekisteritietoja ei ollut käytettävissä. Toisena rajoituksena voidaan nähdä työmarkkinatilanteen mukainen jako aktiivisiin ja passiivisiin. Jouduimme yhdistämään hyvin heterogeenisiä ryhmiä toisiinsa ryhmäkokojen pienuuden vuoksi vertailujen mahdollistamiseksi. Mikäli osallistujia olisi ollut enemmän, olisi voitu vertailla töissä käyviä ja ei-töissä käyviä ja saada mahdollisesti selkeämpiä eroja näiden ryhmien välille.

Tutkimuksemme mukaan työttöminä työnhakijoina vaikuttaisi olevan paljon henkilöitä, jotka hyötyisivät systemaattisesta moniammatillisesta työ- ja toimintakyvyn arvioinnista sekä yhdessä tehdystä kuntoutuksen suunnittelusta ja aktiiviseen elämään ohjaamisesta ja tukemisesta.

Kuntoutustutkimukseen tulisikin ohjata potilaita aiemmin, jotta työkykyä haittaaviin terveysongelmiin voitaisiin puuttua, ennen kuin ne aiheuttavat työelämästä syrjäytymistä. Olemme kehittäneet alueellisten kuntoutushankkeiden kautta TE-palvelujen kanssa uudenlaista yhteistyömallia, jossa työtön työnhakija, jolla on työkykyä haittavia terveysongelmia, voidaan ohjata ilman lääkärin lähetettä kuntoutuspoliklinikalle arvioon (ns. walk in -vastaanotto). Kuntoutuspoliklinikan lääkärijohtoisessa tiimissä arvioidaan kuntoutustutkimuksen tarve kuntoutussuunnittelijan haastattelun perusteella, ja potilaalle voidaan tarvittaessa järjestää arviokäyntejä poliklinikalle nopeasti. Käyntien jälkeen TE-palveluiden vastuuhenkilölle lähetetään palaute. Toivomme, että saisimme tästä yhteistyömallista lupaavia tuloksia ja mallia voisi siten levittää valtakunnallisesti. Systemaattisella toiminnalla ja riittävän ajoissa tapahtuvalla interventiolla voidaan edistää työssä jatkamista tai sinne palaamista.

Tulosten merkitys: Tutkimus toi uuinta tietoa erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuksen vaikutuksista potilaiden työmarkkinatilanteeseen, elämälaatuun, koettuun terveyteen sekä työ- ja toimintakykyyn. Tutkimus kannustaa kuntoutustoimijoita systemaattiseen ja moniammatilliseen työ- ja toimintakyvyn arviointiin työurien pidentämiseksi ja työhön osallistumisen edistämiseksi.

Tiivistelmä

Työurien pidentämisessä ja työhön osallistumisen lisäämisessä oleellista on tukea myös osatyökykyisten henkilöiden työhön kiinnittymistä ja työssä jatkamista. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspotilaiden (N = 238) työmarkkinatilanteen, sairausetuksien käytön, elämänlaadun sekä työ- ja toimintakyvyn muutoksia vuoden kuluttua kuntoutustutkimuksesta. Kuntoutustutkimuksessa olleiden osallistuminen työmarkkinoille sekä ammatilliseen kuntoutukseen lisääntyi ja samalla sairausetuksien käyttö väheni. Potilaiden elämänlaatu, koettu terveys ja työkyky sekä itsestä huolehtiminen parani. Vastaavasti kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky sekä osallisuus heikkenivät. Systemaattisella ja moniammatillisella työ- ja toimintakyvyn arvioinnilla voidaan saavuttaa vaikuttavia suunnitelmia työllistymisen edistämiseksi.

Avainsanat: kuntoutustutkimus, työmarkkinatilanne, elämänlaatu, työkyky, toimintakyky

Abstract

Follow-up study on the labor market situation, quality of life and perceived work ability and functioning of patients of a rehabilitation outpatient clinic

In order to prolong working careers and increase participation in work, it is also important to support the attachment and continuation of people with partial ability to work. The aim of the study was to find out the changes in the labor market situation, the use of sick leave, quality of life, and work ability and functioning of the outpatient clinic of the Department of Physical Medicine and Rehabilitation (N=238) during one-year follow-up. Participation in the labor market and vocational rehabilitation of those who participated in rehabilitation increased, and at the same time the use of sickness benefits decreased. Patients' quality of life, perceived health and work ability, and self-care improved. Correspondingly, cognitive and physical functioning as well as inclusion were impaired. Systematic and multi-professional assessment of work ability and functioning can lead to effective plans to promote employment.

