

Onnistuiko kuntoutus?

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien ammatillisen kuntoutuksen jälkeinen työmarkkinatilanne julkisella sektorilla

Hanna Immonen

Pro gradu -tutkielma

Sosiologia

Sosiaalitieteiden laitos

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Turun yliopisto

Marraskuu 2020

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

SISÄLLYSLUETTELO

1. Johdanto.....	1
2. Työeläkejärjestelmä osana Suomen sosiaaliturvaa	4
2.1. Ammatillinen kuntoutus ja kuntoutusjärjestelmä	6
2.2. Kuntoutusprosessi	11
2.3. Mielen terveyden häiriöt ja ammatillinen kuntoutus	12
3. Ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen.....	16
3.1. Mielen terveyden häiriöt ja ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen	19
3.2. Sosiodemografiset tekijät ja ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen	22
4. Tutkimusasetelma.....	28
4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	28
4.2. Tutkimusaineisto ja etiikka	29
4.3. Muuttujat.....	29
4.4. Tutkimusmenetelmät.....	33
5. Tulokset	35
6. Yhteenveto.....	42
6.1. Johtopäätökset sekä metodologinen pohdinta.....	42
6.2. Ammatillisen kuntoutuksen hyödyt	45
Lähteet.....	47

TIIVISTELMÄ

TURUN YLIOPISTO

Sosiaalitieteiden laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

HANNA IMMONEN: Onnistuiko kuntoutus? Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien ammatillisen kuntoutuksen jälkeinen työmarkkinatilanne julkisella sektorilla.

Pro gradu -tutkielma, 46 s.

Sosiologia

Marraskuu 2020

Ammatillinen kuntoutus voi parhaimmillaan olla toimiva keino työurien pidentämiseksi huoltosuhteen heikkenemisen kannalta. Työntekijöiden työkyvystä ja työssä jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää, jotta työmarkkinoilla riittää työkykyistä työvoimaa. Mielenterveyden häiriöistä aiheutuneet sairauspoissaolot ovat lisääntyneet viime vuosina, jota on muun muassa selitetty työelämän muutoksista johtuvilla vaatimuksilla ja haasteilla. Ammatillisesta kuntoutuksesta voidaan löytää ratkaisuja tälle kehitysuunnalle, sillä sen avulla voidaan tukea myös mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien työkykyä ja kuntoutuksen jälkeistä työhön paluuta. Ammatillisen kuntoutuksen hyödyllisyydestä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuville tarvitaan lisää tietoa, sillä sen on todettu toimivan heikommin kyseisellä sairausryhmällä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan julkisten alojen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien työmarkkinatilanteita ja ammatillisen kuntoutuksen onnistumista kolmen vuoden jälkeen kuntoutuksen tai kuntoutusoikeuden päättymisestä. Lisäksi tarkastellaan kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia sosiodemografisia tekijöitä sekä kuntoutuksen läpivientiä. Aineistona toimii Kevan rekisteriaineisto, joka koostuu 754:stä 22–62-vuotiaasta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia vuosina 2013–2015 myönteisen kuntoutusoikeuspäätöksen saaneesta henkilöstä. Henkilöiden kuntoutus on päättynyt tai kuntoutusoikeus vanhentunut vuoteen 2015 mennessä. Tutkimusmenetelminä käytetään kuvaavia tilastollisia menetelmiä sekä logistista regressioanalyysia.

Tulokset osoittivat ammatillisen kuntoutuksen toimivan hyvin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvilla, sillä enemmistö kuntoutuksista oli onnistuneita. Sosiodemografisista tekijöistä merkittävimiksi kuntoutuksen onnistumisen kannalta osoittautuivat vuositulot sekä ikä joiltain osin. Vuositulojen ja iän kohdalla havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman kanssa. Etenkin kuntoutujan suuremmat vuositulot ennen ammatillisen kuntoutuksen aloittamista havaittiin keskeiseksi tekijäksi kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Lisäksi kuntoutujan nuori ikä lisäsi todennäköisyyttä ammatillisen kuntoutuksen onnistuneelle lopputulemalle.

Tutkimuksen avulla saadaan tietoa ammatillisen kuntoutuksen onnistumisesta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvilla sekä siihen taustalla vaikuttavista sosiodemografisista tekijöistä. Tuloksia voidaan hyödyntää ammatillisen kuntoutuksen kehittämisessä sekä tukemaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien työelämään paluuta. Kuntoutuksen onnistuneisuuden seuranta ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittäminen takaavat myös toimivan ammatillisen kuntoutuksen tulevaisuudessa sen monitahoisessa järjestelmässä.

Avainsanat: Ammatillinen kuntoutus, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, sosiodemografiset tekijät, ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen, työmarkkinatilanne.

1. Johdanto

Työ on keskeisessä roolissa ihmisten elämässä. Työkyvystä huolehtiminen onkin merkittävä yhteiskunnallinen tavoite. Sen tärkeys painottuu tulevaisuudessa, sillä väestönkehitys haastaa työvoiman riittävyyden sekä sosiaaliturvajärjestelmän rahoittamisen. Väestön ikääntyessä työmarkkinoilta tulee poistumaan huomattava määrä työvoimaa verrattuna siihen, kuinka paljon uutta työvoimaa saadaan tilalle. Huoltosuhteen heikkenemisen takia työmarkkinoilla pysyvien työuria pyritään jatkuvasti pidentämään. (Juvonen-Posti ym. 2011; STM 2011; Stucki ym. 2018.) Työllisyyden edistämisen sekä työurien pidentämisen edellytyksinä ovat työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen. Tärkeää näiden kannalta on myös se, että työhaluiset sekä työllistymiseen tukea tarvitsevat henkilöt saavat kuntoutusta ja työllistyvät. (Härkäpää 2011, 13.)

Mielenterveyden häiriöihin liittyvien sairauspoissaolojen on todettu lisääntyneen viime vuosina Suomessa (Blomgren 2016, 684–685). Tästä syystä myös kuntoutujien sairaustausta on muuttunut vähitellen. Vuonna 2003 työeläkekuntoutuksen kuntoutusrahaa saaneista 14 prosentilla merkittävin työkyvyn alenemista aiheuttava sairaus oli jokin mielenterveyden häiriö. Vuonna 2010 osuus nousi 21 prosenttiin. (Gould ym. 2012a.) Vuonna 2018 joka viidennen työeläkekuntoutujan kuntoutuksen sairausperusteena oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö. (Saarnio 2018).

Julkisen sektorin toimintaympäristössä on tapahtunut viime vuosikymmenien aikana nopeita muutoksia (Melin ym. 2019; Vuorento 2010). Monet työoloissa tapahtuneet kielteiset muutokset Suomessa ovat koskettaneet etenkin julkista sektoria (Lehto & Sutela 2008). Työelämän muutoksen myötä erilaiset fysiologiset terveyshaitat ovat vähentyneet työn psyykkisten vaatimusten lisääntyessä. Työssä vaaditaan yhä enemmän kognitiivista kyvykkyyttä, joustavuutta sekä tuottavuutta. Työn henkisestä kuormittavuudesta onkin tullut keskeinen työelämäkysymys. (Lönnqvist ym. 2018; Pyöriä 2002.) Tärkeä huomio on se, miten kognitiivisista ongelmista kärsivät pystyvät vastaamaan nykyisenlaisen työelämän vaatimuksiin. Työntekijöiden työn henkisen kuormittavuuden kokeminen on lisääntynyt vuodesta 2012 vuoteen 2018 tultaessa. (Pekkarinen 2018.) Lisääntyneet mielenterveyden häiriöt voivat kieliä työn muutoksesta aiheutuvasta kuormituksesta. Mäkitalon ym. (2008) mukaan käynnissä olevalla työn murroksella on osuutensa työperäisiin sairausoireisiin. Tämä merkitsee sitä, että yhteiskuntamme tarvitsee tulevaisuudessa monipuolista osaamista ja asiantuntemusta liittyen työssä jaksamiseen, työkykyyn, ammatilliseen kuntoutukseen, työllistymiseen sekä toimintakykyyn (Järvikoski 2011).

Sairauspoissaolot enteilevät etenkin pitkittyessään heikompaa todennäköisyyttä työhön paluuseen ja lisäävät pidempiaikaista työkyvyn menettämisen sekä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen

todennäköisyyttä (Joensuu ym. 2008; Salonen 2020). Mielenterveyden häiriöt ovat tuki- ja liikuntaelinsairauksien kanssa yleisin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä (ETK 2020a). Tästä syystä jo tarpeeksi varhaisessa vaiheessa työkyvyn heikkenemiseen puuttuminen ja ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtojen miettiminen pitkittyneiden sairauspoissaolojen ilmaannuttua, on merkittävä keino pidentää työuria sekä hillitä työkyvyttömyydestä aiheutuvia kustannuksia (Blomgren 2016).

Mielenterveyshäiriöitä sairastavien työkykyiseksi kuntoutumisen on todettu olevan myös haastavampaa verrattaessa muihin sairausryhmiin (Heilä ym. 2013). Mielenterveyssyyt ovatkin yksi yleisimmistä syistä saada ammatillista kuntoutusta (Saarnio 2019a; Heilä ym. 2013). Kuitenkaan mielenterveyden häiriöiden takia pidempiaikaisemmillä työkyvyttömyysjaksoilla olevien hoitosuunnitelmaan on harvoin sisällytettyä ammatillisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmaa, vaikka psykoterapian ja ammatillisen kuntoutuksen yhdistelmät voivat olla merkittäviä keinoja työelämään takaisin pääsulle. (Mattila-Holappa 2018.) Erityisen tärkeää on keskittyä vaikeammin kuntoutuviin ryhmiin ja parantaa muun muassa ammatillisen kuntoutuksen keinoja mielenterveyden häiriöistä kärsiville, sillä mielenterveyden häiriöt ovat yksi suurimmista työkyvyttömyyttä aiheuttavista sairauksista, ja niiden aiheuttamat sairauspoissaolot ovat lisääntyneet nopeasti (Joensuu ym. 2008; Waddell ym. 2008).

Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on työkykynsä menettäneiden henkilöiden työkyvyn parantaminen ja tukeminen niin, että he pystyisivät palaamaan takaisin työelämään sekä pysymään siellä mahdollisimman pitkään. Kuntoutuksen tarkoitus ei kuitenkaan aina toteudu ja johda onnistuneeseen lopputulemaan eli työelämään paluuseen. Kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten kuntoutujan sairaus- ja työllisyystausta, sosiodemografiset tekijät sekä kuntoutuksen muoto ja sen kesto. (Leinonen 2019a.)

Viime vuosina suomalaisen ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkiminen on lisääntynyt ja tutkimuksissa on pitkälti tarkasteltu kuntoutujan taustatekijöiden sekä ammatillisen kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman välistä yhteyttä. (Gould ym. 2012a; Leinonen ym. 2019b; Pekkarinen & Sohlman 2020). Julkisen alan työeläkevakuuttajan Kevan äskettäin julkaistussa raportissa tarkastellaan ammatillisen kuntoutuksen onnistumista sekä asiakkaiden kokemuksia kaikkien kuntoutujien osalta (Pekkarinen & Sohlman 2020). Tässä tutkielmassa syvennyttään tarkastelemaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneita sekä selvitetään julkisen alan ammatillisen kuntoutuksen päättäneiden asiakkaiden kuntoutuksen onnistumista tarkastelemalla heidän työmarkkinatilanteitaan kolmen vuoden jälkeen ammatillisen kuntoutuksen tai kuntoutusoikeuden päättymisestä. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan, miten 22–

62-vuotiaiden mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien Kevan asiakkaiden, joiden kuntoutus on alkanut vuosina 2013–2015 ja päättynyt tai kuntoutusoikeus vanhentunut vuoteen 2015 mennessä, kuntoutuksen onnistunut lopputulema on yhteydessä sosiodemografisiin tekijöihin ja kuntoutuksen läpiviintiin. Kolmen vuoden seuranta-ajan avulla tutkimuksessa on mahdollista selvittää ammatillisen kuntoutuksen pidempiaikaisia vaikutuksia. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää ammatillisen kuntoutuksen kehittämisessä sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien työelämään paluun tukemisessa.

Tutkielman toisessa kappaleessa keskitytään ensin yleisesti työeläkejärjestelmään Suomen sosiaaliturvassa ja ammatillisen kuntoutuksen taustoihin sekä sen määritelmään. Kappaleessa käydään läpi myös ammatillista kuntoutusta prosessina sekä sitä, kuinka mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet ammatillisen kuntoutuksen sairausperusteena. Kolmannessa kappaleessa määritellään ammatillisen kuntoutuksen onnistumista ja perehdytään siitä tehtyyn aiempaan tutkimukseen sekä syvennyttään myös aiempaan tutkimukseen ammatillisen kuntoutuksen onnistumisesta mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvilla. Kappaleessa tarkastellaan myös ammatillisen kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia sosiodemografisia tekijöitä, joihin keskitytään tässä tutkielmassa. Neljännessä kappaleessa esitellään tutkimusasetelma eli tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset, tutkimusaineisto ja etiikka, muuttujat sekä käytettävät tutkimusmenetelmät. Kappaleessa viisi on raportoituna tulokset, joissa ensin tarkastellaan ammatillisen kuntoutuksen yleisiä jakaumia sekä sosiodemografisten tekijöiden ja kuntoutuksen läpiviennin yhteyttä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien ammatillisen kuntoutuksen onnistumiseen. Viimeisessä luvussa kuusi kootaan yhteen tutkielmasta saadut tulokset ja johtopäätökset, joita peilataan aiempaan tutkimukseen. Kappale sisältää myös metodologista pohdintaa sekä pohdintaa ammatillisen kuntoutuksen onnistumisen merkittävyydestä.

2. Työeläkejärjestelmä osana Suomen sosiaaliturvaa

Suomen sosiaaliturvajärjestelmän tarkoituksena on riittävän perusturvan takaaminen kaikenlaisissa elämäntilanteissa. Sosiaaliturvan muodostavat sekä toimeentuloturva että sosiaali- ja terveystalvet. Toimeentuloturva koostuu sosiaalivakuutuksesta, jota täydentävät tuet ja avustukset. Sosiaalivakuutukseen kuuluvat ne lakisääteiset toimenpiteet, joiden avulla turvataan ihmisten toimeentulo. Sosiaalivakuutukseen kuuluvat eläkevakuutus, sairausvakuutus, työttömyysvakuutus ja tapaturmavakuutus. (STM 2020, ETK 2020b.)

Suomen sosiaaliturvan etuudet perustuvat asumiseen sekä ansioihin. Suomessa pysyvästi asuvat henkilöt ovat oikeutettuja eläketurvaan, terveydenhuoltopalveluihin, sairausvakuutuksiin, vanhempainetuksiin ja perhe-etuuksiin. Kuitenkin joidenkin etuuksien myöntämiseksi vaaditaan, että henkilö on asunut tietyn aikaa Suomessa. Vähimmäisturvan saannista on säädetty Suomen perustuslaissa. (STM 2007.)

Työskentelyyn ja ansioihin perustuvaan sosiaaliturvaan kuuluvat työeläkejärjestelmä sekä myös tapaturma- ja ammattitautivakuutus. Suomen lainmukaisen eläkejärjestelmän muodostavat työeläke sekä kansaneläke. Suomen työeläkejärjestelmä on työ- ja etuusperusteinen, jota täydentää asumisperusteinen kansaneläke. Työnantajan tulee hankkia työeläkevakuutus, joka kustannetaan palkasta vähennettävillä työeläkemaksuilla. Kansaneläkejärjestelmä on pakollinen ja lakisääteinen, josta vastaa valtio ja se rahoitetaan verovaroilla sekä sosiaaliturvamaksuilla. Kansaneläkelaitos (Kela) on eduskunnan valvoma julkisoikeudellinen organisaatio, joka vastaa asumisperusteisista sosiaaliturvaetuuksista ja niiden toimeenpanosta. Kansaneläkettä voivat saada henkilöt, joiden työeläke on alhainen ja heidän työuransa on ollut lyhyt tai he eivät ole pystyneet kartuttamaan ollenkaan työeläkettä. Kun työeläketulot kasvavat niin kansaneläkkeen määrä vähenee. Työeläkkeen ylittäessä määrätyn rajan kansaneläkettä ei makseta. Sekä työeläkkeen että kansaneläkkeen etuuksiin kuuluvat työkyvyttömyyseläke, vanhuuseläke ja perhe-eläke. Eläkevakuutus turvaa kohtuullisen toimeentulon vanhuuden, työkyvyttömyyden sekä huoltajan kuoleman varalta. Työeläkkeen tavoitteena on taata ansiotyössä olleille sekä yrittäjille suurin piirtein se tulotaso, joka heillä oli työssä ollessaan ennen eläkkeelle jäämistä. Työeläkevakuutusyhtiöt, eläkekassat sekä eläkesäätiöt vastaavat yksityisten alojen työntekijöiden sekä yrittäjien eläketurvasta. Eläketurvakeskuksen (ETK) tehtävänä on toimia työeläkejärjestelmän yhteistyöelimenä. ETK keskittyy eläkejärjestelmän toimeenpanoon ja kehittämiseen. Työeläkejärjestelmän rahoittamiseen osallistuvat työnantajat sekä työntekijät, jotka maksavat työeläkemaksuja. Työeläkejärjestelmää säätelevät monet eri lait, joista merkittävin on työntekijän

eläkelaki. Työeläkejärjestelmää valvovat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö sekä Finanssivalvonta. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö vastaa työeläkelainsäädännön koordinoinnista ja valmistelusta. (STM 2007.)

Eläkejärjestelmällä on merkittävä rooli yhteiskunnassa. Talouskasvun vaihtelut, työllisyys sekä väestön ikärakenteen muutos ovat merkittävimpiä yhteiskunnallisia tekijöitä eläkejärjestelmän toiminnan kannalta, sillä ne vaikuttavat eläkkeiden kertymiseen. Taloudellisilla vaihteluilla on merkittävä vaikutus eläkejärjestelmän mahdollisuuksien sekä uudistamistarpeiden kannalta. Työllisyys vaikuttaa ansiosidonnaisen eläkkeen kertymiseen. Väestön ikärakenteen muutos vaikuttaa eläkejärjestelmän kannatusperustaan sekä kehittämistarpeisiin. (Uusitalo 2012.)

Kuka vain voi sairastua yllättäen ja sairastuminen voi johtaa työkyvyttömyyteen. On tärkeää, että sairastunut henkilö saa riittävän turvan sekä toimeentulon. Sairausvakuutusjärjestelmä turvaa sairastuneen henkilön toimeentulon. (Airio 2012.) Jos sairaudesta aiheutuva ansiotulojen menetys kestää alle vuoden, korvataan tämä Kelan maksamalla sairauspäivärahalta. Työkyvyttömyyseläkettä voi hakea, mikäli työkyky on heikentynyt sairaudesta tai vammasta johtuen ainakin vuodeksi ja työkyvyttömyys on näin ollen pitkittynyt. Täyttä työkyvyttömyyseläkettä voivat saada 17 vuotta täyttäneet henkilöt, jotka ovat alle heidän ikäluokalleen määritellyn alimman vanhuuseläkeiän ja heidän työkykynsä on heikentynyt ainakin 60 prosenttisesti. Työkyvyttömyyseläkettä voidaan myöntää toistaiseksi tai määräaikaisena. Määräaikainen kuntoutustuki myönnetään, mikäli työkyvyn palautumista pidetään joltain osin vielä mahdollisena. Nämä etuudet on mahdollista myöntää osaetuuksina tapauksissa, joissa henkilö selviytyy osa-aikaisesta työstä tai kevennetyistä työtehtävistä (ETK 2020c.) Sairausvakuutuslaissa on myös säädetty, että vakuutetut ovat oikeutettuja vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen. Ammatillinen kuntoutus on ensisijainen toimi työkyvyttömyyseläkkeeseen verrattuna. Vajaakuntainen henkilö on oikeutettu tarkoituksenmukaiseen ammatilliseen kuntoutukseen, mikäli sairauden voidaan katsoa aiheuttavan työkyvyttömyyden uhkaa lähitulevaisuudessa tai henkilön työ- ja ansiokyvyn on arvioitu heikentyneen ratkaisevasti, ja jotta työkyvyttömyys saadaan estettyä tai työ- ja ansiokykyä parannettua. Kuntoutus voidaan toteuttaa ammatillisena kuntoutuksena, lääkinnällisenä kuntoutuksena, sosiaalisena kuntoutuksena tai kasvatuksellisenä kuntoutuksena. Työeläkelaitosten järjestämä kuntoutus on pääasiassa ammatillista kuntoutusta, mutta sitä järjestävät myös Kela sekä työ- ja elinkeinohallinto sekä tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöt. Työkyvyttömyyden henkilö, jonka sairauden tai vamman arvioidaan parantuvan hoidon tai kuntoutuksen keinoin, saa kuntoutusetuutta. Kuntoutusetuuden myöntämiseksi vaaditaan hoito- tai kuntoutussuunnitelma. (ETK 2020d.)

