

1. Johdanto	3
2. Työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen liittyvät tekijät	6
2.1 Varhaiseläkkeelle siirtyminen ja työssä jatkamisaikomukset	7
2.2 Sairauspoissaoloihin liittyvä toimintateoreettinen malli ja työhön paluuseen liittyvät tekijät.....	10
3. Työhön paluun tuki –projekti	16
3.1 Työhön paluun tuki –projektin toimintamalli	17
3.2 Työhön paluun tuki –projektin asiakkaat.....	23
4. Tutkimuksen tavoitteet, aineistot ja menetelmät	30
4.1 Rekisteriaineisto	32
4.1.1 Rekisteriaineiston muuttajat	32
4.1.2 Rekisteriaineiston analyysimenetelmät.....	36
4.2 Haastatteluaineisto	36
4.2.1 Haastatteluaineiston analyysimenetelmät	40
5. Työtilanne Työhön paluun tuki-projektin päätyttyä.....	42
5.1 Työtilanne iän, sosioekonomisen mukaan.....	44
5.2 Työtilanne terveyteen liittyvien tekijöiden mukaan.....	46
5.3 Työtilanne toimenpiteiden mukaan	47
6. Kuntoutuspolut.....	51
6.1 Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kuntoutuspolku	51
6.2. Työhön paluun ja työelämässä pysymisen kuntoutuspolku	55
6.3 Kuntoutuspolkuna opiskelu.....	59
6.4 Työelämästä pois siirtyneiden kuntoutuspolku	63
7. Johtopäätökset ja pohdinta	67
7.1 Työhön paluu ja työssä jatkaminen tukiprojektin toimenpiteiden näkökulmasta.....	69
7.2 Kokemukset tukiprojektista	73
7.3 Työterveyshuollon ja kuntoutuksen haasteet	77

LÄHTEET.....	80
LIITTEET	
LIITE 1.....	90
LIITE 2.....	91
TAULUKOT	
Taulukko 1. Työhön paluun tuki –projektin asiakkaiden diagnoosit.....	25
Taulukko 2. Työtilanne projektiin tulohetkellä.....	26
Taulukko 3. Tukiprojektin asiakkaiden sairauspoissaolokuukaudet työssäolon mukaan (projektiin tulotilanne), N, %.....	27
Taulukko 4. Tukiprojektin asiakkaiden toimenpiteet projektin aikana, N, %....	29
Taulukko 5. Haastatellut asiakkaat.....	38
Taulukko 6. Työtilanne projektin päätyttyä.....	42
Taulukko 7. Projektin asiakkaiden työtilanteen muutos Työhön paluun tuki - projektin päätyttyä.....	43
Taulukko 8. Työtilanne projektin päätyttyä iän ja sosioekonomisen aseman mukaan, % (N).....	45
Taulukko 9. Työtilanne projektin päätyttyä sairauspoissaolon keston ja sairauspääryhmän mukaan, % (N).....	46
Taulukko 10. Työtilanne projektin päätyttyä (projektiin tullessa ei työssä olleet) sairauspoissaolon keston mukaan, % (N).....	47
Taulukko 11. Työtilanne projektin päätyttyä toimenpiteiden mukaan, % (N).....	48
Taulukko 12. Työtilanne projektin päätyttyä edeltävien sairauspoissaolojen (≤6kk, >6 kk) ja toteutuneen työkokeilun mukaan, % (N).....	49

1. Johdanto

Teollistuneiden maiden väestö ikääntyy tulevina vuosina selvästi. Tämä on herättänyt laajaa pohdintaa siitä, miten tulevasta tilanteesta selvitään. Vähenevän työntekijämäärän tulee vastata kasvavasta ikääntyvien joukosta, joten huoltosuhteessa tapahtuu suuria muutoksia. Yhteiskunnan tasolla joudutaan miettimään tarvittavien hoitopalveluiden organisoimista ja resurssien jakamista. Toisaalta tulevaisuuden ikääntyvä väestö on pidempään hyvässä kunnossa kuin edeltävä ikäpolvi.

Tällä hetkellä keskustelua käydään vuonna 2017 voimaan tulevasta eläkeuudistuksesta, jonka tavoitteena on pidentää työuria ja pienentää julkisen talouden kestävyysvajetta. Tarpeesta pidentää työuria ollaan yksimielisiä, mutta keinoista ei. Yhtenä vaihtoehtona on ehdotettu eläkeiän nostoa. Toinen vaihtoehto perustuu vapaaehtoisuuteen ja työssä jatkamisen tukemiseen (Husman 2013). Vapaaehtoisuutta painottavassa vaihtoehdossa korostuu työterveyshuollon rooli ja sen toiminnan tehostaminen työkyvyn tukemisessa. Näitä asioita painottaa ns. Ahtelan työryhmän raportti (STM 2011).

Näitä kysymyksiä työurien pidentämisestä on pohdittu Helsingin kaupungin Työterveyskeskuksessa ja erityisesti vuosina 2007–2009 toimineessa ”Työhön paluun tuen projekti” -ryhmässä. Helsingin kaupunki on Suomen suurin työnantaja n. 40 000 työntekijällään. Koko Helsingin kaupungin henkilöstölle tehdyn työ- ja terveystutkimuksen (2007) perusteella työkykynsä koki huonoksi 3,3 prosenttia työntekijöistä, mikä tarkoittaa Helsingin kaupungin tasolla toista tuhatta työntekijää. ”Työhön paluun tuki” -projekti Helsingin kaupungin työterveyskeskuksessa oli kolmivuotinen ja siinä pyrittiin löytämään hyviä työskentelytapoja työkykyriskien havaitsemiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi, sekä kehittämään tuloksia tuottavia työskentelytapoja työhön paluun ja työssä jaksamisen tueksi. Edellä mainitussa projektissa oli asiakkaita 278.

Varhaiseläke- ja työssä jatkamisaikamuksista on tehty runsaasti tutkimusta Suomessa. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä ja sen riskeistä on olemassa tutkimustietoa myös merkittävästi. Tutkimusta työkyvyttömyyseläkkeelle

siirtymisen prosessista ja siihen vaikuttavista tekijöistä on tehty vähemmän. (Forma 2004, Harkonmäki ym. 2009.) Myös tutkimustietoa työhön paluuseen ja työssä jatkamiseen vaikuttavista tekijöistä tilanteessa, jossa työntekijällä on jo havaittuja terveysongelmia, on niukemmin. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä ja selvittää työhön paluun reittejä työntekijöillä, joiden työkyky on jo selvästi alentunut.

”Työhön paluun tuki” –projektin asiakkaat olivat Helsingin kaupungin työntekijöitä, joilla oli vaikeuksia palata työhön sairausloman jälkeen tai heidän työssä jatkamisensa oli muutoin haasteellista. Asiakkaiden kanssa työskentelyn tavoitteena oli löytää toteuttamiskelpoinen suunnitelma työhön palaamiseksi tai työssä jatkamisen turvaamiseksi. Työryhmän toimintaote pyrittiin tietoisesti fokuoimaan jäljellä olevan työkyvyn toteamiseen. Asiakkaalla oli käytössään projektin moniammatillinen tuki. Tämän lisäksi toiminnassa haettiin uudenlaista työterveyshuollon roolia asiakkaan kuntoutussuunnitelmaa ohjaavana ja koordinoivana tahona. Tätä tehtävää tukemaan luotiin kuntoutussuunnittelijan työnkuva työterveyshuollon ammattihenkilöiden tueksi. Asiakasprosessien seurantaan pyrittiin luomaan aktiivinen ja joustava työote, jossa yhteydenpito on tiivistä sekä asiakkaaseen että yhteistyöverkostoihin. Näin kaikki toimijat työskentelivät saman, yhteisesti sovitun kuntoutussuunnitelman toteuttamiseksi.

Keskeisenä työtapana oli yhteistyö eri tahojen kanssa. Yhteistyökumppaneina olivat Helsingin kaupungin eri virastojen ja henkilöstökeskuksen suunnittelijat sekä Kuntien eläkevakuutus. Jokaiselle asiakkaalle laadittiin oma kuntoutussuunnitelma. Tavoitteena oli, että asiakas palaisi työhön. Joidenkin asiakkaiden kohdalla työkyvyttömyyseläke oli kuitenkin ainoa järkevä vaihtoehto.

Projektista kerätyllä rekisteriaineistolla tutkitaan, mitkä tekijät selittävät projektissa olleiden asiakkaiden työtilannetta projektin päätyttyä. Haastatteluaineiston avulla tarkastellaan, miten projektiin osallistuneet asiakkaat kokivat työhön paluu prosessin ja selvitetään, minkälaisia kuntoutuspolkuja on löydettävissä kuntoutusprosessin tyypittelyn avulla.

Tutkimuksen rakenne on seuraava. Luvussa kaksi tarkastellaan työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen liittyvää aiempaa tutkimusta ja teoreettista taustaa. Luvussa kolme esitellään ”työhön paluun tuki”-projekti ja tutkimuksen tavoitteet, aineistot ja menetelmät. Tulososiossa esitellään ensin rekisteriaineistoon perustuvat tulokset ja tämän jälkeen haastatteluaineiston analyysi ja sen pohjalta muodostetut kuntoutuspolut. Lopuksi luvussa seitsemän esitellään johtopäätökset ja pohdinta.

2. Työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen liittyvät tekijät

Työhön paluun tuki -projektissa, jota tämä työ käsittelee, tavoitteena oli löytää toimintamalleja, jotka edistävät työssä jatkamista ja ehkäisevät varhaista eläkkeelle siirtymistä. Tämä tutkimus keskittyy työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen vaikuttaviin tekijöihin. Tässä teoreettisessa taustoitusaluvussa käsitellään aikaisempia varhaiseläkkeisiin ja työssä jatkamiseen liittyviä tutkimuksia (luku 2.1) sekä tarkastellaan työhön paluuseen liittyviä tekijöitä erityisesti sairauspoissaoloihin liittyvän toimintateoreettisen mallin (Sjukflexibilitetsmodellen) kautta (luku 2.2).

Suomessa on tehty 1990-luvulta lähtien runsaasti tutkimusta koskien työntekijöiden varhaiseläkeaikomusten yleisyyttä. Tämän tutkimussuunnan yleisyyteen vaikuttivat osaltaan Eläkekomitea 1990 mietintö suosituksineen (STM 1991) ja lisääntynyt huoli varhaiseläkkeiden runsaasta käytöstä, väestön ikärakenteen vanhenemisesta sekä eläke- ja sosiaaliturvamenojen kasvusta. Varhaiseläke- ja työssä jatkamisaikomuksia käsittelevät kyselytutkimukset ovat usein kohdistuneet eri työntekijäryhmiin, mm. ikääntyneisiin työntekijöihin, kuntatyöntekijöihin ja kuormittavissa ammateissa toimiviin. Työhön paluun tuki -projektin asiakkaat olivat suurelta osin kuormittavissa ammateissa toimivia kuntatyöntekijöitä, joilla oli työkyvyn menettämisen riski. Tekijät, joiden on havaittu olevan yhteydessä lisääntyneisiin varhaiseläkeaikomuksiin tai ennustavan työssä jatkamista, ovat merkityksellisiä myös tutkittaessa sitä, mitkä tekijät ovat yhteydessä työhön paluuseen työntekijöillä, joiden työkyky on jo selvästi alentunut.

2.1 Varhaiseläkkeelle siirtyminen ja työssä jatkamisaikomukset

Varhaiseläkeaikomuksia ja eläkkeelle siirtymistä koskevissa tutkimuksissa on usein viitattu Beehrin (1986) prosessimalliin, jonka mukaan eläkkeelle siirtyminen jakautuu kolmeen vaiheeseen: eläkkeelle siirtymisen ajattelu (aikomukset), päätös eläkkeelle hakeutumisesta ja varsinainen eläkkeelle siirtyminen. Varhaiseläkeaikomukset ennakoivat vahvasti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (Harkonmäki ym. 2009).

Varhainen eläkkeelle siirtyminen voidaan jaotella kolmeen eri reittiin. Nämä ovat työkyvyttömyysreitti, työttömyysreitti ja vapaaehtoinen eläkkeelle siirtyminen (Kohli ja Rein 1991, Saurama 2004). Tämä tutkimus keskittyy työkyvyttömyysreittiin ja erityisesti siihen vaiheeseen, jolloin työntekijällä on jo havaittuja terveysongelmia ja riski työstä poistumiseen pitkittyvien sairauspoissaolojen kautta.

Varhaiseläkkeelle siirtymisen syyt voidaan jaotella ”työntäviin” (push) ja ”vetäviin” (pull) tekijöihin. Yksilön tarpeet, halut, esteet ja eläkeaikomukset vaikuttavat eläkkeelle siirtymiseen joko työntämällä pois työelämästä tai vetämällä eläkkeelle. (Kohli ja Rein 1991). ”Työntäviin” tekijöihin on yleisesti luokiteltu sosiaaliset olot, työn luonne, terveys, ikä ja talous. Heikot sosiaaliset olot (esim. alhainen ammattiasema ja alhainen koulutustausta) työntävät pois työelämästä. Raskasta ruumiillista työtä tekevät ovat yleensä alhaisessa ammattiasemassa ja heillä on myös matala koulutustausta. Samoin työn luonne (esim. pakkotahtisuus ja/tai fyysinen raskaus) sekä heikko terveys ”työntävät” pois työelämästä.

”Vetäviin” tekijöihin taas on katsottu kuuluvan taloudelliset kannustimet, puolison työskentely, perheen koko ja vapaa-ajan odotukset. Riittäväksi koettu eläke mahdollistaa siirtymän pois työelämästä. Samoin puolison eläkkeellä olo, perheen suuri koko ja mielenkiintoiset vapaa ajan odotukset ”vetävät” eläkkeelle. (Kohli ja Rein 1991.) Puolison ollessa jo eläkkeellä työssä oleva kokee eläkkeelle siirtymisen ja yhteisen vapaa-ajan lisääntymisen houkuttelevana esim. yhteisen ajan lisääntymisellä.

Varhaiseen eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat tekijät voidaan myös jaotella yksilötekijöihin - (mikrotaso), työhön liittyviin tekijöihin (mesotaso) ja yhteiskunnallisiin tekijöihin (makrotaso) (Harkonmäki 2007, 21).

Varhaiseläkeaikomuksiin vaikuttavia yksilötekijöitä (mikrotaso) ovat terveyteen liittyvät tekijät, sosioekonomiset tekijät ja ikä (Forma 2004, Piispa ja Huuhtanen 1995, Uusimäki 1995, Harkonmäki 2007, Forma ja Harkonmäki 2001). Matala työmotivaatio (Huuhtanen ja Tuomi 2006) ja heikoksi koettu työn hallinta (Karisalmi 1998) ovat sekä yksilöön että työhön liittyviä varhaiseläkeaikomuksia lisääviä tekijöitä.

Terveyteen liittyvillä tekijöillä tarkoitetaan sairauksia, psyykkistä ja fyysistä terveyttä, koettua terveyttä ja työkykyä. Näiden tekijöiden merkitystä varhaiseläkeaikomusten yleisyyteen on selvitetty useissa aiemmissa tutkimuksissa. Huonoksi koettu terveys ja työkyky lisäävät tutkimusten mukaan aikomuksia siirtyä varhaiseläkkeelle. (Uusimäki 1995, Takala 1998, Harkonmäki, Lahelma, Väänänen & Rahkonen 2006, Kohli ja Rein 1991, Harkonmäki 2007). Samoin psyykkisen terveyden ongelmat, kuten masennusoireet ja uniongelmat lisäävät myös varhaiseläkeaikomuksia. (Forma 2004, Piispa ja Huuhtanen 1995, Uusimäki 1995 ja Takala 1998).

Terveyteen liittyvä riskikäyttäytyminen, kuten alkoholin suurkulutus ja tupakointi lisäävät työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (Harkonmäki 2007, 78). Samoin lapsuuteen kasaantuneet vaikeudet (avioero, pitkäaikaiset talousongelmat perheessä, vakavat ristiriidat perheessä, perheen jäsenen vakava sairaus ja perheenjäsenen alkoholiongelma) lisäävät riskiä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Eläkkeelle siirtymisen riskin on todettu olevan merkittävä myös elämänsä tyytymättömillä (Harkonmäki ym. 2009, 78.)

Sosioekonomiset tekijät ovat lähinnä ammattiasemaan, koulutustaustaan ja taloudelliseen tilanteeseen liittyviä. Näillä tekijöillä on osoitettu olevan merkitystä varhaiseläkkeelle siirtymisprosessissa. Matalan sosioekonomisen aseman on todettu lisäävän aiemmissa tutkimuksissa varhaiseläkeaikomuksia (Uusimäki 1995, Harkonmäki 2007, Janatuinen 2001, Karisalmi 1998, Piispa ja Huuhtanen 1995, Takala 1998, Forma 2004, Elovainio 2003 ja 2005). Tarkasteltaessa tulotason yhteyttä työssä jatkamista koskevin suunnitelmiin on toisaalta havaittu,

että pienituloisilla on halukkuutta myöhentää eläkkeelle jäämistään (Tuominen, Takala ja Forma 2010).

Eläkeaikomukset lisääntyvät iän noustessa. 50–60 –vuotiailla varhaiseläkeaikomukset ovat yleisiä. (Forma ja Harkonmäki 2001, Piispa ja Huuhtanen 1995, Gould 1994, Rasku 1993, Harkonmäki 2007). Gouldin (1994) ja Harkonmäen ym. (2006) tutkimuksissa vahvoja eläkeaikomuksia oli eniten 55–64-vuotiailla. Samansuuntaisia tuloksia iän vaikutuksesta varhaiseläkeaikomuksiin saivat myös Piispa ja Huuhtanen (1991) sekä Saurama (2004).

Harkonmäen ym. (2006) tutkimuksessa tarkasteltiin Helsingin kaupungin 40–60-vuotiaiden työntekijöiden varhaiseläkeaikomuksiin ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen liittyviä tekijöitä. Tutkimusaineistona oli Helsingin kaupungin henkilöstön terveystutkimuksesta vuosilta 2000–2002 (Helsinki Health Study) kerätty aineisto (N=7 759) ja seuranta-aineisto vuosilta 2000–2004 alkaneista kunta-alan eläkkeistä. Tutkimuksessa selvitettiin myös miten varhaiseläkeaikomukset ennakoivat työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Huonoksi koettu terveydentila ja raskaaksi koettu ruumiillinen työ lisäsivät varhaiseläkeaikomuksia, jotka ennustivat tutkimuksen mukaan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä.

Työhön ja työympäristöön liittyvät kuormittavat tekijät (mesotaso), kuten työn henkinen ja ruumiillinen raskaus (Gould 1999, Krokstad ym. 2002, Hagen ym. 2002, Rytkönen ym. 2004) lisäävät varhaiseläkeaikomuksia. Ruumiillisen työn tekijöillä on 3,7-kertainen riski siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle verrattuna johtavassa asemassa oleviin (Harkonmäki ym. 2009). Myös työn arvostuksen puute (Piispa ja Huuhtanen 1995, Janatuinen 2001, Majasaari 2003) ja tyytymättömyys työilmapiiriin (Uusimäki 1995, Forma 2004, Krause ym. 1997) lisäävät aikomuksia varhaiseen eläkkeelle siirtymiseen. Gouldin (1994) tutkimuksessa todettiin työn epävarmuuden, kuten työttömyyden uhan tai pelon eläkkeelle pääsyn vaikeutumisesta lisäävän eläkeaikomuksia. Samoin Albertsen ym. (2007) tutkimuksessa todettiin työn epävarmuuden ja työpaikan vähäisen sosiaalisen tuen lisäävän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskiä.

Huonoksi arvioitu esimiestyö (Forma 2004) lisää myös eläkeaikomuksia. Samoin vakavat ristiriidat esimiehen tai työkavereiden kanssa ovat yhteydessä

työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskiin (Appelberg ym.1996). Kyseisen seurantatutkimuksen mukaan eläkkeelle siirtymisen riski lisääntyy, jos työpaikan ristiriitojen lisäksi työntekijällä on merkittäviä ristiriitoja parisuhteessaan.

Tässä tutkimuksessa keskitytään yksilöllisiin ja työhön liittyviin tekijöihin, mutta varhaiseläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset tekijät (makrotaso), joita ovat mm. vallitseva eläkejärjestelmä sekä yhteiskunnan arvot ja normit. Yksilöllisten ominaisuuksien lisäksi työssä jatkamista koskeva harkinta on riippuvaista myös voimassa olevien eläkelakien ja eläkejärjestelmien muodostamasta mahdollisuuksien rakenteesta (Henkens ja Tazelaar 1994). Eläkkeelle siirtyminen on usein vuosia kestävä prosessi ja sen harkinta riippuu aina yksilön kokonaistilanteesta. Harvoin on kysymys yksin yksilön halusta siirtyä eläkkeelle, vaan eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat työmarkkinatilanne, työelämän vaatimukset ja paineet (Saurama 2004).

Työntekijöiden työssä jatkamista tutkittaessa tulee ottaa myös huomioon eläkejärjestelmä ja -lait. Kunta-alalla suurella osalla työntekijöistä on käytössä oma henkilökohtainen työskentelyvuosien mukaan määritelty eläkeikä. Tämä henkilökohtainen eläkeikä on määritelty työskentelyvuosien mukaan. Kuntatyöntekijän kannattaa eläkkeen karttumisen vuoksi jatkaa työskentelyä omaan henkilökohtaiseen eläkeikänsä asti, vaikka olisi mahdollista jäädä vanhuuseläkkeelle. Kuitenkin myös kuntatyöntekijöillä on mahdollisuus jäädä vanhuuseläkkeelle 63-vuotiaina.

2.2 Sairauspoissaoloihin liittyvä toimintateoreettinen malli ja työhön paluuseen liittyvät tekijät

Johannsson ja Lundberg (2004) ovat laatineet mallin (The Model of Illness Flexibility/ sjuksflexibilitetsmodellen) sairauslomalle työntävistä tekijöistä ja työssä pysymiseen liittyvistä tekijöistä. Heidän mallinsa perustuu empiirisiin tutkimuksiin, jotka esitellään seuraavaksi.

Tukholman läänissä tehty paneelitutkimus (1994, 1998 ja 2002) liittyy sairauspoissaolon toimintateoreettiseen mallin testaukseen. Sopeutumismahdollisuuksilla (mm. työaikajoustot, joustot työtehtävissä ja

mahdollisuus tehdä etätyötä) oli merkittävä yhteys vähintään 30 päivää sairauslomalla olleiden työhön paluuseen. Naisista, jotka työskentelivät työpaikassa, jossa ei ollut lainkaan sopeutumismahdollisuuksia, 20 prosentilla oli vähintään 30 sairauspoissaolopäivää. Naisista, joilla oli joitakin sopeutumismahdollisuuksia työpaikassaan, vain 4 prosentilla oli vähintään 30 sairauspoissaolopäivää. Miehillä vastaavat luvut olivat 15 prosenttia ja 3 prosenttia. (Stockholms läns landsting 2004, Marklund ym. 2005, 237–240.)

Toinen sairauspoissaolon toimintateoreettiseen mallin testaukseen liittyvä tutkimus on Johanssonin ja Lundbergin (2003) kyselytutkimus pitkään sairauslomalla olleille (vähintään 90 pv vuonna 2000) yksityissektorin toimihenkilöille. Kyselylomakkeessa oli 1-9 erilaista työn sopeuttamisvaihtoehtoihin liittyvää kysymystä (esim. työtehtävien valinta ja työskentely kotoa käsin) sekä kysymykset sekä kysymyksiä työhön palaamisesta siitä, olivatko he palanneet töihin ja miten. Sopeutumisvaihtoehtojen ja työhön paluun välillä oli vahva yhteys. Miehistä vain 32 prosenttia ja naisista 45 prosenttia naisista, joilla ei ollut lainkaan, sopeutumismahdollisuuksia palasivat töihin. 87 prosenttia niistä, joilla oli joitakin sopeutumismahdollisuuksia, palasivat töihin. (Johansson ja Lundberg 2003, Marklund ym. 2005, 237–240.)

Kolmas tutkimus perustui satunnaistettuun kyselytutkimukseen, joka lähetettiin 1998 Tukholman läänissä 6500 työlliselle. Tutkimuksessa (2004) nousivat esiin työyhteisöön, työn johtamiseen ja organisointiin liittyvät tekijät. Kyselytutkimuksen tavoitteena oli selvittää työpaikan järjestely- ja sopeutumismahdollisuuksien sekä sairauspoissaolon välistä yhteyttä. Sopeutumismahdollisuuksia olivat mm. työaikajoustot, joustot työtehtävissä ja mahdollisuus tehdä etätyötä. Tutkimuksen mukaan ne, joilla ei ollut sopeutumismahdollisuuksia työpaikalla, olivat todennäköisimmin poissa työstä kuin muut. (Johansson ja Lundberg 2004, Marklund ym. 2005, 237–240.)

Sairauspoissaoloihin liittyvän toimintateoreettisen mallin mukaan motivaatio ja työkyky vaikuttavat merkittävästi yksilön valintoihin ja toimintaan. Sairauspoissaolo tulkitaan tässä mallissa toimintana. Sairaus vaikuttaa työkykyyn toimintakyvyn kautta. Yksilön osaaminen ja valmius vaikuttavat taas sopeutumiseen. Mitä enemmän osaamista ja valmiuksia yksilö omaa, sitä enemmän hänen odotetaan ”kestävän” sairautta ja sopeutuvan. Johanssonin ja

Lundbergin (2004) mallissa työpaikan järjestely- ja sopeutumismahdollisuudet ovat tärkeässä roolissa. Eri työtehtävät vaativat erilaista toimintakykyä, esimerkiksi lähihoitajan työ vaatii kohtuullista fyysistä kuntoa, kun taas asiantuntijan työtehtävä vaatii erityisesti paineensietokykyä ja useiden erilaisten vaatimusten yhteensovittamista. Samoin eri työtehtävissä on erilaisia järjestely- ja sopeutumismahdollisuuksia (esim. työtehtävien valinta ja työskentely kotoa käsin). (Marklund ym. 2005, 237–240, Johansson 2007.) (Ks. LIITE 1).