Keywords: rehabilitation, employment status, quality of life, work ability, functioning

Minna Savinainen, TtT, tft, tutkimuspäällikkö, Työterveyslaitos

Elina Lindgren, YTM, erikoissosiaalityöntekijä, kuntoutussuunnittelija, Satasairaala, Satakunnan sairaanhoitopiiri

Hannu Heikkilä, LT, fysiatrinen ja kuntoutuksen ylilääkäri, Satasairaala, Satakunnan sairaanhoitopiiri

Lähteet

Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von Korff M, Ustun TB (2009) Normative Data for the 12 Item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PLoS One* Dec 17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008343>

- Brooks R with the EuroQol Group (1996) EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 37, 53–72.
- Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, van der Klink JLL, Groothoff JW (2010) A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support *J Occup Rehabil* 20, 104–112. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9214-z>
- EuroQoL Group (1990) EuroQoL: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16, 199–208.
- Friberg E (2007) Kuntoutuneita vai syrjäytyneitä? Seurantatutkimus Etelä-Karjalan keskussairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan potilaista vuosilta 1998–1999. Sosiaalityön erikoistutkimus- ja filosofian laitos, kuntouttava sosiaalityö, Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/38160/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201207092020.pdf> [haettu 16.2.2021]
- Gragnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbière M (2018) Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *J Occup Rehabil* 28, 215–231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Haukka-Wacklin T (2016) Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas – kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201612222894>
- Hult M, Lappalainen K (2018) Factors associated with health and work ability among long-term unemployed individuals. *International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing* 5, 1, 5–22.
- Ilmarinen V, Ilmarinen J, Huuhtanen P, Louhevaara V, Näsman O (2015) Examining the factorial structure, measurement invariance and convergent and discriminant validity of a novel self-report measure of work ability: work ability – personal radar. *Ergonomics* 58, 1445–1460. <https://doi.org/10.1080/00140139.2015.1005167>
- Janssen B, Szende A (2014) Population Norms for the EQ-5D. Teoksessa A Szende, B Janssen, J Cabases (toim.) *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. Springer, Dordrecht, 19–30. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7596-1_3 [Haettu 20.2.2021]
- Juononen-Posti P, Tarvainen K, Helin-Salmivaara A, Räsänen K, Liira J (2021) Lääkäri työkykyä tuke-
massa. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 137, 3, 293–300. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16056>
- Jääskeläinen A, Kausto J, Seitsamo J, Ojajarvi A, Nygård C-H, Arjas E, Leino-Arjas P (2016) Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study