2.1. Ammatillinen kuntoutus ja kuntoutusjärjestelmä

Kuntoutustoiminnan historia

Nykyisenlainen monimuotoinen kuntoutustoiminta ja sen kehittäminen on saanut alkunsa toisen maailmansodan aiheuttamasta työvoimapulasta ja sodan jälkeisestä uudelleenrakennuksesta. Työvoimapulaan yritettiin löytää ratkaisu kuntoutustoimintaa kehittämällä. Näin kuntoutus kehittyi toiminnaksi, jolla pyrittiin parantamaan sotavammaisten sekä muiden vammaisten työ- ja toimintakykyä. Kuntoutuksen tärkeänä tavoitteena oli työhön palaaminen tarjoamalla tarpeellista jatkohoitoa, apuvälineitä sekä valmennusta työhön. (Järvikoski 2013.) Seuraavien vuosikymmenien aikana kuntoutuksessa alettiin keskittyä kroonisiin terveyshaittoihin, jotka ovat luonteeltaan hitaammin eteneviä sairauksia, kuten tuki- ja liikuntaelinten sekä verenkierto- ja hengityselinten sairaudet ja mielenterveyden häiriöt. Tämän kaltaisten sairauksien kanssa kuntoutuksessa tarvittiin uudenlaista toimintasuunnitelmaa, jossa pystytään reagoimaan kuntoutujan tilanteeseen riittävän varhaisessa vaiheessa, jotta terveyshaitat eivät pääsisi pitkittymään ja niiden hoitaminen ei vaikeutuisi liiaksi. (Järvikoski & Härkäpää 2008.) 1960-luvulla Suomessa kuntoutusta kehitettiin liittämällä se yleisiin sosiaali-, terveys-, koulutus- ja työvoimapalveluihin ja eri palvelujärjestelmille kehitettiin kullekin omat kuntoutus säädökset. Kuntoutus on 2000-luvulta lähtien ollut entistä enemmän liitoksissa työhön. (Järvikoski 2011.)

Kuntoutuksen määritelmä

Kuntoutus on moninainen käsite ja sen määritelmät voivat vaihdella. Kuntoutusta voidaan pitää yhteiskunnallisena järjestelmänä, joka tähtää toimintakyvyn, työkyvyn sekä sosiaalisen selviytymisen ylläpitämiseen (Järvikoski & Härkäpää 2011). Kuntoutuksen tavoitteena on kokonaisvaltaisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä työikäisten työkyvyn parantaminen ja työhön paluun edistäminen. Kuntoutus voi olla sairastumisen tai vamman jälkeen aiemman toimintakyvyn palauttamiseen tähtäävää toimintaa (”rehabilitaatio”) tai keskeytyneen kehityksen jatkumista sekä uusien tietojen ja taitojen oppimista (”habilitaatio”). (STM 2017.)

Ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työikäiselle väestölle ja se tähtää työkyvyn ylläpitämiseen ja palauttamiseen, jos työkyky on alentunut sairauden tai vamman takia. Sen avulla myös pyritään tukemaan työllistymistä. (STM 2017; Kuntoutusportti 2016; ETK 2020d.) Juvonen-Posti ym.

(2016, 163) määrittelevät, että ammatillinen kuntoutus pitää sisällään henkilön ammatillisten valmiuksien kohentamisen, työkykyisyyden parantamisen, työmahdollisuuksien ja työssä jatkamisen edistämisen sekä työpaikoilla esiintyvän syrjinnän vähentämisen.

Kuntoutuksen järjestäjätahot

Nykyään kuntoutusta järjestävät monet eri tahot, jotka vastaavat erilaisista kuntoutuksen muodoista. Kuntoutuksen järjestäjä määräytyy riippuen henkilön tilanteesta ja kuntoutuksen tarpeesta. Työeläkeyhtiöt ovat pääasiassa vastuussa ammatillisen kuntoutuksen järjestämisestä niille, jotka ovat työelämässä. Työeläkeyhtiöiden järjestämää kuntoutusta kutsutaan työeläkekuntoutukseksi. (ETK 2020d; Kuntoutusportti 2016.) Työeläkekuntoutuksen päämääränä on, että työntekijä tai yrittäjä pystyisi jatkamaan työelämässä, vaikka heillä olisi todettu jokin sairaus tai vamma. Tämä mahdollistaa yksilöille pidemmän työuran, paremman toimeentulon sekä tulevaisuudessa paremman eläketurvan. Näin myös työnantajalla on mahdollisuus pitää kiinni ammattitaitoisesta työntekijästä sekä säästää eläkemenoissa. Näiden lisäksi yhteiskunnan ja työeläkejärjestelmän pyrkimys työurien pidentämisestä toteutuu. (Kuntoutusportti 2016.) Tässä tutkielmassa keskitytään työeläkekuntoutukseen. Puhuttaessa ammatillisesta kuntoutuksesta tarkoitetaan työeläkeyhtiöiden järjestämää ammatillista kuntoutusta.

Ammatillista kuntoutusta järjestävät myös Kela, työ- ja elinkeinohallinto sekä tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöt. Kela puolestaan huolehtii työelämän ulkopuolella olevien ammatillisen kuntoutuksen järjestämisestä. Tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöt vastaavat ammatillisesta kuntoutuksesta, mikäli sen tarve on aiheutunut ammattitaudista, työtapaturmasta tai liikennetapaturmasta. Tällöin ammatillista kuntoutusta tulee hakea vakuutusyhtiöltä. Työterveyshuolto sekä terveydenhuolto ovat vastuussa ensisijaisesti tarvittavan hoidon arvioinnista sekä osallistuvat hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Toimeentuloturvan määrä kuntoutuksen ajaksi ja sen ehdot ovat riippuvaisia kuntoutuksen järjestäjää koskevasta lainsäädännöstä. (Kuntoutusportti 2016; Härkäpää 2011.)

Keva on julkisen alan työeläkevakuuttaja, joka vastaa julkisten alojen, kuten kunta-alan, valtion, kirkon sekä Kelan työntekijöiden eläkkeistä ja ammatillisesta kuntoutuksesta. Julkisen alan ammatillisen kuntoutuksen asiakkaiden määrä on lisääntynyt huomasti viime vuosina. Vuoden 2013 aikana annettujen ammatillisen kuntoutuksen oikeuspäätösten lukumäärä oli 2 714 kappaletta, kun vuonna 2018 niitä oli tehty jopa 5 200. Samoin hyväksytyjen kuntoutussuunnitelmien lukumäärä oli kasvanut. Vuonna 2013 niitä oli 2 776 kappaletta ja vuonna 2018 määrä oli jo 4 478 kappaletta. Oikeuspäätösten määrien kasvu johtuu osittain siitä, että vuodesta 2015 alkaen

työkyvyttömyyseläkeratkaisujen yhteydessä on määritelty myös oikeus saada ammatillista kuntoutusta. Kuitenkaan annetut kuntoutusoikeusratkaisut eivät aina johda kuntoutuksen aloittamiseen tai sen loppuun suorittamiseen. Käyttämättömät kuntoutusoikeudet ovat myös lisääntyneet vuoden 2015 työkyvyttömyyseläkepäätöksiin tulleen muutoksen myötä. (Pekkarinen & Sohlman 2020.)

Ammatillisen kuntoutuksen edellytykset

Ammatillinen kuntoutus suuntautuu usein henkilöihin, joilla on merkittävämpi riski joutua työkyvyttömyyseläkkeelle tai pidempiaikaisesti työttömäksi jostakin sairaudesta tai työkyvyn heikkenemisestä johtuen (Härkäpää 2011). Työeläkekuntoutus voi olla korjaavaa taikka varhaiskuntoutusta. Korjaava ammatillinen kuntoutus kohdistuu ennen kaikkea työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin henkilöihin, jotka eivät kykene työskentelemään. Näiden henkilöiden työllistymisvalmiuksia on tarkoitus parantaa kuntoutuksen keinoin. Ammatillinen varhaiskuntoutus on suunnattu ensisijaisesti niille henkilöille, jotka ovat vielä työsuhteessa sekä niille, joilla työkyky ei ole heikentynyt vielä niin merkittävästi, että se olisi johtanut pidentyneisiin sairauslomiin tai työkyvyttömyyteen. Tällöin pyritään tukemaan kuntoutujaa selviämään työssä sekä pitämään työnsä ja työsuhteensa. (Gould 2012a.)

Eläkelaitoksessa hakijan oikeuteen saada työeläkekuntoutusta vaikuttavat työkyvyttömyyden uhka ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus. Työkyvyttömyyden uhka tarkoittaa sitä, että lääkäri ja työeläkeyhtiö arvioivat todennäköiseksi, että mikäli ammatillista kuntoutusta ei aloiteta, työntekijälle tulisi lähivuosien aikana myöntämään täysi tai osatyökyvyttömyyseläke, vaikka hoito ja lääkinällinen kuntoutus ja niiden mahdollisuudet on huomioitu. Työntekijällä, jonka alin vanhuuseläkeikä ei ole täyttynyt, on oikeus tarkoituksenmukaiseen ammatilliseen kuntoutukseen, jotta työkyvyttömyys voidaan ehkäistä ja työ- ja ansiokykyä parantaa. Tämä edellyttää, että työntekijällä on asianmukaisesti todettu mahdollisen työkyvyttömyyden uhan aiheuttava sairaus, vika tai vamma. Tämän lisäksi työeläkekuntoutuksen saamisen edellytyksenä on työelämään kiinnittyminen. Tämä tarkoittaa, että oikeus kuntoutukseen myönnetään ainoastaan, jos työansiot hakemusta edeltäneiltä viideltä vuodelta ylittävät laissa ilmoitetun ansiorajan. Kun arvioidaan kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta, otetaan huomioon henkilön ikä, koulutus, ammatti, aiempi toiminta sekä työelämään vakiintuminen. Lisäksi arvioidaan, että voidaanko haetun ammatillisen kuntoutuksen keinoin saada työntekijä jatkamaan hänen terveydentilalleen suotuisassa työssä tai palaamaan työhön, ja että pystytäänkö hänen eläkkeelle siirtymistään lykkäämään. (Tyel 25 §.)

Ammatillisen kuntoutuksen aikainen toimeentulo

Työntekijä voi saada korvausta ammatillisesta kuntoutuksesta koituvista välttämättömistä kuluista. Hän on oikeutettu saamaan kuntoutusrahaa ajalta, jolloin on estynyt tekemään ansiotyötään työeläkekuntoutuksen takia (Tyel 28 §). Kuntoutusraha määräytyy laskennallisen korotetun työkyvyttömyyseläkkeen mukaan. Mikäli henkilö on määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä eli hän saa kuntoutustukea ammatillisen kuntoutuksen alkaessa, kuntoutuskorotusta maksetaan myös kuntoutustuen ohella. Henkilö on oikeutettu kuntoutusrahaan tai kuntoutuskorotukseen ainoastaan kuntoutuksen aikana. (ETK 2020d.) Työntekijä voi saada myös työkyvyttömyyseläkkeen suuruista harkinnanvaraista kuntoutusavustusta kuntoutuspäätöksen saamisen ja kuntoutuksen käynnistymisen sekä kuntoutusjaksojen väliseltä ajalta. Harkinnanvaraista kuntoutusavustusta on mahdollista saada myös kuntoutussuunnitelman laatimiseksi. Ennen kuin ammatillinen kuntoutus voidaan aloittaa, tulee työntekijällä olla kuntoutussuunnitelma ammatillisesta kuntoutuksesta. Eläkelaitokselta voi saada tukea kuntoutussuunnitelman laatimisessa. (Tyel 26 §.)

Ammatillisen kuntoutuksen keinot

Ammatilliseen kuntoutukseen usein sisältyy erilaisia toimenpiteitä. Kuitenkin oleellista ammatillisessa kuntoutuksessa on, että työssä jatkamista sekä työhön paluuta pidetään sen tavoitteena. (Waddell 2008.) Raja ammatillisen kuntoutuksen ja muun kuntoutuksen välillä on häilyvä. Ammatillinen kuntoutus voidaan määritellä siihen kuuluvien toimenpiteiden sekä sille laadittujen päämäärien perusteella. Toimenpideperusteisessa määrittelyssä ammatilliseen kuntoutukseen lasketaan kuuluvaksi vain selkeästi toimenpiteet, jotka liitetään työhön, kuten työkokeilu, ammatillinen koulutus, työhön valmennus sekä työllistämistoimenpiteet. Tavoiteperusteinen määrittely lukee ammatilliseksi kuntoutukseksi kaikenlaisen kuntoutustoiminnan, jonka päämääränä ovat työhön pääsy ja paluu sekä työssä jatkaminen. (Gould 2012a.) Monenlainen hoidollinen sekä lääkinnällinen kuntoutus voivat kuulua ammatilliseen kuntoutukseen, jos työtä pidetään yhteisenä tavoitteena (Waddell ym. 2008). Työeläkekuntoutuksessa on yhdistettyinä molemmat sekä tavoiteperusteinen että toimenpideperusteinen määrittelmä. Päämäärinä ovat ansiotyössä jatkaminen, palaaminen sekä eläkkeelle jäämisen lykkääminen. Näihin päämääriin tähtäävät toimenpiteet määritellään työeläkekuntoutuksessa. (Gould 2012a.)

Ammatillisen kuntoutuksen toteuttamisen menetelmiä ovat esimerkiksi neuvonta ja ohjaus, työkokeilu joko nykyisellä työpaikalla tai toisessa työssä, työhön valmennus, elinkeinotoiminnan tukeminen, ammattitaidon täydennys sekä uudelleen koulutus ammattiin. Työeläkelaitokset

järjestävät yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta niin kuntoutukseen hakeutumisvaiheessa kuin ammatillisen kuntoutuksen, sen toimenpiteiden ja toteutuksen suunnittelussa. Työpaikkakuntoutus on näistä yleisin toimenpide. Se voi pitää sisällään työkokeilua sekä työhön valmennusta. Työkokeilu on mahdollista järjestää joko henkilön nykyisellä tai uudella työnantajalla. Työkokeilun avulla henkilö voi palata takaisin aiempaan työhön tai se voi mahdollistaa pääsyn uusiin työtehtäviin, jotka sopivat hänelle paremmin huomioon ottaen hänen terveydentilansa. Työkokeilun kesto on usein 2–3 kuukautta. Kuitenkin hyvin perusteluin sen kesto on mahdollista pidentää 6 kuukauden pituiseksi. Työkokeilusta voi olla apua esimerkiksi työtehtävien soveltuvuuden arvioinnissa ennen henkilön kouluun hakemista. Työaika vaihtelee yleensä noin 20 työtunnista viikossa täysiin viikkotyötunteihin. Työkokeilu on joko palkallista tai palkatonta. Mikäli työkokeilu tehdään palkallisena, kuntoutujalle maksetaan palkkaa täydeltä työajalta ja työnantaja saa kuntoutusrahan. Jos palkka on kuntoutusrahaa alhaisempi niin kuntoutuja saa tämän erotuksen. Työsuhteen yleiset velvoitteet sekä oikeudet sitovat kumpaakin osapuolta. Palkattomassa työkokeilussa taas kuntoutuja saa kuntoutusrahan ja työnantaja ei maksa hänelle palkkaa. Työnantajalle ei siis koidu kuluja työkokeilusta. (ETK 2020d; Keva 2020.)

Yksi ammatillisen kuntoutuksen keskeisimmistä järjestämistavoista on uudelleen koulutus. Uudelleen koulutus on mahdollista työeläkejärjestelmän, Kelan sekä tapaturma- ja liikennevakuutuksen järjestämässä kuntoutuksessa. Ammatillisen uudelleen koulutuksen avulla kuntoutujalla on mahdollisuus työtehtävien vaihtamiseen tai täysin uuteen ammattiin siirtymiseen. Työeläkelaitosten tukema ammatillinen uudelleen koulutus voidaan toteuttaa oppisopimuskoulutuksena, monimuoto- tai kokopäiväisenä koulutuksena, ammatillisena perustutkintona, erikoisammattitutkintona tai ammattikorkeakoulututkintona. Mahdollisia ovat myös kurssit sekä täydennyskoulutus. (ETK 2020d; Keva 2020.)

Työhön valmennuksen keinoin on mahdollista tukea kuntoutujaa uusiin työtehtäviin oppimisessa sekä perehtymisessä joko hänen tämänhetkisessä tai uudessa työpaikassa. Työhön valmennus saattaa olla ajallisesti pidempikestoisempaa kuin työkokeilu ja sen kestosta sovitaan erikseen. Työhön valmennuksen kesto määräytyy uusien opeteltavien asioiden perusteella ja se vaihtelee usein kolmesta kuukaudesta jopa yli vuoden pituiseksi. Kuntoutujan ja työnantajan tulee laatia yhdessä vapaamuotoinen työhönvalmennussuunnitelma, jossa arvioidaan kuntoutujan nykyinen osaaminen sekä uuden työtehtävän osaamisvaatimukset ja tehdään suunnitelma osaamisen kartuttamiseksi. Tarvittaessa siihen voidaan sisällyttää myös muuta koulutusta sekä kursseja. Työhön valmennus voi olla joko palkallista tai palkatonta, kuten työkokeilu. (ETK 2020d; Keva 2020.)

Työeläkelaitokselta on mahdollista saada myös tukea ammatillisena kuntoutuksena elinkeinotoiminnan aloittamiseksi tai jatkamiseksi. Yrittäjälle voidaan myöntää elinkeinotukea tarvittavia yrityksen hankintoja varten, kuten apuvälineitä tai työlaitteita, jotka helpottavat työn tekoa tai tarpeellisia muutostöitä varten, jotta yritystoimintaa voidaan jatkaa. Jotta elinkeinotuki voidaan myöntää, vaaditaan sitä varten tarkoituksenmukainen suunnitelma ja yrityksen toimintaedellytykset tulee varmistaa. (ETK 2020d.)

2.2. Kuntoutusprosessi

Suomalaisessa järjestelmässä kuntoutuspalvelujen käyttäjistä on olemassa useampi nimitys. *Asiakas* -nimitystä on käytetty melko pitkään ja se on lähtöisin sosiaalipalvelujen käytännöistä. *Potilaiksi* kutsutaan usein henkilöitä, jotka ovat terveydenhuollon kuntoutuspalvelujen käyttäjiä. Kuitenkin 2000-luvulla kuntoutuja -käsite on tullut yleisemmäksi. Kuntoutuja -nimitys korostaa kuntoutujaa itsenäisenä toimijana. Tällöin kuntoutuja itse on merkittävässä roolissa kuntoutuksen tavoitteisiin pääsemisessä. (Härkäpää ym. 2011.)

Usein ennen kuntoutushakemuksen tekemistä itse hakija, työnantaja, työterveyshuolto, terveydenhuolto tai kuntoutuksen palvelujärjestelmä on yhteydessä eläkelaitokseen. Kuntoutukseen piiriin onkin mahdollista päätyä montaa kautta. Aloite voi lähteä joko kuntoutuksen hakijalta tai edellä mainituilta tahoilta. Kela selvittää sairauspäivärahaa saavan henkilön tarpeen kuntoutukselle, kun sairauspäivärahaa on saatu yli 60 päivää. Mikäli työkyvyttömyys on jatkunut yli 90 päivää, edellyttää sairauspäivärahan saaminen työterveyshuollon lausuntoa työssä jatkamisen näkymistä. Hakijan tulee toimittaa hakemus työeläkekuntoutuksesta työeläkelaitokselle. Hakemuksen liitteeksi vaaditaan selvitys hakijan senhetkisestä terveydentilasta eli B2-lääkärinlausunto sekä usein myös työnantajalta pyydetään selvitys hakijan työstä ja mahdollisuuksista työjärjestelyn uudistamiseksi. Työeläkelaitos tarkastaa myös työkyvyttömyyseläkettä hakevien oikeuden ammatilliseen kuntoutukseen, vaikkei kuntoutukseen olisi haettu erikseen. Mikäli ammatillisen kuntoutuksen ehdot ovat täyttyneet hakijan osalta, saa hän ennakkopäätöksen ammatillisesta kuntoutuksesta eläkelaitokselta. (Telp 2017, Tyel 36 §.)