Eri työtehtäviin voidaan kohdentaa erilaisia vaatimuksia ja kannustimia. Läsnaolon vaatimukset (esim. taloudelliset menetykset, töiden kertyminen) ja poissaolon vaatimukset (esim. työssä jatkamisen kielteiset seuraamukset) sekä läsnaolon kannustimet (esim. työn positiiviset ominaisuudet) ja poissaolon kannustimet (esim. mahdollisuus viettää omaa aikaa) ovat Johanssonin ja Lundbergin mallissa (2004) merkittäviä tekijöitä vaikuttaen yhdessä yksilön sairauspoissaoloihin ja työssäoloon.

Johansson käyttää omassa tutkimuksessaan (2007) läsnaolon ja poissaolon vaatimuksista sekä läsnaolon ja poissaolon kannustimista käsitettä kilpailevat voimat. Näiden ”kilpailevien voimien” ja motivaation kautta toteutuu yksilön sairauspoissaolo/työssäolo/työhön paluu/työmarkkinoilta poistuminen. Motivaatio vaikuttaa työssä jatkamiseen ja työkykyyn. Johanssonin mukaan motivaatio nähdään osana työkykyä tai työkyky osana motivaatiota. Samoin motivaatio/työkyky vaikuttavat työstä poissaoloon. (Johansson 2007 4-11, Marklund ym. 2005.) (Ks. LIITE 1).

Joensuu ym. (2008) ovat käyttäneet sairauspoissaoloihin liittyvää toimintateoreettista mallia haastattelututkimuksessaan, jossa sairauslomalle työntävät tekijät ja työssä pysymiseen liittyvät tekijät on jaoteltu Johanssonin ja Lundbergin mallin (2004) mukaisesti. Tekijät jaettiin neljään ryhmään, jotka olivat **1) sairaslomalle työntävät tekijät** (kivut, väsymys, henkilökohtaiset ongelmat, työpaikkaongelmat sekä liian suuri työmäärä); **2) työssä pysymiseen liittyvät tekijät** (työjärjestelyt, työntekijän hyvä kohtelu, tehokas tilanteeseen puuttuminen, tilanteen ymmärtäminen ja avun saaminen); **3) työhön paluuseen työntävät tekijät** (mm. toipuminen, taloudellinen tilanne, työpaikantuki, yhteydenpito työpaikalta poissaolon aikana, työkyky ja motivaatio) ja **4) sairaslomalla pysymistä vahvistavat tekijät** (tuen puute, sairaus ja työpaikan

ongelmat). (Joensuu, Kivistö, Malmelin ja Lindströmin 2008, 92, Marklund ym. 2005, 234).

Työssä jatkamista ja työhön paluuta tukevat tekijät jaotellaan tässä luvussa Johanssonin ja Lundbergin (2004) toimintateoreettisen mallin mukaisesti. Tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät aikaisemman tutkimuksen valossa vaikuttavat siihen, palaako yksilö sairasloman jälkeen työhön ja mitkä tekijät tukevat työhön paluuta.

Sairauslomalle työntävät tekijät voidaan jaotella yksilöön liittyviin tekijöihin ja työpaikkaan liittyviin tekijöihin. Kustaa Piha on tutkimuksessaan (2013) selvittänyt muutosta sairauspoissaoloissa Helsingin kaupungin työntekijöillä vuosina 1990–1999 ja 2001–2011. Tutkimuksessa on todettu sairauslomien ja sosioekonomisen aseman välillä olevan selvä yhteys. Matala koulutustaso, ammattiasema ja tulot ovat yhteydessä korkeampaan sairauspoissaolon määrään. (Piha 2013, 32–33 ja 41–43). Väänäsen tutkimuksessa (2006), joka perustuu Kuntatyö 2010 aineistoon, saatiin samankaltainen tulos; koulutustasolla ja iällä on selvä yhteys sairauspoissaoloihin. Korkeampi ikä on yhteydessä korkeampaan sairauspoissaolon tasoon. (emt. 54.) Työpaikkaan liittyviä sairauspoissaoloihin työntäviä tekijöitä ovat Johanssonin ja Lundbergin (2004) mallin ja Joensuun ym. (2008) jaottelun mukaan työpaikkaongelmat ja liian suuri työmäärä.

Työssä pysymiseen vaikuttavia yksilöön liittyviä tekijöitä ovat mm. työjärjestelyt, työntekijän hyvä kohtelu, tehokas tilanteeseen puuttuminen, tilanteen ymmärtäminen ja avun saaminen (Joensuu ym. 2008). Työpaikkaan liittyvä työssä pysymiseen vaikuttava tekijä on tutkimuksen mukaan sopeutumismahdollisuudet työpaikalla. Sopeutumismahdollisuuksien ja sairauspoissaolojen välillä on yhteys. Työpaikan sopeutumismahdollisuudet vähensivät sairauspoissaoloa. (Johansson ja Lundberg 2004, Marklund ym. 2005, 237–240.)

Paluuta sairaslomalta työhön edistävät mm. hyvä terveys, oma toipuminen, taloudellinen tilanne, työpaikan tuki, yhteydenpito työpaikalta poissaolon aikana, työkyky, motivaatio (ansiotyön merkitys), koulutustaso ja työpaikan sopeutumismahdollisuudet (mm. työaikajoustot, joustot työtehtävissä ja mahdollisuus tehdä etätöitä). (Joensuu ym. 2008, Marklund ym. 2005, 234,

Johansson ja Lundberg 2003, 2004). Työhön palanneiden työntekijöiden oli myös vaikea tulla toimeen taloudellisesti ilman työtä. (Joensuu ym. 2008.)

Työhön liittyvillä tekijöillä on todettu olevan myönteistä vaikutusta työhön paluuseen. Aiemman tutkimuksen mukaan työhön paluuta tukevia tekijöitä ovat olleet työpaikan järjestelyt (mm. työn kevennykset; lyhyempi työpäivä ja räätelöidyt työtehtävät), työntekijän tukeminen ennen sairauslomaa, sen aikana ja sen jälkeen, kuntoutustoimenpiteet ja työpaikan sopeutumisvaihtoehdot. Työnantajan toiminta on ollut merkittävä tekijä työhön paluussa. (Östlund ym. 2001, Nordqvist ym. 2003, Joensuu ym. 2008, Laisola-Nuotio, Mäkelä-Pusa, Tiainen 2013, Johansson ja Lundberg 2003, 2004.)

Kansainvälisessä vertailevassa tutkimuksessa havaittiin, että työhön palanneet saivat sosiaalista tukea työpaikaltaan, kokivat saavansa vastinetta ponnistuksilleen sekä työsuhteensa varmaksi (heillä ei ollut uhkaa joutua irtisanotuksi). Työsuhteen varmaksi kokeneet henkilöt palasivat työhön jopa viisi kertaa yleisemmin kuin muut, joiden työsuhde oli epävarma. Työhön palanneista useimmat olivat julkisella sektorilla työskenteleviä 36–45-vuotiaita naisia, korkeasti koulutettuja, heillä oli lapsia ja heidän oli vaikeaa tulla toimeen ilman työtä. Työsuhteensa he kokivat varmoiksi ja he olivat terveempiä kuin muut. Tutkimuksen seurantakyselyssä 35 prosenttia oli siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle, 11 prosenttia työttömiksi, 2 prosenttia vanhuuseläkkeelle, 2 prosenttia toimeentulotuelle, kuntoutustuelle 23 prosenttia ja palkkatyöhön 22 prosenttia. ¹(Joensuu ym. 2008, 49–55.) Työpaikan sopeutumisvaihtoehtojen ja työhön paluun välillä on vahva yhteys. Työpaikan sopeutumisvaihtoehdot lisäsivät merkittävästi työhön paluun todennäköisyyttä. (Johansson ja Lundberg 2003).

Kuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön tiivistämisen, säännöllisten työterveysneuvotteluiden ja vastuuhenkilöiden pysyvyyden on todettu lisäävän työhön paluuta sairauslomalta. Myös työterveyshuollon rooli kuntoutusprosessin johtamisessa on esimiesten mukaan tärkeää. (Laisola-Nuotio, Mäkelä-Pusa, Tiainen 2013.) Samoin kuntoutustoimenpiteet ja kuntoutukseen osallistuvien

¹ Kyseinen tutkimus oli kansainvälinen ja suoritettiin kuudessa maassa (Itävalta, Irlanti, Hollanti, Suomi, Italia ja Iso-Britannia).

työntekijöiden työskentelytapa, järjestelmälliset käytännöt ja työnantajan vaikutus työhön paluuseen ovat olleet merkittäviä tekijöitä työhön paluussa. (Jakobsson 2008, Östlund ym. 2001, Nordqvist ym. 2003.) Kuntoutuksen yhteistyötahojen toiminnan merkitystä työhön paluuseen on tutkittu muun muassa Ruotsissa, jossa toteutettiin Tukholman alueella kuntoutustahojen yhteistyön tiivistämiseen tähtäävä projekti vuosina 1997–1999. Tästä projektista tehtiin useita tutkimuksia (Kärrholm 2007, Jakobsson 2008, Johansson 2007). Jakobssonin (2008) tutkimuksen mukaan kuntoutustahojen moniammatillinen yli sektorirajojen tehtävän asiakasyhteistyön tiivistäminen lisäsi työhön paluuta sairauslomalta. Kuuden vuoden seuranta-tutkimuksen mukaan työllistymistä edistävä vaikutus säilyi koko seuranta-ajan. Jakobssonin (2008) tutkimuksessa keskiössä oli voimaantumisen käsite (=empowerment). Tulosten mukaan yksilö koki tulleen kuulluksi ja sai tukea työn ja terveyden yhteensovittamisessa. Projektin kuntoutusryhmässä laadittiin noin 200 asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma. Ruotsissa toteutetun ”Tukholma projektin” eniten käytetty interventio oli työkokeilu. (Jakobsson 2008, 35 ja 22.)

Sairauslomalla pysymistä vahvistavia yksilöön liittyviä tekijöitä ovat mm. työyhteisön tuen puute ja sairauden pitkittyminen (Joensuu ym. 2008, Marklund ym. 2005, 234, Saari 2012). Työhön liittyvä, sairauslomalla pysymistä vahvistava tekijä on työpaikan ongelmat (Joensuu ym. 2008, Marklund ym. 2005, 234). Myös esimiehen vähäisellä yhteydenpidolla on vaikutusta sairauspoissaoloon. (Saari 2012). Samoin vähäiset sopeutumismahdollisuudet työssä lisäävät sairauspoissaoloja. (Johansson ja Lundberg 2004).

Sairauspoissaoloihin liittyvää toimintateoreettista mallia voi tarkastella kriittisesti. Rationaalisen toiminnan teorian mukaisesti yksilö tekee rationaalisen valinnan ja sairauspoissaolo nähdään yksilön valintana. Kuitenkaan yksilöllä ei todellisuudessa ole aina valinnan varaa (esim. tilanteessa, jossa sairaus on vienyt toimintakyvyn kokonaan, valintaa ei voida tehdä). Sairauspoissaoloihin liittyvä malli kuvaa hyvin tilanteita, joissa on vielä ”liikkumavaraa”. Tämä ”liikkumavara” voi olla työpaikan järjestely- ja sopeutumismahdollisuudessa tai yksilön osaamisessa ja valmiudessa muutoksiin.

3. Työhön paluun tuki –projekti

Helsingin kaupungin asiakasvirastojen huolena ovat olleet korkea sairauspäivien määrä ja ikääntyvä henkilöstö. Merkittävä osa Helsingin kaupungin työntekijöistä on tulossa eläkeikään lähivuosien kuluessa. Tämän havainnon myötä nähtiin tärkeänä selvittää onko mahdollista luoda toimiva tai toimivia malleja työterveyshuoltoon ja esimiestyöhön kunta-alalle.

Työhön paluun tuki –projekti oli samankaltainen kuin Ruotsissa Tukholman alueella toteutettu kuntoutusyhteistyön lisäämiseen tähtäävä projekti vuosina 1997–1999 (Kärrholm 2007, Jakobsson 2008, Johansson 2007). Projektin työskentelymalli oli hyvin samantyyppinen kuin Ruotsissa käytetty. Vaikka Työhön paluun tuki –projektissa käytetty työorientaatio ei ollut systemaattista yli sektorirajojen tehtävää yhteistyötä, tätä sektoreita ylittävää yhteistyötä kyllä tehtiin. Säännöllisiä asiakaspalavereita eri organisaatioiden välillä ei kuitenkaan pidetty. Asiakkaan tilanteen seuraamiseksi järjestettiin useita neuvotteluita, joissa asiakas oli mukana. Usein mukana oli myös esimies, luottamusmies, henkilöstöhallinnon edustaja sekä työterveyshuollon edustaja.

Helsingin kaupungin työntekijöiden työterveyshuolto on järjestetty Työterveyskeskuksessa (TYKE), jonka asiakkaina ovat Helsingin kaupungin eri virastot ja työntekijät. Yksilöasiakkaita on noin 40 000. Helsingin kaupungin työterveyskeskus on Suomen suurin kunnallinen työterveyshuollon palvelujen tuottaja.

Työhön paluun tuki -projekti Helsingin kaupungin työterveyskeskuksessa oli kolmivuotinen ja siinä pyrittiin löytämään hyviä työskentelytapoja työkykyriskien havaitsemiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi sekä kehittämään tuloksia tuottavia työskentelytapoja työhön paluun tueksi. Projekti toteutettiin vuosina 2007 - 2009. Käytännössä Työhön paluun tukiprojektin asiakastyö painottui vaikeiden työkykyongelmien selvittämiseen. Toisaalta pyrittiin antamaan konsultaatioapua perustyöterveyshuoltoon. Asiakastyön lisäksi luotiin esimiestyön tueksi varhaisen tuen sekä työhön paluun tuen toimintatapa. Näistä kummastakin toimintatavasta on julkaistu oppaat (VATU-opas: Varhainen tuki ja Paluun tuki -toimintamalli sairauspoissaolon pitkittyessä). Näiden toimintatapojen käyttöönottoon ja

sisäistämiseen on myös järjestetty sisäistä esimieskoulutusta Helsingin kaupungin eri organisaatioissa. Tätä koulutusta järjestetään edelleen.

Asiakasohjaus projektiryhmään tapahtui pääosin työterveyslääkäreiden toimesta. Toisinaan myös työterveyshoitajat ja Helsingin kaupungin työvoimasuunnittelijat eri virastoista ohjasivat asiakkaita projektiin. Edellytyksenä oli aina asiakkaan oma suostumus. Joitakin asiakkaita hakeutui projektiryhmään myös oma-aloitteisesti.

Projektiryhmän yhteisessä viikkopalaverissa käsiteltiin ehdotettuja asiakastapauksia ja päätettiin asiakkuudesta. Suurin osa ehdotetuista asiakkaista otettiin ryhmään. Joissakin harvoissa tilanteissa arvioitiin, että asiakkaan työkyvyn tuki tai työhön paluu hoituu parhaiten omassa työterveyshuollon toimintapisteessä. Viikkopalaverissa sovittiin kullekin uudelle asiakkaalle vastuuhenkilö projektitiimistä (työterveyshoitaja, psykologi, kuntoutusasiantuntija ja lääkäri). Tarkoituksena oli tarjota vastuuhenkilön tuki koko kuntoutusprosessin ajan. Vastuuhenkilö otti tarvittaessa yhteyttä asiakkaaseen. Samoin asiakas otti ensisijaisesti yhteyttä omaan vastuuhenkilöönsä, jonka tehtävänä oli seurata asiakkaan tilannetta ja suunnitelman etenemistä.

Projektiryhmässä asiakkaiden tilanteita seurattiin tiiviisti sekä pidettiin yhteyttä eri toimijoihin. Jokaisen asiakkaan työtilanne kirjattiin projektiin tullessa. Näiden lisäksi kirjattiin erilaiset käytetyt kuntoutustoimenpiteet, henkilöstöhallinnon keinot ja työtilanne projektin lopussa. Asiakkuuden päätyttyä kunkin asiakkaan kohdalta käytiin läpi työ-, eläke- ja toimenpiteiden tilanne.

3.1 Työhön paluun tuki –projektin toimintamalli

Työterveyskeskuksessa toimivalla projektiryhmällä oli omat työtilat ja projektinjohto. Ryhmässä työskenteli asiantuntijoita eri ammattiryhmistä. Mukana oli työterveyshoitaja, työterveyspsykologi, työterveyslääkäreitä sekä kuntoutussuunnittelija. Yhteisenä tavoitteena oli suunnata toiminta jäljellä olevan työkyvyn tukemiseen.

Ensimmäisen tapaamisen jälkeen päätettiin alustavasti toimenpiteistä. Viikoittaiset koko ryhmän yhteiset asiakaspalaverit olivat tärkein keino keskustella asiakastilanteista. Kukin projektiryhmän työntekijä raportoi omien asiakkaidensa tilanteista ja osallistui aktiivisesti keskusteluun. Toisinaan asiakkaiden tilanteet muuttuivat merkittävästi, ja suunnitelmia piti muuttaa. Tärkeää oli saada asiakas toimimaan itse aktiivisesti yhteisesti sovitun tavoitteen saavuttamiseksi.

Työn räätälöinti kevyemmäksi on ensimmäinen askel työkyvyn menetyksen uhatessa. Aina työkyvyn ollessa selkeästi uhattuna pyrittiin kokoamaan yhteinen neuvottelu työnantajatahon, työterveyshuollon sekä asiakkaan kanssa. Nämä neuvottelut olivat hyvä keino päivittää tilannetta puolin ja toisin. *Asiakas oli näissä neuvotteluissa keskiössä.* Toisaalta nämä keskustelut selvensivät asiakkaan omaa motivaatiota eri vaihtoehtoihin sekä työnantajan mahdollisuuksia tarjota asiakkaalle sopivaa työtä.

Yhteisenä tavoitteena oli suunnata toiminta jäljellä olevan työkyvyn tukemiseen, joten *asiakas oli aktiivinen toimija.* Kunkin asiakkaan kohdalla pyrittiin yhdessä luomaan päämäärä. Työhön paluu oli päämääränä aina, jos tämä oli mahdollista. Työskentelytapana oli avoin keskustelu asiakastapauksista yhdessä eri ammattiryhmien kanssa. Tärkeää oli, että ilmapiiri kokouksissa oli salliva. Myös yhteinen kokemus siitä, että kaikki osallistujat olivat aktiivisia ja samanarvoisia, oli merkittävä. Näin saavutettiin kussakin tapauksessa yhteisymmärrys kuntoutuksen toimenpiteistä. Yhtä tärkeää kuin asiantuntijoiden avoin keskustelu, oli asiakkaan mukaan ottaminen ja hänen roolinsa korostaminen tavoitteiden määrittelyssä.

Keskeinen toimintatapa oli asiakkaan aktivoiminen toimimaan itse sekä tarkastelemaan omaa tilannettaan realistisesti. Tämä on lähellä ”voimaannuttamisen”-käsitettä (vrt. empowerment) (Kosciulek 2005). Ajattelun ja keinojen suuntaamista tulevaisuuteen pidetään hyvänä asiakasprosessissa. Yhdessä asiakkaan kanssa luodut päämäärät kuntoutussuunnittelussa ovat merkittäviä tekijöitä asiakasprosessin etenemisessä. (Jakobsson, 2008, 35).

Asiakkaiden työkykyä pyrittiin Työhön paluun tuki -projektissa ylläpitämään tai palauttamaan erilaisilla kuntoutustoimenpiteillä. Näitä kuntoutustoimenpiteitä olivat muun muassa työkokeilut, koulutukseen ohjaaminen, erilaiset

kuntoutuskurssit, Kuntoutussäätiön projektit, kuntoutustutkimukset ja työkliniikkatutkimukset, osasairauspäivärahan käyttäminen sekä hoitoonohjaus. Henkilöstöhallinnon toimia olivat uudelleensijoitustoiminta, työnantajan pyytämä työkykyarvio sekä palkkakompensaatio. Seuraavaksi esitellään näitä kuntoutustoimenpiteitä.

Kuntoutustoimenpiteet

Kevan kustantama *työkokeilu* on pääsääntöisesti kolmen kuukauden mittainen työkokeilujakso, jossa asiakas työskentelee ylimääräisenä työntekijänä työkokeilutyössä. Työkokeilu on yleisesti eniten käytetty ammatillisen kuntoutuksen keino. Asiakkaalle maksetaan kuntoutusrahaa tai kuntoutustukeen kuntoutuskorotusta. Työkokeilu on usein ensimmäinen toimenpide uuteen työhön tai ammattiin siirryttäessä. Työkokeilulla voidaan tukea myös pitkältä sairauslomalta omaan työhön paluuta. Puolessa välissä työkokeilua pidetään seurantalaveri ja lopussa loppupalaveri.

Helsingin kaupungin henkilöstökeskuksen (=Heken) kustantama *työkokeilu* on samantapainen kuin yllä esitelty Kevan kustantama työkokeilu. Rahoitus tulee tässä tapauksessa Hekestä ja ohjataan palkanmaksuna työntekijälle. Tällöin asiakkaan vakituisessa työssä voi olla sijainen, joten asiakas voi työskennellä ylimääräisenä työntekijänä työkokeilutyössään. Tilanteessa, jossa Keva ei myöntänyt työkokeilua, pystyttiin työkokeilu toteuttamaan Heken maksaman työkokeilun avulla. Kevan kustantaman työkokeilun jälkeen voitiin osassa tilanteita jatkaa vielä kevennetyssä työssä Heken työkokeilulla.

Koulutukseen ohjaaminen tuli tarpeelliseksi tilanteissa, joissa asiakas ei enää kyennyt palaamaan omaan ammattiinsa. Tuolloin uuden koulutuksen hankkiminen oli tarpeellista. Helsingin kaupungin vakinaisessa työsuhteessa oleville tämä tarkoitti samalla uudelleensijoitusprosessin aloittamista. Koulutukseen pyrittiin saamaan Kevan ammatillisen kuntoutuksen tuki. Tällöin asiakkaalle maksettiin koulutuksen ajalta kuntoutusrahaa. Hän sai myös kulukorvauksia opintoihin tarvittavien välineiden hankkimiseen. Tilanteessa, jossa Keva ei myöntänyt ammatillista kuntoutusta opintoihin, ohjattiin opiskelija hakemaan aikuiskoulutusrahaa. Osa koulutuksesta oli oppisopimuskoulutusta. Tuolloin asiakkaalle solmittiin oppisopimuskoulutuksen ajaksi määräaikainen

työsopimus ja työnantaja maksoi opiskelijalle palkkaa. Pääosin taustalla oli Kevan maksama kuntoutusraha, joka ohjattiin työnantajalle.

Kuntoremontti on kuntoutuskursseista ensimmäinen, jolle työntekijä ohjataan työkyvyn laskiessa. Toisinaan tätä on pidetty vain henkilöstöetuutena, vaikka kurssille hakeutuminen vaatii aina työterveyshuollon suosituksen. Terveydellisiä perusteita ei ole kuitenkaan juuri vaadittu. Kurseille ovat käytännössä päässeet kaikki ne halukkaat, joiden edellisestä kuntoutuskurssista on kulunut tarpeeksi monta vuotta.

Kela järjestää ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa, harkinnanvaraista kuntoutusta sekä kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja. Kelan kuntoutus tarkoitti tämän projektin asiakkaille lähinnä erilaisia kuntoutuskursseja. Ammatillisen kuntoutuksen järjestämismvastuu oli pääosin Kevalla.

Harkinnanvarainen kuntoutus tarkoittaa Kelan myöntämiä TYK- ja Aslakursseja. Näitä haetaan Kelasta omalla hakemuksella ja lääkärin B-lääkärinlausunnolla. Nämä kuntoutukset on jaettu pääosin kolmeen kuntoutusjaksoon puolentoista vuoden ajalle. Kurssit toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa.

Lääkinnällinen kuntoutus on osa Kelan kustantamaa sairausperustaista kuntoutusta, johon kuuluvat mm. eri sairauksien sopeutumisvalmennuskurssit, yksilölliset kuntoutusjaksot, kuntoutuskurssit ja perhekurssit.

Kuntoutustutkimus on kuntoutuslaitoksessa toteutettava työkykyä koskeva arvio. Tämä tutkimusjakso kestää parisen viikkoa. Tuona aikana asiakas tapaa useita eri alojen asiantuntijoita. Kuntoutustutkimukseen voi tarpeen mukaan kuulua myös *työlinikkatutkimus* tai se voidaan toteuttaa myös erillisenä. Tutkimusjakson lopussa eri alojen asiantuntijoista koostuva kuntoutustyöryhmä antaa yhteisen lausunnon asiasta. Tämä annetaan jakson lopussa yhteisessä palaverissa.