- among Finnish municipal employees. *Scand J Work Environ Health* 42, 6, 490–499. <https://doi.org/10.5271/sjweh.359>
- Kela (2021) Sairauspäiväraha. Verkkosivusto osoitteessa: <https://www.kela.fi/sairauspaivaraaha> [haettu 27.3.2021]
- Kyyrä T, Naumanen P, Pesola H, Uusitalo R, Ylikännö M (2019) Aktiivimallin vaikutukset työtömiin ja TE-toimistojen toimintaan. VATT Tutkimukset 189. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-274-246-9>
- Lindholdt L, Labriola M, Nielsen CV, Horsbøl TA, Lund T (2017) Sequence analysis to assess labour market participation following vocational rehabilitation: an observational study among patients sick-listed with low back pain from a randomised clinical trial in Denmark. *BMJ Open* 7, e015661. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015661>
- Lundin A, Kjellberg K, Leijon O, Punnett L, Hemmingsson T (2016) The Association Between Self-Assessed Future Work Ability and Long-Term Sickness Absence, Disability Pension and Unemployment in a General Working Population: A 7-Year Follow-Up Study. *J Occup Rehab* 26, 195–203. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9603-4>
- McGonagle A, Fisher G, Barnes-Farrell J, Grosch J (2015) Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes. *J Appl Psychol*. 2015 Mar; 100, 2, 376–398. <https://doi.org/10.1037/a0037974>
- Norrefalk J-R, Littwold-Pöjlö A, Ryhle L, Jansen B (2010) Effect on work ability after team evaluation of functioning regarding pain, self-rated disability, and work ability assessment. *J Multidiscip Health* 3, 155–159. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S11004>
- Oyeflaten I, Lie SA, Ihlebaek CM, Eriksen HR (2012) Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. *BMC Public Health* 12, 748. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-748>.
- Perhoniemi R, Blomberg J, Laaksonen M (2021) Mitä sairauspäivärahan enimmäisajan täytyttyä? Toimeentulon lähteet kahden vuoden seurannassa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 58, 1. <https://doi.org/10.23990/sa.89604>
- Reho T, Atkins S, Talola N, Ojajarvi U, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J (2018) Työterveysneuvottelut työssä jatkamisen tukena – kuvaileva tutkimus. *Suomen Lääkärelehti* 73, 36, 1948–1953.
- Reims N, Bauer U (2015) Labour Market Status and Well-Being in the Context of return to Work After Vocational Rehabilitation in Germany. *J Occup Rehabil* 25, 3, 543–556. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9561-2>
- Rinne H, Blomgren J (2020) Kuntoutukseen osallistuminen ja eri osajärjestelmien ristikkäiskäyttö. Rekisteritarkastelu Oulun väestössä vuonna 2018. *Kuntoutus* 43, 4, 6–20.
- Rissanen P, Pulkki J (2013) Kuntoutus lukuina. Kuntoutuspalvelujen käyttö yhden sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto*, Helsinki, 78–91.
- Ruotsin kansallinen laaturekisteri <https://www.socialstyrelsen.se/en/statistics-and-data/registers/register-information/the-national-patient-register/> [haettu 1.6.2021]
- Saltychev M, Katajapuu N, Barlund E, Laimi K (2019) Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability – systematic review. *Disabil Rehabil* 23, 1–6. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643416>
- Savinainen M, Seitsamo J, Joensuu M (2020) The association between changes in functional capacity and work ability among unemployed individual. *Int Arch Occup Environ Health* 93, 503–511. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01498-1>
- Schrag A, Selai C, Jahanshahi M, Quinn NP (2000) The EQ-5D – a generic quality of life measure is a useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson’s disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 69, 1. <https://doi.org/10.1136/jnnp.69.1.67>
- Soo Hoo ER (2019) Evaluating Return-to-work Ability Using Functional Capacity Evaluation. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 30, 541–559. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2019.04.002>
- STM (2021) Ammatillinen kuntoutus. Verkkosivusto osoitteessa: <https://stm.fi/ammattillinen-kuntoutus> [haettu 27.5.2021]
- Sutela H, Pärnänen A, Keyriläinen M (2019) Digiajan työelämä – Työelämä tutkimuksen tuloksia 1977–2018. Tilastokeskus, Helsinki.
- Szlachta E, Gawlik-Chmiel B, Kallus KW (2012) Do the longterm unemployed regard themselves as able to work? *J Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-012-505-z>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/132, 29S. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [haettu 16.2.2021]
- THL (2021) ICF-ydinlistat ja tarkistuslista. Verkkosivusto osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista> [haettu 19.3.2021]
- Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korf M, Pull C in collaboration with WHO/NIH Joint Project (2010) Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 88, 815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Vastamäki J, Wolff H, Paul KI, Moser K (2014) Sense

of coherence mediates the effects of low work ability on mental distress during unemployment. *Journal of Workplace Behavioral Health* 29, 4, 317–332. <https://doi.org/10.1080/15555240.2014.956931>

Vendrig L, Wijnvoord L, Schaafsma FJ (2018) Reliability and Validity of the Work and Well-Being Inventory (WBI) for Self-Employed Workers: Test Norms of Employees Are Not Suitable for Entrepreneurs. *J Occup Rehabil* 29, 595–608. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9821-7>

Viikari-Juntura E, Virta LJ, Kausto J, Autti-Rämö I, Martimo KP, Laaksonen M, Leinonen T, Husgafvel-Pursiainen K, Burdorf A, Solovieva S (2017) Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scand J Work Environ Health* 43, 5, 447–456. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3664>

WHO (2001) International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization, Geneva.