Kuntoutus voidaan ymmärtää erilaisten toimenpiteiden prosessina tai suunnitelmallisena ohjausprosessina. Kuntoutusprosessiin sisältyvät suunnitteluvaihe, erilaisten toimenpiteiden toteuttaminen sekä jatkuva tilanteen seuranta, kunnes päästään tavoiteltuun tilanteeseen. Prosessimallin jokaisessa vaiheessa huomioidaan kuntoutujan arvot, mielipiteet sekä näkökulmat.

Kuntoutustarpeet käydään läpi keskustelemalla ennen kaikkea kuntoutujan kanssa. Yhdessä käydyn pohdinnalla voidaan luoda pohja kuntoutustarpeiden määrittämiseksi. Kuntoutustyöntekijän sekä kuntoutujan keskinäisen harkinnan pohjalta tehdyllä tilannearvioinnilla on vaikutusta kuntoutujan motivaatioon ja sitoutumiseen. Tällä on vaikutusta myös kuntoutusprosessin etenemiseen. Prosessissa voidaan korostaa elämäntilanteen määrittämistä uudestaan, sitoutumista uudelleen elämänprojekteihin, uusien voimavarojen etsimistä ja motivaation löytämistä, identiteetin uudelleenrakentamista, uudenlaisten selviytymiskeinojen ja hallintastrategioiden oppimista tai ympäristömahdollisuuksien pohtimista tavoitteiden saavuttamiseksi. (Härkää ym. 2011, 193.)

Kun kuntoutuksen perustavoitteet on määritelty, sovitaan lähitavoite. Lähitavoite voi olla päätavoitteen kaltainen. Sen tulee kuitenkin olla tarpeeksi lähellä ja saavutettavissa suhteellisen nopeasti. Lisäksi tulee myös määritellä toimenpiteet lähitavoitteeseen pyrkimiseksi.

Lähitavoitteiden idea perustuu siihen, että kuntoutuja kokisi jo kuntoutusprosessin alussa, että kuntoutuminen etenee ja että se voi onnistua. Olennaista kuntoutusprosessissa on sen eteneminen ja se, että tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Tavoitteita voidaan kuvata tiloina tai muutosprosesseina, joita kohti pyritään kuntoutuksella ja joita kuntoutuja pyrkii saavuttamaan. (Härkää ym. 2011, 193, 194.)

2.3. Mielenterveyden häiriöt ja ammatillinen kuntoutus

Mielenterveys on määritelty hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö tunnistaa kykynsä ja kykenee selviytymään elämässä esiintyvistä haasteista sekä pystyy tuotteliaaseen työskentelyyn ja osallistumaan yhteisön toimintaan. Psykkinen ja fyysinen terveys ovat usein sidoksissa toisiinsa. Mielenterveyden häiriöiden vaikutukset ulottuvat niin psykkiniseen kuin fyysiseenkin terveyteen. Heikko fyysinen terveydentila voi aiheuttaa myös mielenterveyden häiriöitä. (WHO 2014.) Tästä syystä kuntoutujilla voi olla molemmat sekä fyysinen että psykkinen terveydellinen haitta.

Erilaisista psykiatrisista häiriöistä käytetään nimikettä mielenterveyden häiriö. Mielenterveyden häiriöt ovat monisyisiä oireyhtymiä, joissa esiintyy erilaisia psykkinisiä oireita. Mielenterveyden häiriöissä ongelmia esiintyy ajattelussa, tunne-elämässä sekä käyttäytymisessä.

Mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat usein henkistä kärsimystä, psykkinen toimintakyvyn sekä elämänlaadun heikentymistä ja ne voivat aiheuttaa myös merkittäviä riskejä. Tautiluokituksessa jokaisella mielenterveyden häiriöllä on diagnoosi sekä koodi. Tautiluokituksessa mielenterveyden

häiriöt ovat myös kuvattuina niille tunnusomaisin kriteerein, jotka luonnehtivat niille ominaisia oireita, häiriön etenemistä ja kestoa sekä siitä aiheutuvaa haittaa. (Lönnqvist 2009.)

Työ ja mielenterveys ovat kytköksissä toisiinsa monin eri tavoin. Mielenterveyden häiriöt voivat aiheuttaa pitkiä sairauslomia ja olla syynä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen. Mielenterveyden häiriöt ovat usein haitaksi työkyvyille, ja ne voivat aiheuttaa työkyvyn menettämistä. Ne ovat myös monesti haitaksi työmarkkinoille pääsemiselle tai takaisin paluulle. On esitetty, että nykytyöelämässä tapahtuvat muutokset voivat aiheuttaa mielenterveysongelmien lisääntymistä. Työelämän vaatimukset ovat kasvaneet ja tästä johtuen myös työntekijöiden lisääntyneet suorituspainet asettavat haasteita heidän jaksamiselleen. (Valkonen ym. 2006, 4, 112.)

Mielenterveyden häiriöt, joista etenkin masennus ja muut sen kaltaiset häiriöt ovat lisääntyneet työkyvyttömyyden syynä. (Blomgren 2016; Järvisalo ym. 2005). Aiemmissä tutkimuksissa on pohdittu mahdollisia syitä sille, miksi mielenterveyden häiriöt ovat yhä useammin syynä sairauspoissaoloille sekä työkyvyttömyydelle (Järvisalo ym. 2005; Väänänen ym. 2013; Walker ym. 2011; Weehuizen 2008.) Yhteiskunnalliset tekijät, työelämä yleisesti, työolot, koettu terveys ja sairaudet sekä suhtautuminen terveyteen, terveydenhuollon rooli mielenterveyden häiriöiden hoidossa, ICD-10 psykiatrian tautiluokituksen käyttöönotto ja parantavan mielenterveyshäiriöiden hoidon rooli sekä saatavuus ovat saattaneet vaikuttaa siihen, että mielenterveyden häiriöt ovat yhä useammin sairauspoissaolojen sekä työkyvyttömyyden taustalla. Suomessa 1990-luvun alussa vallinnut lama ja korkea työttömyys muutti työelämän vaatimuksia. Työhön liittyvät epävarmuudet, kilpailu ja tuottavuusvaatimukset lisääntyivät laman seurauksena. Työntekijöiltä vaaditaan myös enemmän joustavuutta etenkin työaikojen suhteen, mikä näkyy epätyypillisten työsuhteiden lisääntymisenä. (Järvisalo ym. 2005; Lehto & Sutela 2008.) Nämä työelämän vaatimukset ovat osaltaan vaikuttaneet työelämän monimuotoisuuteen. Osalle ihmisistä tämä on tarkoittanut marginalisoitumisriskin kasvamista ja heikentänyt taloudellista ja sosiaalista selviytymistä, joka vaikuttaa vielä vuosienkin päästä. Laajalla suomalaisella hyvinvointiyhteiskunnalla on ollut osansa yhteiskunnallisten konfliktien vaikutusten lieventämisessä sekä vakavien mielenterveyshäiriöiden lisääntymisen ehkäisemisessä. (Järvisalo ym. 2005.)

Työelämässä on tapahtunut myös rakenteellisia ja laadullisia muutoksia, kuten lisääntyneet epävarmuustekijät ja kilpailu sekä informaatio teknologian käytön lisääntyminen ja muuttuneet osaamis- ja työkykyvaatimukset. Työ vaatii usein erityisiä kognitiivisia kykyjä. (David ym. 2003; Järvisalo ym. 2005; Lindh 2007; Lindh 2013; Pentikäinen 2014.) Osalla työntekijöistä nämä taidot voivat olla puutteelliset, kuten esimerkiksi iäkkäämmillä työntekijöillä tai mielenterveyshäiriöitä sairastavilla, mikä saattaa johtaa heidän poissulkemiseensa työmarkkinoilta. Työelämän vaatimusten lisääntyminen sekä laadullisesti että määrällisesti asettaa psyykkisesti haavoittuville

lisäpaineita ja nostaa heidän työelämästään poisjäämisen riskiä. Näiden lisäksi lisääntynyt tietoisuus mielenterveydenhäiriöistä sekä niistä puhumisen muuttuminen hyväksyttävämmäksi, on muuttanut väestön terveystietoisuutta. Ihmiset pystyvät nykyisin paremmin tunnistamaan, analysoimaan ja pukemaan sanoiksi mielenterveyden ongelmiaan ja niistä puhutaan yleisemmin sekä hienovaraisemmin. Tämä on voinut vaikuttaa lisääntyneeseen halukkuuteen hakeutua mielenterveyspalvelujen piiriin. Se, että mielenterveyden häiriöistä on tullut sosiaalisesti hyväksyttävämpiä ja näkyvämpiä, on voinut vaikuttaa niiden yleisyyteen sairauspoissaolojen sekä työkyvyttömyyden syinä. Suomalainen hyvinvointipalvelujärjestelmä on myös muuttunut ja nykyisin työterveyshuollon pääpainotus on työkyvyn ylläpitämisessä ja terveysuhkien ennaltaehkäisyssä. Psykiatrisen koulutuksen merkittävyyden lisääntyminen lääketieteellisissä koulutusohjelmissa ja myös ICD-10 psykiatrian tautiluokituksen käyttöönotto ovat myös vaikuttaneet, siihen, että mielenterveyden häiriöt pystytään tunnistamaan yhä varhaisemmassa vaiheessa. Työelämästä sekä ammatillisen kuntoutuksen kehittämisestä voidaan löytää ratkaisuja mielenterveyshäiriöistä johtuvaan työkyvyttömyyteen. (Järvisalo ym. 2005.)

Työ tukee mielenterveyttä ja sitä voidaan pitää voimavarana mielenterveyden kannalta. Työtä tekemällä pystytään takaamaan taloudellinen toimeentulo ja aineellinen hyvinvointi. Työ toimii myös elämän rytmittäjänä ja se voi mahdollistaa itsensä toteuttamisen ja sen kautta voi saada merkittäviä sosiaalisia suhteita. Näiden lisäksi työnteon on havaittu pienentävän pitkäaikaissairauksien uhkaa, vähentävän pitkittyneiden sairaspöissaolojen aiheuttamia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja, vähentävän köyhyyttä sekä edistävän itsenäisyyttä, yhteiskunnallista osallisuutta, ihmisoikeuksia, elämänlaatua ja hyvinvointia. Näin ollen työ ehkäisee monin tavoin syrjäytymisriskin toteutumista. (Burton ym. 2006; Vähäkylä 2009.)

Työllisyyden on havaittu olevan merkittävin tekijä niin fyysisen kuin psyykkisen terveyden sekä ennenaikaisen kuolleisuuden kannalta. Vastaavasti taas työttömyyden on todettu olevan yhteydessä yleisesti heikkoon terveyteen ja mielenterveyteen sekä lisäävän psyykkistä oireilua ja mielenterveysongelmia. Uudelleentyöllistymisen on havaittu vaikuttavan psyykkiseen terveyteen sekä terveyteen yleisesti sitä parantaen. Sairaiden ja vammaisten terveydentilan salliessa tulisi heidän mahdollisimman nopeaa työllistymistä tai töihin paluuta tukea, sillä työteko on todettu terapeutiksi, toipumista ja kuntoutumista edistäväksi sekä terveydentilaa kohentavaksi. (Burton ym. 2006.) Erilaisten kuntoutusmenetelmien toimivuus ja merkittävyys työhön palaamisen kannalta voivat olla erilaiset eri kuntoutujilla. Mielenterveyshäiriöitä sairastavien kohdalla onkin huomattu, että ammatillinen kuntoutus on kaikkein toimivinta, kun se on yhdistetty työhön ja toteutetaan työpaikkakuntoutuksena, kuten esimerkiksi työkokeiluna. Tällöin työn terveyttä edistävät vaikutukset tukevat myös kuntoutumista. Kuntoutuja, työpaikka, työterveyshuolto sekä

eläkevakuuttaja sopivat yhdessä työkokeilun järjestämisestä. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla työkokeilu voi kestää hieman pidempään, usein 6 kuukautta, kun muilla kuntoutujilla se kestää yleensä 3 kuukautta. (Kivekäs ym. 2008.)

Mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien työhön takaisin palaamisen tukeminen on usein haastavampaa kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavilla. Työhön takaisin paluun oikea-aikaisuuden arviointi saattaa olla haastavampaa, sillä mielenterveyden häiriöiden kohdalla toipuminen voi olla aaltoilevaa. Merkittäviä tekijöitä mielenterveyskuntoutujien työhön paluun kannalta ovat työtehtävien sopivuuden arvioiminen, työpaikan ja työyhteisön tuki sekä riittävä sairausloma, jotta kuntoutuja kokee saavansa sairastaa ja toipua kaikessa rauhassa. Jos kuntoutus aloitetaan liian varhain, saattaa kuntoutuja kokea sen vaatimuksena, jolloin ahdistus voi lisääntyä. Tärkeää on myös kuntoutujan motivaatio ja hänen pysymisensä toiveikkaana sekä se, että työkokeilu kestää riittävän pitkään eikä aiheuta stressiä kuntoutujalle. Lisäksi mikäli mielenterveyden häiriö on aiheutunut työperäisistä syistä, tarvitaan myös muutoksia työolosuhteisiin. (Saari 2013.)

3. Ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen

Kuntoutusta pidetään onnistuneena, jos työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen on pystytty estämään tai myöhentämään. Eläketurvakeskuksen määritelmän mukaan kuntoutus katsotaan onnistuneeksi, mikäli kuntoutujan työkykyä on onnistuttu ylläpitämään kuntoutuksen avulla ja kuntoutuja pystyy palaamaan takaisin työelämään sekä hakee töitä ja on jälleen käytettävissä työmarkkinoilla.

Kuntoutuksella pyritään pidentämään kuntoutujien työssäoloaika. (Saarnio 2019a.) Kuntoutuksen onnistumista arvioidaan usein tarkastelemalla eläkejärjestelmälle koituvia kustannuksia ja tuloja. Kuntoutuksen tavoitteeksi onkin asetettu se, että kuntoutuksen keinoin voidaan säästää eläkemenoja (Keva 2020; Tela 2016.) Tästä syystä myös osatyökyvyttömyyseläkkeelle jäämistä voidaan pitää onnistuneena lopputuloksena, sillä se on täyteen työkyvyttömyyseläkkeeseen verrattuna edullisempi ratkaisu. (Saarnio 2019a).

Keskeinen tarkastelun kohde ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksessa on se, minkälaisia vaikutuksia ammatillisen kuntoutuksen palveluilla ja toimenpiteillä on työllistymiselle ja parantavatko ne työkykyä sekä työkyvyttömiä todennäköisyyttä palata töihin. Näitä pidetään yleisesti kuntoutuksen onnistumisen mittareina. Ammatillisen kuntoutuksen on havaittu toimivan hyvin työkyvyttömyyden estämisessä Yhdysvalloissa. (Hayward ja Schmidt-Davis 2003; 2005.) Pitkittäistutkimusten tulokset osoittavat ammatillisella kuntoutuksella olevan vaikutusta työhön paluulle. Ammatillisen kuntoutuksen keinoista työpaikkakuntoutus sekä koulutus edesauttoivat kuntoutujan työllistymistä. Chan ym. (2008) ovat myös saaneet tutkimuksessaan vastaavanlaisia tuloksia. Heidän tutkimuksensa osoittaa ammatillisen kuntoutuksen palveluilla olevan vaikutusta työkyvyttömiä kuntoutuksen jälkeiselle työllistymiselle. Tärkeäksi kuntoutuksen jälkeisen työllistymisen kannalta osoittautui myös kuntoutujan ja kuntoutusohjaajan välinen sujuva yhteistyö. (Hayward ym. 2003).

Kuntoutusohjelmien vaikutusten on havaittu vaihtelevan paljolti kuntoutujan taustan mukaan. Kuntoutuksesta hyötyvät kuitenkin eniten ne henkilöt, joiden edellytykset työllistyä ovat olleet heikoimmat ennen kuntoutuksen aloittamista. Merkittävä havainto tutkimuksessa on myös se, että uuteen ammattiin uudelleen kouluttautuminen osoittautui tehokkaaksi ammatillisen kuntoutuksen keinoksi edistää työllistymistä, kun taas työkoikeilun kohdalla tulokset ovat vaihtelevampia. (Westlie 2008.)

Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta Suomessa on tutkittu tarkastelemalla kuntoutuksen aloittaneiden henkilöiden sekä heidän verrokkiryhmänsä työllistymistä. Verrokkiryhmä on koostunut henkilöistä, jotka ovat saaneet kuntoutusoikeuden, mutta eivät ole aloittaneet kuntoutusta. Heidän työssä oloaan seurattiin kolme vuotta ennen kuntoutusta sekä kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Tutkimus osoittaa Suomen ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden melko vaatimattomaksi kuntoutuksen jälkeisen työllistymisen kannalta. Merkittäväksi havainnoksi on osoittautunut myös se, että kuntoutuksen kestolla on vaikutusta työssäkäynnin ajoittumiselle. Lyhyet kuntoutukset ovat olleet pääasiassa työkokeiluja ja pidemmät kuntoutukset lähinnä koulutusta. Lyhyempien kuntoutusten kohdalla kuntoutuksen vaikutukset työssäkäynnille näkyvät usein jo ensimmäisenä vuotena kuntoutuksen päätyttyä, mutta kuntoutuksen hyödyt ovat lyhytaikaisia. Pidemmissä kuntoutuksissa hyödyt työssäkäynnille näkyvät viiveellä usein vasta kolmantena vuotena kuntoutuksen päättymisestä. Jotta lyhyen kuntoutuksen jälkeinen työssä pysyminen olisi pitkäkestoisempaa, edellyttää se parempaa tuen saamista vielä kuntoutuksen jälkeen. Pidempien kuntoutusten kohdalla tulee taas keskittyä työhön paluun nopeuttamiseen, jolloin saatetaan tarvita pidempään jatkuvaa työllistymisen tukemista. (Leinonen ym. 2019b.)

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen ei ole myöskään todettu vähentävän työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä tuki- ja liikuntaelinsairauksien tai mielenterveyden häiriöiden takia työkyvyttöminä olleilla viiden vuoden seurannassa. Pysyväälle työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen voi lykkääntyä kuntoutuksen ajaksi. Kuitenkaan ammatillisella kuntoutuksella ei havaittu olevan vaikutusta työurien pidentämisessä tai työeläkemenojen säästämässä. (Leinonen ym. 2020.)

Tuomala (2012) on tarkastellut työeläkekuntoutukseen osallistumisen vaikutuksia kuntoutujien myöhempään työllistymiseen Suomessa. Tutkimuksessa vertaillaan erilaisiin ammatillisen kuntoutuksen ohjelmiin osallistuneiden myöhempää työllisyyttä niiden henkilöiden työllisyyteen, joiden kuntoutus oli keskeytynyt tai he olivat saaneet kielteisen kuntoutuspäätöksen. Tämän lisäksi tutkimuksessa vertaillaan erilaisten kuntoutusohjelmien vaikuttavuutta. Kuntoutukseen osallistuminen lisäsi jokseenkin todennäköisyyttä työllistyä tai jatkaa työssä erityisesti niillä henkilöillä, jotka kävivät kuntoutusohjelmansa loppuun saakka. Vastaavasti kuntoutusohjelman keskeyttäneillä työssä jatkaminen oli vähäisempää kuin hakijoilla, jotka olivat saaneet kielteisen kuntoutuspäätöksen. Lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna kuntoutuksen työllisyysvaikutukset olivat suhteellisen hyviä, kun taas pidemmässä seurannassa erot kuntoutukseen osallistuneiden sekä verrokkiryhmän työllisyydessä hälvenivät. Erilaiset kuntoutusohjelmat vaihtelivat myös merkittävästi vaikuttavuudeltaan. Työpaikkakuntoutuksen sekä apuvälineiden työllisyysvaikutukset

näkyivät lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna, mutta heikkenivät pidemmässä seurannassa. Sen sijaan koulutuksen työllisyysvaikutukset kohenivat seuranta-ajan pidentyessä.