Kuntoutussäätiön masentuneiden tukiprojektiin ohjattiin osa Työhön paluu tuki -projektin asiakkaista. Kyseessä oli projekti (vuosina 2007–2011), jossa kokeiltiin yksilöllisen tuen malleja ja ryhmämalleja. (Tiainen, Oivo, Puumalainen ja Korkemäki 2011). RAY:n rahoittama Opi oppimaan -projekti (vuosina 2006–

2010) oli myös Kuntoutussäätiön toteuttama projekti. Osa asiakkaista, joilla epäiltiin olevan oppimisvaikeuksia, ohjattiin tähän projektiin (Nukari 2010).

Osasairauspäiväraha tarkoittaa Kelan maksamaa osittaista sairausvakuutuksen päivärahaa. Sen käyttö edellyttää työnantajan ja esimiehen suostumusta. Osasairauspäivärahalla oleva työntekijä työskentelee osittain. Pääosin tätä sairausvakuutuksen päivärahaa käytetään työhön paluun tukena palattaessa omaan työhön pitkän sairauspoissaolon jälkeen. Päätöksen saaminen edellyttää myös sairauspäivärahan (9 päivää) omavastuuajan kulumista ennen osasairauspäivärahan saamista. Osasairauspäivärahaa maksetaan ilman omavastuu-aikaa, kun se jatkuu välittömästi sairauspäivärahan tai kuntoutusrahan jälkeen. Jos osasairauspäivärahaa haetaan suoraan ilman edeltävää sairauspäivärahaa, osasairauspäivärahassa on omavastuu-aika.

Hoitoonohjaus on päihdeongelmaisen työntekijän päihdekäyttöön puuttumista. Näissä tilanteissa tehdään työntekijän ja työnantajan välille kirjallinen sopimus, jossa työpaikka säilyy työntekijällä, jos hän noudattaa sopimusta.

Henkilöstöhallinnon toimenpiteet

Yhteistyö henkilöstöhallinnon kanssa oli hyvin tiivistä työhön paluun tuki -projektissa. Yhteiset palaverit olivat hyvin tärkeitä työhön paluussa ja työssä jatkamisen tukemisessa. Henkilöstöhallinnon toimenpiteet ja kuntoutustoimenpiteet olivat usein käynnissä samanaikaisesti. Toisinaan kuntoutustoimenpiteiden jälkeen tarvittiin henkilöstöhallinnon toimenpiteitä. Osin henkilöstöhallinnon toimenpiteet (esim. työkykyarvio) käynnistivät kuntoutuksen.

Työhön paluun tuki -projektin yksi keino oli ohjata asiakas Helsingin kaupungin *uudelleensijoitustoiminnan* piiriin. Näissä tilanteissa henkilöstöhallinnon työvoimasuunnittelija toimii yhteyshenkilönä. Tämän toiminnan tarkoituksena on löytää asiakkaan terveydentilan huomioon ottaen sopiva työ ja näin estää varhainen eläkkeelle siirtyminen. Uudelleensijoitustoiminta on henkilöstöhallinnon prosessi, joka ei sinänsä ole kuntoutuksen keino. Usein uutta sopivaa työpaikkaa etsittäessä toteutetaan työkokeilu, jos tämä on mahdollista. Työkokeilua järjestettäessä ja seurattaessa työterveyshuolto on tiiviisti mukana.

Uudelleensijoituksen asiakkaaksi päädytään tilanteessa, jossa työterveyslääkäri on joko pitänyt asiakasta sopimattomana tekemään omaa työtään tai sopivana

rajoituksin ja suositellut uudelleensijoituksen käynnistämistä. Tämän henkilöstöhallinnon prosessin käynnistämisestä on vastuussa asiakkaan esimies. Kuitenkin käytännössä työterveyshuollolla on tärkeä merkitys uudelleensijoitusprosessin suosittelemisessa ja käynnistämiseen ohjaamisessa. Työterveyshuolto antaa asiasta työkykylausunnon, jossa tätä suositellaan. Työntekijän velvollisuutena on toimittaa työkyvystä annettu lausunto esimiehelleen. Uudelleensijoitustoimintaa on toteutettu eri tavoin eri puolella Helsingin kaupungin organisaatiota.

Työkykyarvio tarkoittaa työnantajan pyytämää kirjallista työkyvyn arviota työterveyshuollolta. Tämä on esimiehen keino, kun tarvitaan selvittelyä työntekijän työstä suoriutumisesta, ja kun kyseessä on työkykyyn vaikuttava sairaus. Tällöin työterveyshuolto antaa asiantuntijalausunnon työntekijän työkyvystä selvitettyään ja tutkittuaan tilannetta. Usein työkykyarviointiin kuuluu lisätutkimuksia ja työterveysneuvottelu tai -neuvotteluita.

Työkykyarviopyyntöä edeltää esimiehen ja työntekijän välillä käyty varhaisen tuen keskustelu, joka pääsääntöisesti kirjataan. Vasta tämän jälkeen käynnistetään työkykyarvioprosessi. Myös yksittäinen työntekijä voi pyytää omasta työkyvystään arviota. Työterveyshuolto voi myös itsenäisesti ilman pyyntöä arvioida työntekijän työkykyä ja antaa tästä kirjallisen lausunnon.

Työterveysasioista keskusteltaessa keskinäinen luottamus on tärkeää. Työnantajataho kokee usein, että he ovat tietämättömiä asiakkaan terveydellisistä rajoituksista työssä. Kuitenkaan työterveyshuolto ei voi antaa terveystietoja ilman asiakkaan suostumusta. Yksittäiset sairaustiedot eivät kuulukaan työnantajalle, ja työntekijä päättää itse mitä kertoo esimiehelle.

Työkykyä arvio työterveyshuolto, joka antaa tarvittaessa tästä lausunnon. Näiden seikkojen vuoksi yhteinen palaveri on aina tarpeellinen kaikille tahoille. Nämä neuvottelut olivat usein hyvä alku, joko uuteen työhön työkokeilun tai koulutuksen kautta uuteen ammattiin siirtymiselle. Myös niissä tilanteissa, joissa ei suunnattu uuteen työhön, vaan kyseessä oli paluu omaan tai läheiseen työhön, oli neuvottelu usein tarpeellinen. Yhteinen palaveri selkiytti tilannetta.

Palkkakompensatio on rahallinen tuki työyhteisölle, jossa terveydellisten syiden vuoksi on kevennetty yksittäisen työntekijän työtä. Tämä keino on ollut käytössä

Helsingin kaupungilla jo useiden vuosien ajan. Palkkakompensaatiota hallinnoi Helsingin kaupungin henkilöstökeskus. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että työnantajalle maksetaan ylimääräistä korvausta tilanteessa, jossa osatyökykyinen työskentelee täyttä työaikaan. Kuitenkaan kompensoitavalta työntekijältä ei vaadita täyttä työpanosta. Korvaus maksetaan kyseisen työntekijän työpaikalle. Kyseinen työyksikkö saa työntekijänsä koko palkkakustannuksista suurimmillaan 50 prosentin korvauksen. Tämä tuki myönnetään usein 6 kk:ksi tai vuodeksi. Maksimissaan tätä tukea maksetaan kaksi vuotta, mutta suoraan näin pitkiä maksupäätöksiä ei yleensä tehdä. Tällä korvauksella on mahdollista palkata osapäiväinen työntekijä tai esimerkiksi kustantaa jokin työtä helpottava apuväline. Osatyökyvyttömyyseläkkeellä tai siihen oikeutetulla työntekijällä ei ole mahdollista saada tätä tukea.

Toisinaan kuntoutus- tai henkilöstöhallinnon toimista huolimatta päädyttiin hakemaan *työkyvyttömyyseläkettä*. *Osatyökyvyttömyyseläkettä* voidaan myös tarkastella työssä jatkamisen ja työhön paluun tukitoimena. Tässä osatyökyvyttömyyseläke on luokiteltu eläkkeeksi. *Kuntoutustuki* tarkoittaa määräämäänsä työkyvyttömyyseläkettä. Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää pääsääntöisesti sairausvakuutuksen ensisijaisuusajan jälkeen. Vaatimuksena on vähintään yhtäjaksoinen vuoden pituinen työkyvyttömyysaika. Kuntoutustuki voidaan myöntää *osana* tai *täytenä*. Työkyvyn alenema määräämäänsä ja toistaiseksi myönnettyssä työkyvyttömyyseläkkeessä tulee olla vähintään 2/5 (osaeläke) ja 3/5 (täysieläke).

3.2 Työhön paluun tuki –projektin asiakkaat

Asiakkaita oli projektiryhmässä 278. Kaikki projektin asiakkaat tarvitsivat erityistä tukea työkykynsä kanssa. Asiakkaita oli sosiaalivirastosta (n=109), terveyskeskuksesta (n=77) ja Palmiasta (Helsingin kaupungin liikelaitos, jonka toimialaan kuuluvat mm. siivous, kiinteistöhuolto ja ruokapalvelu) (n=38) sekä opetusvirastosta (n=13).

Projektiryhmään osallistuminen oli aina asiakkaille vapaaehtoista. Toisinaan asiakas ei ollut halukas osallistumaan projektiin, vaikka hoitotaho oli tätä suositellut. Projektiin ohjautumisen syynä oli yleensä vaikea työkykyongelma, ja

perustyöterveyshuolto kaipasi lisätukea tai konsultaatioapua. Pääosin asiakasvastuu siirrettiin projektiryhmälle. Kuitenkin joissakin tapauksissa oma työterveyslääkäri jatkoi projektiryhmän rinnalla asiakaan hoitoa ja seuranta.

Ammattijakauma oli hyvin keskittynyt. Suurin osa asiakkaista (45 %) kuului palvelu- ja myyntityöntekijöihin (esim. hoitajat, lastenhoitajat ja lähihoitajat). 19 prosenttia kuului ryhmään muut työntekijät, joita olivat esim. päiväkotiapulaiset, laitoshuoltaja, toimitilahuoltajat ja erityisavustajat. Kolmanneksi suurin ryhmä oli erityisasiantuntijat; heitä oli aineistossa 12 prosenttia. Tähän ryhmään kuuluivat muun muassa lastentarhanopettajat, luokanopettajat ja lehtorit. Asiantuntijoita oli 8 prosenttia (esim. sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja sosiaaliohjaajat) ja toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijöitä 10 prosenttia (esim. sihteerit, kirjastovirkailijat ja ATK-tukihenkilöt). Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijöitä oli 3 prosenttia (esim. tekstiilihuoltajat ja kirvesmiehet). Samoin prosessi- ja kuljetustyöntekijöitä oli 3 prosenttia (esim. linja-autonkuljettajat). Yksi asiakas kuului luokkaan johtajat. (Luokituksena käytettiin Tilastokeskuksen luokitusta vuodelta 2010.) Sosioekonomisen luokituksen mukaan työntekijöitä oli aineistossa 68 prosenttia. Alempia toimihenkilöitä oli 19 prosenttia ja ylempiä toimihenkilöitä 13 prosenttia. (Luokitteluperusteena käytettiin Tilastokeskuksen sosioekonomisen aseman tilastoluokitusta.)

Työhön kuntoutumisen tukiprojektin asiakkaista naisia oli noin 90 prosenttia. Vaikka naisten osuus kunta-alan työvoimasta on selvästi suurempi kuin miesten, on naisten osuus tutkimuksessa silti ylikorostunut.

Projektin asiakkaat olivat hyvin eri-ikäisiä, keski-ikä ollessa 48 vuotta. Nuorin asiakas oli 25-vuotias ja vanhin 62-vuotias. Alle 40-vuotiaita on aineistossa 14 prosenttia, 40–49-vuotiaita 38 prosenttia, 50–54-vuotiaita 20 prosenttia ja yli 54-vuotiaita 27 prosenttia. Suurin yksittäinen ikäluokka työhön kuntoutumisen tukiprojektissa olivat 40–49-vuotiaat. Projektin asiakkaista 57 prosenttia oli yli 50-vuotiaita.

Asiakkailla oli hyvin erilaisia työkykyongelmia (Taulukko 1). Ensimmäisenä diagnoosina esiintyivät useimmin mielenterveysongelmat. Näitä oli jopa 45 prosentilla projektin asiakkaista. Jos huomioon otetaan kaikki kolme diagnoosia,

niin mielenterveysongelmat korostuivat vielä enemmän. Kaikkiaan jopa 59 prosentilla asiakkaista oli jokin mielenterveyden häiriö. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat ensimmäisenä diagnoosina 30 prosentilla asiakkaista. Asiakkaista 51 prosentilla oli tuki- ja liikuntaelinsairauksia (jos otetaan huomioon kaikki diagnoosit).² Hengityselinsairauksia oli yhdeksällä prosentilla asiakkaista. 23 prosentilla asiakkaista oli mielenterveysongelmia sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksia.

Taulukko 1. Työhön paluun tuki –projektin asiakkaiden diagnoosit

1. diagnoosi	N	%
Mielenterveysongelma	125	45
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	84	30
Muut sairaudet	69	25
Yhteensä	278	100

Suurin osa projektiin ohjatuista asiakkaista ei ollut työssä projektiin tulohetkellä (n=183) (Taulukko 2). Tämä työssäolotieto kirjattiin ensimmäisen tapaamisen aikana. Asiakkaat tulivat projektin asiakkaiksi pääasiassa työterveyslääkärin ohjaamana. Osa asiakkaista oli projektiin tulohetkellä työssä (n=95). Työssä olevien kohdalla sairauslomahistoriaa tarkasteltiin vuosi taaksepäin projektiin tulohetkestä. Työssä olleista merkittiin sairauspoissaolomäärät kuukausitasolla. Tilanteessa, jossa sairauspoissaolo oli ollut yhdenjaksoinen, kirjattiin tämä tieto sairauspoissaolosta. Asiakkaista, jotka eivät olleet työssä projektiin tulohetkellä, kirjattiin tieto sairauspoissaolokuukausista. Tämä tieto kertoo sen, milloin kyseinen asiakas oli ollut viimeksi työssä.

² Kaikkien diagnoosien (eli 1. 2. ja 3 diagnoosien) summia ei esitetä taulukossa 1.

Taulukko 2. Työtilanne projektiin tulohetkellä

Työtilanne	projektiin tullessa	N	%
Työssä		95	34
Ei työssä		183	66
Yhteensä		278	100

Projektin asiakkaista kerättiin myös tietoja henkilökohtaisen elämän vaikeuksista, kuten läheisen sairastumisesta tai kuolemasta (n=33). Muina asiakkaan tilannetta ja työkykyä kuvaavina tietoina kirjattiin esimiehen mahdollinen yhteydenotto työterveyshuoltoon (n=41) tai aikaisempi esimiehen pyytämä työkyvynarvio (n=26). Työssä olleiden asiakkaiden tilannetta kuvaavina tietoina kirjattiin myös seuraavia asioita: asiakas oli ollut jo uudelleensijoituksen asiakkaana (n=26), työnkuvassa oli tehty jo kevennyksiä (n=22), asiakas työskenteli osapäiväisesti (n=24), asiakkaalla oli alkoholiongelma (n=10) ja työpaikalla oli todettu ongelmatilanteita, esimerkiksi vaaratilanteita tai virheitä (n=11). Pienellä osalla asiakaista oli myös, koulutus käynnissä (joko oppisopimuskoulutus tai päiväkoulu) tai asiakas oli jo työkokeilussa. Samoin muutama asiakas oli saanut varoituksen tai huomautuksen epäasiallisesta käytöksestä. Yksittäinen asiakas oli itse ottanut yhteyttä ja/tai ollut huolestunut tilanteestaan ja muutama asiakas oli vuorotteluvapaalla.

Edellä esitelty taustatieto löytyi 86:lta projektiin tulohetkellä työssä olleelta asiakkaalta. Kaikille työssä olleille asiakkaille (n=95) kirjattiin joko sairauspoissaolotieto ja/tai muu taustatieto, joka oli ollut syynä projektiin ohjaukselle. Osalla asiakkaita näitä taustatietoja oli useita. Ne kuvaavat hyvin työssä olleiden asiakkaiden työ- ja henkilökohtaisia tilanteita. Usein työkykyasioita oli käsitelty esimiehen pyynnöstä tai asiakas oli jo uudelleensijoituksen asiakkaana. Työn kuvan kevennyksiä oli jo toteutettu tai työskentely oli osapäiväistä lähes puolella työssä olleista projektin asiakkaista (n=46.)

Asiakkaista suurin osa oli ollut sairauslomalla 1-2 kuukautta. Heitä oli aineistossa 25 prosenttia (n=70). 13–36 kuukautta sairauslomalla olleet olivat toiseksi suurin ryhmä 23 prosenttia (n=65). Joka viides asiakas oli ollut kolmesta kuukaudesta

puoleen vuoteen asti sairauslomalla (20 %). Puolesta vuodesta vuoteen kestäneitä sairauspoissaoloja oli 18 prosentilla asiakkaista. Projektin asiakkaita, joilla ei ollut lainkaan sairauspoissaoloja tai niitä oli alle kuukauden verran, oli vain viisi prosenttia. Samoin hyvin pitkiä sairauspoissaoloja (37–89 kuukautta) oli vain yhdeksällä prosentilla asiakkaista.

Seuraavaksi tarkastellaan asiakkaiden sairauspoissaolokuukausia projektiin tulohetken työtilanteen mukaan. Sairauspoissaolojen määrät vaihtelivat työssä olleilla ja ei työssä olleilla (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tukiprojektin asiakkaiden sairauspoissaolokuukaudet työssäolon mukaan (projektiin tulotilanne), N, %

Sairauspoissaolokuukaudet	N	%
Ei työssä		
1-2 kk	25	14
3-6 kk	33	18
7-12 kk	40	22
13–36 kk	63	34
Yli 36 kk	22	12
Yhteensä	183	100
Työssä		
Ei poissaoloa/>1kk	13	14
1-2 kk	45	47
3-6 kk	24	25
7-12 kk	9	9
13–36 kk	2	2
Yli 36 kk	2	2
Yhteensä	95	100

Ei työssä olleiden asiakkaiden sairauspoissaolot olivat pääsääntöisesti pidempiä kuin työssä olleiden. Suurimman ryhmän muodostavat 13-36 kuukautta eli yli vuodesta kolmeen vuotta sairauslomalla olleet. Asiakkaista, jotka eivät olleet työssä 14 prosentilla oli kuukaudesta kahteen kuukauteen ja 18 prosentilla oli kolmesta kuukaudesta puoleen vuoteen pitkiä sairauspoissaoloja. Yli puolesta vuodesta vuoteen kestänyt sairauspoissaolo oli 22 prosentilla asiakkaista. (Taulukko 3)

Työssä olleiden asiakkaiden sairauspoissaolot olivat selvästi lyhyempiä kuin ei työssä olleiden (taulukko 3). Sairauspoissaolot olivat pituudeltaan kuukaudesta kahteen kuukauteen (47 %). Seuraavaksi eniten oli kolmesta kuukaudesta puolen vuoteen kestäneitä sairauspoissaoloja.

Kuntoutustoimenpiteistä eniten käytetty oli työeläkelaitoksen kustantama työkokeilu. Näitä työkokeiluja toteutui 31 prosentilla asiakkaista. Osalle työkokeilua ehdittiin suunnitella, mutta toteutukseen asti ei päästy. Tähän vaikuttivat muun muassa toimintakyvyn heikentyminen tai sopivan työkokeilupaikan puuttuminen. Helsingin kaupungin henkilöstökeskuksen kustantamia työkokeiluja oli 18 prosentilla asiakkaista. Tähän päädyttiin tilanteessa, jossa työeläkevakuutusyhtiö ei lähtenyt rahallisesti tukemaan työkokeilua tai haluttiin järjestää uusi työkokeilu työeläkevakuutusyhtiön tukeman työkokeilun jälkeen. Kokonaisuudessaan työkokeiluja oli 37 prosentilla asiakkaista (n=103) (Taulukko 4).

Työkokeiluja oli erityisesti niillä projektin asiakkailla, jotka eivät olleet työssä projektiin tullessa. Ei työssä olleista 49 prosentilla oli työkokeilu projektin aikana (n=90). Työssä olleista vain 14 prosentilla oli työkokeilu. Sairauspoissaolokuukausien määrä ja työkokeiluun osallistuminen vaihtelivat projektiin tulohetken työtilanteen mukaan. Tässä tarkastelen tämän vuoksi myös sairauspoissaolokuukausien määrää ja työkokeiluja tarkemmin. Ei työssä olleista eniten työkokeiluja oli ryhmässä 13–36 sairauspoissaolokuukautta (n=39). Myös ryhmissä 7-12 (n=21) ja 3-6 kuukautta (n=16) työkokeiluja oli runsaasti.

Tässä aineistossa ammatillisena kuntoutuksena kustannettu koulutus toteutui vain 5 prosentilla asiakkaista (n=15) (Taulukko 4). Kaikkiin kuntoutustoimenpiteisiin verrattuna koulutuksia oli vähän. Suurin osa koulutukseen ohjatuista eivät olleet työssä projektiin tullessa (n=9).

Varsinaiisiin kuntoutuskursseihin ohjattiin 31 prosenttia asiakkaista. Näistä kurseista Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen osuus oli 21 prosenttia, lääkinnällisen kuntoutuksen 5 prosenttia sekä kuntoremonttikurssien 5 prosenttia. Kuntoutuskurssien lisäksi joitakin asiakkaita ohjattiin kahteen Kuntoutussäätiön projektiin. Näitä olivat Työhön paluu -ryhmä masentuneille (5 %) sekä Opi oppimaan -projekti lukihäiriöisille (2 %). Kuntoutustutkimuksiin tai työkliniikkatutkimuksiin päätyi 21 prosenttia projektin asiakkaista. (Taulukko 4)

Helsingin kaupunki kustantaa kuntoutus- ja työlinikkatutkimuksia itse. Tämä on syy merkittävään määrään kuntoutustutkimuksia (n=57). Työeläkelaitokset eivät enää kustanna lainkaan näitä tutkimuksia (Työeläkelakipalvelu 2014, Elon esite 2015). Myös Kela on vähentänyt kuntoutustutkimusten käyttöä (vuonna 2005 1828 kpl ja vuonna 2013 1208 kpl) (Kelan kuntoutustilastot 2005 ja 2013). Osa asiakkaista (3 %) oli päihderiippuvuuden vuoksi hoitoonohjausprosessissa tai heidät ohjattiin tähän projektin aikana.

Henkilöstöhallinnon toimenpiteistä käytetyin oli uudelleensijoitus (37 %, n=103). Käytännössä tämä tarkoittaa koko Helsingin kaupungin uudelleensijoitustoiminnan asiakkaista yli kolmasosaa. Vuosittain uudelleensijoitusprosessissa on asiakkaina noin 300 Helsingin kaupungin työntekijää. Työnantajan pyytämä työkykyarvio tehtiin 19 prosentille projektin asiakkaista (n=52). Palkkakompensaatio oli 14 prosentilla projektin asiakkaista (n=40). (Taulukko 4)

Taulukko 4. Tukiprojektin asiakkaiden toimenpiteet projektin aikana, N, %

Toimenpide	N	%
Erillinen kuntoutusprojekti	16	6
Osasairauspäiväraha	8	3
Lääkinnällinen kuntoutus	14	5
Kuntoutustutkimus	57	21
Harkinnanvarainen kuntoutus	59	21
Kuntoremontti	13	5
Työkokeilu	103	37
Koulutus	15	5
Palkkakompensaatio	40	14
Uudelleensijoitus	103	37
Työkykyarvio	52	19

4. Tutkimuksen tavoitteet, aineistot ja menetelmät

Tässä tutkimuksessa selvitetään työhön paluuseen ja työssä jatkamiseen liittyviä tekijöitä Helsingin kaupungin Työterveyskeskuksen Työhön paluu tuki -projektin asiakkailla. Erityisesti perehdytään asiakkaiden työtilanteeseen projektin päätyttyä. Tutkimuksen aineistot (rekisteripohjainen asiakasaineisto ja haastatteluaineisto) on kerätty ”Työhön paluun tuki” -projektin asiakkaista.

Tutkimuksessa on käytetty aineistotriangulaatiota, jonka avulla voidaan lisätä tutkimuksen uskottavuutta. Triangulaatio tarkoittaa eri teorioiden tai menetelmien yhdistämistä tutkimuksessa. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 141–142). Triangulaatiota on toteutettu käyttämällä kvantitatiivista ja kvalitatiivista aineistoa. Näin on ollut mahdollista käyttää tutkimuksessa eritavoin kerättyä tietoa tutkimuskohteesta.

Työhön kuntoutumisen tuki -projektin asiakkaista kerätyllä rekisteriaineistolla tutkitaan työtilannetta tukiprojektin päättymisen jälkeen. Asiakastietoihin perustuva rekisteriaineisto on kerätty Työhön paluun tuki -projektin aikana ja sen päätyttyä. Se on kattava ja sisältää kaikki projektiin osallistuneet työntekijät.

Tutkimuskysymykset, joihin rekisteriaineiston perusteella vastataan, ovat:

1. Mitkä tekijät selittävät projektissa olleiden asiakkaiden työtilannetta projektin päätyttyä?

- Mikä yhteys sosiodemografisilla tekijöillä on työtilanteeseen?
- Mikä yhteys on sairauslomilla ja niiden kestolla työtilanteeseen?
- Mikä yhteys projektin eri kuntoutus- ja henkilöstöhallinnon toimenpiteillä on työtilanteeseen?

Aikaisempien tutkimusten perusteella (ks. luku 2) voidaan asettaa hypoteeseja. Tämän tutkimuksen oletuksena on ***matalan sosioekonomisen aseman ja ammattiaseman omaavien vähäisempi työhön paluu ja työssä jatkaminen kuin korkeammassa asemassa olevien***. Samoin oletuksena on ***iäkkäämpien asiakkaiden vähäisempi työhön paluu ja työssä jatkaminen kuin nuorempien***. ***Pidemmän sairauspoissaolon oletetaan myös vähentävän työhön paluuta***. Kuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön tiivistämisen on jo aikaisemmin todettu lisäävän työhön paluuta, joten oletuksena tässä tutkimuksessa on ***projektin eri toimenpiteiden edistävän työhön paluuta***.