Työeläkekuntoutuksen toimivuutta sekä vaikuttavuutta on tarkasteltu laajasti eläketurvakeskuksen raportissa, jossa on selvitetty, ovatko työeläkekuntoutuksen toimivuus ja vaikuttavuus muuttuneet vuonna 2004 säädetyn lakiuudistuksen jälkeen (Gould ym. 2012a.) Lakiuudistuksen tarkoituksena on ollut yrittää tehostaa työeläkekuntoutuksen toimivuutta varhentamalla kuntoutuksen aloittamista. Kuntoutumista on pyritty kohdistamaan jo eläkkeelle jääneistä vielä työelämässä oleviin, jolloin kuntoutus ehkäisee paremmin työkyvyttömyydeltä. Uudistuksella on pyritty myös edistämään kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta sekä oikeanlaista kohdentamista. Raportissa on tarkasteltu tekijöitä, jotka ennakoivat sitä, että kuntoutus etenee hyvin ja, että kuntoutujat työllistyvät heti kuntoutuksen päätyttyä sekä pidemmällä tähtäimellä katsottuna. Artikkelissa tarkastellaan erityisesti sitä, miten kuntoutujien tausta sekä tekijät kuntoutusprosessin vaiheissa ennustavat kuntoutuksen onnistumista ja työelämään paluuta kuntoutuksen päätyttyä. Kuntoutuksen loppuun suorittamisen on havaittu ennustavan työllisyyttä myöhemmin. Kuitenkin monet niistä, jotka olivat saaneet myönteisen kuntoutuspäätöksen, mutta joiden kuntoutus keskeytyi tai ei koskaan alkanut, jatkoivat työssä tai palasivat takaisin töihin. (Gould ym. 2012c.) Töihin palaaminen kuntoutusprosessin keskeytymisestä huolimatta osoittaa, että myös muilla tekijöillä kuin itse kuntoutusprosessilla on vaikutusta kuntoutuksen jälkeiseen työllisyystilanteeseen. Kyseisiä tekijöitä saattavat olla muun muassa kuntoutujan tausta, terveydentila, työkyky sekä kuntoutuksen piiriin valikoituminen. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kuntoutujan taustalla on suuri merkitys kuntoutuksen toimivuuden ja lopputilanteen kannalta. Merkittäviksi tekijöiksi osoittautuivat työttömyys, koulutusaste, motivaatio, kuntoutuksen oikea-aikaisuus, työsuhteen olemassaolo sekä työkyky. (Gould ym. 2012c.)

Pekkarinen ja Sohlman (2020) ovat tarkastelleet tutkimusraporttinsa rekisteritutkimuksessa julkisen alan ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta seuraamalla kuntoutujien tilanteita kuntoutuksen päättymistä seuraavina vuosina sekä vertailemalla kuntoutusjakson päättäneitä henkilöitä ja niitä, jotka eivät aloittaneet kuntoutusta myönteisestä kuntoutuspäätöksestä huolimatta. Tutkimuksessa selvitettiin toteutuvatko ammatillisen kuntoutuksen tavoitteet, joita ovat työssä pysymisen tukeminen, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen välttäminen ja työeläkejärjestelmälle aiheutuvien kustannusten vähentäminen. Tulosten mukaan ammatillisen kuntoutuksen arvioidaan onnistuneen sille asetettujen tavoitteiden toteutumisen perusteella. Kolmen vuoden seurannassa ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden kuntoutukset onnistuivat useammin jokaisessa ikä-, sairaus sekä ammatti ryhmissä kuin niiden, jotka eivät kuntoutusta aloittaneet. Kolmantena vuotena kuntoutuksen päättymisestä kuntoutukseen osallistuneista henkilöistä 53 prosenttia luokiteltiin

onnistuneiksi eli he olivat pysyneet työelämässä eikä heillä ollut alkanutta eläkettä. Kyseisen ryhmän kuntoutuksista 45 prosenttia luokiteltiin epäonnistuneiksi eli he eivät olleet työelämässä ja eivät olleet ilman alkanutta eläkettä. Kuntoutukseen osallistumattomista kolmen vuoden jälkeen kuntoutusoikeuden saamisesta 30 prosenttia kuntoutuksista katsottiin onnistuneiksi ja 68 prosenttia epäonnistuneiksi. Lisäksi kuntoutukseen osallistuneista koitui eläkejärjestelmälle kolmanneksen vähemmän kustannuksia kuin siihen osallistumattomien henkilöiden joukosta.

Vuonna 2005 yli puolet kuntoutujista, jotka kävivät kuntoutuksen loppuun, palasi takaisin työelämään (Gould ym. 2012c). Eläketurvakeskuksen tilastojen mukaan vuonna 2018 päättyneistä kuntoutuksista 68 prosenttia voidaan katsoa onnistuneen. Suomalainen tutkimus on kuitenkin osoittanut ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden olevan melko vaatimatonta kuntoutuksen jälkeisellä työllisyydellä sekä työkyvyttömyyseläkkeen välttämällä tarkasteltuna (Leinonen ym. 2019b; Leinonen ym. 2020). Näitä tuloksia voidaan pitää jokseenkin ristiriitaisina. Ammatillisen kuntoutuksen jälkeinen työmarkkinatilanne riippuu paljolti kuntoutujan työtaustasta, työkyvyttömyyttä aiheuttavasta sairaudesta ja sosiodemografisista tekijöistä. (Leinonen ym. 2019a). Tästä syystä ammatillisen kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä on syytä tarkastella yksityiskohtaisemmin. Seuraavaksi syvennytään paremmin suomalaiseen ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimukseen sekä tarkastellaan lähemmin sen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvilla.

3.1. Mielenterveyden häiriöt ja ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen

Kuntoutujat kärsivät jostakin sairaudesta, vammasta tai viasta, jonka takia heillä on riskinä joutua jäämään työkyvyttömyyseläkkeelle. Tuki- ja liikuntaelin sairaudet sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yleisimmät diagnoosit kuntoutukseen hakeutumiselle. Vuonna 2018 miltei puolet työeläkekuntoutujista kärsi jonkinlaisesta tuki- ja liikuntaelinten sairaudesta ja viidesosa taas mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöstä. (Saarnio 2019). Näiden kahden yleisimmän sairausryhmän on todettu olevan yhteydessä kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutumattomuuteen. Sen sijaan muiden kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden on havaittu lisäävän kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutumista. Kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutuminen on yleisempää kasvainten, hermoston sekä ihon ja ihonalaiskudoksen sairausryhmissä sekä silloin, jos kuntoutuja kärsii vain yhdestä sairaudesta. (Gould ym. 2012b.) Ammatillisen kuntoutuksen tarpeeksi varhaisen aloittamisen on todettu vaikuttavan kuntoutuksen onnistumiseen ja enteilevän myös työhön takaisin palaamista

kuntoutuksen jälkeen. Oikea-aikaisen kuntoutuksen on havaittu myös pienentävän työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen tarvetta. (Gould ym. 2012b.) Oikea-aikaisella kuntoutuksella tarkoitetaan sitä, että se aloitetaan riittävän varhain. Tämä on oleellista, sillä kuntoutuja on vielä tarpeeksi työkykyinen, jolloin myös kuntoutuksen toteuttaminen sujuu onnistuneemmin. Kuntoutuksen aloittamisen oikea-aikaisuus on merkittävää myös kuntoutujan työelämään paluulle sekä työelämässä pysymisen motivaation säilyttämiselle. Kuntoutuksen käynnistymisen oikea-aikaisuus enteilee kuntoutuksen onnistumista sekä kuntoutuksen jälkeistä työssäkäyntiä sekä pienentää työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen riskiä. (Gould ym. 2012b.) Kuitenkaan ammatillista kuntoutusta ei tule aloittaa liian aikaisin, jotta kuntoutuja on saanut riittävän ajan toipumiselle ja jotta hänen kuntoutusmotivaationsa heräisi. (Järvikoski & Härkäpää 2004.)

Mielenterveysperusteisten ammatillisten kuntoutusten määrä on vielä toistaiseksi pienempi kuin työkyvyttömyyseläkkeiden. Kuitenkin mielenterveyssyistä aloitettujen ammatillisten kuntoutusten määrä on kasvanut ja sen on havaittu olevan yleisintä niillä, jotka ovat jo työkyvyttömyyseläkkeellä. Mielenterveyden häiriöitä sairastavien ammatillisen kuntoutuksen alkaminen vasta työkyvyttömyyden jo toteuduttua kertoo siitä, että ammatillinen kuntoutus ei ole toistaiseksi tavoittanut mielenterveyden häiriöitä sairastavia tarpeeksi aikaisessa vaiheessa. (Gould ym. 2012c, 233.)

Ammatillisen kuntoutuksen on todettu toimivan tuloksellisesti myös mielenterveyden häiriöistä kuntoutujien kohdalla. Työllistymisen on havaittu olevan nopeinta silloin, kun henkilöllä on ollut suunnitelma koskien psykoterapiaa sekä työhön paluun tukemista. (Mattila-Holappa ym. 2018.) Kuitenkaan mielenterveyden häiriöitä sairastavien työhön takaisin kuntoutuminen ja kuntoutuksen jälkeinen työssä pysyminen ei ole yhtä yleistä kuin muista sairauksista kuntoutuvilla. Myös välitön työllistyminen kuntoutuksen päätyttyä on hieman vähäisempää. (Kivekäs ym. 2008.) Tästä syystä mielenterveyden häiriöistä kärsivien työelämään takaisin pääsyä olisi tärkeää tukea niin psykoterapian kuin ammatillisen kuntoutuksen keinoin (Mattila-Holappa ym. 2018).

Mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien kuntoutusmenetelmänä käytetään huomattavasti enemmän työpaikkakuntoutusta kuin koulutusta. Työpaikkakuntoutuksessa olleiden mielenterveyden häiriöitä sairastavien työssä jatkamisen on todettu olevan yhtä yleistä kuin muista sairauksista kuntoutuvilla, kun taas koulutukseen osallistuneiden työssä jatkaminen on jonkin verran vähäisempää. Mielenterveyshäiriöistä kärsivien kohdalla koulutuskuntoutuksen suorittaminen kestää usein tavallista pidempään ja ammatilliseen koulutukseen osallistuminen johtaa myös keskivertoa useammin työttömyyteen tai lisäkoulutuksen hankkimiseen. (Kivekäs ym. 2008.)

Myös Gould ym. (2012) ovat havainneet, että ammatillinen kuntoutus aloitetaan mielenterveyshäiriöisten kohdalla usein liian myöhään eli vasta kun henkilö on jo poissa työelämästä tai jäänyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Myös suoraan työelämästä mielenterveyssyistä kuntoutukseen hakeutuneet ovat olleet sitä mieltä, että kuntoutus on aloitettu usein liian myöhäisessä vaiheessa. Diagnoosiryhmittäisiä eroja ei havaittu kuntoutuksen suorittamisessa loppuun asti. Sen sijaan sairausryhmällä on merkitystä kuntoutuksen jälkeisen työllisyyden kannalta. Mielenterveyden häiriöitä sairastavien työhön takaisin palaamisen on havaittu olevan vähäisintä verrattuna muihin sairausryhmiin. Tuki- ja liikuntaelinten sekä verenkiertoelimistön sairausryhmissä työllisyys seuraa keskimääräistä kehityssuuntaa. (Leinonen ym. 2019a.)

Kuntoutukseen osallistuneista ne henkilöt, joilla on mielenterveyden häiriö tai jotka ovat oireilleet psyykkisesti, ovat jääneet työkyvyttömyyseläkkeelle huomattavasti useammin muihin kuntoutujiin verrattuna viiden vuoden aikana kuntoutuspäätöksen saamisesta. Vaikuttaa siltä, että kuntoutuksen keinot mielenterveyskuntoutujien työkyvyn tukemiseksi eivät ole riittäneet. (Gould ym. 2012.)

Mielenterveyden häiriöihin liittyy myös häpeäleima eli stigma yleisemmin kuin fyysisiin sairauksiin. Sen lisäksi, että mielenterveyden häiriöitä sairastavat kärsivät sairaudestaan kohdistuu heihin usein leimaamista sekä syrjintää, jotka aiheutuvat ennakkoluuloista sekä harhakäsityksistä. (Corrigan ym. 2002.) Heihin kohdistuva leimautuminen sekä syrjintä aiheuttaa lisää kärsimystä ja estää heitä tuomasta esille ongelmiaan. Lisäksi nämä vaikuttavat psykiatrisen diagnoosin hyväksymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen, jotka taas saattavat heikentää kuntoutumismahdollisuuksia. (Dinos ym. 2004.) Mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman takia hoitoon hakeutuminen voi myöhentyä (Corrigan & Rusch 2002), joka taas saattaa vaikuttaa kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutumiseen. Pelkona saattaa olla myös työpaikan menettäminen sekä muiden ihmisten suhtautumisen muuttuminen. Näin ollen kuntoutuksen onnistuminen voi olla heidän kohdallaan hankalampaa.

Mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien kuntoutusmotivaation on havaittu olevan hieman vähäisempää kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksista kuntoutuvien (Härkäpää ym. 2012). Kuntoutujan oma motivaatio on keskeinen työhön paluuseen vaikuttava tekijä. Useat aikaisemmat tutkimukset todistavat, että kuntoutusmotivaatio vaikuttaa kuntoutuksen lopputuloksiin (esim. Maclean ym. 2000). Vahva käsitys pystyvyydestä sekä paremmaksi koettu työkyky ovat yhteydessä korkeampaan kuntoutusmotivaatioon. Huomattavasti koettuun kuntoutusmotivaatioon on havaittu vaikuttavan se, miten kuntoutuja arvioi osallistuneensa kuntoutussuunnitelman tekoon ja kokeeko hän kuntoutussuunnitelman vastaavan toiveitaan. Myös kuntoutuksen oikea-aikainen aloittaminen sekä se, että kuntoutuja kokee vaikutusmahdollisuuksiensa olevan hyvät kuntoutusprosessissa, vaikuttaa merkittävästi kuntoutusmotivaatioon ja näin enteilee takaisin työhön palaamista

kuntoutuksen päätyttyä. Työsuhteeseen ja työpaikkaan liittyvät epävarmuudet kuntoutuksen syinä ovat myös usein yhteydessä matalaan kuntoutusmotivaatioon. (Härkäpää & Järvikoski 2012.)

Sekä työntekijät että työnantajat ovat molemmat korostaneet motivaation tärkeyttä työhön takaisin paluun kannalta. Työhön takaisin paluun motivaatiota lisääviä tekijöitä ovat oikea-aikainen kuntoutuksen aloittaminen, työpaikan yhteydenpito kuntoutujaan hänen ollessa sairauslomalla sekä kuntoutujan osallistuminen kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Merkittäväksi työhön paluun motivaatioon vaikuttavaksi tekijäksi todettiin myös se, että työntekijä palaa häntä motivoivaan työhön ja että työtehtävät pysyvät tarpeeksi vastuullisina sekä haastavina. (Saari 2013.) Etenkin mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvilla työtehtävien vastuullisuuden uudelleenarviointia saatetaan joutua tekemään, sillä mielenterveyden häiriöt vaikuttavat usein kognitiiviseen pystyvyyteen sekä tarkkaavaisuuteen (Tuisku & Rossi 2010). Mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien työtehtäviä tuleekin arvioida aina yksilöllisesti (Saari 2013).

3.2. Sosiodemografiset tekijät ja ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen

Aiempi tutkimus on todentanut, että huomioitaessa kuntoutujien tausta sairausryhmittäiset erot pienenevät (Gould ym. 2012c). Kuntoutujan taustatekijät ovat selvästi yhteydessä työllisyyteen pitkällä tähtäimellä. Työssäkäynnin yleisyyttä kuntoutuksen jälkeen ennakoivat muun muassa kuntoutujan nuori ikä, sukupuoli, korkea koulutus sekä se, että kuntoutuja ei ole ollut työttömänä kolmena edeltävänä vuotena ennen kuntoutuspäätöksen saamista. (Gould ym. 2012c, Leinonen ym. 2019a.)

Sukupuoli

Sukupuolen osalta naisten on havaittu työllistyvän yleisemmin kuntoutuksen jälkeen (Gould ym. 2012). Miehillä on todettu olevan vähemmän sairauspoissaoloja, ja he hakeutuvat myös harvemmin terveydenhuollon palvelujen piiriin verrattuna naisiin (Leinonen ym. 2018; Osika Friberg ym. 2016). Heidän ollessa aliedustettuina ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisessa voi samaan aikaan kieliä siitä, että heidän työkykynsä voi olla parempi verrattuna naisiin. Tämä voi myös kertoa siitä, että he hakeutuvat kuntoutukseen vasta myöhemmin, kun työkyvyttömyys on jo huomattavasti vakavammalla tasolla. (Leinonen ym. 2019a.)

Sukupuolen on havaittu vaikuttavan kuntoutuksen jälkeiseen työllistymiseen. Aiemman tutkimuksen tulokset osoittavat, että naiset ovat kuntoutuksen jälkeen useammin työssä verrattuna miehiin. Työssä täyspäiväisesti olevien tai eläkkeen ohella työskentelevien naisten osuus oli 72 prosenttia, kun taas miesten osuus oli 59 prosenttia. Kolmen vuoden jälkeen kuntoutuksen päättymisestä naisten osuus työssä olevista oli 63 prosenttia ja miesten vastaava osuus oli 55 prosenttia. Miehistä useampi siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle verrattuna naisiin. (Saarnio 2019a.) Myös naisten kuntoutumismotivaation on todettu olevan suurempaa kuin miesten. Naisista hieman useampi on ilmoittanut haluavansa aloittaa kuntoutuksen verrattuna miehiin. (Härkäpää & Järvikoski 2012.)

Ikä

Työllisyydessä ja eläkkeelle jäämisessä on havaittu olevan iän mukaisia eroja. Kuntoutuksen päättymisen jälkeen työllistymisen on todettu lisääntyneen nuoremmilla alle 45-vuotiailla kuntoutukseen osallistuneilla henkilöillä, kun taas vähintään 45-vuotiaiden kohdalla työllisyyden on todettu vähenevän. Vähintään 45-vuotiaiden ikäryhmästä osa jäi joko työkyvyttömyyseläkkeelle tai muulle eläkkeelle. Nuoremmasta alle 45-vuotiaiden ikäryhmästä 70 prosenttia työskenteli kokoaikaisesti tai oli työssäkäyväenä eläkeläisenä, kun taas vastaava osuus oli 54 prosenttia vähintään 45-vuotiaiden ikäryhmässä. (Saarnio 2019a.) Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että nuorempi ikä ennustaa suotuisampaa kuntoutuksen lopputulemaa (Leinonen ym. 2019b) ja myös koetun työkyvyn on todettu heikentyvän vanhenemisen myötä. Nuoremman väestön koettu työkyky on usein parempi kuin vanhemmalla väestöllä. (Gould ym. 2006.) Keskeinen ammatillisen kuntoutuksen onnistumista enteilevä tekijä on kuntoutujan työkyky. Hyvän työkyvyn on todettu vaikuttavan siihen, että kuntoutus etenee sujuvasti. (Härkäpää & Järvikoski 2012.) Kohtalaiseksi tai melko hyväksi koettu työkyky kuntoutukseen haettaessa enteilee kuntoutuksen saattamista loppuun (Gould ym. 2012c, 200). Kuntoutujat, joiden koettu työkyky on parempi, kokevat myös työelämään paluun tärkeäksi tavoitteekseen. Koetun työkyvyn ja kuntoutusmotivaation välillä on myös havaittu olevan yhteys. (Härkäpää & Järvikoski 2012.) Näin iän voidaan päätellä heijastuvan myös kuntoutumisen onnistumisen tuloksiin.

Iän on havaittu olevan yhteydessä kuntoutumismotivaatioon. Nuoremmassa ikäryhmässä kuntoutumismotivaation on todettu olevan suurempaa kuin vanhemmissa ikäryhmässä, mikä osaltaan selittää nuorempien kuntoutujien todennäköisempää työllistymistä kuntoutuksen jälkeen. Ikäryhmittäisten erojen ollessa selkeitä, on havaittu kuitenkin myös, että yli 45-vuotiaiden ikäryhmästä puolet ovat olleet hyvin motivoituneita. (Härkäpää & Järvikoski 2012.) Kuntoutujan

nuoren iän on myös todettu lisäävän kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutumista. (Gould ym. 2012b.)

Sosioekonominen asema

Kuntoutujien sosioekonomisella asemalla on havaittu olevan vaikutusta siihen, onnistuiko kuntoutus ja työllistyikö kuntoutuja kuntoutuksen jälkeen. Korkeampi sosioekonominen asema sekä koulutusaste ovat edesauttaneet kuntoutusprosessin toteutumista. Vaikuttaisi siltä, että sosioekonomiset terveyserot sekä erot työkyvyssä näkyvät myös kuntoutuksessa. (Gould ym. 2012c.) Sosioekonomiset terveyserot ilmenevät terveyden, toimintakyvyn, sairastavuuden sekä kuolleisuuden eroina ja ne ovat riippuvaisia henkilön sosiaalisesta asemasta. Sosiaalinen asema voidaan määritellä usein koulutuksen, työmarkkina-aseman, tulojen sekä ammattiaseman kautta. Terveyserojen taustalla voivat vaikuttaa monet eri tekijät sekä niiden yhteisvaikutukset. Terveystilan on havaittu olevan heikompi ja sairauspoissaolojen määrän suurempi alemman sosioekonomisen aseman ryhmissä, mikä johtuu usein resurssien eriarvoisesta jakautumisesta ryhmien välillä. (Aittomäki ym. 2014; Marmot 2013; Phelan 2010; Virtanen & Husman 2010.) Työolot ovat myös erilaiset eri ammattiryhmissä ja niiden on todettu vaikuttavan terveyteen ja sairastavuuteen (Rahkonen ym. 2006, Virtanen & Husman 2010). Työkyky vaihtelee selkeästi koulutusasteen mukaan. Korkeammin koulutautuneet arvioivat työkykynsä paremmaksi kuin matalammin koulutautuneet (Gould ym. 2012c). Työkyvyttömyysriskin on todettu olevan suurempi niillä, joiden sosioekonominen asema on matalampi (Leinonen ym. 2011). Myös korkeamman koulutuksen käyneiden on havaittu suhtautuvan myönteisemmin kuntoutukseen osallistumiseen. Opistotasaisen tai alemman ja ylemmän korkeakouluasteen suorittaneiden kuntoutusmotivaatio on suurempaa verrattuna niihin, joilla on lyhyt ammatillinen koulutus tai ei ollenkaan kyseistä koulutusta. (Härkäpää ym. 2012.)

Korkea koulutusaste lisää myös kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutumista, kun taas matalan perusasteen koulutuksen käyneillä on tyypillisemmin ongelmana kuntoutuksen myöhäinen aloittaminen (Gould ym. 2012b). Tämä voi johtua siitä, että sosioekonomisesta taustasta juontuva eriarvoisuus voi ilmentyä eroina muun muassa kuntoutustietämyksessä sekä osaamisessa toimia ammattilaisten ja viranomaisten kanssa. Todennäköisesti eriarvoisuutta synnyttävät erot kuntoutustietämyksessä, ilmaisutaidossa, perustelujen esittämisessä sekä periksiantamattomuudessa. Tällöin henkilöt, jotka eivät pysty omatoimisesti etsimään tietoa tai he eivät taida asiointia eri toimijoiden kanssa, voivat helposti jäädä syrjään kuntoutuksesta. Eriarvoisuutta koettiin kuntoutusaloitteen tekemisessä, halutun kuntoutussuunnitelman

hyväksyttämässä sekä kuntoutusprosessin edistymisen varmistamisessa. Tulokset kertovatkin tuen sekä ohjauksen riittämättömyydestä henkilöillä, jotka tarvitsevat erityisesti tukea tietämyksessä ja asioimisessa. (Härkäpää ym. 2011.)

Työttömyysjaksot ennen kuntoutuksen hakemista ennustavat vaikeuksia kuntoutusprosessin toimivuudessa. Vaarana on useammin kuntoutuksen keskeytyminen tai epäonnistuminen, mikäli kuntoutujalla on ollut työttömyysjaksoja ennen kuntoutuksen hakemista. Myös työhön palaaminen kuntoutuksen jälkeen on tällöin epätodennäköisempää. (Gould ym. 2012b.) Työttömyyden, köyhyyden sekä vajavaisen koulutuksen on todettu vaikuttavan työkykyyn sitä heikentäen ja myös lisäävän syrjäytymisen riskiä. Työttömien työkyvyn on havaittu olevan heikompi verrattuna työllisiin. (Kerätär ym. 2016.) Merkittäviksi tekijöiksi ovat osoittautuneet myös se, kuinka pitkään työttömyys on kestänyt ja onko se ollut toistuvaa. (Järvikoski ym. 2006.) Palvelussuhteen voimassaololla ennen kuntoutuksen aloittamista on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia myös julkisen alan ammatillisen kuntoutuksen onnistumiselle. Henkilöistä, joiden palvelussuhde oli voimassa, 55 prosenttia pysyi työelämässä kuntoutuksen jälkeen. Vastaava osuus oli ainoastaan 16 prosenttia niillä, joiden palvelussuhde ei ollut voimassa. (Pekkarinen & Sohlman 2020.) Pidempiaikainen työttömyys ja sen toistuminen vaikuttavat työkykyyn heikentävästi (Järvikoski ym. 2006). Työttömänä sekä eläkkeellä olleiden kuntoutujien työkyky on usein heikompi (Järvikoski ym. 2006) ja näin heidän kuntoutumismotivaationsa voi olla alhaisempi, jolloin vaikutukset näkyvät myös kuntoutumisen onnistumisessa sekä heidän työllistymisessään.

Leinonen ym. (2019a) tutkimus osoittaa myös vastakkaisia tuloksia työllisyystaustan hyödyistä ennen kuntoutusta, vaikka aiemmat tutkimukset (Bo Burström ym. 2008; Gould ym. 2012b; Pekkarinen & Sohlman 2020) ovatkin osoittaneet, että työllisyystausta sekä työkyvyttömyyden lyhytaikaisuus ennustavat parempaa ammatillisen kuntoutuksen jälkeistä työllistymistä. Suurella osalla kuntoutujista työssä käynti on laskenut huomattavasti jopa olemattomalle tasolle aktiivisesta työtaustasta huolimatta. Sen sijaan kuntoutujien kohdalla, joilla on ollut enemmän työkyvyttömyyttä ja työttömyystaustaa, kuntoutuksen jälkeinen työllisyys kasvoi suhteellisen hyvin. Tämä osoittaa, että ammatillisen kuntoutuksen tulokset voivat olla yhtä lailla hyvin onnistuneita myös niillä kuntoutujilla, jotka ovat olleet työttöminä ennen kuntoutusta. Työtausta määrittelee vain rajallisesti kuntoutuksen jälkeistä työllistymistä. Myös osatyökyvyttömyyseläkkeeltä kuntoutukseen tulevien kuntoutuksen jälkeisen työhön paluun on todettu olevan yleistä.

Ammattiala

Kuntoutujien määrien on havaittu vaihtelevan ammattialoittain ja ammattiryhmien välillä esiintyy eroja mielenterveyden häiriöiden sairastavuudessa (Sanne ym. 2003; Wieclaw 2005). Julkisista aloista kirkon alalla kirkon palvelutyössä ja hautausmaalla työskentelevät ovat kokeneet henkisen työkykynsä keskivertoa useammin hyväksi tai erinomaiseksi, kun taas kirkon hallinto- ja toimistotyötä sekä seurakuntatyötä tekevät ovat kokeneet henkisen työkykynsä hieman harvemmin hyväksi. Valtion aloista myönteisimmäksi työkykynsä ovat kokeneet maanpuolustuksen sekä rajavartioston henkilöstö. Hieman harvemmin muihin valtion aloihin verrattuna henkisen työkykynsä hyväksi tai erinomaiseksi ovat kokeneet hallinto-, rekisteri- ja ICT palvelujen työntekijät sekä opetus-, koulutus- ja kulttuuripalvelujen työntekijät. (Pekkarinen 2018.) Kunnat hyödyntävät ammatillista kuntoutusta yleisesti enemmän valtion työnantajiin verrattuna. Kunta-alan sosiaali- ja terveysala sekä sivistys- ja kulttuuriala muodostavat suurimmat julkisen alan ammatillisen kuntoutujien ryhmät (Sohlman & Pekkarinen 2020). Tästä syystä tässä tutkielmassa keskitytään pääasiassa näihin ammattialoihin. Näiden ammattialojen yliedustuneisuus ammatillisessa kuntoutuksessa kertoo kuntasektorin työn luonteesta. Kunta-alalla työ on usein henkisesti kuormittavaa. Kevan tutkimuksen mukaan 61 prosenttia kunta-alalla työskentelevistä kokee työnsä henkisesti kuormittavaksi. Syynä työn henkiselle kuormittavuudelle ovat muun muassa jatkuva kiire sekä työn suuri määrä. Henkistä kuormittavuutta voivat aiheuttaa myös puutteellinen palautteen ja arvostuksen saaminen työstä sekä muutosten jatkuvuus ja pitkittyminen. Kunta-alalla koettua väkivaltaa tai muuta epäasiallista käytöstä on havaittu enemmän verrattuna muihin julkisen alan sektoreihin. Vuonna 2018 kunta-alan työntekijöistä joka kolmas on vastannut kokeneensa väkivaltaa tai sen uhkaa työssään. Väkivaltaa useita kertoja kokeneiden osuus terveysalalla työskentelevillä oli 31 ja sosiaalialalla työskentelevillä 43 prosenttia. Myös sivistyksen alalla väkivaltaa useita kertoja kokeneiden osuus oli 13 prosenttia ja varhaiskasvatuksen alalla 14 prosenttia. (Pekkarinen 2018.)

Alueelliset erot

Kuntoutuksen saatavuuden alueellisten erojen on todettu olevan suuria. Kuntoutukseen suhtautuminen ja sen järjestäminen on erilaista eri puolilla Suomea. Eroavaisuudet havainnollistuvat selkeimmin maakuntien kuntoutuspalvelujen käytön eroina. Yli 10000 asukkaan isoissa kunnissa ammatillisen sekä lääkinnällisen kuntoutuksen käytön on todettu olevan suurinta. Keskikokoisissa 4000–10000 asukkaan kunnissa taas kuntoutuspalveluja käytetään vähiten. Pienemmissä alle 4000 asukkaan kunnissa käytetään eniten sosiaalisia ja sotiin liittyviä

kuntoutuspalveluja. (Pulkki 2012.) Nämä erot eivät selity ainoastaan palvelutarpeen eroilla, kuten sairastavuudella tai demografisilla tekijöillä. Alueelliset eroavaisuudet kuntoutuspalvelujen saatavuudessa sekä niihin pääsyn kriteereissä saattavat johtaa tilanteeseen, jossa kaikki kuntoutusta tarvitsevat eivät saa kuntoutusta, joka olisi heidän kannaltaan sopivin vaihtoehto. Mikäli varhaisen vaiheen palveluja on tarjolla liian vähän, saattaa tämä lisätä tarvetta raskaammille palveluille. (Kallionpää ym. 2019.) Ammatillisen kuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttaa kuntoutuksen toimenpiteiden ohella myös eri palvelujärjestelmien yhteistyön sekä työnjaon toimiminen (Pekkarinen & Sohlman 2020). Suomessa eri tahot osallistuvat ammatillisen kuntoutuksen järjestämiseen, joten palvelujärjestelmä on monimutkainen. Palvelujärjestelmän monimutkaisuus voi hankaloittaa kuntoutusprosessin edistymistä. Palvelujärjestelmien välistä työnjakoa yritetään jatkuvasti saamaan selkeämmäksi, jotta eri tahojen välinen yhteistyö olisi sujuvampaa. (Härkäpää 2011.) Työpaikan, työterveyshuollon sekä työeläkelaitoksen yhteistyön toimivuus on keskeistä kuntoutusprosessin kannalta (Pekkarinen & Sohlman 2020).

Kuntoutuksen läpivienti

Ammatillisen kuntoutuksen läpiviennin on todettu vaikuttavan kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen (Gould ym. 2012b; Pekkarinen & Sohlman 2020). Kuntoutuksen läpivieminen ennustaa työllisyyttä myöhemmin. Kuitenkin myös monet niistä, jotka ovat saaneet myönteisen kuntoutuspäätöksen, mutta joiden kuntoutus on keskeytynyt tai ei koskaan alkanut, ovat jatkaneet työssä tai palanneet takaisin töihin. (Gould ym. 2012b.) Kuntoutuksen läpivientiä enteilee kuntoutuksen oikea-aikainen aloittaminen. Sen sijaan, jos kuntoutus keskeytettiin tai sitä ei aloitettu ollenkaan, ovat kuntoutusoikeuden saaneet kokeneet kuntoutuksen alkaneen joko liian myöhäisessä tai liian varhaisessa vaiheessa. (Gould ym 2012a.)

4. Tutkimusasetelma

4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksessa tarkastellaan ammatillisen kuntoutuksen onnistumista sekä siihen vaikuttavia tekijöitä ja keskitytään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella kuntoutusoikeuden saaneisiin. Tämä on perusteltua, sillä viime vuosien aikana mielenterveyden häiriöiden määrä kuntoutuksissa on kasvanut ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien määrä sen sijaan on laskenut. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yksi suurimmista sairausryhmistä kuntoutuksen aloittamisen perusteena. Niiden osuus julkisten alojen kuntoutuksissa oli 30 prosenttia. Lisäksi on havaittu, että mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden kuntoutuksen onnistuminen on ollut hieman heikompaa verrattuna esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneisiin. (Pekkarinen & Sohlman 2020.) Mielenterveyden häiriöiden takia työkyvyttömyyseläkkeelle jäädään usein myös nuorempina (ETK 2020e).

Tutkimuksessa tarkastellaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien ammatillisen kuntoutuksen päättäneiden työmarkkinatilanteita ja näin heidän kuntoutuksen onnistumistaan kolmen vuoden jälkeen kuntoutuksen tai kuntoutusoikeuden päättymisestä. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan, miten sosiodemografiset tekijät sekä kuntoutuksen läpivienti voivat olla yhteydessä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen. Tarkastelemalla kuntoutujien työmarkkinatilannetta kolmantena vuotena kuntoutuksen päättymisestä saadaan tietoa kuntoutuksen pidempiaikaisemmista vaikutuksista ja pystytään paremmin arvioimaan sen vaikuttavuutta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten ammatillisen kuntoutuksen vaikutukset näkyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvilla kolmantena vuotena kuntoutuksen päättymisen jälkeen kuntoutuksen onnistumista tarkastelemalla?
2. Miten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien sosiodemografiset tekijät, kuten sukupuoli, ikä, vuositulot, ammattiala, työnantajan sijaintikunnan kaupunkimaisuusaste sekä kuntoutuksen läpivienti ovat yhteydessä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen?

Tutkielma tehdään yhteistyössä julkisen alan eläkevakuuttajan Kevan kanssa. Tutkielmassa hyödynnetään Kevan äskettäin valmistunutta tutkimusraporttia (Pekkarinen & Sohlman 2020), jossa toisessa tutkimuksista on tarkasteltu ammatillisen kuntoutuksen onnistumista rekisteriaineistolla.

4.2. Tutkimusaineisto ja etiikka

Tutkimusaineisto koostuu yhteensä 4 250 julkisen alan vakuutetusta henkilöstä, jotka ovat saaneet vuosina 2013–2015 myönteisen kuntoutusoikeuspäätöksen ja, joiden kuntoutusjakso on päättynyt tai kuntoutusoikeus vanhentunut vuoteen 2015 mennessä. Ammatillisen kuntoutuksen päättäneitä oli yhteensä 3 622 henkilöä ja henkilöitä, joiden kuntoutusoikeus oli vanhentunut yhteensä 628. Kohdistettaessa tarkastelu 22–62-vuotiaisiin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella kuntoutusoikeuden saaneisiin jää aineistoon 754 henkilöä. Tutkimusaineistona toimii Kevan rekisteriaineisto ja tutkittavat on poimittu kuntoutusrekisteristä. Kuntoutustietoja on täydennetty Eläketurvakeskuksen eläke- ja ansaintarekisterin tiedoilla alkaneista eläkejaksoista, vuosiansioista ja päivärahoista sekä Kevan palvelussuhderekisterin ammattitiedoilla.

Tutkimuksen teossa noudatetaan yleistä tieteen teon eettistä ohjeistusta sekä Kevan rekisteriaineistoa koskevaa ohjeistusta. Aineiston käsittely tapahtuu Kevan ohjeistuksessa asetettujen vaatimusten sekä käytäntöjen mukaisesti. Tutkimuksen teossa toimitaan Kevan kanssa tehdyn sopimuksen sekä salassapitositoumuksessa asetettujen velvoitteiden mukaisesti. Tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, ettei niistä ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä yhdistelemällä muuttujien luokkia. Aineistoa säilytetään sen käyttöluvan saaneiden yksityisillä verkkolevyillä, jotka sijaitsevat Turun yliopiston palvelimella. Aineistoa käytetään ainoastaan tässä tutkielmassa ja se palautetaan tai hävitetään tietoturvallisesti tutkimusprosessin päätyttyä.

4.3. Muuttujat

Kuntoutuksen onnistuminen

Selitettävän muuttujan luomisessa mukaillaan Kevan tutkimusraportin (Pekkarinen & Sohlman 2020) luokittelua, jossa tutkittavien kuntoutuksen jälkeistä tilannetta tarkastellaan työssäkäynnin, eläkkeen saannin sekä muunlaisen toimeentulon osalta. Tutkittavien luokittelussa on yhdistelty vuositason tietoja henkilöiden työssäkäynnistä, ansiotiedoista, etuuksista ja eläkkeistä, joista on

muodostettu muuttuja, joka kuvaa kuntoutujien työmarkkinatilannetta kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. 12 000 euron vuosituloja käytetään työssäkäynnin määritelmänä. Taulukoissa 1 ja 2 on esitelty kuntoutujien kuntoutuksen jälkeisen työmarkkinatilanteen luokittelut sekä kuntoutuksen onnistuneen ja epäonnistuneen lopputuloksen luokittelut.

Taulukko 1. Kuntoutujien ammatillisen kuntoutuksen jälkeisen tilanteen luokittelu.
Onnistuneiksi luokitellut kuntoutukset.

Työssä	Vuositulot ovat yli 12 000 euroa ja he ovat voineet saada jotakin päivärahaa, kuten opintotukea, vanhempain- tai sairauspäivärahaa alle puoli vuotta (182 päivää). Henkilöillä ei ole alkanutta tai maksussa olevaa eläkettä kuntoutuksen jälkeen.
Työssä ja osatyökyvyttömyyseläkkeellä	Vuositulot ovat yli 120 00 euroa vuodessa ja henkilöillä on vuoden aikana alkanut tai maksussa oleva osatyökyvyttömyyseläke.
Työssä ja osittain varhennetulla eläkkeellä tai osa-aikaeläkkeellä	Vuositulot ovat yli 12 000 euroa ja vuoden aikana alkanut tai maksussa oleva osittainen varhennettu eläke tai osa-aikaeläke.
Vanhuuseläkkeellä	Vuoden aikana alkanut tai maksussa oleva vanhuuseläke. Henkilöillä ei ole alkaneita eikä maksussa olevia työkyvyttömyyseläkkeitä.
Pääasiallisesti vuorotteluvapaalla	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja henkilöillä on vuorotteluvapaata vähintään 180 päivää vuodessa ja heillä ei ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä. Henkilöillä on muita päivärahoja maksussa vähemmän kuin vuorotteluvapaata. Mukana on myös henkilöitä, joiden vuorotteluvapaapäiviä on alle 180, mutta heillä ei ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä, muita päivärahoja tai kuntoutustukea (osa- ja täysikuntoutustuki) vähemmän kuin vuorotteluvapaapäiviä. Mukaan laskettu henkilöitä, joiden vuosiansiot ovat yli 12 000 euroa, vuorotteluvapaapäiviä yli puoli vuotta, ei muita alkaneita eläkkeitä ja muita päivärahopäiviä vähemmän kuin vuorotteluvapaapäiviä.
Pääasiallisesti koulutuksessa	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja henkilöt saavat koulutusrahaa vähintään 180 päivää vuodessa ja heillä ei ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä. Muita päivärahoja maksussa vähemmän kuin koulutusrahapäiviä. Mukana on myös henkilöitä, joilla on alle 180 koulutusrahapäivää ja heillä ei ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä. Muita päivärahoja tai kuntoutustukea (osa- ja täysikuntoutustuki) on vähemmän kuin koulutusrahapäiviä. Mukana henkilöitä, joilla vuosiansiot ovat yli 12 000 euroa, koulutusrahapäiviä yli puoli vuotta, ei muita alkaneita eläkkeitä ja muita päivärahopäiviä vähemmän kuin koulutusrahapäiviä.
Pääasiallisesti vanhempainvapaalla	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja henkilöt saavat vanhempainrahaa vähintään 180 päivää vuodessa, ei alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä, muita päivärahoja maksussa vähemmän kuin vanhempainvapaata. Mukana henkilöitä, joiden vuosiansiot ovat yli 12 000 euroa, vanhempainvapaapäiviä yli puoli vuotta, ei muita alkaneita eläkkeitä ja muita päivärahopäiviä vähemmän kuin vanhempainvapaata.

Taulukko 2. Kuntoutujien ammatillisen kuntoutuksen jälkeisen tilanteen luokittelu.
Epäonnistuneiksi luokitellut kuntoutukset.