Työkykyongelman kuvaaminen ei ole yksiselitteistä, eivätkä yksittäiset tilastomuuttujat pysty kuvaamaan työhön paluu prosessia sairauslomalta tai työssä sinnittelyä erilaisten työpaineiden tai henkilökohtaisten ongelmien kanssa. Tämän vuoksi haastatteluaineiston käyttäminen rekisteriaineiston lisäksi on tässä tutkimuksessa perusteltua.

Haastatteluaineiston avulla tutkitaan kuntoutuspolkuja:

1. Minkälaisia kuntoutuspolkuja haastatteluaineiston perusteella on löydettävissä?

Asiakashaastattelut tehtiin projektin päätyttyä. Ensimmäiset haastattelut toteutettiin joulukuussa 2010. Viimeinen haastattelu tehtiin syyskuussa 2011. Haastatteluaineisto koostuu yhteensä 15 asiakkaan haastatteluista. Haastatteluaineisto kerättiin, koska rekisteritietojen ohella haluttiin saada tietoa Työhön paluun tuki -projektin asiakkaiden kokemuksista ja näkemyksistä työhön paluunsa edellytyksistä.

4.1 Rekisteriaineisto

Rekisteriaineiston asiakastiedot on kerätty Työhön paluun tuki -projektin aikana (2007–2009) ja sen päättymisen jälkeen. Projektin aikana jokaisesta asiakkaasta (n=278) kerättiin seuraavat perustiedot: työtilanne projektiin tullessa, sukupuoli, ikä, ammatti, diagnosoidut sairaudet, sairauspoissaolotieto projektiin tullessa (poissa työstä olleilla kuukausitason tieto viimeisestä työssäolosta ja työssä olleilta sairauspoissaolotieto edeltävältä vuodelta ennen projektin asiakkaaksi tuloa), käytetyt kuntoutustoimenpiteet, eläketieto (työkyvyttömyyseläke, osatyökyvyttömyyseläke, kuntoutustuki) ja työtilanne projektin päätyttyä.

Tarkistus projektissa olleiden asiakkaiden työtilanteesta tehtiin elokuussa 2010. Tuolloin projektin päättymisestä oli kulunut reilu puoli vuotta. Tämän jälkeen koko aineisto käytiin vielä läpi. Apuna käytettiin Helsingin kaupungin henkilöstörekisteriä, josta selvisi, oliko asiakas työssä vai ei. Samalla tarkistettiin jokainen diagnoosi ja sairauspoissaolot sekä projektissa suunnitellut toimenpiteet ja niiden toteutuminen. Nämä tiedot saatiin Helsingin kaupungin työterveyskeskuksen omasta potilasjärjestelmästä.

4.1.1 Rekisteriaineiston muuttajat

Työtilanne

Työtilanteesta on kaksi muuttujaa: työtilanne projektiin tulohetkellä ja työtilanne projektin päätyttyä. Jokaisen asiakkaan työtilanne kirjattiin hänen tullessaan projektiin. Muuttuja on dikotominen, asiakas oli joko työssä tai ei työssä. Jos asiakas ei ollut työssä, hän oli useimmiten sairauslomalla tai kuntoutustuella. Muita syitä työstä poissaoloon olivat muun muassa vuorotteluvapaa, hoitovapaa tai opintovapaa.

Tutkimuksen selitettävänä muuttujana on työtilanne projektin päätyttyä. Myös se on dikotominen muuttuja: työssä tai ei työssä (siirtynyt kuntoutustuelle/työkyvyttömyyseläkkeelle tai sairauslomalla).

Edellä mainituista muuttujista (työtilanne projektiin tullessa ja työtilanne projektin päätyttyä) tehtiin uusi muuttuja, joka kuvaa työtilanteen muutosta. Jos asiakas oli työssä projektin alussa ja työssä projektin päätyttyä, tämä koodattiin neutraaliksi (ei muutosta työtilanteessa). Samoin toimittiin tilanteessa, jossa asiakas ei ollut työssä projektiin tullessa, eikä työllistynyt projektin päätyttyä (ei muutosta työtilanteessa). Työstä pois siirtymisen muutos taas kirjattiin, kun asiakas oli työssä projektiin tullessa ja projektin päätyttyä ei ollut työssä (päätenyt pois työelämästä). Työhön siirtymisen muutos oli tilanteessa, jossa asiakas ei ollut työssä projektiin tullessa ja työllistyi sen päätyttyä (työhön paluu sairauslomalta). Kaikkien asiakkaiden tilanteita ei projektin päätyttyä pystytty raportoimaan (työtilannetta ei tiedossa). Nämä jätettiin pois jatkoanalyysistä.

Ikä

Analyyseja varten muodostettiin neljä ikäluokkaa: 1) alle 40-vuotiaat, 2) 40–49-vuotiaat, 3) 50–54-vuotiaat ja 4) yli 54-vuotiaat. Aineistossa oli suhteellisen vähän alle 40-vuotiaita, sillä ikäjakauma oli painottunut vanhempiin työntekijöihin. 40–49-vuotiaita oli suhteellisen paljon (38 %). Yli 50-vuotiaita oli 47 prosenttia. Yli 50-vuotiaat jaoteltiin kahteen ryhmään, jotta päästäisiin tarkastelemaan yli 54-vuotiaiden työhön paluuta/työssä jatkamista. Samalla saatiin tilastolliseen analyysiin sopivan kokoiset vertailtavat ryhmät.

Sosiodemografiset tekijät

Ammattinimikkeitä on aineistossa 80 kpl. Suurimmat yksittäiset ammattiryhmät ovat lastenhoitajat, lastentarhanopettajat, hoitajat ja toimitilahuoltajat. Suurta ammattinimikkeiden lukumäärää pienennettiin siten, että ammatit luokiteltiin uudestaan käyttämällä Tilastokeskuksen luokitusta vuodelta 2010. Kyseinen luokitus perustuu ILON:n ISCO-88 luokitukseen ja siinä on kymmenen luokkaa. Tässä tutkimuksessa käytettiin vain kahdeksaa luokkaa, koska aineistossa ei ollut maanviljelijöitä eikä sotilaita. Nämä luokat olivat johtajat, erityisasiantuntijat (esim. lastentarhanopettajat, luokanopettajat ja lehtorit, 12 prosenttia), asiantuntijat (esim. sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja sosiaaliohjaajat, 8 prosenttia), toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät (esim. sihteerit, kirjastovirkailijat ja ATK-tukihenkilöt, 10 prosenttia), palvelu- ja myyntityöntekijät (esim. hoitajat, lastenhoitajat ja lähihoitajat, 45 prosenttia), rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät (esim. tekstiilihuoltajat ja kirvesmiehet, 3 prosenttia) ja

prosessi- ja kuljetustyöntekijät (esim. linja-autonkuljettajat, 3 prosenttia) sekä muut työntekijät (esim. päiväkotiapulaiset, laitoshuoltaja, toimitilahuoltajat ja erityisavustajat, 19 prosenttia).

Toisena luokitteluperusteena käytettiin Tilastokeskuksen sosioekonomisen aseman tilastoluokitusta. Tässä luokituksessa on seitsemän luokkaa, joista käytettiin kolmea (ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt ja työntekijät). Aineisto koostuu vain kunta-alan työntekijöistä, joten yrittäjiä, opiskelijoita, eläkeläisiä tai ryhmästä muut ei aineistossa ole.

Terveysteen liittyvät tekijät

Rekisteriaineistossa terveyteen liittyviä tekijöitä ovat diagnosoidut sairaudet ja sairauspoissaolot. Työkyvyn kannalta merkittävät diagnoosit kirjattiin tärkeysjärjestyksessä. Näistä sairausdiagnooseista kolme ensimmäistä otettiin tämän tutkimuksen aineistoon mukaan. Sairausdiagnooseista muodostettiin kaksi muuttujaa. Sairauspääryhmää kuvaava muuttuja luokiteltiin aineiston perusteella yleisimpiin sairauspääryhmiin. Näitä ovat tässä aineistossa tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt sekä muut sairaudet. Tämän lisäksi luotiin dikotominen mielenterveysdiagnoosia kuvaava muuttuja, (mielenterveysdiagnoosi tai ei mielenterveysdiagnoosia).

Sairauspoissaolot kirjattiin kuukausina, koska tarkempaa kirjausta ei käytettävissä olleesta aineistosta ollut mahdollista saada. Koko projektin asiakkaiden sairauspoissaolokuukaudet luokiteltiin kuuteen luokkaan (alle 1kk, 1-2kk, 3-6kk, 7-12kk, 13-36kk ja 37-89kk). Tämä luokittelu sopii hyvin sairauspoissaolon seurannassa käytettyihin rajoihin. Työnantajalla on velvollisuus ilmoittaa yli 30 sairauspoissaolopäivistä työterveyshuoltoon. Yli 60 sairauspoissaolopäivää olleille työntekijöille laaditaan työterveyshuollossa kuntoutussuunnitelma. Samalla saatiin tilastolliseen analyysiin sopivan kokoiset vertailtavat ryhmät.

Kuntoutustoimenpiteet ja henkilöstöhallinnon toimet

Rekisteriaineistosta löytyvät tiedot kaikista projektin asiakkaiden kuntoutustoimenpiteistä, joita olivat kuntoutuskurssit, kuntoutustutkimukset, työkokeilut (Kevan ja henkilöstökeskuksen kustantamat), koulutukset sekä ulkopuoliset tukiprojektit. Jokaisesta kuntoutustoimenpiteestä muodostettiin

dikotominen muuttuja (osallistunut tai ei osallistunut). Henkilöstöhallinnon toimilla tarkoitetaan tässä henkilöstökeskuksen maksamaa työkokeilua, palkkakompensaation käyttöä, uudelleensijoituksen asiakkuutta ja esimiestahon pyytämää työkykyarviota.

Helsingin kaupungin henkilöstökeskuksen maksamaa työkokeilua käytettiin pääosin samalla tavoin kuin vakuutusyhtiön omaa työkokeilua. Siksi niitä tarkastellaan tässä tutkimuksessa yhdessä. Näistä kahdesta työkokeilumuuttujasta muodostettiin siten yhteinen summamuuttuja. Myös toteutettujen työkokeilujen lukumäärää tarkasteltiin.

Työkokeiluun osallistumista kuvaavasta muuttujasta ja sairauspoissaolomuuttujasta muodostettiin kaksi yhdistelmämuuttujaa. Kummassakin muuttujassa sairauspoissaolo luokiteltiin kahteen luokkaan (ensimmäisessä muuttujassa: alle 6 kk sairauspoissaoloa tai yli 6 kk sairauspoissaoloa ja toisessa muuttujassa: alle 12 kk sairauspoissaoloa tai yli 12 kk sairauspoissaoloa). Tarkoituksena oli tarkastella työkokeiluun osallistumisen yhteyttä työhön paluuseen sairauspoissaolon pituuden mukaan.

Työkokeilumuuttuja on dikotominen muuttuja (työkokeilu tai ei työkokeilua). Näistä muuttujista muodostettiin uusi muuttuja siten, että muuttujassa oli neljä luokkaa. Nämä luokat olivat 1) ”alle 6 kk sairauspoissaoloa” ja työkokeilu, 2) ”yli 6 kk sairauspoissaoloa” ja ei työkokeilua, 3) ”alle 6 kk sairauspoissaoloa” ja ei työkokeilua ja 4) ”yli 6 kk sairauspoissaoloa” ja työkokeilu. Työkokeilun ja sairauspoissaolon pituuden tarkemman vaikutuksen tutkimiseksi muodostettiin myös toinen yhdistelmämuuttuja, jossa sairauspoissaolot on luokiteltu 1) korkeintaan vuoden pituisiin ja 2) yli vuoden pituisiin sairauspoissaoloihin. Muutoin muuttuja muodostettiin samalla tavalla kuin edellä mainittu muuttuja.

Aineistossa omina muuttujinaan ovat myös palkkakompensaation käyttö, uudelleensijoituksen asiakkuus, esimiestahon pyytämät työkyvynarviot sekä eläketieto (osakuntoutustuet, osatyökyvyttömyyseläkkeet, kuntoutustuet ja työkyvyttömyyseläkkeet). Nämä muuttujat ovat dikotomisia (kyllä/ei).

4.1.2 Rekisteriaineiston analyysimenetelmät

Analyysimenetelmänä rekisteriaineiston osalta käytettiin ristiintaulukointia. Tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin ristiintaulukoinnissa Khi^2 -testillä. Monimuuttuja-analyysia ei tehty asiakasaineiston pienen koon takia. Aineistoa käsiteltiin SPSS-ohjelmalla.

Selittäviä tekijöitä ovat ammatti, ikä, terveyteen liittyvät tekijät (diagnosoidut sairaudet ja sairauspoissaolot), toteutetut toimenpiteet (työkyvynarvio, hoitoonohjaus, kuntoremontti, harkinnanvarainen kuntoutus, lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutustutkimus, Kevan työkokeilu, Heken työkokeilu, koulutus, Kuntoutussäätiön tukiprojekti masentuneille, RAY:n rahoittama opi oppimaan projekti ja osatyökyvyttömyyseläkkeen ja osakuntoutustuen käyttö) ja henkilöstöhallinnon toimet palkkakompensaatiot, uudelleensijoitustoiminta ja työnantajan pyytämä työkyvyn arvio). Kaikki selittävät muuttujat ristiintaulukoitiin suhteessa selitettävään muuttujaan (työtilanne projektin päätyttyä).

4.2 Haastatteluaineisto

Haastattelukysymysten laadinnassa käytettiin apuna aikaisemmin tehtyä tutkimusta, joka kohdistui pitkällä sairauslomalla olleisiin työntekijöihin (ks. Joensuu, Kivistö, Malmelin ja Lindström 2008) sekä Helsingin kaupungin henkilöstön terveystutkimusta (Helsinki Health Study), jossa on tutkittu ikääntyvien Helsingin kaupungin työntekijöiden sairauspoissaoloja ja varhaiseläkkeelle siirtymistä ja tutkimusta varhaiseläkkeelle siirtymisestä Helsingin kaupungin henkilöstön keskuudessa (Harkonmäki, Lahelma, Väänänen ja Rahkonen 2006, Piha 2013). Haastattelukysymykset liittyivät työhön. Lisäksi käytiin läpi taloudelliseen tilanteeseen, terveyteen, kuntoutukseen, työhön paluuseen ja projektin toimintaan liittyviä asioita. (ks. LIITE 2).

Haastatteluaineisto kerättiin puolistrukturoidulla lomakehaastattelulla. Koska kyseessä oli monelle emotionaalisesti arka aihe terveydestä ja työkyvystä,

päädyttiin käyttämään pääosin strukturoitua haastattelua (ks. esim. Hirsijärvi 1988, 35). Strukturoidun lomakehaastattelun käyttämisellä pyritään haastattelijan vaikutuksen minimointiin: samassa järjestyksessä esitetyt kysymykset vähentävät haastattelijan vaikutusta haastateltavan vastauksiin. (Ruusuvuori ja Tiittula 2005, 11). Strukturoitujen kysymysten lisäksi mukana oli myös avoimia kysymyksiä.

Haastattelija esitti kysymykset haastattelulomakkeen mukaisesti jokaisen haastatellun kohdalla samassa järjestyksessä. Suuriin osa lomakkeen kysymyksistä sisälsi valmiit vastausvaihtoehdot. Kuitenkin kaikkiin kysymyksiin pystyi myös vastaamaan avoimesti. Tällöin haastattelija kirjasi vastauksen lomakkeelle. Vastauksia voitiin myös täydentää haastattelun aikana. Haastattelut kestivät noin tunnista reiluun tuntiin.

Osa haastatelluista asiakkaista oli haastattelutilanteessa hyvin puheliaita. Osa taas oli niukempipuheisia ja selvästikin jännittyneitä. Pääasiassa haastatellut kertoivat kokemuksistaan laajasti. Haastattelulomake auttoi pysymään aiheessa. Aloittaminen sujui pääosin hyvin taustakysymysten kautta. Haastatellut kertoivat mielellään työurastaan ja koulutuksistaan. Taustakysymysten ja työhistorian läpikäymisen kautta siirryttiin nykytilanteeseen. Myöhemmin siirryttiin projektiin ja työhön liittyviin kysymyksiin.

Työhön paluun tuki -projektin 278 asiakkaasta valittiin 15 haastateltavaa. Heidät valittiin siten, että he edustaisivat laajasti kaikkia projektissa mukana olleita henkilöitä. Näin ollen haastateltujen joukossa oli sekä työhön palanneita, osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä, täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä, hylkäävän eläkepäätöksen saaneita, että koulutukseen siirtyneitä. Kaikki haastateltavat olivat naisia. Valintaan vaikutti myös se, että he olivat osallistuneet aktiivisesti työhön paluun tuki -projektiin, joten heillä oli kokemusta kuntoutusprosessista. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 88–89).

Taulukko 5. Haastatellut asiakkaat

Ammatti	Ikä	Koulutus	Työtilanne projektiin tulohetkellä	Toimenpiteet	Työtilanne projektin päätyttyä	Koodi
hoitaja	44	peruskoulu, kehitysvammaisten hoitaja	ei työssä	TYK-kuntoutus, koulutus, uudelleensijoitus	opiskelee	H1
lastentarhanopettaja	58	keskikoulu, sosiaalikasvatusta	ei työssä	kuntoremontti, kuntoutustutkimus kaksi työkokeilua, uudelleensijoitus	työssä (osapäivä), uusi työ	H2
perushoitaja	56	keskikoulu, apuhoitaja	ei työssä	kuntoremontti, kuntoutustutkimus kaksi työkokeilua, uudelleensijoitus	ei työssä, osatyökyvyttömyyseläke, hylkypäätös täydestä työkyvyttömyyseläkkeestä	H3
puutarhuri	53	keskikoulu, puutarhurin ammattitutkinto	ei työssä	kuntoutustutkimus kaksi työkokeilua	työssä	H4
suunnittelija	50	ylioppilas, korkeakoulututkinto	ei työssä	TYK-kuntoutus, työkokeilu, oppisopimuskoulutus, uudelleensijoitus	työssä, uusi työ	H5
laitoshoitaja	49	kansalaiskoulu, kauppakoulu, emäntäkoulu, siivoustyönohjaaja, kotiaavustaja	ei työssä	kipukuntoutuskurssi, kuntoutustutkimus, kolme työkokeilua, uudelleensijoitus	ei työssä, työkyvyttömyyseläkkeestä hylkäyspäätös	H6
lastenhoitaja	35	peruskoulu, lähihoitaja	työssä	kuntoutustutkimus, työkokeilu, koulutus uudelleensijoitus	työssä, uusi työ	H7
erityisavustaja	51	ylioppilas, parturikampaajan ja koulunkäyntiavustajan koulutus	ei työssä	työkokeilu, uudelleensijoitus	työssä (osapäivä), uusi työ	H8

puhelinvä- littäjä	50	peruskoulu, sairaanhoitaja	työssä	TYK-kuntoutus, uudelleensijoitus	työssä	H9
lastenhoi- taja	50	ylioppilas, lastenhoitaja, merkonomi	ei työssä	kipukuntoutuskurs- si, työkokeilu, kuntoutustutkimus, palkkakompensaa- tio, uudelleensi- joitus	työssä, uusi työ	H10
lastenhoi- taja	49	ylioppilastutkinto, lastenhoitajan	ei työssä	työkokeilu, uudelleensijoitus	työssä (osapäivä), uusi työ	H11
perushoita- ja	41	peruskoulu, perushoitaja	ei työssä	kuntoutustutkimus, kaksi työkokeilua, uudelleensijoitus	ei työssä, kuntoutus- tuki	H12
sosiaali- työntekijä	53	ylioppilastutkinto, korkeakoulututkinto	ei työssä	kuntoutustutkimus, Kuntoutussäätiön projekti masentuneille, kaksi työkokeilua	ei työssä, työkyvyttö- myyseläke	H13
lastenhoi- taja	51	keskikoulu, lastenhoitaja	ei työssä	kuntoutustutkimus, lääkinnällinen kuntoutus, kaksi työkokeilua	ei työssä, kuntoutus- tuki	H14
lähihoitaja	55	peruskoulu, ammattikoulu, lähihoitaja	ei työssä	kuntoutuskurssi, työkokeilu	työssä (osapäivä)	H15

Haastateltujen asiakkaiden ammatit vaihtelivat ja myös koulutustasossa on eroja (Taulukko 5). Suurin osa on suorittanut ammattikoulutasoisen tutkinnon, kolme opistotasoisen ja kaksi yliopistotutkinnon. Pohjakoulutuksena kuudella haastatelluista oli peruskoulu tai kansalaiskoulu, neljällä keskikoulu ja viidellä ylioppilastutkinto.

Kuntoutustutkimukseen osallistui kahdeksan ja kuntoutuskurssin kävi kuusi haastateltavaa. Ammatilliseen kuntoutukseen (työkokeilu tai koulutus) osallistuivat kaikki yhtä lukuun ottamatta. Työkokeilu tai -kokeiluja oli kymmenellä ja koulutusta neljällä. Työtilanne projektin päätyttyä oli suhteellisen hyvä. Työssä olevia oli yhdeksän, joista osapäiväistä työtä teki neljä. Päätoimisia opiskelijoita oli yksi.

4.2.1 Haastatteluaineiston analyysimenetelmät

Haastatteluaineiston analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi, jossa aineistoa tarkastellaan etsien yhtäläisyyksiä ja eroja. Pyrkimyksenä on tiivistää ja yleistää aineistoa sekä muodostaa analyysin pohjalta erilaisia kuntoutuspolkuja. (Tuomi ja Sarajärvi 2002.) Tässä tutkimuksessa haastatteluaineisto käytiin läpi tarkasti ja siitä etsittiin yhteisiä piirteitä. Luokittelu tehtiin sisällön mukaisesti, mutta kerronnallisuutta hyödynnettiin niiden auki kirjoittamisessa.

Haastatteluaineisto luokiteltiin Työhön paluun tuki -projektissa esille tulleiden teemojen mukaisesti. Näitä olivat koettu terveydentila, taloudellinen tilanne, työhön liittyvät tekijät, toteutuneet kuntoutukset ja Työhön paluun tuki -projektin toiminnan tarkastelu sekä työhön paluu.

Toteutuneita kuntoutuksia ja Työhön paluun tuki -projektin toimintaa tarkasteltiin haastateltavien näkökulmasta. Haastateltujen vastauksia peilattiin läpi koko haastatteluaineiston projektin jälkeiseen työtilanteeseen. Jokaisesta haastatellusta konstruointiin oma kertomus.

Näiden kertomusten luomisessa käytiin läpi haastateltujen projektiin tulotilanne asiakasrekisteristä, haastattelulomakkeelta ja rekisteriaineistosta. Apuna käytettiin myös Työhön paluun tuki -projektista saatua kokemustietoa. Tämä mahdollisti aineiston tarinanomaisen tarkastelun. Kunkin kohdalla edettiin kronologisesti eteenpäin käyden läpi projektin tapahtumat kustakin lähteestä. Samoin käytiin läpi haastateltujen tilanne projektin päätyttyä. Näin saatiin muodostettua jokaisesta haastateltavasta mahdollisimman todenmukainen kertomus.

Tarkoituksena oli kuvata kuntoutusprosessia tarinanomaisesti (Hänninen 2000). Näistä kertomuksista laadittiin tyyppikertomukset. Mukana on myös lainauksia kyseiseen tyyppikertomukseen kuuluvien haastateltujen haastatteluista. Jos mukana on vain yhden haastatellun lainaus, ei tämä tarkoita sitä, että kyseessä olisi vain yhden haastatellun kuvaus. Kaikki kertomukset ovat olleet mukana tyyppikertomusten muodostamisessa. Tyyppikertomuksista käytetään jatkossa

nimitystä kuntoutuspolut jotka edustavat haastateltaville tyypillisiä etenemisiä läpi projektin takaisin kohti työelämää. (vrt. Eskola ja Suoranta.)

Edellä esitettyä tarinanomaista analyysiä on käyttänyt Hänninen (2000) tutkimuksessaan työttömäksi joutuneiden tarinoissa. Ensimmäkin hän konstruoi teemahaastatteluista saadun aineiston ydintarinoiksi, jotka tyypiteltiin. Tyypitarinoin sijoitettiin useiden haastateltujen kertomuksia. Haastatteluaineiston lisäksi voidaan käyttää myös dokumenttimateriaalia tai havainnoinnin kautta saatua tietoa. (Hänninen 2000.) Tässä aineistossa oli mukana haastatteluaineiston lisäksi asiakasrekisteristä ja rekisteriaineistosta saatua tietoa sekä Työhön paluun tuki - projektista saatu kokemustieto.

5. Työtilanne Työhön paluun tuki –projektin päätyttyä

Tässä luvussa käsitellään rekisteriaineiston perusteella työtilannetta tukiprojektin päätyttyä. Tarkoituksena on tutkia työtilannetta ja sen muutosta sekä eri tekijöiden yhteyttä työtilanteeseen.

Verrattuna työtilanteeseen projektiin tulohetkellä, työssä olevien asiakkaiden määrä lisääntyi projektin päätyttyä. Projektiin tulleista asiakkaista 35 prosenttia oli työssä. Projektin päätyttyä (tarkasteluajankohtana 8/2010-3/2011) työssä oli 49 prosenttia asiakkaista (Taulukko 6).