Pääasiallisesti kuntoutustuella	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja henkilöt saavat kuntoutustukea (joko osa- tai täysikuntoutustuki) 180 päivää vuodessa. Heillä on muita päivärahoja maksussa vähemmän kuin kuntoutustukea. Heillä ei ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä. Mukana on myös henkilöitä, jotka saavat alle 180 kuntoutustukipäivää, mutta saavat muita päivärahoja vähemmän. Heillä ei myöskään ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä.
Täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä	Henkilöillä on alkaneita tai maksussa olevia työkyvyttömyyseläkepäiviä.
Pääasiallisesti sairauspäivärahalla	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja henkilöt ovat saaneet sairauspäivärahaa 180 päivää vuoden aikana. Muita päivärahoja on maksussa vähemmän. Heillä ei ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä. Mukana on myös henkilöitä, joilla on alle 180 sairauspäivärahapäivää vuodessa, ei alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä, muita päivärahoja tai kuntoutustukea (osa- ja täysikuntoutustuki) vähemmän kuin sairauspäivärahaa. Mukana henkilöitä, joiden vuositulot ovat yli 12 000 euroa, mutta sairauspäivärahapäiviä on yli 180 päivää vuodessa.
Pääasiallisesti työtön	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa, työttömyyspäivärahaa vähintään 180 päivää vuodessa, ei alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä, muita päivärahoja maksussa vähemmän kuin työttömyyspäivärahaa. Mukana myös henkilöitä, joilla on vuodessa alle 180 työttömyyspäivärahapäivää ja heillä ei ole alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä. Muita päivärahoja tai kuntoutustukea (osa- ja täysikuntoutustuki) vähemmän kuin työttömyyspäivärahaa. Mukana henkilöitä, joilla vuosiansiot ovat yli 12 000 euroa, mutta työttömyyspäivärahaa on yli 180 päivää vuodessa.
Pääasiallisesti kuntoutusrahalla	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja heillä on alkanutta tai maksussa olevaa kuntoutusrahaa enemmän kuin muita päivärahapäiviä. Ei muita alkaneita tai maksussa olevia eläkkeitä.
Pääasiallisesti osatyökyvyttömyyseläkkeellä	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja henkilöillä on alkanut tai maksussa oleva osatyökyvyttömyyseläke. Heillä on päivärahakausia alle 180 päivää ja ei ole alkanutta tai maksussa olevaa täyttä työkyvyttömyyseläkettä.
Pienet tulot, ei eläkkeitä tai etuuksia	Vuositulot ovat alle 12 000 euroa ja henkilöillä ei ole alkaneita maksussa olevia eläkkeitä tai etuuksia.

Tämän kuntoutujien kuntoutuksen jälkeisen työmarkkinatilannemuuttujan luokkia yhdistelemällä luodaan kaksiluokkainen muuttuja ja kuntoutuksen lopputilanne luokitellaan joko onnistuneeksi tai epäonnistuneeksi. *Onnistuneiksi* kuntoutetuksi luokiteltiin sellaiset, joissa henkilöiden työkyky on onnistuttu kuntoutuksen avulla palauttamaan ja henkilöt olivat ensisijaisesti työssä, työssä ja osatyökyvyttömyyseläkkeellä, saavat jotakin etuutta, työssä ja osittain varhennetulla eläkkeellä tai

osa-aikaeläkkeellä tai ovat siirtyneet vanhuuseläkkeelle. Ammatillisen kuntoutuksen onnistumisen määritelmänä on pidetty sitä, että kuntoutuksen jälkeen kuntoutuja on takaisin työelämässä ja, että eläkkeelle jäänti sekä varsinkin täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle jäänti on pystytty kuntoutuksen avulla estämään (Pekkarinen & Sohlman 2020; Saarnio 2019). Ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen määritellään vastaavanlaisesti tässä tutkielmassa. Tämän takia myös ne kuntoutukset määritellään onnistuneiksi, joissa kuntoutuja on kuntoutuksen jälkeen saanut jotakin etuutta tai on työssä ja osatyökyvyttömyyseläkkeellä, vanhuuseläkkeellä tai työssä ja osittain varhennetulla eläkkeellä tai osa-aikaeläkkeellä.

Epäonnistuneeksi kuntoutukseksi luokiteltiin sellaiset, joissa henkilöt olivat pääasiallisesti kuntoutustuella, täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä, työttömänä, pääasiallisesti sairauspäivärahalla, pääasiallisesti osatyökyvyttömyyseläkkeellä, pääasiallisesti kuntoutusrahalla tai jos heidän tulonsa olivat vähäiset eikä heillä ollut etuuksia tai eläkkeitä eli kuuluivat pudonneet-ryhmään. Pudonneiden ryhmän tiedot ovat vähäiset. Ryhmän vuositulot ovat alle 12 000 euroa eivätkä he saa etuuksia tai eläkettä, jolloin heitä voitaisiin pitää joiltain osin mahdollisesti syrjäytymisvaarassa olevina. Henkilöitä, joista ei löydy tietoja viranomaisten rekistereistä, on voitu luonnehtia myös syrjäytyneiksi (Myrskylä 2012).

Selittävät muuttujat

Selittäviä muuttujia ovat sosiodemografiset tekijät, kuten sukupuoli, ikä, vuositulot, ammattiala, työnantajan sijaintikunnan kaupunkimaisuusaste sekä kuntoutuksen läpivienti. Julkisen alan kuntoutujista naisia on yleisesti enemmän kuin miehiä. Aineistossa naisia on selkeä enemmistö. Suurin osa aineiston ammatillisista kuntoutuksista on myös läpivietyjä. Läpivietyjen kuntoutuksien määrä on 704 ja kuntoutuksien määrä, joita ei viety läpi on 50.

Ikää mittaava muuttuja on neliluokkainen ja se on muodostettu sen mukaan minkä ikäinen kuntoutuja on ollut kuntoutuksen päättyessä. Aineistossa on mukana 22–62-vuotiaat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön perusteella kuntoutusoikeuden saaneet. Muuttuja on luokiteltu 22–36-vuotiaisiin, 36–45-vuotiaisiin, 46–55-vuotiaisiin ja yli 55-vuotiaisiin. Kuntoutujien iän keskiarvo on 46,2 vuotta. Julkisen alan kaikkien kuntoutujien keski-ikä vuosina 2013–2018 on pysynyt 47 vuoden paikkeilla (Sohlman & Pekkarinen 2019). Nuoria kuntoutujia on huomattavasti vähemmän, sillä heidän oikeutensa kuntoutukseen ei ole usein täyttynyt. Jotta on oikeutettu ammatilliseen kuntoutukseen, tulee työssäolo vuosia sekä tuloja olla kertynyt tietty määrä. Vuoden 2020 tulotason mukaan tuloja tulee olla kertynyt edeltävältä viideltä vuodelta ainakin 36 342,90 euroa (Keva 2020).

Vuosituloja mittaava muuttuja on muodostettu kuntoutujan bruttovuosituloista kuntoutuksen alussa. Kuntoutujien vuositulojen keskiarvo 22 008 euroa. Muuttuja saa arvoja 0 ja 15 2302 euron väliltä. Yli 12 000 euron vuosituloja on aineistossa eniten. Kaikilla aineiston henkilöillä ei kuitenkaan ole ansiotuloja. Vuositulomuuttujasta voidaan muodostaa kaksiluokkainen muuttuja. Ensimmäiseen muuttujan luokkaan luokitellaan alle 12 000 euron vuosiansiot ja toiseen luokkaan luokitellaan yli 12 000 euron vuosiansiot. Yli 12 000 euron vuosiansioiden luokkaa voidaan pitää pääasiassa työssäkäyvien luokkana ja alle 12 000 euron vuosiansioiden luokkaa taas pääosin työelämän ulkopuolella olevien luokkana (Pekkarinen & Sohlman 2020).

Ammattialoista sivistys- ja kulttuuriala, sosiaaliala sekä terveysala erottuvat selkeästi suurimpina kuntasektorin aloina ammatillisessa kuntoutuksessa. Ammattiala muuttujan luokkia tulee yhdistellä, sillä osassa muuttujan luokissa tapausmäärät jäävät liian pieniksi. Sosiaalialan luokka ja terveysalan luokka voidaan yhdistää ja muodostaa sosiaali- ja terveysalan luokka. Sivistys- ja kulttuurialan luokka säilyy ennallaan. Kaikista muista ammattialojen luokista voidaan yhdistää muiden ammattialojen luokka pienten tapausmäärien vuoksi. Asiakaspalvelu- ja toimistotyöntekijät, luonnontieteiden ja tekniikan asiantuntijat, maa- ja metsätaloustyöntekijät, rakennus ja kuljetus sekä kiinteistö ja valmistustyöntekijät, siivous- ja keittiötyöntekijät, turvallisuusalan työntekijät sekä talouden, hallinnon ja lain asiantuntijat yhdistetään ja niistä muodostetaan muiden ammattialojen työntekijöiden luokka.

Työnantajan sijaintikunnan kaupunkimaisuusastetta mittaava muuttuja on muodostettu kunnan asukasluvun perusteella. Muuttujan luokkia ovat kaupunkimaiset kunnat, maaseutumaiset kunnat, suuret kaupungit ja taajaan asutut kunnat. Kaupunkimaisten kuntien luokka yhdistetään suurten kaupunkien luokan kanssa sen vähäisen tapausmäärän vuoksi.

4.4. Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelminä käytetään kuvailevia menetelmiä sekä logistista regressioanalyysia. Ensin tarkastellaan ristiintaulukoinnilla selittävien ja selitettävän muuttujien jakaumia sekä niiden välillä havaittavia riippuvuussuhteita. Riippuvuuksien tarkastelussa katsotaan, miten selitettävän muuttujan jakauma eroaa selittävien muuttujien eri luokkien mukaan. Ristiintaulukointi sopii hyvin käytettäväksi tässä tutkielmassa, sillä se on sopiva menetelmä luokitteluasteikollisten muuttujien riippuvuuksien tarkasteluun. Tässä tutkielmassa selitettävänä muuttujana on kuntoutuksen onnistunut tai epäonnistunut lopputulema ja selittäviä muuttujia ovat sosiodemografiset tekijät sekä

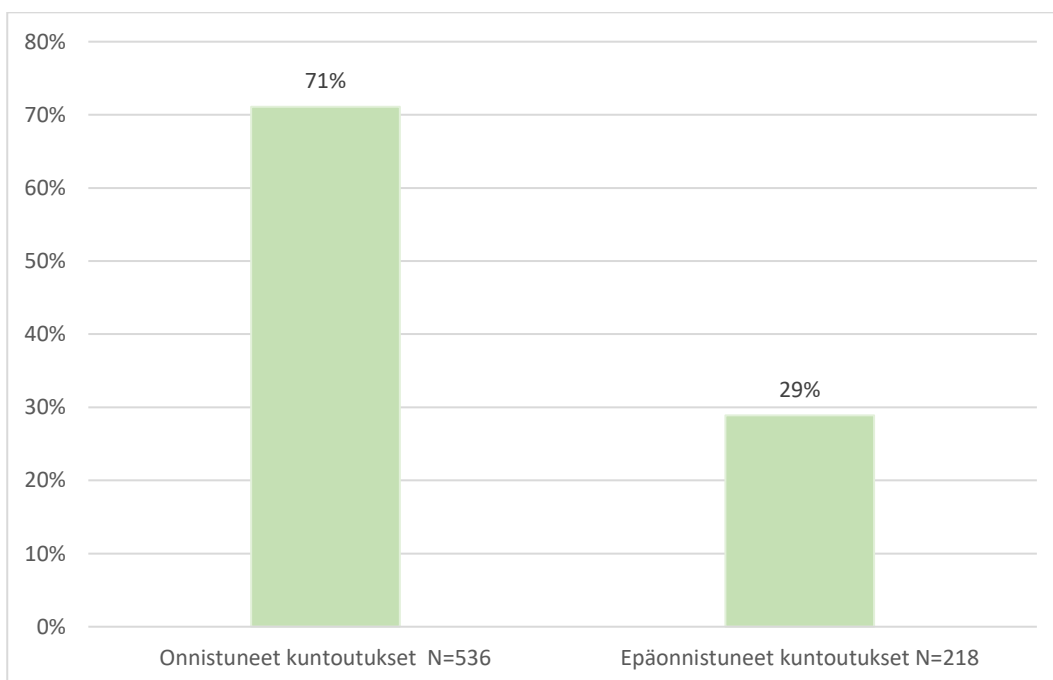
kuntoutuksen läpikäynti. Khiin neliö (χ^2) -testin avulla tarkastellaan ristiintaulukoinnin tilastollista merkitsevyyttä ja selvitetään, voidaanko ristiintaulukoinnissa esiintyvää yhteyttä yleistää myös perusjoukkoon. Khiin neliö (χ^2) -testin lähtökohtana on nollahypoteesi, jonka mukaan odotetaan, että muuttujien välillä vallitsee riippumattomuus. χ^2 -testin tarkoituksena on tarkastella havaittujen ja odotettujen frekvenssien poikkeamista toisistaan. Erojen ollessa riittävän suuria, voidaan havaita, että ne eivät luultavasti ole vain sattumaa. Näin erojen voidaan todennäköisesti olettaa löytyvän myös perusjoukosta. χ^2 -testin tulokset ilmoitetaan p-arvoina. P-arvon perusteella voidaan kertoa, virheellisen päätelmän todennäköisyys, kun oletuksena on, että otoksesta havaittavat erot ovat yleistettävissä perusjoukkoon. Mikäli p-arvo on alle 0,05, voidaan eroavaisuus todeta tilastollisesti merkitseväksi, jolloin erot voidaan yleistää perusjoukkoon. P-arvon ollessa $p < 0,05$ todennäköisyys virheelliselle päätelmälle on tällöin alle viisi prosenttia. (KvantiMOTV 2020.)

Logistisessa regressiossa selitettävällä muuttujalla on mahdollista saada kaksi arvoa. Logistisessa regressioanalyysissä pyritään todennäköisyyksien ennustamiseen. Siinä tarkastellaan todennäköisyyttä tarkastelussa olevan asian tapahtumiselle. Logistisen regression tuloksista voidaan havaita, miten selittävät muuttujat vaikuttavat tarkastelussa olevan asian todennäköisyyteen ja kuinka suurina vaikutukset ovat. Tulosten tulkitsemisessa voidaan käyttää riskin käsitettä (*odds*), joka saadaan laskettua siten, että suhteutetaan tarkastelussa olevan asian tapahtumisen todennäköisyys sen tapahtumattomuuden todennäköisyyteen. Regressiokertoimet voidaan vaihtoehtoisesti muuntaa marginaaliefekteiksi (*average marginal effect*), kuten tässä tutkielmassa on tehty. Selittävän muuttujan keskimääräinen marginaaliefekti kertoo sen, mikä on selittävän muuttujan todennäköisyys kuulua tiettyyn selitettävän muuttujan luokkaan, joka useimmiten saa arvon 1. (Mood 2010.) Logistisen regressioanalyysin tuloksinassa tulee huomioda, että selitettävän ja selittävien muuttujien väliset yhteydet eivät ole lineaarisia, vaan suhde on logistisen s-käyrän muotoinen. Selitettävän asian todennäköisyys voi saada arvoja 0 ja 1 välillä. Tässä tutkielmassa selitettävän muuttujien arvot ovat joko kuntoutuksen onnistunut tai epäonnistunut lopputulema. Logistisella regressiolla yritetään selittää eri tekijöiden vaikutusta siihen, kumman selitettävän muuttujan arvon joukko saa. Tässä tutkielmassa logistista regressiota käytetään kuntoutuksen onnistuneen ja epäonnistuneen lopputuleman sekä erilaisten sosiodemografisten taustatekijöiden ja kuntoutuksen läpiviennin välisten yhteyksien tarkasteluun. (KvantiMOTV 2020.)

5. Tulokset

Tutkielman ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä keskitytään siihen, miten ammatillisen kuntoutuksen vaikutukset näkyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvilla kolmantena vuotena kuntoutuksen päättymisen jälkeen kuntoutuksen onnistumista tarkastelemalla. Tämän jälkeen toisen tutkimuskysymyksen kohdalla siirrytään tarkastelemaan sitä, miten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta ammatillisen kuntoutuksen onnistumisen tuloksia tarkastellaan kuvailevin menetelmin. Toisen tutkimuskysymyksen osalta sosiodemografisten tekijöiden yhteyttä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulemaan tarkastellaan ensin ristiintaulukoinnin avulla, jonka jälkeen siirrytään logistisen regressioanalyysin tulosten tarkasteluun.

Kuvio 1. Mielenterveyden ja käyttäytymishäiriöistä kuntoutuvien kuntoutuksen lopputulema kolme vuotta kuntoutuksen jälkeen.



Kuviossa 1 tarkastellaan ammatillisen kuntoutuksen lopputuleman jakaumaa. Siitä voidaan huomata, että kuntoutuksen lopputuleman jakauma on selkeä sekä voidaan nähdä, että kolme vuotta kuntoutuksen jälkeen onnistuneita kuntoutuksia on huomattavasti enemmän kuin epäonnistuneita. Selkeä enemmistö eli 71 prosenttia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien kuntoutuksista on onnistuneita verrattuna epäonnistuneiksi kuntoutuksiksi laskettavien 29 prosentin osuuteen.

Taulukko 3. Selittävien muuttujien jakaumat kuntoutuksen onnistuneen ja epäonnistuneen lopputuleman mukaan.

	Onnistuneet kuntoutukset		Epäonnistuneet kuntoutukset		Kaikki	
	N	%	N	%	N	%
Sukupuoli						
Miehet	75	71,5	30	28,6	105	13,9
Naiset	461	71	188	29	649	86,1
<i>Yhteensä</i>	<i>536</i>	<i>71,1</i>	<i>218</i>	<i>28,9</i>	<i>754</i>	<i>100</i>
Ikäryhmä						
22–35-vuotiaat	77	78,6	21	21,4	98	13
36–45-vuotiaat	172	73,8	61	26,2	233	30,9
46–55-vuotiaat	208	67,5	100	32,5	308	40,9
Yli 55-vuotiaat	79	68,7	36	31,3	115	15,2
Vuositulot***						
Alle 12 000 euroa	11	5,3	195	94,7	206	27,3
Yli 12 000 euroa	525	95,8	23	4,2	548	72,7
Ammattiala						
Sosiaali- ja terveysala	221	70,8	91	29,2	312	41,4
Sivistys- ja kulttuuriala	128	70,3	54	29,7	182	24,1
Muut ammattialat	187	71,9	73	28,1	260	34,5
Kunnan kaupunkimaisuusaste						
Suuret kaupungit/ kaupunkimaiset kunnat	299	71	122	29	421	55,8
Maaseutumaiset kunnat	159	70,4	67	29,6	226	30
Taajaan asutut kunnat	78	72,9	29	27,1	107	14,2
Kuntoutuksen läpivienti***						
Läpiviedyt	514	73	190	27	704	93,4
Ei läpiviedyt	22	44	28	56	50	6,6

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Taulukossa 3 tarkastellaan ristiintaulukoinnilla ensin selittävien muuttujien eli sosiodemografisten tekijöiden ja kuntoutuksen läpiviennin sekä selitettävän muuttujan eli kuntoutuksen onnistuneen tai epäonnistuneen lopputuleman yleisiä jakaumia. Lisäksi tarkastellaan selittävien muuttujien yhteyttä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulemaan χ^2 - testillä. Ristiintaulukoinnin mukaan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman kanssa ovat vuositulot sekä kuntoutuksen läpivienti.

Vuositulojen ja kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman välillä havaittiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0,001$). Vuosituloryhmien kuntoutuksen lopputuleman jakaumat poikkesivat selvästi toisistaan. Kuntoutuksen onnistumisen todennäköisyys lisääntyi tulojen kasvaessa. Kaikista eniten onnistuneita ja vähiten epäonnistuneita kuntoutuksia oli niiden joukossa, joiden vuositulot olivat yli 12 000 euroa. Tämän ryhmän onnistuneiden kuntoutusten osuus oli 95,8 prosenttia ja epäonnistuneiden osuus ainoastaan 4,2 prosenttia. Alle 12 000 euron vuositulojen luokassa onnistuneiden kuntoutusten osuus oli huomattavasti vähäisempi (5,3%) ja epäonnistuneiden kuntoutusten osuus huomattavasti suurempi (94,7%).

Kuntoutuksen läpiviennin ja sen onnistuneen lopputuleman välillä havaittiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0,001$). Selkeästi enemmän onnistuneita kuntoutuksia oli kuntoutuksen läpivieneiden joukossa (73%). Sen sijaan niiden joukossa, jotka eivät läpivieneet kuntoutusta onnistuneita kuntoutuksia oli vajaalla puolella (44%). Epäonnistuneiden kuntoutusten määrä oli myös huomattavasti vähäisempi (27%) kuntoutuksen läpivieneillä verrattuna ei läpivieneisiin (56%).