Taulukko 6. Työtilanne projektin päätyttyä

Työtilanne projektin päätyttyä	N	%
Työssä	136	49
Ei työssä	108	39
Irtisanoutuminen/ irtisanottu	25	9
Muu tilanne (hoitovapaa yms.)	9	3
Yhteensä	278	100

Projektin kaikista 278 asiakkaista 39 prosenttia (n=108) ei ollut työssä projektin päätyttyä. Heistä täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella oli 84 prosenttia (n=91). Osatyökyvyttömyyseläkkeellä heistä oli 8 prosenttia (n=9). Loput olivat sairauslomalla. (Taulukko 7)

Kaikkien asiakkaiden työtilannetta projektin päätyttyä ei pystytty selvittämään (n=34). Tähän luokkaan kuuluvat ne asiakkaat, joiden työtilanteen muutosta ei voitu raportoida. Heistä suurin osa oli irtisanoutunut tai irtisanottu Helsingin kaupungin palveluksesta. Heitä oli tästä aineistossa 9 prosenttia (n=25). Loput asiakkaista, joiden työtilannetta ei tarkemmin tiedetty, on kirjattu muuna tilanteena. Muu tilanne pitää sisällään opintovapaan, hoitovapaan ja vanhuuseläkkeen. Heitä oli projektin asiakkaista 3 prosenttia (n=9). (Taulukko 6)

24 prosenttia projektin asiakkaista oli päätenyt sairauslomalta takaisin työelämään projektin päätyttyä (n=67). 58 prosentilla asiakkaista (n=162) työtilanteessa ei tapahtunut muutosta. Tämä tarkoittaa, että joko asiakas oli työssä sekä projektiin tulohetkellä että projektin jälkeen (n=67) tai ei ollut työssä projektiin tulohetkellä, eikä työllistynyt projektin päätyttyä (n=95). Jälkimmäiset muodostavat enemmistön (59 %) tässä ryhmässä. (Taulukko 7)

Taulukko 7. Projektin asiakkaiden työtilanteen muutos Työhön paluun tuki - projektin päätyttyä

Työtilanteen muutos	N	%
Työhön paluu sairauslomalta	67	24
Ei muutosta työtilanteessa	162	58
Päätenyt pois työelämästä	15	6
Työtilannetta ei tiedossa	34	12
Yhteensä	278	100

Seuraavaksi tarkastellaan projektin asiakkaille haettuja ja myönnettyjä eläkkeitä sekä työhön paluuta. Osalle asiakkaista haettiin joko määräaikaista (kuntoutustukea) tai pysyvää täyttä työkyvyttömyyseläkettä. Kuntoutustukea haettaessa suuntana oli vielä paluu työelämään. Kuntoutustukea haettiin 16 prosentille ja se myönnettiin 13 prosentille asiakkaista. Osatyökyvyttömyyseläkettä tai osakuntoutustukea haettiin 20 prosentille ja näitä myönnettiin 17 prosentille (n=48) asiakkaista. Heistä työssä projektin päätyttyä oli suurin osa (n=34). Osatyökyvyttömyyseläkkeelle päätyneistä 63 prosenttia (n=30) eivät olleet työssä projektiin tullessa.

Osatyökyvyttömyyseläkkeellä ja työtilanteella (projektin päätyttyä) on aineistossa tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.003$)³. Suurin osa osatyökyvyttömyyseläkkeelle tai osakuntoutustuelle päätyneistä oli työssä projektin päätyttyä. Heitä oli 71 prosenttia kaikista osaeläkkeelle päätyneistä. Pääosin osatyökyvyttömyyseläkkeelle tai osakuntoutustuelle siirtyneet työskentelivät omassa aikaisemmassa työssään. Ainoastaan joka viides heistä oli uudessa työssä.

Työtilanteen muutoksen ja osatyökyvyttömyyseläkkeelle tai osakuntoutustuelle päättymisen yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Myös näiden muuttujien välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.005$)⁴. Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vain harva ei ollut työssä projektin päätyttyä. Suurin osa osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä palasi työhön tai jatkoi työssään osapäiväisesti.

5.1 Työtilanne iän, sosioekonomisen aseman mukaan

Taulukossa 8 tarkastellaan työtilannetta iän ja sosioekonomisen aseman mukaan projektin päätyttyä. Iän mukaan tarkasteltuna suurin työskentelyprosentti oli 40 – 44-vuotiailla (66 %). Alle 40-vuotiailla vastaava osuus oli 62 prosenttia ja yli 54-vuotiailla 43 prosenttia. Myös ikäluokissa 45 – 49-vuotiaat ja 50 – 54-vuotiaat työssä oli reilu puolet asiakkaista. Erot ikäryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Taulukosta nähdään kuitenkin, että iän ja työtilanteen välillä on selkeä lineaarinen yhteys: mitä vanhemmasta henkilöstä on kyse, sitä todennäköisemmin hän ei ole työssä.

³ Osatyökyvyttömyyseläkkeen ja työtilanteen välistä yhteyttä on kuvattu taulukossa 11 s.48.

⁴ Osatyökyvyttömyyseläkkeen/osakuntoutustuen ja työtilanteen muutoksen välistä yhteyttä ei ole kuvattu taulukossa.

Taulukko 8. Työtilanne projektin päätyttyä iän ja sosioekonomisen aseman mukaan, % (N)

	Työssä	Ei työssä	Yhteensä
Ikä (p=0.065)			
< 40	62	38	100 (32)
40–44	66	34	100 (35)
45–49	60	40	100 (57)
50–54	58	42	100 (50)
55-	43	57	100 (70)
Sosioekonominen asema (p=0.242)			
Ylemmät toimihenkilöt	70	30	100 (33)
Alemmat toimihenkilöt	61	39	100 (44)
Työntekijät	52	49	100 (167)
Yhteensä	56 (136)	45 (109)	100 (244)

Ylemmistä toimihenkilöistä 70 prosenttia palasi työhön, kun työntekijöistä vain 52 prosenttia oli työssä projektin päätyttyä. Alemmista toimihenkilöistä 61 prosenttia palasi työhön. Yhteys sosioekonomisen aseman ja työtilanteen välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (Taulukko 8).

Myöskään ammatin (Tilastokeskus. Ammattiluokitus 2010) ja työtilanteen välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, vaikka työtilanne projektin päätyttyä vaihteli jonkin verran ammattiryhmittäin. Asiantuntijoista suurempi osa kuin muista palasi työhön. Erityisasiantuntijoista jopa 65 prosenttia ja asiantuntijoista 57 prosenttia palasi työhön projektin aikana tai sen jälkeen. Ryhmästä ”muut” (esim. päiväkotiapulaiset, laitoshuoltaja, toimitilahuoltajat ja erityisavustajat) palasi työhön 40 prosenttia. ja toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijöistä töihin palasi 46 prosenttia⁵.

⁵ Ammatin ja työtilanteen välistä yhteyttä ei ole kuvattu taulukossa.

5.2 Työtilanne terveyteen liittyvien tekijöiden mukaan

Sairauspoissaolon pituudella on tilastollisesti merkitsevä yhteys työtilanteeseen projektin päätyttyä (taulukko 8). Asiakkaat, joilla oli takanaan pitkiä sairauspoissaoloja (yli 6 kk), päätyivät harvemmin takaisin työelämään, kuin asiakkaat, joilla sairauspoissaolot olivat lyhyempiä (alle 6 kk).

Taulukko 9. Työtilanne projektin päätyttyä sairauspoissaolon keston ja sairauspäryhmän mukaan, % (N)

	Työssä	Ei työssä	Yhteensä
Sairauspoissaolokuukaudet ($p < 0.001$)			
<1kk	86	14	100 (14)
1-2	70	31	100 (59)
3-6	76	25	100 (49)
7-12	51	49	100 (43)
13-36	32	68	100 (59)
37-89	25	75	100 (20)
Sairauspääryhmä ($p = 0.272$)			
mielenterveysdiagnoosi	50	50	100 (106)
tuki- ja liikuntaelinsairaus	60	41	100 (74)
muut sairaudet	61	39	100 (64)
Mielenterveysdiagnoosi ($p = 0.363$)			
Kyllä	52	48	100 (137)
Ei	61	39	100 (107)
Yhteensä	56 (136)	45 (109)	100 (244)

Mielenterveysdiagnoosin saaneet asiakkaat palasivat työhön harvemmin verrattuna tuki- ja liikuntaelinsairausdiagnoosin saaneisiin. Mielenterveysdiagnoosin saaneista asiakkaista projektin päätyttyä työssä oli puolet ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin kuuluvan diagnoosin tai muun diagnoosin saaneista asiakkaista vähän alle kaksi kolmasosaa. Erot sairausryhmien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 9)

Taulukko 10. Työtilanne projektin päätyttyä (projektiin tullessa ei työssä olleet) sairauspoissaolon keston mukaan, % (N)

	Työssä	Ei työssä	Yhteensä
Sairauspoissaolokuukaudet (p=0.021)			
0-2	52	48	100 (21)
3-6	63	37	100 (30)
7-12	43	57	100 (35)
13–36	31	69	100 (58)
37–89	22	78	100 (18)
Yhteensä	41 (67)	59 (95)	100 (162)

Tarkasteltaessa työtilannetta ja sairauspoissaoloa vain niiden osalta, jotka eivät olleet työssä projektiin tulohetkellä, sairauspoissaolon pituudella on merkitystä työhön paluuseen (Taulukko 10). Projektiin tulohetkellä (ei työssä olleista) ne, joiden sairauspoissaolon pituus oli enintään 6 kuukautta, olivat palanneet työhön muita useammin. Tulos on hyvin samanlainen kuin koko projektin asiakkaiden kohdalla. Yli kolme vuotta työstä poissaolleista vain 22 prosenttia palasi työhön (Taulukko 10).

5.3 Työtilanne toimenpiteiden mukaan

Eri toimenpiteisiin osallistuneiden työtilanne projektin päätyttyä vaihteli. Käytetyin toimenpide oli työkokeilu. Henkilöstökeskuksen työkokeilussa oli 49 ja Kevan työkokeilussa 83 asiakasta. Osa asiakkaista oli useammassa kuin yhdessä työkokeilussa; kaiken kaikkiaan 103 asiakasta (37 %) oli työkokeilussa projektin aikana.

Taulukossa 11 esitetään työtilanne projektin päätyttyä toimenpiteiden mukaan. Palkkakompensaation saaneista työssä oli 84 prosenttia. Kevan tukemaan koulutukseen osallistuneista kaikki olivat työssä projektin päätyttyä. Samoin osasairauspäivärahaa saaneista asiakkaista suurin osa oli palannut työhön. Osatyökyvyttömyyseläkkeellä tai osakuntoutustuella olevista työssä oli 79 prosenttia. Työnantajan maksamaan työkokeiluun osallistuneista työssä oli 65 prosenttia ja Kevan maksamaan työkokeiluun osallistuneista työssä oli 57

prosenttia. Niistä asiakkaista, jotka olivat olleet kahdessa työkokeilussa, projektin jälkeen oli työssä 70 prosenttia. (Taulukko 11).

Taulukko 11. Työtilanne projektin päätyttyä toimenpiteiden mukaan, % (N)

	Työssä	Ei työssä	Yhteensä
Toimenpide			
Erillinen kuntoutusprojekti (p=0.739)	53	47	100 (15)
Osasairauspäiväraha (p=0.270)	86	14	100 (7)
Lääkinnällinen kuntoutus/kuntoutustutkimus (p<0.001)	35	65	100 (63)
Harkinnanvarainen kuntoutus/kuntoremontti (p=0.054)	68	32	100 (71)
Työkokeilu (Henkilöstökeskus) (p=0.015)	65	35	100 (49)
Työkokeilu (Keva) (p=0.012)	57	43	100 (83)
Työkokeilu (kaikki, joilla oli ollut 1 tai useampi työkokeilu) (p=0.005)	57	43	100 (103)
Työkokeilu (2 työkokeilua) (p=0.014)	70	30	100 (33)
Koulutus (Keva) (p=0.005)	100	0	100 (11)
Palkkakompensaatio (p<0.001)	84	16	100 (37)
Uudelleensijoitus p=0.104	49	51	100 (94)
Työkykyarvio p=0.086	54	46	100 (43)
Osatyökyvyttömyyseläke/osakuntoutustuki p=0.003	65	35	100 (43)

Työkokeilu kokonaisuudessaan edisti työhön paluuta. 67 projektin asiakkaista oli siirtynyt sairauslomalta työelämään. Heistä 42 asiakkaalla oli ollut työkokeilu. Sairauslomalta työelämään siirtyneistä projektin asiakkaista 62 prosenttia oli ollut

työkokeilussa⁶. Suurin osa lääkinnälliseen kuntoutukseen ja kuntoutustutkimukseen osallistuneista ei ollut työssä tarkasteluajankohtana. Asiakkaista, joiden kohdalla käytettiin palkkakompensaatiota, työssä projektin päätyttyä oli 84 prosenttia. Uudelleensijoituksen asiakkaista töihin palasi alle puolet (49 %) projektin päätyttyä ja työkykyarviossa olleista 54 prosenttia oli työssä projektin päätyttyä. (Taulukko 11)

Osatyökyvyttömyyseläkkeelle tai osakuntoutustuelle päätyneistä 49 prosenttia palasi työhön sairauslomalta (n=21).⁷ Ainoastaan kolme asiakasta oli siirtynyt pois työelämästä ja viiden tilannetta ei voitu raportoida. 44 prosentilla osaeläkkeellä olevista työtilanne säilyi samana (n=19). Tämä tarkoitti joko työskentelyä osa- tai täysipäiväisesti projektiin tullessa ja työskentely jatkui osapäiväisesti osatyökyvyttömyyseläkkeen kanssa projektin päätyttyä. Heitä oli 68 prosenttia (n=13) tähän ryhmään kuuluvista. Osa tähän ryhmään kuuluvista osaeläkkeellä olevista ei ollut työssä projektin alussa, eivätkä he myöskään palanneet työhön projektin päätyttyä.

Taulukko 12. Työtilanne projektin päätyttyä edeltävien sairauspoissaolojen (≤6kk, >6 kk) ja toteutuneen työkokeilun mukaan, % (N)

	Työssä	Ei työssä	Yhteensä
Poissaolo/työkokeilu (p<0.001)			
sairauspoissaoloa ≤ 6kk, ei työkokeilua	73	27	100 (90)
sairauspoissaoloa ≤ 6kk, työkokeilu	75	25	100 (32)
sairauspoissaoloa >6 kk, ei työkokeilua	25	75	100 (55)
sairauspoissaoloa >6 kk, työkokeilu	48	52	100 (67)
Yhteensä	56 (136)	44 (108)	100 (244)

Työkokeilulla oli merkitystä työhön paluuseen etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, joilla oli paljon sairauspoissaoloja projektiin tulohetkellä. Asiakkaista,

⁶ Työkokeilussa olleiden ja sairauslomalta työhön palanneiden prosenttiosuutta ei esitetä taulukossa.

⁷ Osatyökyvyttömyyseläkkeen/osakuntoutustuen ja työtilanteen muutoksen välistä yhteyttä ei ole kuvattu taulukossa. (Myöskään prosenttiosuuksia ja määriä ei ole kuvattu taulukossa.)

joilla oli paljon sairauspoissaoloja (>6kk) ja jotka olivat projektin aikana työkokeilussa, 48 prosenttia oli työssä projektin päätyttyä. Ne asiakkaat, joilla oli paljon sairauspoissaoloja (>6kk) ja jotka eivät olleet työkokeilussa, vain 25 prosenttia oli työssä projektin päätyttyä. Sairauspoissaolon kestosta ja työkokeilusta muodostetulla yhdistelmämuuttujalla on tilastollisesti merkitsevä yhteys työtilanteeseen projektin päätyttyä (Taulukko 12).

Työkokeilun merkitys korostui myös asiakkailta, joilla oli sairauspoissaoloja vuosi tai sitä enemmän. Asiakkailta, joilla oli vähän sairauspoissaoloja (≤ 12 kk) ja jotka olivat olleet työkokeilussa, 68 prosenttia oli työssä. Asiakkaista, joilla oli paljon sairauspoissaoloja (>12kk) ja jotka olivat projektin aikana työkokeilussa, 43 prosenttia oli työssä projektin päätyttyä. Ne asiakkaat, joilla oli paljon sairauspoissaoloja (>12kk) ja jotka eivät olleet työkokeilussa, vain 12 prosenttia oli työssä projektin päätyttyä. Tällä yhdistelmämuuttujalla on myös tilastollisesti merkitsevä yhteys työtilanteeseen projektin päätyttyä ($p < 0.001$)⁸.

⁸ Poissaolo(≤ 12 kk, > 12 kk)/työkokeilu - yhdistelmämuuttujan ja työtilanteen välistä yhteyttä ei kuvata taulukossa.

6. Kuntoutuspolut

Pääasiassa haastatteluaineiston perusteella muodostettiin neljä tyypillistä kuntoutuspolkua. Nämä kuntoutuspolut muodostettiin haastatelluiden asiakkaiden kertomusten tyypittelyllä. Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen, työkokeilut, palkkakompensaation käyttö ja kouluttautuminen vaikuttivat rekisteriaineistossa työhön paluuseen. Kuitenkaan aina nämä toimet eivät johtaneet työhön paluuseen. Tämän vuoksi tyypittelyssä on mukana myös työhön paluun näkökulmasta vähemmän onnistuneita kuntoutuspolkua. Nämä kuntoutuspolut kuvaavat hyvin projektin asiakaskuntaa.

Ensimmäisenä kuntoutuspolkuna on osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen. Toisena kuntoutuspolkuna on erilaisten kuntoutustoimien ja työkokeilujen kautta työhön paluu tai työelämässä jatkaminen. Kolmantena kuntoutuspolkuna on uuteen työhön siirtyminen opiskelun kautta ja neljäntenä kuntoutuspolkuna on useiden kuntoutustoimien ja työkokeilujen kautta pois työelämästä siirtyminen.

Jokaisen kuntoutuspolun esittelyn jälkeen tuloksia verrataan koko aineistoon. Kuntoutuspolkua tarkastellaan Johanssonin ja Lundbergin mallin (2004) pohjalta laaditun jaottelun mukaisesti.

6.1 Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kuntoutuspolku

Tähän ryhmään kuului neljä haastateltua Työhön paluun tuki -projektin asiakasta (H2, H3, H11 ja H15). Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä haastatelluista yksikään ei ollut työssä tukiprojektiin tullessaan. Sairauspoissaolomäärät vaihtelivat näillä neljällä henkilöllä paljon: puolesta vuodesta jopa neljään vuoteen. Haastatteluhetkellä projektin päätyttyä yksi haastateltu ei ollut työllistynyt. Yksi oli jatkanut omassa aikaisemmassa työssään osapäiväisesti ja kaksi muuta haastateltua oli päätenyt osapäiväiseen uuteen työhön. Iältään he olivat 50–58 vuotiaita. Kaikki työskentelivät lastenhoidon tai terveydenhuollon ammateissa. Näiden haastateltujen kuntoutusprosessikertomuksista muodostettiin Sarin tyypikertomus osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä.

Sari on 54-vuotias lähihoitaja. Hän oli pitkällä sairauslomalla selkäongelmien ja masentuneisuuden vuoksi projektiin tullessa. Ammatillisina koulutuksina hänellä on ammattikoulu- ja lähihoitajatutkinnot. Työn fyysinen raskaus ja sairastuminen estivät työskentelyn hoitajan työssä, joten työterveyslääkäri ohjasi hänet Työhön paluun tuki -projektiin kevyemmän työn etsimistä varten.

Sarin fyysiset oireet olivat lievittyneet liikunnan avulla tukiprojektin päätyttyä. Kuitenkin psyykkisiä oireita oli toisinaan. Sari kertoi haastattelussa kärsivänsä toisinaan unettomuudesta. Kuitenkin työpaikalla on joustettu ja Sari voi tarvittaessa aloittaa työt myöhemmin.

Tukiprojektiin tullessa Sarille haettiin Kevan ammatillisen kuntoutuksen ennakkopäätöstä. Tämä myös myönnettiin. Samanaikaisesti laitettiin uudelleensijoitusprosessi vireille.

Aluksi suunnitelmana oli uuden työn löytäminen koulutuksen kautta. Sari oli käynyt myös työvoimatoimistossa resurssiselvityksissä ammatinvalintaan ja koulutukseen liittyen. Koulutusedellytykset olivat hyvät, mutta Sari ei halunnut pitkää koulutusta, koska lähipiirissä oli ollut kuormittavia elämäntilanteita. Tämän vuoksi päädyttiin työkokeiluun fyysisesti kevyemmässä työssä.

Työkokeiluissa joustettiin jaksamisen mukaan työtunneissa. Aloittaminen sujui hyvin ja Sari koki, että hänet otettiin hyvin vastaan työkokeilupaikassa. Työkaverit olivat tietoisia hänen tilanteestaan. Myös työyhteisö oli mukava ja siellä oli totuttu työkokeilijoihin. Työkokeilut sujuivat hyvin ja palavereita pidettiin säännöllisesti. Perekäytös toimi myös hyvin. Työkokeilun kautta Sari sai puolipäiväisen työn. Ensiksi työ oli määräaikainen, mutta se vakinaistettiin myöhemmin. Vakituisen osapäiväisen työn löytyminen ei ollut helppoa ja asian tiimoilta järjestettiin useita palavereita. Aluksi haettiin osakuntoutustukea määräajaksi ja myöhemmin Sarille myönnettiin osatyökyvyttömyyseläke.

Projektiryhmän toimintaan Sari suhtautui positiivisesti. Hän kertoi, ettei olisi ikinä itse uskaltanut lähteä testaamaan omia voimavarojaan ilman ryhmän tukea. Hänen mukaansa se toimi hyvin. Tukea hän koki saaneensa esimieheltä ja kuntoutussuunnittelijalta. Kuntoutumistaan ja projekti ryhmän toimintaa Sari kuvasi haastattelussa:

”Oma aktiivisuus vaikutti [...] lääkärit olivat ymmärtäväisiä. Se toimi hyvin, oma aktiivisuus on tärkeää. Hyvä verkosto.”(H11)

”Mä sain tukea paljon tukea ja seuranta oli perusteellista. Esimieheltä sain hyvin tukea ja kuntoutussuunnittelijalta. En saanut tukea työkavereilta”(H11)

”Projektin oli tosi hyvä. Sovitut jutut toteutui. Tukea sain koko projektiryhmältä. Välillä oli vaikea tulla vastaanotolle. Hyvä juttu oli, jos ei tullut, niin soitto perään, niin sovittiin uusi aika” (H2)

Taloustilanteensa Sari arvioi hyväksi. Osapäiväinen työ ja osatyökyvyttömyyseläke antoivat hänelle riittävän toimeentulon. Taloustilannettaan Sari kuvaisi haastattelussa:

”Mulla on puolikas eläke- ja puolikas palkka. Taloustilanne on hyvä.” (H2)

”Taloustilanne on kohtalainen. [...] Kuitenkin velkaa on paljon.” (H15)

Työ merkitsee Sarille paljon. Vanhan työnsä hän koki hallitsevansa hyvin. Myös uusi kevyempi työ koulussa tuntui jo sujuvan hyvin. Ammattitaitonsa nykyisessä työssään Sari arvioi erinomaiseksi. Tietokonetta hän käyttää työssään ja on joutunut opettelemaan uusia tietokoneohjelmia. Tämä sujui hyvin, mutta hitaasti.

Uusi työ löytyi uudelleensijoituksen kautta. Sarin positiivinen asenne ja hyvin sujunut työkokeilu edesauttoivat työn löytymistä. Osatyökyvyttömyyseläke ja osapäivätyö olivat tässä tilanteessa hyvä yhdistelmä.

Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen oli merkittävälle osalle työhön paluun tukiprojektin asiakkaista hyvä keino jatkaa työelämässä. Tämä edellytti kuitenkin työntekijän omaa halua ja toivetta työssä jatkamiseen sekä työnantajan mahdollisuutta ”räätälöidä” omaa tai uutta työtä työntekijän terveyden tilaan sopivaksi.

Sarin tyyppikertomuksesta osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä nousee esille useita tekijöitä, jotka vaikuttavat työssä pysymiseen ja työhön paluuseen:

Työkokeilussa joustettiin työtunneissa jaksamisen mukaan, vastaanotto työkokeilupaikassa oli hyvä, työyhteisö mukava ja projektiryhmän tuki koettiin tärkeänä sekä oireet olivat lievittyneet. Nämä tekijät tukevat hyvin (Johanssonin ja Lundbergin 2004) mallin pohjalta laadittua jaottelua (Joensuu ym. 2008) sairauslomalle työntävistä tekijöistä ja työssä pysymiseen liittyvistä tekijöistä. Mallissa työssä pysymiseen liittyvät tekijät ovat työjärjestelyt, työntekijän hyvä kohtelu, tehokas tilanteeseen puuttuminen, tilanteen ymmärtäminen ja avun saaminen. Toisaalta osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kuntoutuspolussa tulee esille *kuormittavat elämän tilanteet*, jotka mallissa luokitellaan sairauslomalle työntäviin tekijöihin. Työhön paluuseen työntäviksi tekijöiksi voidaan Sarin kuntoutuspolusta poimia *palaverien pitäminen säännöllisesti* sekä *työn merkitys*. Tässä mallissa työhön paluuseen työntävinä tekijöinä ovat työpaikan tuki, yhteydenpito työpaikalta poissaolon aikana ja motivaatio. (Joensuu ym. 2008, Marklund ym. 2005, 234).