Sukupuolen ja kuntoutuksen lopputuleman välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p > 0,05$). Kuntoutuksen onnistuneisuuden jakautuminen miesten ja naisten välillä oli hyvin tasainen sillä ero miesten ja naisten välillä on ainoastaan 0,5 prosenttiyksikköä. Onnistuneita kuntoutuksia oli vain hieman enemmän miesten (71,5%) joukossa naisiin (71%) verrattuna. Miesten kuntoutuksista 28,6 prosenttia oli epäonnistuneita, kun naisilla niitä oli 29 prosenttia. Julkisella sektorilla kuntoutujista valtaosan ollessa naisia sukupuolieroja ei havaittu.

Ikäryhmän ja kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p > 0,05$). Onnistuneiden ja epäonnistuneiden kuntoutuksien lopputulemien jakaumat eri ikäryhmien välillä olivat melko tasaiset. Nuorimmassa 22–35-vuotiaiden ikäryhmässä onnistuneita kuntoutuksia oli kuitenkin eniten (78,6%) ja epäonnistuneita vähiten (21,4%). 36–45-vuotiaiden ikäryhmässä onnistuneita kuntoutuksia oli toiseksi eniten (73,8%) ja epäonnistuneita toiseksi vähiten (26,2%). Tämän jälkeen kolmanneksi eniten onnistuneita (68,7%) ja epäonnistuneita

(31,3%) kuntoutuksia oli vanhimmassa yli 55-vuotiaiden ikäryhmässä. 46–55-vuotiaiden ikäryhmässä onnistuneita kuntoutuksia oli vähiten (67,5%) ja epäonnistuneita eniten (32,5%).

Ammattialan ja kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman välillä ei todettu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p>0,05$) ja jakaumat olivat jälleen hyvin tasaiset. Kaikista eniten onnistuneita (71,9%) ja vähiten epäonnistuneita kuntoutuksia (28,1%) oli muiden ammattialojen työntekijöiden joukossa. Sosiaali- ja terveysalalla onnistuneita kuntoutuksia oli toiseksi eniten (70,8%) ja epäonnistuneita toiseksi vähiten (29,2%). Vähiten onnistuneita kuntoutuksia (70,3%) ja eniten epäonnistuneita kuntoutuksia (29,7%) oli sivistys- ja kulttuurialalla.

Kunnan kaupunkimaisuusasteen ja kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman välillä ei myöskään ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p>0,05$). Kuntoutuksen onnistuneisuuden jakaumat ovat hyvin tasaiset kunnan kaupunkimaisuusasteen mukaan tarkasteltuna. Eniten onnistuneita (72,9%) ja vähiten epäonnistuneita kuntoutuksia (27,1%) on kuitenkin taajaan asutuissa kunnissa. Suurissa kaupungeissa ja kaupunkimaisissa kunnissa onnistumisprosentti oli toiseksi suurin (71%) ja epäonnistumisprosentti toiseksi pienin (29%). Maaseutumaisissa kunnissa onnistuneiden kuntoutuksien osuus oli kaikista vähäisin (70,4%) ja epäonnistuneiden kuntoutusten osuus taas kaikista suurin (29,6%).

Ristiintaulukoinnin tulokset osoittavat, että sosiodemografisista tekijöistä ainoastaan vuositulot sekä kuntoutuksen läpiviennin yhteydessä ammatillisen kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman kanssa. Muiden sosiodemografisten tekijöiden kohdalla ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulemaan. Ristiintaulukoinnin jälkeen on syytä siirtyä tarkastelemaan vielä tarkemmin sosiodemografisten tekijöiden sekä kuntoutuksen läpiviennin yhteyttä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulemaan logistisen regressioanalyysin avulla, jotta saadaan tarkemmin tietoa siitä, mitkä tekijät selittävät parhaiten kuntoutuksen onnistunutta lopputulemaa kaikkien tekijöiden ollessa vakioituina samanaikaisesti.

Taulukko 4 on logistinen regressioanalyysi, jossa tarkastellaan selittävien muuttujien eli sosiodemografisten tekijöiden ja kuntoutuksen läpiviennin yhteyttä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulemaan keskimääräisin marginaaliefektein. Taulukossa tarkastellaan keskimääräisiä marginaaliefektejä ensin yksittäistarkasteluna kunkin muuttujan osalta erikseen, jonka jälkeen mallissa 2. ovat mukana kaikki muuttujat. Täysi malli voidaan todeta hyväksi, sillä logistisen regressiomallin selitysaste on 70,9 prosenttia.

Taulukko 4. Logistinen regressioanalyysi ammatillisen kuntoutuksen onnistumiseen yhteydessä olevista sosiodemografisista tekijöistä ja kuntoutuksen läpiviennistä kolmantena vuotena kuntoutusoikeuden päättymisestä. Keskimääräiset marginaaliefektit. Suluissa keskivirheet.

	Malli 1 Yksittäistarkastelu	Malli 2
Sukupuoli (ref. mies)	-0.004 (0.0475)	0.023 (0.0240)
Ikäryhmä (ref. 22-35-vuotiaat)		
36-45-vuotiaat	-0.048 (0.05047)	-0.051* (0.0255)
46-55-vuotiaat	-0.110* (0.04929)	-0.074** (0.0257)
Yli 55-vuotiaat	-0.099 (0.0599)	-0.040 (0.0279)
Vuositulot (ref. Alle 12 000 euroa)		
Yli 12 000 euroa	0.905*** (0.0178)	0.906*** (0.0178)
Ammattiala (ref. Sosiaali- ja terveysala)		
Sivistys- ja kulttuuriala	-0.005 (0.04252)	-0.026 (0.0201)
Muut ammattialat	0.011 (0.0379)	-0.005 (0.0172)
Kunnan kaupunkimaisuusaste (ref. Suuret kaupungit ja kaupunkimaiset kunnat)		
Maaseutumaiset kunnat	-0.007 (0.03757)	-0.004 (0.0172)
Taajaan asutut kunnat	0.019 (0.0483)	-0.009 (0.0229)
Kuntoutuksen läpivienti (ref. Ei läpivietyä kuntoutusta)		
Läpiviety kuntoutus	0.290*** (0.0722)	-0.014 (0.0260)
<i>N</i>	754	754
pseudo <i>R</i> ²		0.709
<i>BIC</i>		329.9

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Logistisen regressioanalyysin tuloksista voidaan nähdä, että vuositulot ovat tilastollisesti erittäin merkittävästi yhteydessä ($p < 0,001$) kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen sekä yksittäistarkastelussa että täydessä mallissa. Täydessä mallissa, jossa ovat mukana kaikki muuttujat, yli 12 000 euroa tienaavan vuosituloryhmän todennäköisyys kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen on 90,6 prosenttiyksikköä suurempi verrattuna niihin, joiden vuositulot ovat alle 12 000 euroa. Tulokset mukailevat aiempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan kuntoutujan korkeampi sosioekonominen asema edesauttaa kuntoutuksen onnistumista (Gould ym. 2012b; Gould ym. 2012c).

Logistisen regressioanalyysin tuloksista voidaan myös havaita, että ikäryhmä on joidenkin ikäryhmien osalta tilastollisesti merkittävästi yhteydessä kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen. 46–55-vuotiaiden ikäryhmä on tilastollisesti merkittävästi yhteydessä kuntoutuksen onnistumiseen täydessä mallissa ($p < 0,01$). Täydessä mallissa myös 36–45-vuotiaiden ikäryhmä on tilastollisesti merkittävästi yhteydessä kuntoutuksen onnistumiseen ($p < 0,05$). 46–55-vuotiaiden ikäryhmän todennäköisyys kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulokseen on 7,4 prosenttiyksikköä pienempi verrattuna nuorimpaan ikäryhmään 22–35-vuotiaisiin. 36–45-vuotiaiden ikäryhmän kuntoutuksen onnistumisen todennäköisyys on 5,1 prosenttiyksikköä pienempi verrattuna nuorimpaan ikäryhmään. Tulokset mukailevat joiltain osin aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että nuorempi ikä ennustaa kuntoutuksen onnistunutta lopputulemaa (Leinonen ym. 2019b). Kuitenkaan tässä vanhimman ikäryhmän kohdalla ei havaittu tilastollisesti merkittävää eroa kuntoutuksen onnistuneessa lopputulemassa nuorimpaan ikäryhmään verrattuna.

Kuntoutuksen läpiviennin havaittiin olevan myös tilastollisesti erittäin merkittävästi yhteydessä ($p < 0,001$) ainoastaan yksittäistarkastelussa. Tilastollinen merkittävyys kuitenkin katosi kokonaan täydessä mallissa, joten sosiodemografisista tekijöistä ikäryhmä ja vuositulot selittävät kuntoutuksen onnistumista paremmin ja ovat näin ollen tilastollisesti merkittävästi yhteydessä kuntoutuksen läpivientiin eli ne selittävät kuntoutuksen läpivientä. Tästä syystä kuntoutuksen läpiviennin tilastollinen merkittävyys katosi kokonaan logistisessa regressiomallissa, jossa olivat mukana kaikki muuttujat.

Kaiken kaikkiaan tulokset kertovat siitä, että ammatillinen kuntoutus toimii suhteellisen hyvin myös mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvilla, sillä enemmistö kuntoutuksista oli onnistuneita kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Tilastollisten analyysien tulokset osoittivat sosiodemografisten tekijöiden osalta sen, että kuntoutujan suuremmat vuositulot ennen kuntoutuksen aloittamista havaittiin merkittävimmäksi tekijäksi kuntoutuksen onnistuneen lopputuleman kannalta. Nuorimman ikäryhmän 22–35-vuotiaiden kohdalla kuntoutus myös onnistui todennäköisemmin verrattuna 36–45-vuotiaiden sekä 46–55-vuotiaiden ikäryhmiin.

Yksittäistarkastelussa kuntoutuksen läpivienti havaittiin merkittäväksi tekijäksi onnistuneen lopputuleman kannalta. Tilastollinen merkittävyys kuitenkin katosi täydessä mallissa, jossa mukana olivat muut sosiodemografiset tekijät. Kuntoutuksen onnistunutta lopputulemaa selittivät pääasiassa kuntoutujan suuremmat vuositulot sekä joiltain osin myös nuori ikä. Kuntoutuksen onnistumisen erot vuositulojen mukaan voivat johtua sosioekonomisista eroista muun muassa terveydessä, työkyvyssä sekä kuntoutustietämyksessä. Ikäryhmittäisiä eroavaisuuksia voivat selittää erot kuntoutujien työkyvyssä. Muut sosiodemografiset tekijät eivät osoittautuneet merkittäviksi kuntoutuksen onnistumisen kannalta.

6. Yhteenveto

6.1. Johtopäätökset sekä metodologinen pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien ammatillisen kuntoutuksen onnistumista julkisella sektorilla kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen sekä kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia sosiodemografisia tekijöitä ja kuntoutuksen läpivientiä. Aiemmat tutkimukset ovat todentaneet, että mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien kuntoutuminen on haastavampaa kuin muista sairauksista kärsivien kuntoutuminen ja kuntoutuksen onnistuminen on ollut hieman vähäisempää (Gould ym. 2012a; Heilä ym. 2013; Leinonen ym. 2019a; Pekkarinen & Sohlman 2020). Tutkimuksen tulosten mukaan enemmistö mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvien ammatillisista kuntoutuksista olivat onnistuneita eli ammatillisen kuntoutuksen avulla on onnistuttu ehkäisemään työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä sekä tukemaan työhön takaisin paluuta pidempikestoisen sairauspoissaolon jälkeen. Tutkielman tulokset osoittavat ammatillinen kuntoutuksen toimivan suhteellisen hyvin myös mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kuntoutuvilla julkisella sektorilla. Tutkimuksen tuloksista nousi esiin merkittäviä tekijöitä, jotka useammin enteilevät ammatillisen kuntoutuksen onnistunutta lopputulemaa ja, joihin kuntoutuksessa kannattaa kiinnittää erityistä huomiota.

Tämän tutkimuksen puitteissa sosiodemografisista tekijöistä ikä sekä vuositulot olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kuntoutuksen onnistumiseen lopputulokseen. Tuloksista käy ilmi, että nuorimman ikäryhmän kuntoutuksen onnistuminen on jossain määrin todennäköisempää verrattuna hieman vanhempaan 36–45-vuotiaiden sekä 45–55-vuotiaiden ikäryhmään. Kuitenkaan vanhimman ikäryhmän kohdalla ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa nuorimpaan ikäryhmään verrattuna. Tulokset myötäilevät joiltain osin aiempien tutkimuksien tuloksia, jotka ovat osoittaneet vanhemman iän ennustavan ei suotuisampaa kuntoutuksen lopputulemaa (Leinonen ym. 2019a), sillä työkyky usein heikentyy vanhenemisen myötä. Näin nuorempien kuntoutujien koettu työkyky voi olla usein parempi (Gould ym. 2006). Kuntoutujan työkyvyn on osoitettu olevan keskeinen ammatillisen kuntoutuksen onnistumista enteilevä tekijä (Härkäpää & Järvikoski 2012). On esitetty myös, että iän ja psyykkisen hyvinvoinnin välinen yhteys olisi U-käyrän muotoinen, jolloin hyvinvointi laskee keski-iässä ja tämän jälkeen lähtisi taas kasvuun. (Blanchflower 2007.) Tämänkaltainen trendi voisi olla havaittavissa tämän tutkimuksen tuloksista kuntoutuksen onnistumisen suhteen, sillä vanhimman ikäryhmän kohdalla kuntoutuksen onnistuminen ei poikennut merkittävästi nuorimmasta ikäryhmästä.

Tulokset kertovat, että kuntoutuksen onnistuminen on todennäköisempää yli 12 000 euroa vuodessa ansaitsevilla, jotka ovat useimmiten työssäkäyviä sekä myös työelämään kiinnittyneitä. Työelämään kiinnittyminen edesauttaa usein kuntoutuksen onnistumista, koska työllä ja työelämässä kiinni olemisella on todettu olevan terveyden kannalta merkittävä vaikutus (Wahlbeck ym. 2017). Ammatillisen kuntoutuksen onkin todettu toimivan erityisesti työelämässä kiinni olevilla ja vahvistavan heidän motivaatiotaan jatkaa työssä (Pekkarinen & Sohlman 2020). Tutkimuksen tulosten mukaan kuntoutuksen onnistumisen kannalta erityisen tärkeää näyttäisi olevan se, että side työelämään on onnistuttu säilyttämään. Kuten aiemmin teoriasta kävi ilmi, työttömyysjaksot ennen kuntoutuksen alkamista ennustavat vaikeuksia kuntoutusprosessin toimivuudessa ja voivat lisätä sen epäonnistumisen todennäköisyyttä (Gould ym. 2012c).

Kuntoutujien vuositulot heijastelevat työmarkkina-aseman lisäksi myös heidän sosioekonomista asemaansa. Vaikuttaa siltä, että tulokset mukailevat myös aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan korkeampi sosioekonominen asema edesauttaa kuntoutusprosessin toteutumista. Sosioekonominen asema vaikuttaa yksilön resursseihin ja näin ollen eri sosioekonomisissa asemassa olevilla on usein käytössään erilaiset resurssit terveytensä ylläpitämiseen (Aittomäki ym. 2014; Marmot 2013; Phelan 2010; Virtanen & Husman 2010.) Terveyserot sekä erot työkyvyssä ja kuntoutustietämyksessä voivat näin ollen näkyä kuntoutuksen lopputulemassa (Gould ym. 2012c; Härkäpää ym. 2011).

Työelämän ulkopuolella oleviin ja alhaisemmassa sosioekonomisessa asemassa oleviin onkin tärkeää kiinnittää huomiota, sillä työttömyydellä ja sen pitkittymisellä voi olla merkittäviä haitallisia vaikutuksia terveyden kannalta ja se voi johtaa muihin sosiaalisiin ongelmiin (Burton ym. 2006; Palosuo & Lahelma 2013; Vaarama ym. 2014). Merkittävää olisikin, että kuntoutus toteutetaan aktiivisesti yhteistyössä työnantajien ja työterveyshuollon kanssa, sillä ammatillisen kuntoutuksen on osoitettu toimivan parhaiten etenkin silloin, kun eri toimijoiden välinen yhteistyö on sujuvaa ja toteuttaminen on tiiviisti kytköksissä työpaikkaan (Gould ym. 2012a; Pekkarinen & Sohlman 2020; Rajavaara ym. 2009). Työn tukiessa yleisesti mielenterveyttä ja hyvinvointia (Burton ym. 2006; Vähäkylä 2009), on työnantajan rooli ja yhteistyö merkittävä kuntoutuksen edistämisen kannalta. Kun työkyvyllä haitaksi oleva vaiva havaitaan varhain ja henkilö saa tarvitsemaansa hoitoa ja kuntoutus päästään aloittamaan nopeasti, pääsee kuntoutuja mitä todennäköisemmin palaamaan työelämään (Tela 2016). Keskeistä olisi, että osatyökykyisten mahdollisuuksia löytää työkyvyllään sopivaa työtä huomioitaisiin paremmin muun muassa työtehtäviä muokkaamalla (Pekkarinen & Sohlman 2020).

Tutkimuksen tulokset antavat tärkeää tietoa kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulemaan vaikuttavista tekijöistä, joista merkittävimmit tekijöiksi osoittautuivat kuntoutujan vuositulot sekä nuori ikä joiltain osin. Rekisteriaineiston ansiosta kuntoutujien työmarkkinatilanteesta saadaan tarkkaa tietoa ja lisäksi tulokset kertovat myös luotettavammin kuntoutuksen vaikutuksista pidemmällä tähtäimellä usean vuoden kestävästä rekisteriseurannasta. Rekisteriseuranta mahdollisti sen, että tarkastelu pystyttiin ulottamaan kuntoutujien työmarkkinatilanteeseen kolme vuotta kuntoutuksen päättymisestä. Kuitenkin myös tämä jättää pimentoon tietoa siitä, miten kuntoutujien työmarkkinatilanteet voivat vaihdella paljonkin ensimmäisinä vuosina kuntoutuksen päättymisen jälkeen onnistuneen ja epäonnistuneen tilanteen välillä. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan kuitenkin vain hyvin karkeasti selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat taustalla kuntoutuksen onnistuneeseen lopputulemaan. Monet muut tekijät, joihin ei tämän tutkimuksen puitteissa ollut mahdollista perehtyä, kuten kuntoutuksen oikea-aikaisuus, kuntoutujan motivaatio sekä eri toimijoiden välinen yhteistyö, ovat myös merkittäviä tekijöitä kuntoutuksen onnistumisen kannalta (Gould ym. 2012c; Pekkarinen & Sohlman 2020). Etenkin nämä tekijät nousivat esille Kevan raportin kyselytutkimuksessa, jossa tarkasteltiin asiakkaiden kokemuksia kuntoutuksesta (Pekkarinen & Sohlman 2020).

Kuntoutujien kuntoutuksen jälkeisen työmarkkinatilanteen jaottelamisessa onnistuneisiin ja epäonnistuneisiin kuntoutuksiin on hyvin tulkinnanvaraista ja työmarkkinatilanteet voivat vaihdella nopeasti. Tutkimuksen tuloksia tulkittaessa tuleekin ottaa huomioon se, että tulokset kertovat kuntoutuksessa olleiden työmarkkinatilanteesta tietyinä ajankohtana. Esimerkiksi kolmantena vuotena kuntoutuksen päättymisen jälkeen työttömänä olevien kohdalla kuntoutuksen lopputuleman luokittelu epäonnistuneeksi voi olla ongelmallista, sillä he ovat voineet olla työssä sitä aikaisemmin. Tästä syystä kuntoutukseen osallistuneiden erilaisten polkujen seuraaminen olisi tulevaisuudessa mielekästä. Tämän avulla saataisiin hieman yksityiskohtaisempaa tietoa kuntoutuksen jälkeisistä työmarkkinapoluista. Lisäksi niiden joukko, joiden kuntoutusta ei viety läpi, jäi pieneksi, joten tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista käyttää vertailujoukkoa ja vertailla keskenään kuntoutuksen läpivieneitä sekä niitä, joiden kuntoutusta ei läpiviety. Vertailujoukon käytöllä oltaisiin voitu saada tarkemmin tietoa ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Kuten aiemmin teoriaosuudessa havaittiin mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien kohdalla kuntoutustarpeen arvioiminen voi olla haasteellisempaa ja näin sen aloittaminen riittävän varhain ei välttämättä toteudu. Tämän kannalta eri toimijoiden välinen yhteistyö sekä esimiehen ja työterveyshuollon roolit ovat hyvin tärkeitä, jotta oikeanlaisiin toimenpiteisiin voidaan ryhtyä riittävän varhain siinä vaiheessa, kun sairauspoissaolot eivät ole ehtineet vielä pitkittymään (Järvikoski & Härkäpää 2012; Pekkarinen & Sohlman 2020). Tuen tulisi olla riittävää etenkin

niiden kohdalla, joilla sairaudesta johtuva työelämästä poissaolo on kestänyt pidempään, sillä tämä voi johtaa ennenaikaiseen työelämästä pois jäämiseen (Salonen 2020). Kuitenkin enemmistö kuntoutuksista onnistui, mikä kertoo siitä, että kuntoutuksen tarpeeksi varhaisessa aloittamisessa on myös onnistuttu suhteellisen hyvin. Merkittävää olisi myös se, että ammatillisella kuntoutuksella voitaisiin vastata onnistuneesti nykyisenlaisen työelämän vaatimuksiin ja niiden työkyvyille aiheuttamiin haasteisiin.