Tyypillisesti osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet työskentelivät fyysisesti ja psyykkisesti vaativissa töissä. Takana heillä oli usein pitkä työura, joten osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet olivat iältään pääosin yli 50-vuotiaita. Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä oli usein paljon sairauspoissaoloja. He myös kertoivat fyysisistä ja psyykkisistä oireistaan, joten ainoa mahdollisuus jatkaa työelämässä oli vähentää työskentelemistä tai etsiä uusi kevyempi työ.

Uudelleensijoitus ja osatyökyvyttömyyseläke osoittautuivat käytännön asiakastyössä usein toistensa vaihtoehdoiksi. Oman työn keventäminen on yleensä helpompi toteuttaa kuin aivan uuden työn löytäminen ja siihen perehtyminen. Työntekijän ikä ja oma taloustilanne vaikuttavat tähän harkintaa merkittävästi. Nuorella iällä siirtyminen osatyökyvyttömyyseläkkeelle vähentää eläkkeen määrää pysyvästi. Näissä tilanteissa uudelleensijoitus uuteen työntekijän terveydentilaan paremmin sopivan työhön on tärkeää.

”Oikean” reitin löytäminen on yksilöllistä. Usein työntekijät osallistuivat työkokeiluun, jonka aikana pystyttiin kokeilemaan joustavasti sopivaa työaika. Näin työyhteisön toimintaan ei syntynyt häiriöitä, koska työkokeilija työskenteli ”ylimääräisenä” työntekijän työyhteisössä. Työkokeilu voidaan toteuttaa omassa tai muussa työssä. Osa työntekijöistä siirtyy ilman työkokeilua osatyökyvyttömyyseläkkeelle. Tällöin sairauspoissaolo ei ole kestänyt pitkään.

Osatyökyvyttömyyseläke on työntekijälle ja työnantajalle edullinen vaihtoehto, kun tätä verrataan kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kustannuksiin. Kuitenkin osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vaikeuksia havaittiin käytännön asiakastyössä. Ongelmina näyttäytyivät vaikeus löytää puolitetulle työlle työntekijää ja joidenkin työtehtävien poissulkeminen osatyön mahdollisuudesta. Esimiestahon mukaan näitä työtehtäviä olivat esimiesasema ja toisinaan kasvatustehtävät päiväkodissa sekä vuorotyön vaatimus terveydenhuollon töissä. Tilanteessa, jossa työntekijä ei enää pystynyt jatkamaan omassa työssään edes osa-aikaisesti, vaan suuntana oli uusi osa-aikainen työ muussa kuin omassa työssä, oli uuden osa-aikaisen työn löytyminen erittäin vaikeaa.

6.2. Työhön paluun ja työelämässä pysymisen kuntoutuspolku

Neljän haastatellun asiakkaan kertomus ryhmiteltiin tähän ”takaisin työelämään” kuntoutuspolkuun kuuluvaksi (H4, H8, H9 ja H10). Työhön paluun tukiprojektiin tullessaan kolme haastatelluista ei ollut työssä ja yksi oli työssä. Työstä poissaolon pituudet vaihtelivat vuodesta kahteen vuoteen. Työssä olleella haastateltavalla oli aikaisempia sairauspoissaoloja viimeisen vuoden aikana. Nämä sairauspoissaolot olivat kestäneet useita kuukausia. Tukiprojektiin tullessaan hän jäi myös usean kuukauden sairauslomalle. Tähän ryhmään kuuluvilla oli kaikilla ollut useampia kuntoutustoimia. Kaikki olivat olleet työkokeilussa. Yhdelle oli myönnetty palkkakompensaatio. Haastatteluhetkellä tukiprojektin päätyttyä kaikki neljä olivat työssä. Iältään he olivat 48–52 –vuotiaita. Ammatit vaihtelivat hyvin paljon. Heistä kaksi työskenteli fyysisesti vaativissa työtehtävissä, kun taas toiset kaksi työskentelivät kiireisissä toimisto- tai kasvatustehtävissä. Näiden haastatelluiden asiakkaiden kuntoutusprosessikertomusten pohjalta muodostettiin Pirjon ”työhön paluun ja työelämässä pysymisen” -kuntoutuspolku.

Pirjo, 50-vuotias lastenhoitaja oli ollut jo vuoden verran poissa työstään masennuksen ja polvivaivojen vuoksi. Hänelle oli myönnetty kuntoutustuki (määräaikainen työkyvyttömyyseläke). Fyysinen ja psyykinen työn raskaus estivät häntä palaamasta omaan aikaisempaan työhönsä.

Taloustilanteensa Pirjo arvioi kohtalaiseksi, mutta palkkaansa hän piti pienehkönä. Työkokeiluna hän oli kokeillut kevyempää työtä. Uusi työ järjestettiin aluksi räätelöitynä palkkakompensaation turvin. Pirjo oli myös uudelleensijoituksen asiakkaana. Työkokeilun aloittaminen uudessa toimistotyössä sujui erinomaisesti.

Työkaverit eivät olleet kuitenkaan tietoisia Pirjon työkyvyn ja sairauden tilanteista. Perehdytystä hän koki saaneensa työkokeilussa tarpeeksi. Tilannetta edesauttoi se, että aikaisemmin työuran varrella Pirjo oli jo toiminut muutamia vuosia toimistotyössä.

Aslak-kuntoutukseen Pirjo oli osallistunut aikaisemmin ennen tukiprojektia ja tämän hetkisen terveydentilansa hän arvioi erittäin hyväksi. Terveydentila oli parantunut merkittävästi. Tätä hän kuvaili haastattelussa:

”En ole ollut päivääkään poissa, kun aloitin tuolla”(H4)

”kyllähän mitä kaikki on tapahtunut.[] on ollut vaan noususuuntaan”(H4)

Tukiprojektista Pirjo ohjattiin masentuneille tarkoitetulle kurssille (Akilles-kuntoutus). Tästä kurssista hän koki saaneensa erittäin paljon apua. Kuntoutuskurssia Pirjo kuvaili haastattelussa:

”Joo oli. Sillä oli jokin oma nimi. Mä yritin tänä aamuna löytää niitä papereita, mutta en löytänyt.[...] Se liittyi tähän masennukseen. Se oli älyttömän hyvä. Se oli Lappeenrannassa. Se oli hyvä. Mun mielestä se oli paras kurssi, missä mä oon ollut. Meille tuli aika tiivis tunnelma, vaikka ei sitten olla privaalisti tavattu, vaikka ajateltiin. Se arki menee siinä kumminkin. Se kuntoutuskurssi oli piste iin päälle. Se oli mukavaan aikaan. Mä aloitin täällä pikkasen myöhemmin täällä pari viikkoa sen kuntoutuksen takia. Siinä mulla oli vaikeaa, mitä mä täällä sanon. Mä kerroin, että meen kuntoutukseen. Ne varmaan luuli, että se oli näitä kaupungin järjestämiä. Mutta se sopi niille. Mä tulin suoraan sieltä tänne.” (H9)

Työterveyshuoltoon ja tukiprojektiin Pirjo oli hyvin tyytyväinen, ja sovitut asiat toteutuivat hyvin. Erityisesti hän oli tyytyväinen tukiprojektin erillisyyteen. Yhteisiä palaverieita pidettiin useita ja siellä sovitut asiat toteutuivat pääosin hyvin. Tukiprojektia Pirjo kuvaili haastattelussa:

”Projekti oli positiivinen ja lääkäri fantastinen, pysyvä lääkärisuhde, hyvää oli yhteydenpito, säännöllinen seuranta ja yhteys lähiesimieheen” (H10)

”Projekti oli positiivinen. [...] Syvällisempi lääkärissäkäynti [...] Kun sairausloma pitkittyi, niin tuli masennus. [...] Eniten tukea sain kuntoutussuunnittelijalta.” (H8)

”Mä oli ihan helpottunut, kun pääsi pois sieltä omasta työterveysasemasta. Vähän niin kuin toisiin ympyröihin. se oli minusta hyvä asia. Oli hyvä, että pääsi pois sieltä omasta työstä. [...] Jäi vähän epäselvä kuva. [...] Uudesta työstä mä oon saanut esimieheltä kehuja” (H9)

”Projektiryhmä toimi hyvin. Asioista otettiin selvää ja kaikki meni hyvin päin.” (H4)

Ennen sairauslomaan Pirjo viihtyi kohtalaisesti työssään. Työilmapiiri oli kuitenkin ollut epäoikeudenmukainen ja välit esimieheen hankalat, eikä hän voinut luottaa esimieheensä.

Työ merkitsee Pirjolle paljon. Nykyisen uuden työn hän kokee hallitsevansa aika hyvin ja ammattitaito on myös hyvä. Uudessa työssään Pirjo käyttää paljon tietokonetta ja on joutunut opettelemaan uusia tietokoneohjelmia. Tämä opettelu on sujunut hitaasti.

Nykyisessä työssään Pirjo on saanut kuitenkin paljon kehuja uudelta esimieheltään ja esimies on toiminut hyvin kannustavasti. Yhteydenpito entiseen työpaikkaan ja työkavereihin on jäänyt. Esimiehen kanssa hän on keskustellut puhelimesta. Työpaikka on vakituinen ja hän on myös varma työpaikan säilymisestä tulevaisuudessa.

Haastatellut, joiden kertomukset kuuluvat työhön paluun ja työelämässä pysymisen kuntoutuspolkuun, osallistuivat usein yhteen tai jopa useampaan

työkokeiluun. Sairauspoissaoloja oli osalla ollut yli vuoden. Pääsääntöisesti he olivat nuorempia kuin osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet työntekijät. Tähän ”takaisin työelämään” kuntoutuspolkuun kuuluvien kertomusten haastatellut olivat arvioineet terveydentilaansa hyväksi: *Terveydentilan koettiin parantuneen aikaisemmasta*. Työpaikan (usein työkokeilupaikan) tuki koettiin myös hyväksi: *Työkokeilun aloittaminen uudessa toimistotyössä sujui erinomaisesti ja perehdytystä saatiin tarpeeksi*. Tähän kuntoutuspolkuun kuuluvien kertomusten haastatellut kokivat saaneensa tukea: *Työterveyshuoltoon ja tukiprojektiin oltiin tyytyväisiä ja yhteisiä palavereita pidettiin*. Myös *taloudellinen tilanne koettiin kohtalaiseksi ja työ merkitsi usealle paljon*. Nämä tukevat hyvin (Johanssonin ja Lundbergin 2004) mallin pohjalta laadittua jaottelua (Joensuu ym. 2008) sairauslomalle työntävistä tekijöistä ja työssä pysymiseen liittyvistä tekijöistä. Mallissa työhön paluuseen työntävät tekijät ovat (mm. toipuminen, taloudellinen tilanne, työpaikantuki, yhteydenpito työpaikalta poissaolon aikana, työkyky ja motivaatio). (Joensuu ym. 2008, Marklund ym. 2005, 234). Mallin mukaan työntekijän hyvä kohtelu liittyy työssä pysymiseen: *Uudessa työssään Pirjo sai paljon kehuja uudelta esimieheltään ja esimies toimi hyvin kannustavasti*. Toisaalta työpaikan ongelmat on luokiteltu sairauslomalle työntäviksi ja sairauslomalla pysymistä vahvistaviksi tekijöiksi. (emt., 234) Tässä ”takaisin työelämään” kuvaavassa kuntoutuspolussa Pirjo koki *työilmapiiri epäoikeudenmukaiseksi ja välit esimieheen hankaliksi*. Nämä kuvaavat työntekijän huonoksi kokemaa kohtelua.

Tämän kuntoutuspolun tarkoituksena on kuvata yleisintä tukiprojektin asiakkaiden reittiä takaisin työelämään. Suurin osa asiakkaista osallistui työkokeiluun. Työelämään paluu ja siellä pysymiseen vaikuttavat useat tekijät, joista osa vahvistaa sairauslomalla pysymistä ja osa vaikuttaa sairauslomalle työntävästi. Näiden tekijöiden yhteisvaikutus oli lopulta merkittävä siinä, palasiko työntekijä työhön, vai ei.

6.3 Kuntoutuspolkuna opiskelu

Haastatelluista tukiprojektin asiakkaista kolme kuului tähän ryhmään (H1, H5 ja H7). Tukiprojektiin tullessaan vain yksi edellä mainituista haastatelluista oli työssä. Hän oli aikaisemmin työskennellyt osakuntoutustuella osapäiväisesti, mutta projektiin tulohetkellä hän työskenteli täysipäiväisesti. Haastatteluhetkellä kaksi haastatelluista oli täysipäiväisessä työssä. Yksi haastateltu oli täysipäiväinen opiskelija.

lältään tähän ryhmään kuuluvat haastatellut olivat 34–49-vuotiaita. Ammatilliset taustat vaihtelivat: kaksi oli hoitoalan työssä ja yksi vaativissa suunnittelutehtävissä. Kaikki tähän ryhmään kuuluvat olivat osallistuneet kuntoutuskurssille ja olivat opiskelleet uuden ammatin projektin aikana. Pääosin rahoitus ammatillisena kuntoutuksena järjestettyyn koulutukseen oli saatu Kevasta. Kaksi haastatelluista oli opiskellut päätoimisesti suorittaen päiväopintoja ja yhdelle oli solmittu oppisopimuskoulutus. Kahdella haastatelluista oli ollut työkokeilu ja yhdellä jopa kaksi työkokeilua. Myös yksilöllinen kuntoutuskurssi ja kuntoutustutkimus olivat olleet käytössä.

41-vuotias Heidi oli ollut pari kuukautta poissa työstään sairauden vuoksi. Tätä ennen hänellä oli ollut useita lyhyitä sairauspoissaolojaksoja ja lisäksi hän oli sairastanut masennusta. Esimies oli tyytymätön Heidin työskentelyyn ja oli myös pyytänyt työkykyarviota hänen tilanteestaan. Työterveyslääkäri oli ohjannut hänet Työhön paluun tuki -projektin asiakkaaksi. Projektiin tullessaan Heidillä todettiin uusiutunut masennus ja hänet ohjattiin psykiatrian poliklinikalle hoitoon.

Työhön paluu prosessiin liittyen järjestettiin useita tapaamisia ja neuvotteluita. Heidi osallistui myös kuntoutuskursseille, jotka hän koki pääosin myönteisinä. Toimintakyvyn kohentuessa ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmaksi muotoutui koulutus uuteen ammattiin, jossa ei ole vastaavaa psykososiaalista kuormitusta kuin aikaisemmassa työssä.

Heidi oli osallistunut useisiin kuntoutuskursseihin, joita hän kuvaili haastattelussa:

”Yksilöllisellä kuntoutuskurssilla ja kuntoremontissa. [...] Sitten oli työkokeilu ja oppisopimuskoulutus. Kuntoutukset olivat hyviä. [...] Työkokeilu oli ideana hyvä ja työkokeilun esimies kannustava ja hyvä.” (H5)

”Kuntoutuskurssi, se oli [...]. Muistaakseni se oli TYK-kurssi. Niitä oli kolme jaksoa. Kaksi ekaa oli hyviä, mutta viimeinen jakso oli huono.[...] Koulutus on rankkaa. Koulu on hyvä ja opettajat.” (H1)

Työkokeiluja toteutettiin kaksi. Näistä ensimmäinen toteutettiin Kevan rahoituksella ja toinen Heken rahoituksella. Heidi ohjattiin tukiprojektista myös uudelleensijoituksen asiakkaaksi. Ennen koulutuksen alkamista Heidi työskenteli osapäiväisesti. Koulutus toteutui oppisopimuskoulutuksena ja tämän ajaksi solmittiin määräaikainen työsopimus uuteen työhön. Pääosin oppisopimuksen rahoitus tuli Kevalta. Heke maksoi kuitenkin kuntoutusrahan ja palkan välisen erotuksen Heidin työyksikölle, jolloin Heidi sai koko opiskelun ajan palkkaa. Koulutus kesti noin kaksi vuotta. Heidille oli jo aikaisemmin myönnetty osakuntoutustuki. Opiskelun ajaksi osakuntoutustuki korotettiin täydeksi kuntoutustueksi. Koulutuksen aikana palkka oli pienempi. Terveystilansa Heidi koki parantuneen selvästi. Oireiden Heidi koki vähentyneen; ahdistuneisuutta ja unettomuutta oli aikaisempaa vähemmän.

Taloudellisen tilanteensa Heidi arvioi kuitenkin kohtalaiseksi. Koulutuksen päätyttyä Heidi sai sijaisuuden uudessa ammatissaan. Vuosi valmistumisen jälkeen hänet vakinaistettiin uuteen työhön. Heidi oli hyvin tyytyväinen tilanteeseensa.

Tukiprojektia Heidi kuvaili haastattelussa:

”Tuuri epäonnettomuudessa, projekti auttoi paljon, hyvin positiivista. Eniten tukea sain lääkäriltä ja kuntoutussuunnittelijalta. Psykykesairaus otettiin tosissaan [] Uudelleensijoitus jäi mulle hieman hämäräksi.” (H7)

Työterveyskeskukseen ja Työhön paluun tuki -projektiin Heidi oli pääosin tyytyväinen, mutta antoi myös kielteistä palautetta.

”Pääosin tukiprojektin toiminta sujui hyvin, mutta siinä toteutuivat lähinnä työnantajan omat tavoitteet. Oma suunnitteluvara jäi kapeaksi. Työnantaja ja työterveyshuolto olivat eri linjoilla.”(H5)

”Hyvää projektissa oli matala kynnys sekä riittävä aika resurssi. Kuitenkin lääkäreiden vaihtuminen oli huonoa, jatkuvuuden puute”(H5)

Työssään ennen sairauslomaa Heidi viihtyi hyvin ja työilmapiiri oli tyydyttävä. Hän oli saanut tukea työkykyynsä ja kuntoutusprosessiinsa osalta työkavereistaan. Työilmapiiriä Heidi kuvaili seuraavasti:

”Mä viihdyin työssä hyvin. Työilmapiiri oli ihan tyydyttävä ja esimiehen kanssa oli hyvät välit, myös esimieheen olen voinut luottaa.[] Tässä tilanteessa sain osalta työkavereita tukea ja osalta en ollenkaan” (H1)

”Työssä ennen sairauslomaa mä viihdyin hyvin. [...] Työilmapiiri oli siellä aikaisemmin hyvä, mutt sitten tuli tieto organisaatiomuutoksesta, niin se muuttui huonoksi. [...] Välit esimieheen oli korrektit. Ei ollut luottamusta. En voinut luottaa.[...] Tukea sain työkavereilta, en esimieheltä” (H5)

Työn merkitsee Heidille paljon ja ammattitaitonsa hän arvioi erinomaiseksi. Uudessa työssä tarvittiin uusien tietokoneohjelmien opettelemista. Tämä oli sujunut hitaasti.

”Työ on mulle erittäin tärkeää. Uutta työtä mä en vielä hallitse, joiltain osin kyllä. [...] Ammattitaito uuteen työhön on kohtalainen. [...] Tietokonetta käytän ja uusia ohjelmia oon joutunut opettelemaan, se on sujunut kantapään kautta ja virheiden kautta” (H7)

Heidi oli pitänyt yhteyttä osaan työkavereitaan. Yhteydenpito esimiehen kanssa oli vähäisempää.

”Oon ollut yhteydessä jonkin verran työkavereihin. Esimiehen kanssa vähemmän. (H1)

Kokonaisuudessaan Heidi oli ollut hyvin vähän yhteydessä työpaikkaan.

Opiskelun kuntoutuspolku kuvaa osan ”työhön paluun tuen” –tukiprojektin asiakkaiden reittiä takaisin työelämään. Tämä reitti oli työhön paluun näkökulmasta erittäin hyvin onnistunut. Kaikki koulutuspolun läpikäyneet olivat työssä tukiprojektin päätyttyä. Tämän kuntoutuspolun asiakkaat olivat nuorin ryhmä, verrattaessa muiden kuntoutuspolkujen asiakkaisiin.

Johanssonin ja Lundbergin (2004) mallin pohjalta laaditun jaottelun mukaan tätä kuntoutuspolkua voidaan tarkastella sairauslomalle työntävien tekijöiden ja työssä pysymiseen liittyvien tekijöiden mukaisesti (Joensuu ym. 2008). Koulutuksen kuntoutuspolussa esille nousivat työssä pysymiseen liittyvät tekijät (työjärjestelyt, työntekijän hyvä kohtelu, tehokas tilanteeseen puuttuminen, tilanteen ymmärtäminen ja avun saaminen) ja työhön paluuseen työntävät tekijät (mm. toipuminen, taloudellinen tilanne, työpaikantuki, yhteydenpito työpaikalta poissaolon aikana, työkyky ja motivaatio). (Joensuu ym. 2008, Marklund ym. 2005, 234).

Työssä pysymiseen liittyviä tekijöitä oli tässä kuntoutuspolussa tilanteen ymmärtäminen: *Psyykesairaus otettiin tosissaan*. Ymmärretyksi tulemisen kokemusta pidettiin hyvin tärkeänä. Samoin avun saamisen kokemus; *sai tukea työkykyynsä ja kuntoutusprosessiinsa osalta työkavereista* ja työntekijän hyvä kohtelu; *työssä viihtyi hyvin*, edistivät asiakkaiden työhön paluuta ja työssä jatkamista.

Työhön paluuseen liittyvänä tekijänä tuli tässä kuntoutuspolussa esille taloudellinen tilanne: *Taloudellisen tilanteensa Heidi arvioi kohtalaiseksi*. Koulutuksen aikainen toimeentulo oli palkkaa pienempi ja kannusti takaisin työelämään. Työpaikan ja työterveyshuollon tuki työnsivät myös takaisin työhön: *Projekti auttoi paljon ja sain tukea projektista (matalakynnys, riittävä aika resurssi)*. Motivaatio työhön paluuseen työntävänä tekijänä nousi myös tässä kuntoutuspolussa esillä. Työn merkitys (*työ merkitsee paljon*) edisti työelämään paluuta. Opiskelun aloittaminen ja sen suorittaminen vaativat hyvää motivaatiota.

Koulutuksen kuntoutuspolussa nousi esille myös sairauslomalla pysymistä vahvistava tekijä. Tällaisena koettiin työterveyshuollon tukiprojektin tavoitteiden asettamisen puute. Esille nousi kokemus tukiprojektista, jossa, *oma suunnitteluvaran jäi kapeaksi*. Tukiprojektissa nähtiin *toteutuvan lähinnä työnantajan omat tavoitteet*. Esille tuotiin myös se, että *työnantaja ja työterveyshuolto olivat eri linjoilla*.

6.4 Työelämästä pois siirtyneiden kuntoutuspolku

Kaikki kuntoutuspolut eivät johtaneet työelämään. Tähän vaikuttavat useat tekijät (ks. Johanssonin ja Lundbergin malli 2004). Usein syynä on heikko terveydentila, jonka vuoksi suunnitellut toimenpiteet eivät toteudu tai esim. työkokeilut keskeytyvät. Toisaalta asiakkaiden sopeutumismahdollisuudet (työpaikan joustot tai omat valmiudet muutoksiin, esim. kouluttautuminen) voivat olla vähäiset.

Neljän haastatellun asiakkaan kertomus ryhmiteltiin tähän kuntoutuspolkuun kuuluvaksi (H6, H12, H13 ja H14). Yksikään neljästä haastatellusta ei ollut työssä projektiin tullessa. Sairauspoissaolot vaihtelivat vuodesta yli kolmeen ja puoleen vuoteen. Kaikilla oli ollut useita työkokeiluja ja kuntoutustutkimus. Kahdella oli ollut jopa kolme työkokeilua. He eivät kuitenkaan palanneet työhön. Terveystila oli heikentynyt ja kolme haastatelluista oli täydellä kuntoutustuella tai toistaiseksi myönnetyllä työkyvyttömyyseläkkeellä. Yksi haastateltu oli saanut työkyvyttömyyseläkkeestä hylkäyspäätöksen. Myöskään haastatteluhetkellä projektin päätyttyä ei yksikään neljästä haastatellusta ollut työelämässä. Iältään haastatellut olivat 41–53 -vuotiaita. Ammatit vaihtelivat koulutustason mukaan. Osa työnkuvista oli henkisesti hyvin vaativia (n=2), kun taas osa töistä oli pääsääntöisesti fyysisesti vaativa (n=2).

47-vuotias Kaija oli ollut poissa työstään yli kaksi vuotta mielenterveysongelmien vuoksi. Hänelle oli myönnetty kuntoutustuki. Työterveyslääkäri oli ohjannut hänet tukiprojektin asiakkaaksi työhön paluun suunnittelua varten. Ennen projektiin tuloa Kaija oli käynyt useita erilaisia kuntoutuskursseja. Näiden lisäksi hän oli ollut kuntoutustutkimuksessa ja työlinikalla. Hän oli myös osallistunut kahteen työkokeiluun, joita hän kuvaili haastattelussa:

”Työkokeiluja on ollut [...] Nää kaikki keskeytyi. [...] Työkokeilu oli hyvä kokeilla, oli kuitenkin henkisesti raskas” (H6)

Ensimmäisen työkokeilun jälkeen Kaijalle oli myönnetty osakuntoutustuki ja hän työskenteli osapäiväisesti. Kaijan vointi kuitenkin huononi ja hän joutui jäämään sairauslomalle. Seuraava työkokeilu ei onnistunut ja tämän vuoksi Kaijalle haettiin täysi kuntoutustuki. Taloustilanteensa hän arvioi kohtalaiseksi. Tällä hetkellä hän oli täydellä kuntoutustuella.

Projektiryhmän Kaija koki kokonaisuutena positiivisena. Ryhmän asenne oli hänen mielestään hyvä. Kielteistä palautetta Kaija antoi projektin pirstaleisuudesta. Tukea hän koki saaneensa koko projektiryhmältä, mutta erityisesti lääkäriltä. Tukiprojektia Kaija kuvaili haastattelussa:

”Projekti oli hyvä. Hyvä, kun on sovittu tukihenkilö [] lääkärien ja hoitajien vaihtuminen vaikeaa, se on hukkaan heitettyä. Eniten sain tukea lääkäriltä, käytännön tomeruutta. Asenne hyvä.”(H13)

”Porukkaa oli liikaa, kenellä oli vetovastuu? Se oli pirstaleinen systeemi.”(H13)

”Projekti oli hyvä. Sai tietoa mahdollisuuksista [...] Oli paikka missä oli lääkärit ja muut. Tukea sain koko ryhmältä. [...] Tuli selvää suomea.” (H14)

Terveystilansa Kaija arvioi heikoksi. Kivut olivat jokapäiväisiä ja mieliala vaihteli. Kaija koki väsyvänsä helposti ja kertoi kokevansa usein riittämättömyyden tunnetta. Sairauslomalla oloon vaikuttivat pääosin sairaudet, mutta tämän lisäksi Kaija piti pitkää työmatkaa työn ulkopuolisena syynä siihen, ettei ollut työssä. Tukiprojektin aikana järjestettiin useita palavereita. Kaijan työhön paluu ei kuitenkaan edistynyt. Työssään ennen sairauslomaansa Kaija viihtyi hyvin ja välit esimieheen olivat hyvät. Kuitenkin hän koki, ettei aina voinut luottaa esimieheensä. Tukea Kaija sai tarvittaessa työkavereiltaan.

Työ merkitsee Kaijalle paljon. Työn hallinnan ja ammattitaidon hän oli kokenut hyväksi. Aikaisemmin Kaijan ei ollut tarvinnut käyttää tietokonetta työssään. Kaija epäilee joutuvansa irtisanotuksi.

Työelämästä pois siirtyneiden kuntoutuspolku kuvaa niiden Työhön paluun tukiprojektin asiakkaiden reittejä, jotka eivät palanneet työhön tukiprojektin päätyttyä. Suurin osa heistä oli päätenyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Kuntoutuspolun kuvauksesta käy ilmi, että useat heistä olivat osallistuneet jopa useaan työkokeiluun ja moni oli osallistunut myös kuntoutustutkimukseen. Työtehtävät olivat joko henkisesti tai fyysisesti vaativia. Heidän sairauspoissaolonsa olivat kestäneet usein yli vuoden.

”Pois työelämästä” kuntoutuspolku kuvaa useiden kuntoutuskeinojen käyttöä ja niihin osallistumista. Ajatus siitä, että tähän kuntoutuspolkuun kuuluvien kertomusten haastateltuja ei olisi kuntoutettu, ei pidä paikkaansa. Toisaalta kuntoutustukea ja/tai työkyvyttömyyseläkettä haettaessa tulee lääkärinlausunnossa ja hakemuksessa ”todistaa”, että kuntoutustoimia on ollut ja ”kaikki keinot” on jo käytetty.

Johanssonin ja Lundbergin (2004) mallin pohjalta laaditun jaottelun (Joensuu ym. 2008) mukaan tätä kuntoutuspolkua voidaan tarkastella sairauslomalle työntävien tekijöiden ja työssä pysymiseen liittyvien tekijöiden mukaisesti. Sairauslomalla pysymistä vahvistavat tekijät ovat mallin mukaan tuen puute, sairaus ja työpaikan ongelmat. Nämä tulivat esille ”pois työelämästä” kuntoutuspolussa: *Terveystila arvioitiin heikoksi ja kivut olivat jokapäiväisiä ja mieliala vaihteli*. Tukiprojektia arvioitiin myös hyvin ristiriitaisesti. Toisaalta projektia kokonaisuutena pidettiin *myönteisenä*, mutta samalla projekti koettiin *pirstaleisena*. Samankaltainen ristiriitainen arvio oli suhteessa esimieheen. Välit esimieheen koettiin *hyvänä*, mutta *luottamusta ei ollut* kuitenkaan. Nämä voidaan tulkita mallin mukaan tuen puutteeksi ja työpaikan ongelmiksi. Kuitenkin ”pois työelämästä” kuntoutuspolusta löytyi myös työhön paluuta vahvistavia tekijöitä. Näitä olivat *useat palaverit* ja *työn merkityksen tärkeäksi* kokeminen. (Joensuu ym. 2008, Marklund ym. 2005, 234).

7. Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa selvitettiin työterveyshuollon tehostetun toiminnan, kuntoutustoimenpiteiden ja henkilöstöhallinnon keinojen merkitystä Työhön paluun tuki -projektin asiakkaiden työhön paluun ja työssä jatkamisen näkökulmasta. Työhön paluun tuki -projekti Helsingin kaupungin työterveyskeskuksessa oli kolmivuotinen ja siinä pyrittiin löytämään hyviä työskentelytapoja työkykyriskien havaitsemiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi sekä kehittämään tuloksia tuottavia työskentelytapoja työhön paluun tueksi. Käytännössä Työhön paluun tukiprojektin asiakastyö painottui vaikeiden työkykyongelmien selvittämiseen.

Keskeisin tutkimuksen tulos oli niiden asiakkaiden määrän selvä lisääntyminen Työhön paluun tuki -projektin aikana, jotka kykenivät käymään työssä. Projektiin tullessa 35 prosenttia (n=95) asiakkaista oli työssä. Projektin päätyttyä työssä oli 49 prosenttia (n=136). Yksilön oma motivaatio, henkilökohtaiset edellytykset (ammattitaito, henkilökohtaiset ominaisuudet ja koulutus), kuntoutustoimenpiteet, työnantajan joustot sekä toimiva yhteistyö työterveyshuollon, henkilöstöhallinnon ja työeläkeyhtiön kanssa olivat keskeisesti mukana työhön paluuprosesseissa.

Kuntoutustoimenpiteistä erityisesti työkokeilu johti usein työhön paluuseen. Vertailtaessa eri kuntoutusmuotoja keskenään havaittiin, että ne asiakkaat, jotka olivat olleet työkokeilussa, palasivat työhön useammin kuin muut. Kahdessa työkokeilussa olleista työhön palasi projektin päätyttyä jopa 70 prosenttia. Sairauspoissaolon pituus, osatyökyvyttömyyseläkeratkaisu ja (työnantajan työyksikölle maksama) palkkakompensaatio edesauttoivat tukiprojektin päättymisen jälkeistä työhön paluuta.

Asiakkaat, joilla oli projektiin tulohetkellä vähän sairauspoissaoloja olivat projektin päätyttyä useammin työssä kuin ne asiakkaat, joilla oli pitkiä, yli puolen vuoden sairauspoissaolojaksoja. Lyhemmillä sairauslomilla olleet olivat useammin työssä kuin pidemmällä sairauslomilla olleet Työhön paluu tuki-projektin päättymisen jälkeen. Työhön palaajia oli yli puolen vuoden sairauspoissaolon jälkeenkin,

mutta hyvin pitkien sairauspoissaolojen (yli kolme vuotta) jälkeen työhön paluu oli harvinaista.

Pitkään sairauslomalla olleilla työkokeilu edisti työhön paluuta. Heistä työssä projektin päätyttyä oli 48 prosenttia. Vain 25 prosenttia pitkään sairauslomalla olleista oli työssä, jos heillä ei ollut työkokeilua. Samankaltainen tulos oli yli vuoden sairauspoissaololla ja työkokeilulla. Heistä työssä projektin päätyttyä oli 43 prosenttia, kun ilman työkokeilua työssä oli vain 12 prosenttia.

Kuntoutusprosessia ja asiakkaiden kokemuksia selvitettiin haastatteluaineiston avulla. Tämän aineiston pohjalta muodostettiin tukiprojektin asiakkaiden tyypilliset kuntoutuspolut. Näitä ovat: osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kuntoutuspolku, työhön paluun ja työelämässä pysymisen kuntoutuspolku, työelämästä pois siirtyneiden kuntoutuspolku ja opiskelun kuntoutuspolku. Työhön paluun koordinoinnin tarve yhdessä työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän kanssa nousi esille haastatteluaineistosta. Saari (2012) on saanut samansuuntaisia tuloksia Kevan ammatillisesta kuntoutuksesta. Saaren tutkimuksessa haastateltiin ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneita työntekijöitä ja työnantajia. Kuntoutusprosessia saattoi tehostaa työkykyasioista vastaavan koordinaattorin mukana olo. Samoin henkilöstöhallinnon osallistumista työhön paluuseen pidettiin hyvänä. Työhön paluun prosessien tehokkuuden lisäämiseksi henkilöstöhallinnon aktiivista roolia pidettiin tärkeänä. (Saari 2012.)

Työhön paluun tuki -projektin vaikuttavuutta on vertailuryhmän puuttumisen vuoksi vaikea arvioida. Rekisteriaineiston pientä kokoa voidaan myös pitää yhtenä heikkoutena, mikä osaltaan vaikutti tutkimuksessa hyödynnettävien tilastollisten menetelmien valintaan (monimuuttujamallinnusta ei voitu tehdä).

Toisaalta kaikkia kuntoutuksen toimintamalleja ei voi tutkia kokeellisella tutkimusasetelmalla. Suikkanen ja Lindh (2003) ovat pohtineet kuntoutuksen lääketieteellistä mallia vs. sosiaalista mallia. Lääketieteellinen malli perustuu luonnontieteelliseen tutkimus- ja toimintakriteereihin. Kuitenkin ”kuntoutukselle on ominaista asiakasryhmän valikoitumisperustan pirstaleisuus, asiakkaiden sosiaalinen, toiminnallinen, taloudellinen ja terveydellinen moninaisuus sekä toimenpiteiden suuri kirjo”. (Suikkanen & Lindh, 2003, 42–54) Tässä tutkimuksessa on nähtävissä Suikkasen ja Lindhin (2003) kuntoutuksen

sosiaalinen malli, jossa asiakkaat valikoituivat tukiprojektiin erilaisista tilanteista (sosiaalinen, terveys ja talous) ja kuntoutustoimenpiteitä oli käytössä useita erilaisia.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että rekisteritiedot saatiin kerättyä kaikista asiakkaista. Tämän lisäksi vahvuutena on kahden aineiston käyttö: haastatteluaineiston kerääminen rekisteriaineiston rinnalle mahdollisti asiakkaiden subjektiivisten kokemusten tarkastelun, jota tutkittiin muodostettujen kuntoutuspolkujen avulla.

7.1 Työhön paluu ja työssä jatkaminen tukiprojektin toimenpiteiden näkökulmasta

Työkokeilujen on todettu tässä tutkimuksessa vaikuttavan työhön paluuseen. Tämän vuoksi juuri työkokeiluihin ohjaamista tulee lisätä. Tärkeää on myös työkokeiluiden toteutumisen ajankohta. Eri sairauksissa ja elämäntilanteissa työkokeilun oikean ajankohdan määrittely voi olla hankalaa. Kuitenkin työkokeiluasia olisi hyvä ottaa puheeksi jo aikaisemmassa vaiheessa yhtenä vaihtoehtona. Suunnittelun ja toteutuksen välinen aika voi olla pitkä, mutta asiakkaalle työkokeilusta puhuminen aikaisessa vaiheessa on yleensä eduksi. Kaikki suunnitellut työkokeilut eivät aina toteudu. Tärkeää työhön paluussa on työterveyshuollon aktiivinen toiminta suunnittelussa ja jäljellä oleva työkyvyn korostaminen.

Projektin asiakkaista vain harva ohjautui työeläkeyhtiön (Kevan) kustantamaan koulutukseen. Kuitenkin koulutuksella oli selvä myönteinen vaikutus työllistymiseen. Koulutuksen käyneistä kaikki olivat työssä projektin päätyttyä. Koulutuksen vähäinen käyttö selittyy osin sillä, että asiakkaista hyvin usealla oli sekä mielenterveysongelmia että alhainen koulutustaso. Nämä kummatkin seikat vähentävät todennäköisyyttä hakeutua koulutukseen. Toisaalta nykyisessä työelämässä vaaditaan korkeampaa koulutustasoa kuin vuosikymmen sitten. Erityisesti kunta-alalla koulutustasovaatimukset ovat nousseet ja varsinkin tiukat pätevyysvaatimukset ovat vaikeuttaneet uuteen ammattiin pääsyä. Jatkossa kouluttautuminen todennäköisesti lisääntyy. Myös

Työeläkevakuuttajat (=Tela) on arvioinut uudelleen koulutuksen roolin lisääntyvän (Tela 2012).

Pätevyysvaatimusten nousu hankaloittaa erityisesti niiden jo ikääntyneiden työntekijöiden tilannetta, joilla on töihin tullessaan ollut hyvin alhainen koulutustaso. Ristiriita heikommalla koulutustasolla työhön tulleiden ja kohonneiden pätevyysvaatimusten välillä korostuu. Kaikki eivät kykene kouluttautumaan vaadittuihin pätevyysvaatimuksiin, varsinkaan kun kyseessä on terveydellinen syy työn vaihtamiseen. Näissä tilanteissa työnantajan joustaminen koulutusvaatimuksissa on tärkeää. Uudelleensijoituksessa olevalla työntekijällä on Helsingin kaupungilla vakituinen työsuhde. Työkyvyttömyyseläkekustannukset ja pätevyysvaatimusten joustot ovat tässä tilanteessa yhtälön eri puolilla. Toisaalta sopivien työtehtävien räätälöinti uudelleensijoitustilanteessa ajaa samaa asiaa eteenpäin. Henkilöstöhallinnossa voitaisiin jo ennalta luoda mahdollisille uudelleensijoitetuille sopivia työnkuvia, joissa koulutusvaatimuksista voitaisiin tarpeen mukaan tinkiä. Näin ei syntyisi ristiriitaa rekrytointitilanteessa.

Tässä tutkimuksessa uudelleensijoituksen asiakkaat olivat palanneet työhön muihin toimenpiteisiin osallistuneita harvemmin. Syynä tähän voi olla se, että uudelleensijoituksen asiakkaaksi päädyttiin vasta pitkäaikaisen työkykyongelman kanssa. Aikaa oli yleensä kulunut ja uudelleensijoitusprosessi oli käynnistetty vasta myöhemmin. Nykyisin tätä ohjausta uudelleensijoituksen asiakkaaksi on pyritty aikaistamaan esimieskoulutuksella ja työterveyshuollon aktiivisemmalla ohjauksella.

Työkyvyn arviointiprosessissa olleista asiakkaista työssä projektin päätyttyä oli 54 prosenttia, joka on hyvä tulos (vrt. 57 % työkokeilussa olleista). Työkyvynarviota oli käytetty esimiestaholta järkevästi. Näihin selvittelyihin ei yleensä lähdetty helposti, vaan usein taustalla oli ollut huomattava sairauspoissaolojen määrä tai työssä selviytyminen oli ollut esimiehen mukaan ollut vaikeaa. Projektin asiakastyössä esiintyi silloin tällöin epäilyksiä, että työkyvynarvioinnissa olisi ollut kyse esimiestahon ja työntekijän välisestä epäluottamuksesta ja ristiriidoista. Jos näin todellisuudessa myös oli, ei näiden asiakkaiden kohdalla palaaminen ainakaan takaisin omaan työhönsä olisi ollut helppoa.

Osalla projektin asiakkaista oli joko selvä luottamuspuola työnantajaa ja työterveyshuoltoa kohtaan tai lääketieteellinen tilanne vaati vielä lisäselvitystä, jolloin pyydettiin ulkopuolista kannanottoa. Usein kysymykseen tuli kuntoutus- tai työlinikkatutkimus ulkopuolisessa kuntoutuslaitoksessa. Joissakin tilanteissa tällä selvityksellä päästiin työkykyasian kanssa eteenpäin. Kuntoutustutkimuksen käyttäminen laajasti ei ole kuitenkaan järkevää. Ensinnäkin tällainen tutkimus on kallis ja joissakin tapauksissa suunnitelmat ovat epärealistisia. Käytännön tieto työnantajan työllistämismahdollisuuksista on usein paremmin tiedossa työterveyskeskuksessa kuin ulkopuolisessa kuntoutuslaitoksessa. Toisaalta yleisen soveltuvuuden arvioiminen koulutukseen tai muihin työtehtäviin voi olla hyvinkin järkevää toteuttaa ulkopuolisella arvioijalla.

Asiakkaat, joiden kohdalla käytettiin palkkakompensaatiota, olivat useammin työssä projektin päätyttyä kuin ne asiakkaat, joiden kohdalla tätä keinoa ei käytetty. Palkkakompensaatio on hyvä keino työssä pysymisen tueksi esimerkiksi työkyvyn heikentyessä ikääntyneellä työntekijällä. Tällöin työyksikkö pystyy keventämään työntekijän työtä, eikä muu työyhteisö joudu kohtuuttomaan tilanteeseen yksittäisen työntekijän työpanoksen vähentyessä.

Palkkakompensaation hakemiseen tarvitaan arvio työkyvyn alenemisesta. Esimies on vastuussa tuen hakemisesta ja rahojen käyttämisestä. Lopullisen rahoituspäätöksen tekee Helsingin kaupungin henkilöstökeskus, joka koordinoi toimintaa. Pääsääntöisesti työterveyslääkärin suositus kompensaatiotukeen johti myös sen toteutukseen. Joissakin tilanteissa haettua määräaikaa lyhennettiin ja pyydettiin arvioimaan uudelleen työntekijän jatkotilanne. Joissakin tilanteissa maksuaika oli suhteellisen lyhyt, eikä lyhyessä ajassa ehditty laatimaan hyvää jatkosuunnitelmaa. Toisinaan esimiestaho koki, ettei voi ottaa tätä työnkevennyskeinoa käyttöönsä. Perusteluina tälle on näissä tilanteissa se, että puolikkaan työntekijän palkkaaminen olisi erittäin hankalaa.

Nämä ongelmat voisi todennäköisesti ratkaista yhtenäisellä tiedolla, joka olisi kaikkien kaupungin virastojen saatavilla. Osa-aikaisen työn kohtaanto-ongelmaan voitaisiin kehittää yhteistä henkilöstörekisteriä, jossa osa-aikaista työtä tekevät näkyisivät koko kaupungin tasolla. Myös osa-aikatyön näkyvää rekrytointia voisi myös lisätä. Nykyisin palkkakompensaatiotilanteissa yksittäisen esimiehen on hankittava sijainen. Helsingin kaupungilla on yhteinen sähköinen

rekrytointikanava, mutta siellä on vain harvoin haussa osapäiväisiä työsuhteita. Sama vaikeus koskee pysyvästi osatyökyvyttömyyseläkkeelle jäätessä. Esiemiestahojen mukaan usein on vaikea löytää sopivaa osapäiväistä työntekijää.

Edellä esitetyt ongelmat ovat Helsingin kaupungin rekrytointiongelmia. Vaakakupissa ovat yksittäisen työntekijän työuran pidentäminen tai työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen. Täysi työkyvyttömyyseläkeratkaisu on työnantajalle aina kallis.

Osatyökyvyttömyyseläke työssä jatkamisen tukena oli tässä tutkimuksessa selvästi hyvä keino. Osatyökyvyttömyyseläkkeen sai tästä aineistosta 17 prosenttia ja suurin osa heistä (70 %) oli työssä. Suurin osa osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä jatkoi työskentelyä omassa työssään ja osatyökyvyttömyyseläkkeen käyttö oman työn keventämiseen sujui tutkimuksen perusteella hyvin. Uuteen työhön siirtyminen osa-tökyvyttömyyseläkkeellä oli kuitenkin harvinaisempaa. Osatyökyvyttömyyseläkkeellä olleista vain 20 prosenttia oli uudessa työssä. Vaikeuksia oli uuden osapäiväisen työn löytämisessä, kun terveydelliset rajoitteet estivät oman työn osituksen. Tämä tukee käytännön kokemusta uuden osa-aikatyön löytymisen vaikeudesta. Projektin asiakastyön kautta muodostui näkemys, jonka mukaan työkyvyn ollessa rajoittunut, helpoin tapa jatkaa työelämässä on työn muokkaaminen osatyökyvyttömyyseläkeläiselle sopivaksi. On selvästi vaikeampaa löytää sopivampaa työtä, mikäli asiakas on oikeutettu osatyökyvyttömyyseläkkeeseen, mutta hän ei voi jatkaa osapäiväisenä omassa työssään. Joissakin tilanteissa projektin asiakkaalle oli myönnetty osatyökyvyttömyyseläke, mutta sopivaa työtä ei ollut. Tällöin asiakas ei ollut työssä, mutta työsuhde oli voimassa. Heitä oli osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneista vain 19 prosenttia.

Kokonaisuudessaan osatyökyvyttömyyseläkkeiden merkitys on kasvanut. Tämä suuntaus näkyi jo vuoden 2010 Helsingin kaupungin työntekijöille myönnettyjen osatyökyvyttömyyseläkkeiden määrässä, joka oli kasvanut suhteessa täysien työkyvyttömyyseläkkeiden määrään. Helsingin kaupungin työntekijöille myönnettiin vuonna 2010 melkein yhtä monta osatyökyvyttömyyseläkettä (n=125) kuin täyttä työkyvyttömyyseläkettä (n=126) (Kevan tilastotieto 2010). Mahdollisuus osatyökyvyttömyyseläkkeeseen on merkittävä keino tukea työssä jatkamista.

Rekisteriaineiston tuloksia voidaan tarkastella myös Johanssonin ja Lundbergin (2004) sairauspoissaolomallin mukaisesti. Mallissa osa tekijöistä työntävät sairauslomalle ja osa tekijöistä vaikuttaa työssä pysymiseen. Samoin mallissa on mukana sairauslomalta työhön paluuseen ja sairauslomalla pysymiseen vaikuttavia tekijöitä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työhön paluuseen vaikuttivat sairauspoissaolon kesto, myönnetty osatyökyvyttömyyseläke, palkkakompensaation käyttö ja koulutukseen- sekä työkokeiluun osallistuminen. Erityisesti eniten käytetty kuntoutustoimenpide (työkokeilu) vaikutti työhön paluuseen pitkään sairauslomalla olleisiin (yli 6 kk ja yli 12kk) kohdalla. Näitä tuloksia voidaan soveltaa sairauspoissaolomalliin. Työhön paluuseen vaikuttavat tekijät voidaan nähdä työpaikan ja/tai yksilön/työntekijän sopeutumismahdollisuuksina. Kuten Johanssonin ja Lundbergin tutkimuksessa (2004) sopeutumismahdollisuudet lisäsivät työhön paluuta. Työpaikan järjestely- ja sopeutumismahdollisuudet (osatyökyvyttömyyseläke, palkkakompensaation käyttö, työkokeiluun osallistuminen) tai yksilön sopeutumismahdollisuudet (koulutukseen osallistuminen ja sairauspoissaolon kesto) kuvaavat työpaikan tai yksilön ”liikkumavaraa”. Mielenkiintoista tuloksissa oli työpaikan sopeutumismahdollisuuden (työkokeilun) vaikutus työhön paluuseen myös pitkään sairauslomalla olleisiin. Sairauspoissaolon kesto voidaan nähdä yksilön sopeutumismahdollisuuksia heikentävänä tekijänä. Työpaikan sopeutumismahdollisuudet (työkokeilu) näyttävät vaikuttavan myös tilanteessa, jossa yksilöllä on heikot sopeutumismahdollisuudet (pitkä sairauspoissaolo). Nämä tekijät ovat toimineet ”kilpailevina voimina” kuten Johansson (2007) toteaa.

7.2 Kokemukset tukiprojektista

Projektin asiakkaiden haastatteluiden kautta pyrittiin saamaan tarkempaa tietoa kuntoutusprosessista ja kokemuksia työhön paluu tuki -projektista. Kuntoutusprosessi on usein hyvin hajanainen ja työhön paluu tukiprojektin avulla pyrittiin jäsentämään ja ohjaamaan tätä.

Haastatellut kuvasivat koettua terveyden tilaa hyvin eri tavoin. Esillä olivat fyysiset ja psyykkiset oireet. Koetun terveytensä hyväksi kokeneet olivat muita useammin työssä. Osa haastatelluista kuvasi oireiden lievittymistä ja poistumista.

Haastateltavilta kysyttiin myös taloustilanteesta. Pitkä sairausloma laskee kaikilta kuntoutujilta tuloja. Monet haastatellut kokivat taloustilanteensa heikoksi. Suurin osa heistä oli työssä. Todennäköistä on, että työssä jatkaminen selittyy myös taloudellisella pakolla. Osa työskenteli osapäiväisesti ja osan palkka oli uudessa työssä laskenut. Työssä jaksaminen tai työhön paluu oli heille erityisen tärkeää. Suurin osa haastatelluista koki työn merkityksen erittäin tärkeäksi tai tärkeäksi. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmassa tutkimuksessa, jonka mukaan pitkältä sairauslomalta paluuta ennustivat muun muassa vaikeus tulla toimeen ilman työtä ja koettu hyvä terveys (Joensuu, Kivistö, Malmelin ja Lindström 2008, 49).