6.2. Ammatillisen kuntoutuksen hyödyt

Kuntoutuksesta on monenlaista hyötyä niin yhteiskunnalle kuin yksilöille (Järvikoski & Härkäpää 2011). Kuntoutusuudistuksen perusteluissa vuonna 1991 mainittiin yhteiskunnan taloudelliset hyödyt ja kansalaisille koituva hyvä. Työkyvyttömyyden vähentäminen ammatillisen kuntoutuksen avulla on taloudellisesti kannattavaa kaikkien kannalta. Kuntoutuksen onnistuminen mahdollistaa työvoiman riittävyyden, lisää tuottavuutta ja pienentää hoito- ja sosiaaliturvamenoja. Onnistunut kuntoutus parantaa myös kansalaisten mahdollisuuksia aktiivisempaan elämään, hyvinvointiin sekä työhön. (Hallituksen esitys 1990.) Ammatillisen kuntoutuksen keinoin pyritään pitämään huoli siitä, että työntekijä integroituisi takaisin työelämään. Kuntoutujan edun kannalta kaikin puolin otollisin tilanne on pystyä jatkamaan työelämässä mahdollisimman kauan. Tämä takaa työntekijälle muun muassa paremman taloudellisen toimeentulon sekä eläketurvan. (Härkäpää 2011, 24–25, 215; Tela 2016.) Työllä on myös muita tärkeitä merkityksiä yksilöille. Työ lisää sosiaalista vuorovaikutusta ja vaikuttaa muun muassa itsetuntoon, identiteettiin sekä sosiaaliseen asemaan (Harpaz & Fu 2002). Lisäksi työllä on positiivisia vaikutuksia mielenterveyden kannalta. Työelämässä olevien mielenterveyden on todettu olevan parempi, kuin niiden, jotka ovat työelämän ulkopuolella. (Wahlbeck ym. 2017.) Työkyvyttömyyseläkkeiden määrän vähentäminen on siis eduksi niin yksilölle kuin koko yhteiskunnalle. (Härkäpää 2011, 24–25, 215; Tela 2016.) Kuntoutuksen avulla voidaan vähentää yleisesti palvelujen käyttöä, säästää kustannuksissa sekä parantaa kuntoutujan elämänlaatua (Kallionpää ym. 2019). Kuntoutusta voidaankin pitää tärkeänä taloudellisena, terveydellisenä sekä sosiaalisena investointina (WHO 2017).

Työnantajan kannalta kuntoutus on tärkeä keino hallita työkyvyttömyydestä aiheutuvia kuluja. Kuntoutuksen avulla voidaan turvata myös henkilöstön riittävyys. (Tela 2016.) Kuntoutuksen sekä työkykyä lisäävän toiminnan hyötyjen tarkastelussa on otettu huomioon myös yritysten liiketaloudelliset hyödyt. Kuntoutuksen sekä työkykyä lisäävän ja ylläpitävän toiminnan on katsottu

olevan kannattavaa niin kansantaloudellisesta kuin liiketaloudellisesta näkökulmasta ja lisäävän sekä työyhteisön että työpaikan sosiaalista pääomaa (Ahonen ym. 2001; Rantanen 2000).

Työ ja työllistyminen korostuvat erityisesti kuntoutuksen yhteiskunnallisia hyötyjä perusteltaessa. Nykyisin merkittäviä kuntoutukselle perusteita antavia ilmiöitä ovat esimerkiksi väestön ikääntymisestä johtuva huoltosuhteen heikkeneminen. Kuntoutuksen keinoin voidaan vastata lisääntyvän ikääntyvän väestön kuntoutustarpeisiin sekä tarpeeseen pidentää työuria ja myös samalla hillitä työeläkemaksujen nousua. Kuntoutuksen avulla voidaan parantaa myös ihmisten valmiuksia kohdata uusien työn muotojen sekä työelämän muutoksesta aiheutuvia työkykyhaasteita, kuten digitalisaation edellyttämät tiedonkäsittelyvalmiudet ja niiden ylläpito. Kuntoutustoiminta on myös tärkeää syrjäytyvien nuorten, vammaisten sekä pitkäaikaistyöttömien yhteiskuntaan osallistamisen kannalta. (STM 2011; Kuntoutusportti 2017.)

Lähteet:

Ahonen, G., Bjuström, LM., Hussi, T. 2001. Työkykyä ylläpitävän toiminnan taloudelliset vaikutukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Kansaneläkelaitos, Työterveyslaitos, Helsinki.

Airio, I. 2012. Sairausvakuutus. Teoksessa Havakka P., Niemelä M. & Uusitalo H. (toim). Sosiaalivakuutus. 2012 Sastamala.

Aittomäki, A., Martikainen, P., Rahkonen, O. & Lahelma, E. 2014. Household income and health problems during a period of labour-market change and widening income inequalities - a study among the Finnish population between 1987 and 2007. *Soc Sci Med.* 100, 84–92.

Autor DH., Levy F. & Murnane RJ. 2003. The Skill Content of Recent Technological Change: An Empirical Exploration. *The Quarterly Journal of Economics.* Volume 118. Issue 4. November 2003. Pages 1279–1333.

Bo Burstrom, Clayton, S., Nylen, L. & Whitehead, M. 2011. How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disabil Rehabil.* 2011;33(6):453–466.

Chan, F., Chou, CC., Ditchman, N., Dutta, A., Gervey, R. 2008. Vocational rehabilitation services and employment outcomes for people with disabilities: United States study. *J Occup Rehabil* 2008 Dec;18(4):326–334.

Corrigan P W. & Watson A C. 2002. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1:16-20.

David G. Blanchflower, DG. & Oswald A. 2007. Is Well-being U-Shaped over the Life Cycle? NBER Working Paper No. 12935. Massachusetts Avenue Cambridge. JEL No. I1,J0.

Dinos, S., Stevens, S., Serfaly, M., Weich, S. & King, M. 2004. Stigma: The feelings and experience of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176–181.

ETK. 2020a. Elektroninen lähde: <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/> Viitattu: 14.10.2019.

ETK. 2020b. Eläke osana sosiaaliturvaa. Elektroninen lähde:
<https://www.etk.fi/suomenelakejarjestelma/elaketurva/elakejarjestelman-kuvaus/> Viitattu:
23.10.2019.

ETK. 2020c. Eläke osana sosiaaliturvaa. Sairaus ja eläketurva. Elektroninen lähde:
<https://www.etk.fi/suomen-elakejarjestelma/elaketurva/elakejarjestelman-kuvaus/> Viitattu:
28.10.2019.

ETK. 2020d. Työeläke.fi. Kuntoutus – reitti takaisin työelämään. Elektroninen lähde:
<https://www.tyoelake.fi/elakkeet-eri-elamantilanteissa/kuntoutus-reitti-takaisin-tyoelamaan/>
Viitattu: 10.11.2019.

ETK. 2020e. Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy.
Elektroninen lähde: <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/> Viitattu: 25.4.2020.

Gould, R. & Polvinen, A. 2006. Työkyvyn vaihtelu iän ja sukupuolen mukaan. Teoksessa: Gould, R., Ilmarinen J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 - tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus. Helsinki. 58-63.

Gould R., Härkäpää K. & Järvikoski A. 2012a. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012.

Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2012b. Oikeaan aikaan? Teoksessa Gould R, Härkäpää K & Järvikoski A. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012.

Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2012c. Mitä kuntoutuksen jälkeen? Teoksessa Gould R, Härkäpää, K & Järvikoski, A. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012.

Hallituksen esitys. 1990. Hallituksen esitys Eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistamiseksi 259/1990.

Harpaz, I. & Fu, X. 2002. The Structure of the Meaning of Work: A Relative Stability Amidst Change. Human Relation, 55 (6), 639–667.

Härkäpää K., Järvikoski A., Gould R. 2011. Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Esimerkkinä työeläkekuntoutus. Teoksessa Järvikoski, A., Lindh, J., Suikkanen, A., (toim). Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi, 73–88.

Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2012. Mikä motivoi työeläkekuntoutukseen? Teoksessa Gould R, Härkäpää K & Järvikoski A. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012.

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

Juvonen-Posti, P., Lamminpää, A., Rajavaara, M., Suoyrjö, H., Tötterman, P. 2016. Työikäisten kuntoutumisen monialainen järjestelmä. Julkaisussa: Autti-Rämö I., Salminen A-L., Rajavaara M., Ylinen A., (toim). Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 2016: 160–175.

Juvonen-Posti, P. 2018. Work-related rehabilitation for strengthening working careers. A multiperspective and mixed methods study of its mechanisms. University of Oulu.

Joensuu, M., Kivistö, S., Malmelin, J. & Lindström, K. 2008. Pitkä sairausloma ja työhön paluu. Helsinki. Työterveyslaitos.

Järvisalo, J., Andersson, B., Boedeker, W. & Houtman, I. 2005. Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. Sosial security and health reports 66. Helsinki. Kela 2005.

Järvikoski, A., Järvisalo, J. & Pensola, T. Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa: Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus. Helsinki. 223-237.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, (toim). Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. 51–62.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro Oy. Helsinki.

Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen A. 2011. Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2012. Miten kuntoutusprosessi etenee. Teoksessa Gould R, Härkäpää K & Järvikoski A. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012.

Kallionpää, P., Kähkönen A., Leskelä, R-L. 2019. Nordic Healthcare Group. Kuntoutuksen toimiala- ja tulevaisuusselvitys. Loppuraportti.

Keva. 2020. Ammatillinen kuntoutus. 2020. Elektroninen lähde:
<https://www.keva.fi/henkiloasiakkaalle/heikentynyt-tyokyky/ammattillinen-kuntoutus/#42b91ca8>
Viitattu: 14.5.2020.

Kerätär, R., Taanila, A. Jokelainen, J., Soukainen, J. & Ala-Mursula, L. 2016. Work disabilities and unmet needs for health care and rehabilitation among jobseekers: a community-level investigation using multidimensional work ability assessments. Scand J Prim Health Care. 2016 Dec;34(4):343-351.

Kivekäs, J., Gould, R., Pellinen, M. 2008. Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. Suomen Lääkärilehti 63(35): 2815–2819.

Kuntoutusportti. 2017. Elektroninen lähde: <https://yhteisomedia.fi/tutkimus/kaytantolahtoinen-tutkimus/> Viitattu: 25.11.2019.

Kuntoutusportti. 2016. Elektroninen lähde: <https://kuntoutusportti.fi/kuntoutujalle/kuntoutuksen-jaottelut/> Viitattu: 19.11.2019.

KvantiMOTV. 2020. Logistinen regressio. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Elektroninen lähde.
<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/logregressio/logistinen.html> Viitattu: 16.9.2020.

KvantiMOTV. 2020. Ristiintaulukointi. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Elektroninen lähde:
<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html> Viitattu: 18.9.2020.

Leinonen, T., Viikari-Juntura, E., Husgafvel-Pursiainen, K., Virta, L.J., Laaksonen, M. & Autti-Rämö, I. 2018. Labour market segregation and gender differences in sickness absence: trends in 2005–2013 in Finland. *Ann Work Expo Health*. 2018;62(4):438–449.

Leinonen, T., Solovieva, S., Husgafvel-Pursiainen, K., Laaksonen, M., Viikari-Juntura, E., 2019a. Do individual and work-related factors differentiate work participation trajectories before and after vocational rehabilitation? *PLOS ONE* 14, e0212498.

Leinonen T., Viikari-Juntura E., Husgafvel-Pursiainen K., Juvonen-Posti P., Laaksonen M., Solovieva S. 2019b. The effectiveness of vocational rehabilitation on work participation: a propensity score matched analysis using nationwide register data. *Scand J Work Environ Health* 2019;45(6):651-660.

Leinonen T, Pietiläinen O, Laaksonen M, Rahkonen O, Lahelma E, Martikainen P. 2011. Occupational social class and disability retirement among municipal employees: the contribution of health behaviors and working conditions. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 37(6): 464–472.

Leinonen, T., Solovieva, S., Laaksonen, M. & Viikari-Juntura, E. 2020. Työeläkekuntoutukseen osallistumisen vaikutus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. *Duodecim* 2020;136:2173–82.

Lindh, J. 2007. Ammatillisen kuntoutus-suunnittelun vuorovaikutteisuuden ja toteutumisen haasteet. *Kuntoutus* 4.

Lindh, J. 2013. Kuntoutus työn muutoksessa Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 126. Lapin yliopisto yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Lönnqvist, J. Työuupumus. Kirjassa: Michelsen T, Reijula K, Ala-Mursula L, Räsänen K, Uitti J, (toim). Työelämän perustietoa. Helsinki: Duodecim 2018, 19–32.

Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C. & Rudd, A. 2000. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *British Medical Journal* 321: 1051–1054.

Mattila-Holappa, P., Joensuu, M., Ahola, K., Kivekäs, T., Kivimäki, M. & Koskinen A. 2018. Psychotherapeutic and vocational interventions among young adults with work disability due to mental disorders in Finland. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2018 May 4;25(3):213–22.

Marmot, Michael G. 2013. Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. European Commission.

Melin, H. & Saari, T. 2019. Työn ja työelämän tutkimuksen muuttuvat maailmat. Teoksessa: Heiskanen, T., Syvänen, S. & Rissanen, T. (toim.) *Mihin työelämä on menossa? Tutkimuksen näkökulmia*.

Mood, C. 2010 Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European Sociological Review*. Vol. 26 (1), 67–82.

Myrskylä, P. 2012. Hukassa – Keitä ovat syrjäytyneet nuoret? EVA Analyysi no. 19.

Mäkitalo, J., Suikkanen, A., Ylisassi, H. & Linnakangas, R. 2008. Kuntoutus ja työelämä. Teoksessa Paavo R. & Tapani K. & Asko S. (toim.) *Kuntoutus*. Duodecim. Keuruu, 522–546.

Osika Friberg, I., Krantz, G., Määttä, S., Järbrink K. 2016. Sex differences in health care consumption in Sweden: A register-based cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2016;44(3):264–273.

Palosuo, H. & Lahelma, E. 2013. Terveysten sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17/2013. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Pentikäinen, L. 2014. Katsaus Suomalaisen työn tulevaisuuteen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 30/2014.

Pekkarinen, L. 2018. Julkisen alan hyvinvointi vuonna 2018. Kevan tutkimuksia 1/2018.

Pekkarinen, L. & Sohlman, P. 2020. Ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen julkisella alalla. Kevan tutkimuksia 01/2020.

Phelan, Jo C., Link, B. & Tehranifar, P. 2010. "Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence and Policy Implications." *Journal of Health and Social Behavior* 51, 28–40.

Pulkki, J. 2012. Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Pyöriä, P. 2002. Tietotyö, työelämän muutos ja hyvinvointi. Teoksessa: Härmä, M. & Nupponen, T. (toim.) *Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa*. Sitran raportteja 22. Helsinki.

Rahkonen, O., Laaksonen, M., Martikainen, P., Roos, E. & Lahelma E. 2006. Job control, job demands or social class? The impact of working conditions on the relationship between social class and health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006:60:50–54.

Rajavaara M., Aalto L. & Hinkka K. 2009. Kehittämisideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi: Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. *Nettityöpapereita 7/2009*, Kela, Helsinki.

Rantanen, J. 2000. Työelämän kehityssuunnat 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Teoksessa: Kauppinen T., Heikkilä P., Lehtinen S. ym., (toim.) *Työ ja terveys Suomessa v. 2000*. Työterveyslaitos, Helsinki, 7–20.

Saari, P. 2013. Työhön paluuseen liittyvät haasteet ja ratkaisukeinot pitkältä sairauslomalta. *Kuntoutus* 1:32-38.

Saarnio, L. 2019a. Työeläkekuntoutus vuonna 2018. Eläketurvakeskuksen tilastoja 05/2019.

Saarnio, L. 2019b. Työeläkekuntoutujien määrä yli kaksinkertaistunut vuosikymmenessä. *Uutinen* 19.4.2019.

Salonen, L. 2020. Processes of Long-Term Work Disability and Socioeconomic Disparities – Unwinding the roles of family background, sickness absence, and psychosocial work environment. Doctoral dissertation. University of Turku, Finland.

Sanne B., Mykletun A., Dahl AA., Moen BE. & Tell GS. 2003. Occupational differences in levels of anxiety and depression: the Hordaland Health Study. J Occup Environ Med 45(6): 628–638.

STM. 2020. Toimeentulo. Elektroninen lähde: <https://stm.fi/toimeentulo> Viitattu: 25.1.2020.

STM. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:9. Sosiaaliturvan pääpiirteet.

STM. 2011. Työhyvinvointityöryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:4, Helsinki.

STM. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41.

Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C. & Melvin, J. 2018. Rehabilitation: The Health Strategy of the 21st Century. J Rehabil Med 2018;50: 309–316.

TELA. 2016. Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2020. Elektroninen lähde: <https://www.tela.fi/tyoelakekuntoutus/suuntaviivat2020> Viitattu: 9.12.2019.

Telp. 2017. Elektroninen lähde: https://www.tyoelakelakipalvelu.fi/telp-publishing/vepa/document.faces?document_id=308722&navigation_history=200042 Viitattu: 18.12.2019.

Tuisku, K. & Rossi, H. 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito –työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Tyel 25 §. Työntekijän eläkelaki 395/2006.

Tyel 26 §. Työntekijän eläkelaki 395/2006.

Tyel 28 §. Työntekijän eläkelaki 395/2006.

Tyel 36 §. Työntekijän eläkelaki 395/2006.

Uusitalo, H. 2012. Eläkevakuutus. Teoksessa Havakka P., Niemelä M. & Uusitalo H. (toim). Sosiaalivakuutus. 2012 Sastamala.

Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. 2014. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, M. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Valkonen, J., Peltola, U., & Härkäpää, K. 2006. Työtä, tukea ja mielenterveyttä. Kokemuksia mielenterveyskuntoutujien työllistymismalleista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Vol. 2006, No. 75. Kuntoutussäätiö.

Virtanen, S. & Husman, P. 2010. Sosioekonomiset terveyserot. Teoksessa: Kauppinen, T., Hanhela R., Kandolin I. ym., (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Työterveyslaitos. Helsinki: 147–152.

Vuorento, R. Kuntien lähiajan toimintaympäristö. Teoksessa: Forma, P. & Väänänen, J. (toim.) Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. Kuntatyö 2010 -tutkimus.

Väänänen, A., Murray M. & Kuokkanen, A. 2014. The growth and stagnation of work stress: the publication trends and scientific representations in 1960–2012. *History of the Human Sciences* 27(4): 116–138.

Waddell, Burton & Kendall. 2008. Vocational rehabilitation – what works, for whom, and when? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group.

Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantausta T. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Duodecim* 2017. 133:985–92.

Walker, C., & Fincham, B. 2011. *Work and the mental health crisis in Britain*. Chichester: Wiley.

Weehuizen, R. 2008. *Mental capital: The economic significance of mental health*. Väitöskirja. Maastricht University.

WHO. 2014. Social Determinants of Mental Health. Elektroninen lähde:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1 Viitattu:
15.4.2020.

WHO. 2017. Rehabilitation: key for health in the 21st century. Elektroninen lähde:
<https://www.who.int/disabilities/care/KeyForHealth21stCentury.pdf?ua=1> Viitattu: 24.3.2020.

Wieclaw, J., Agerbo E., Mortensen PB. & Bonde JP. 2005. Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce. *Scand J Work Environ Health* 31(5): 343–351.