Työhön paluun tuki -projektin haastatelluista asiakkaista suurin osa oli projektiin tyytyväisiä. Projektin erillisyyttä koettiin hyväksi. Myönteiseksi koettiin ajan antaminen asiakkaalle sekä hyvä perehtyminen hänen tilanteeseensa. Näiden tulosten kautta voidaan tulkita projektin onnistuneen asiakkaan voimaannuttamisessa (=empowerment). Asiakasta aktivoitiin toimimaan omassa asiassaan. Työhön paluun tukiprojektia voidaan verrata aikaisempaan ruotsalaiseen kuntoutustahojen tiivistämisprojektiin, jossa yhteinen tavoitteellinen työskentely eri kuntoutustahojen kanssa lisäsi työllisyyttä (Jakobsson 2008). Myös ruotsalaisessa projektissa käytetyin kuntoutusinterventio oli työkokeilu (emt. 22.)

Projektin toiminnassa korostettiin asiakkaan omaa roolia ja pyrittiin mahdollisimman hyvään yhteistyöhön. Jokaisella projektin asiakkaalla oli oma vastuhenkilö. Tarkoituksena oli tarjota vastuuhenkilön tuki koko kuntoutusprosessin ajan. Kuitenkaan aina tämä vastuuhenkilön tuki ei toteutunut. Osa lääkäreistä vaihtui puolen vuoden välein. Näissä tilanteissa pyrittiin kuitenkin jatkamaan potilassuhdetta, jos tämä oli mahdollista. Tilanteessa, jossa lääkäri oli vastuuhenkilönä, eikä potilassuhdetta voitu jatkaa, seurantavastuu siirrettiin kuntoutusasiiantuntijalle. Tämä ei aina sujunut ongelmitta. Toisinaan asiakasta ei informoitu tarpeeksi aikaisin ja asiakkaan luottamus projektiryhmään kärsi. Osa asiakkaista koki vastuuhenkilön vaihtumisen hyvin kielteisenä. Alkuperäinen tavoite tarjota vastuuhenkilön tuki koko kuntoutusprosessin ajaksi ei aina toteutunut.

Haastatteluiden perusteella tukea koettiin saatavan erityisesti kuntoutusasiantuntijalta ja lääkäriltä. Tämän tuloksen pohjalta voidaan todeta näiden ammattiryhmien olleen keskeisessä asemassa projektin asiakkaiden ohjauksessa. Toimiva yhteistyö heidän välillään on edellytys hyvän ja realistisen työhönpaluusuunnitelman laatimiseksi. Tätä tulosta voidaan soveltaa työterveyshuollossa syventämällä ja selkiyttämällä kuntoutusasiantuntijan ja lääkärin välistä yhteistyötä. Tämä voidaan toteuttaa mm. keskittämällä työterveyshuollon yksiköiden sisällä vaikeiden työkykyasioiden hoitoa. Käytännössä keskittäminen voi toimia hyvin projektin kaltaisessa sisäisessä ”työklินิกassa”. Tämä toimintatapa tosin vaatii selkeästi enemmän taloudellisia resursseja työterveyshuollon sisällä.

Voidaan kuitenkin arvioida, että vaikeiden työkykyasioiden hoidon keskittämisestä aiheutuvat menot ovat pieniä verrattuna työkyvyttömyyseläkkeiden suuriin kustannuksiin. Oletuksena on, että ”työklินิกka” vähentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisiä tai ainakin myöhentää niitä. ”Työklินิกka” voi toimia seulana epäselvissä työkykyongelmissa. Tuolloin selvitetään vielä jäljellä oleva työkyky työkokeilun ja kuntoutuksen kautta tai haetaan tarvittaessa työkyvyttömyyseläkettä. ”Työklินิกka”-toiminta vaatii viikoittaisia säännöllisiä palavereita koko ryhmän kanssa.

Kritiikkiä Työhön paluun tuki -projekti sai lääkäreiden vaihtumisesta ja pirstaleisuudesta. Tämän kaltainen toiminta vaatii pysyvää lääkäriä tai lääkäreitä. Toisena vaihtoehtona on keskittää vaikeiden ja aikaa vaativien työkykyasioiden hoitoa osalle työterveyslääkäreistä. Tässä tapauksessa kuntoutusasiantuntijan tulee tehdä tiivistä yhteistyötä näiden lääkäreiden kanssa. Kyseinen työtapa vaatii selkeää työnjakoa. Työote voi olla erilainen eri kuntoutujien kanssa. Osa asiakkaista tarvitsee enemmän tukea työssä jatkamisen tueksi. Toiselle riittänee vähäisempi tuki.

Kokonaisuudessaan työpaikan kanssa tapahtuva kommunikaatio on hyvin tärkeässä asemassa. Työhön paluun onnistumista lisää työnantajan ja muun palvelu- tai kuntoutusjärjestelmän pitkäaikainen yhdessä työskentely. Usein sairauslomalla olevat tarvitsevat tukea kuntoutusjärjestelmässä toimimisessa.

Yhteys työpaikkaan näytti haastattelujen perusteella olevan vähäistä. Työkavereihin oltiin jonkin verran yhteydessä, mutta esimiesten yhteydenotot olivat hyvin satunnaisia. Saaren tutkimuksessa (2012) työntekijät kokivat usein saaneensa liian vähän tukea työhön paluussa ja esimiehen yhteydenpito sairauslomalla olevaan työntekijään oli unohdettu. Näyttäisi siltä, että esimiesten yhteydenottojen lisääminen toisi selkeyttä kuntoutusprosessiin. Esimiehet olisivat tällöin paremmin selvillä siitä, milloin kuntoutuja on palaamassa työhön ja minkälaisia kevennystoimia työhön paluussa olisi hyvä järjestää. Myös kuntoutujalle esimiehen yhteydenpito toisi välittämisen ja tuen kokemuksia.

Yhteydenpidon tärkeyttä työpaikkaan tulee jatkossakin korostaa. Kuntoutusprosessin ollessa monimutkainen ja usein myös pitkäkestoinen ei yhteydenpidon tärkeyttä voi väheksyä. Yhteydenotot pitkällä sairauslomalla oleviin tulisi olla jokaisen esimiehen velvollisuus. Tämän korostaminen on merkittävää kuntoutusprosessin selkeyttämiseksi ja henkilöstötilanteen ennakoimiseksi. Työterveyshuolto ei aina pysty, eikä tietoturvan vuoksi voi olla yhteydenottaja työnantajaan. Aikaisempien tutkimusten mukaan työpaikan järjestelyt, työntekijän tukeminen ennen sairausloma, sen aikana ja sen jälkeen sekä kuntoutustoimenpiteet tukivat työhön paluuta. Näiden lisäksi kuntoutukseen osallistuvien työntekijöiden johdonmukainen työskentelytapa, järjestelmälliset käytännöt ja työnantajan osallistuminen työhön paluuseen ovat olleet merkittäviä tekijöitä työhön paluussa. (Östlund ym. 2001, Nordqvist ym. 2003).

Työhön paluuseen pitkältä sairauslomalta vaikuttavat useat tekijät, kuten työmarkkinatilanne, työjärjestelyt, työnantajan ja järjestelmällisten käytäntöjen merkitys, palvelujärjestelmän pitkäjänteinen työskentely ja koordinointi (Joensuu, Kivistö Malmelin ja Lindström 2008, 91–94). Myös Kevan uudessa tutkimuksessa ammatillisen kuntoutuksen läpi käynneistä esille nousi kuntoutussuunnittelun tärkeys. Tätä kuntoutusprosessia voidaan tehostaa, jos mukana on työkykyasioista vastaava henkilö, jolla on myös näkemystä uudelleensijoitusmahdollisuuksista. (Saari 2012, 2-3). Samoin tässä projektissa merkittävässä asemassa oli työhön paluun koordinointi yhdessä työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän kanssa. Tämä tehtävä ei ole helppo ja vaatii luottamusta kaikilta tahoilta. Koordinoinnin tarve tuli esille haastatteluaineistossa, jossa kuntoutusprosessia pidettiin pirstaleisena. Yhteistyön tiivistäminen uudelleensijoitustoiminnan kanssa on myös tarpeellista.

Tavoitteena on käyttää kaikki keinot ennen työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumista.

7.3 Työterveyshuollon ja kuntoutuksen haasteet

Työterveyshuollon yksi merkittävistä tehtävistä on koordinoida hoitoa ja kuntoutusta. Tämä tehtävä on välillä erittäin haastava. Joissakin tilanteissa hoito tapahtuu pääosin erikoissairaanhoidossa ja työterveyshuolto voi olla hyvinkin tietämätön asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta. Näissäkin tilanteissa työterveyshuollon tulisi aina arvioida työkykyä suhteessa työtehtävään. Tätä tehtävää on nyt helpotettu uudella lainsäädännöllä. Kelan myönnettyä sairauspäivärahaa 90 päivän ajalta tarvitaan työterveyshuollon B-lääkärintlausunto jatkosairauspäivärahaa haettaessa. Tämän koordinoituvastuun käytännön toteutus on toisinaan vaikeaa. Monella projektin asiakkaista oli hoitosuhde psykiatrisella poliklinikalla tai muualla erikoissairaanhoidossa. Näissä tilanteissa pyrittiin järjestämään yhteinen hoitopalaveri asiakkaan kanssa. Käytäntö osoittautui hyvin toimivaksi. Yhteinen palaveri antoi mahdollisuuden yhteiseen suunnitelmaan ja näkemykseen. Erikoissairaanhoidon arvioi toimintakykyä ja työterveyshuolto taas työkykyä kyseessä olevaan työhön.

Sairauspoissaolojen hallinta työterveyshuollossa ja esimiestyönä on ensiarvoisen tärkeää ehkäistessä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Mitä pidemmästä poissaolosta on kyse, sitä vaikeampaa ja epätodennäköisempää on työhön paluu. Nykyinen voimassa oleva työterveyslaki velvoittaa esimiehen ilmoittamaan sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun poissaolo on jatkunut kuukauden ajan. Samoin 60 sairauspäivän kohdalla työterveyshuollon tekemä kuntoutussuunnitelma tukee erittäin hyvin tätä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisyn tavoitetta. 90 Kelan sairauspäivärahapäivän kohdalla viimeistään tulee työterveyshuolto mukaan. Tuolloin Kela vaatii työterveyslääkärintlausuntoa ennen sairauspäivärahapäätöksen antamista.

Mitä aikaisemmassa vaiheessa päästään tekemään työhönpaluusuunnitelmaa ja seuraamaan tilannetta aktiivisesti, sitä paremmin työhön paluu toteutuu. Tämän tuloksen valossa esimiehen yhteydenottoa työterveyshuoltoon jo kuukauden

sairauspoissaolon jälkeen on pidettävä ensiarvoisen tärkeänä sekä työntekijän työhön paluun edistämisen että työterveyshuollon toimintamahdollisuuksien kannalta. Usein työntekijän tilanne vaatii vielä tutkimusta ja hoitoja, mutta työhön paluun esillä pitäminen mahdollisuuksien mukaan on tärkeää. Työterveyshuollon neuvottelut esimiestahon ja työntekijän kanssa ovat erittäin merkittäviä kuntoutussuunnitelman tekemisessä. Esimiestahon sitouttaminen on työntekijän ja työnantajan etu.

Kuntoutusjärjestelmä on hyvin pirstaleinen ja siten yksittäisen pitkällä sairauslomalla olleen vaikea hahmottaa. Samansuuntainen havainto saatiin Laisola-Nuotio ym. (2013) haastattelututkimuksesta. Tärkeänä haastateltavat pitivät vastuuhenkilöiden pysyvyyttä kuntoutusprosessissa sekä mahdollisuutta puhua avoimesti. Myös säännöllisiä työterveysneuvotteluja pidettiin hyvänä käytäntönä. Tutkimuksen mukaan esimiehet pitivät työterveyshuollon roolia kuntoutusprosessin johtamisessa tärkeänä, jos mukana on useita osapuolia. Työterveyshuoltoon toivottiin henkilöä, joka keskittyisi kuntoutusasioihin ja uudelleensijoituksiin. (emt. 2013).

Joensuun ym. (2008) tutkimuksen mukaan kuntoutusjärjestelmässä tarvitaan koordinoivaa tahoja. Asiamiesjärjestelmän kehittämistä pitkillä sairauslomilla oleville olisi tutkimuksen mukaan syytä harkita, sillä työnantajan ja sairauslomalta palaavan työntekijän etujen yhteen sovittaminen voi olla haasteellista. Järjestelmän tulisi tukea työhön paluuta, ei vaikeuttaa sitä. Pitkäaikainen yhteinen työskentely työnantajan ja palvelujärjestelmän välillä ennakoii onnistunutta työhön paluuta. (emt. 2008, 93–94.)

Työterveyshuollon koordinoititehtävän tarkempi tutkiminen ja koordinoinnin toteutuminen käytännössä olisi mielenkiintoinen jatkotutkimuksen kohde. Työterveysneuvottelun merkitys ja niissä sovitut suunnitelmat voisivat olla mielekkäitä tutkimuskohteita. Vaikuttavuutta olisi mahdollista tutkia sairauspoissaolojen määrällä ja kestolla. Myös työnantaja/työpaikkakohtainen tarkastelu voisi tuoda tarkempaa tietoa työterveysneuvotteluiden merkityksestä työkyvyn tukemisessa.

Työurien pidentämiseen tarvitaan tehokasta ja hyvin toimivaa työterveyshuoltoa. Tärkeää on kohdentaa työterveyshuollon tukitoimet niitä tarvitseville. Kaikki asiakkaat eivät tarvitse samanlaista palvelua, vaan lisätuen tarve tulee löytää työterveyshuollon oman toiminnan avulla. Työn ja työkykyrajoitteiden yhteensovittaminen vaatii entistä enemmän tiivistä yhteistyötä työterveyshuollon, henkilöstöhallinnon ja työeläkevakuutusyhtiöiden kanssa.

LÄHTEET:

Albertsen, K., Lund, T., Christensen, K.B., Kristensen, T.S., Villadsen, E. Predictors of disability pension over 10-year period for men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 35, 2007. S. 78-85.

Appelberg, K. *Interpersonal Conflicts at Work: Impact on Health Behavior, Psychiatric Morbidity and Work Disability*. Finnish Institute of Occupational Health. Research Reports 7. Helsingin yliopisto 1996.

Beehr, T. The Process of Retirement: A Review and Recommendation for Future Investigation. *Personnel Psychology*. Vol. 39, 1986. S. 31–55.

Elo esite 2015. Viitattu 22.3.2015.

http://www.elo.fi/~media/files/kuntoutus%20elo/elo_tuotekortti_tyolakekuntoutus.ashx

Elovainio, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., Ojanlatva, A., Korkeila, K., Suominen, S., Helenius, H., Koskenvuo, M. Social support, early retirement, and a retirement preference: A study of 10, 489 Finnish adults. *Journal Occupational Environmental Medicine*. Vol. 45 No. 4, 2003. S. 433-439.

Elovainio, M., Forma, P., Kivimäki, M., Sinervo, T., Sutinen, R., Laine, M. Job demands and job control as correlates of early retirement thoughts in Finnish social and health care employees. *Work & Stress*. Vol. 19 No. 1, 2005. S. 84–92.

Eskola, J., Suoranta, J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere 1998.

Forma, P. Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. Teoksessa Väänänen, J. (toim.) Kuntatyö 2010-tutkimus. Kuntien eläkevakuutus, Kunnallinen työmarkkinalaitos, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2004.

Forma, P., Harkonmäki, K. Kunnanjohtajien ja eräiden muiden kunnallisten avainryhmien terveys, stressi ja eläkeajatukset vuonna 2000. Kunnallistieteellinen aikakauskirja. Vol. 1, 2001. S. 5-16.

Gould, R. Työelämä takanapäin? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 3/1994. Eläketurvakeskus, Helsinki 1994.

Gould, R. Varhaisen työmarkkinoilta poistumisen reitit. Eläketurvakeskuksen monisteita 26/1999. Eläketurvakeskus, Helsinki 1999.

Hagen, K.B., Tambs, K., Bjerkedal, T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. Spine. Vol 27 No. 16. 2002. S. 1790–1796.

Harkonmäki, K., Lahelma, E., Väänänen, J. ja Rahkonen O. Eläkeaikomukset ja varhaiseläkkeelle siirtyminen Helsingin kaupungin henkilöstön keskuudessa. Tutkimuskatsauksia 4/2006. Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki 2006.

Harkonmäki, K. Predictors of disability retirement: From early intentions to retirement. The Local Government Pensions Institution, Helsinki 2007.

Harkonmäki, K., Martikainen, P., Lahelma, E., Pitkäniemi, J., Silventoinen, K., Halmeenmäki, T., Rahkonen, O. Intentions to retire, life dissatisfaction and the

subsequent risk of disability retirement. Scadinavian Journal of Public Health. Vol. 37, No. 3 May 2009. S. 252-259.

Henkens, K., Tazelaar, F. Early retirement of civil servants in the Netherlands. Journal of Applied Psychology . Vol. 24, No. 21 1994. S. 1927-1943.

Husman, P. Kolumni. Työeläke 4:2013. S. 33.

Huhtanen, P., Tuomi, K. Työ ja työkyky vakavien eläkeajatusten ennustajina: Seurantatutkimus kunta-alalla 1981–92 sekä eläkeajatusten toteutuminen 1997. Työ ja ihminen. 2006; 1: 22–42.

Hirsijärvi, S. ja Hurme, H. Teemahaastattelu. Yliopistopaino, Helsinki 1988.

Hänninen, V. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampereen yliopistopaino, Tampere 2000.

Jakobsson, B. Co-operation in vocational rehabilitation – methods in multiprofessional cross-sector group meetings and effects on employment. Karolinska Institutet, Stockholm 2008.

Janatuinen, E. Miksi ennenaikaiselle eläkkeelle? Tutkimus valtion työntekijöiden työkyvyttömyyseläkkeelle, yksilölliselle varhaiseläkkeelle tai työttömyyseläkkeelle siirtymisen taustoista. Valtiokonttori, Helsinki 2001.

Joensuu, M., Kivistö, S., Malmelin, J. ja Lindström, K. Pitkä sairausloma ja työhön paluu. Tutkimusraportti sarjassa työ ja ihminen 34, Työterveyslaitos 2008. S. 48-56 ja 91-94.

Johansson, G. ja Lundberg I. Anpassningsmöjligheter och återgång i arbete bland långtidssjuka tjänstemän. Alecta, Stockholm, 2003.

Johansson, G., Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*. Vol. 58, 2004. S. 1857–1868.

Johansson, G. The illness flexibility model and sickness absence. Karolinska Institutet, Stockholm 2007.

Karisalmi, S. Työssä pysyminen asenteena ja tutkimuskohteena. Teoksessa; Karisalmi S, Tuuli, P. (toim.) Työssä jatkaminen ja työelämän laatu. Eläketurvakeskuksen raportteja 1998:11. Eläketurvakeskus, Helsinki 1998. S. 9-22.

Kelan kuntoutustilasto 2005. Viitattu 22.3.2015.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3121/Kunto_05.pdf?sequence=2

Kelan kuntoutustilasto 2013. Viitattu 22.3.2015.

http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_kuntoutustilasto_2013.pdf/898b8c6d-d8e2-44c7-ba45-bd2585d28041

Kevan tilasto 2010. Viitattu 22.3.2015.

<http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tilastojulkaisut.aspx>

Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Lillrank, B. & Kevin, M. Death or illness of family member, violence, interpersonal conflict and financial difficulties as predictors of sickness absence: Longitudinal cohort study on psychological and behavioural links. *Psychosomatic medicine*. Vol. 64, 2002. S. 817-825.

Kohli, M., Rein, M. The changing balance of work and retirement. In: Kohli, M., Rein, M., Guillemerd, A-M., van Gunsteren, H (toim). *Time for Retirement. Comparative Studies of Early Exit from the Labour Force*. Cambridge University Press 1991. S. 1-35.

Kosciulek, J.F. Empowering people with disabilities through vocational rehabilitation counselling. *American Rehabilitation*. Vol. 28, 2005. S. 40-47.

Krause, N., Lynch, J., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Goldberg, D.E., Salonen, J.T. Predictors of disability retirement. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Vol. 23, No. 6 1997. S. 403-413.

Krokstad, S., Johnsen, R., Westin, S. Social determinants of disability pension: A 10-year follow-up of 62 000 people in Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 31, No. 6 2002. S. 1183–1191.

Kärrholm, J. *Co-operation among rehabilitation actors for return to working life*. Karolinska Institutet, Stockholm 2007.

Laisola-Nuotio, A., Mäkelä-Pusa, P., Tiainen, R. Selvitys työssä jatkamisen onnistumiseen liittyvistä hyvistä käytännöistä. Kuntoutus, 3, 2013. S. 36–44.

Majasaari, H. Eläkkeelle hakeutumisen syyt. MYEL-työkyvyttömyyseläkettä vuonna 2002 ensimmäistä kertaa hakeneet. Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen julkaisuja 1/2003. Mela, Espoo 2003.

Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E. & Theorell, T. (toim.) Den höga skukfrånvaron – problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet. Stockholm 2005.

Nordqvist, C., Holmqvist, C. & Alexanderson, K. Views of Laypersons on the Role Employers Play in Return to Work When Sick-Listed. Journal of Occupational Rehabilitation. Vol. 13, 2003. S. 11–20.

Nukari, J. Aikuisten oppimisvaikeuksien psykologinen arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 39/2010. 2010 Helsinki.

Piha, K. Socio-economic determinants of sickness absence. Hjelt Institute Department of Public Health Faculty of Medicine University of Helsinki. 2013 Helsinki.

Piispa, M., Huuhtanen, P. Eläkkeellä työstä. Eläkkeellä olevien eläkkeelle siirtyminen, ansiotyöhalukkuus ja sopeutuminen eläkeikaan. Haastattelututkimus syksyllä 1990. Ikääntyvä arvoonsa – työterveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelman julkaisuja 3. Työterveyslaitos ja työsuojelurahasto. 1991 Helsinki.

Piispa, M, Huuhtanen, P. Eläkeajatukset murroksessa. Muutokset työ- ja eläkeajatuksissa 1990–1994. Ikääntyvä arvoonsa - työterveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelman julkaisuja. Työterveyslaitos ja Työsuojelurahasto. 1995 Helsinki.

Rasku, A. Ikääntyvä opettaja – voimavarat ja eläkehakuisuus. Ikääntyvä arvoonsa – työterveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelman julkaisuja 9. Työterveyslaitos ja Työsuojelurahasto. 1993 Helsinki.

Ruusuvuori, J., Tiittula, L. Tutkimustilanteet ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori; J., Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Vastapaino. Jyväskylä 2005.

Rytkönen, H., Hänninen, K., Juntunen, J. Työkyvyttömyysriski LEL-aloilla. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ennakoivat tekijät. LEL-alojen työntekijöillä vuosina 1998–2002. Etera, Helsinki 2004.

Saari, P. Onnistuneesti takaisin työhön ammatillisella kuntoutuksella. Työntekijöiden ja työnantajien näkemyksiä onnistuneesta työhön paluusta. Kevan tutkimuksia 2/2012.

Saurama, L. Experience of early exit – A comparative study of reasons for and consequences of early retirement in Finland and Denmark in 1999-2000. Finnish Centre for Pensions, Studies 2004:2.

STM. Eläkekomitea 1990:n mietintö = Betänkande av pensionskommittén 1990. B: 1991:41.

STM. Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmänloppuraportti. Sosiaali- terveysministeriön selvityksiä 2011:6. Viitattu 22.3.2015.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14934.pdf

Stockholms läns landsting. Anpassningsmöjligheter, närvarokrav och sjukfrånvaro. Kapitel 4 i Arbetshälsorapport 2004. Stockholms läns landsting: Arbets och miljömedicin. 2004.

Suikkanen, A., Lindh, J. Kuntoutus kehossa – keho kuntoutuksessa. Teoksessa Kallanranta T., Rissanen P., Vilkkumaa I., (toim.) Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2003. S. 42–54.

Takala, P. Pitkään sairauslomalla olleiden työolot, terveydentila ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 38. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998. S. 59–74.

Tela. Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2015. Työeläkevakuuttajat Tela. 2012.

Tiainen, R., Oivo, M., Puumalainen, J., Korkeamäki, J. Tukea masennuksen jälkeiseen työhön paluuseen – Työhön paluuprojektin loppuraportti ja arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 42/2011. Helsinki 2011.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki 2009.

Tilastokeskus. Ammattiluokitus 2010. Viitattu 22.3.2015.

<https://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/ammatti/001-2010/luokitusavain.html>

Tilastokeskus. Sosioekonominen luokitus. Viitattu 22.3.2015.

http://www.stat.fi/til/tyti/tyti_2012-03-09_uut_001.html

Työeläkelakipalvelu 2014. Viitattu 22.3.2015.

https://www.tyoelakelakipalvelu.fi/telp-publishing/vepa/document.faces?document_id=300118

Työelämäryhmän loppuraportti (2010). Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010. Viitattu 22.3.2015.

<http://www.tyoturva.fi/files/1661/TEResitys010210.pdf>

Työturvallisuuskeskus. Kunta-alan työolobarometri 2012. Viitattu 22.3.2015.

http://www.ttk.fi/files/2983/Kunta-alan_tyolobarometri_2012.pdf

Uusimäki, A. Ennenaikaiselle eläkkeelle suuntautuminen ja siirtyminen ja siirtyminen oululaisten vuonna 1935 syntyneiden ikäluokassa (dissertation). Acta Universitatis Ouluensis D Medica349. Oulun yliopisto, Oulu 1995.

Väänänen, J. Miten jaksaa työntekijä? Teoksessa: Kuntatyö murroksessa –miten jaksaa työntekijä? S. 50–60. Kuntatyö 2010-projekti. Kuntien eläkevakuutus, Kunnallinen työmarkkinalaitos, Suomen Kuntaliito. Helsinki 2006. Viitattu 22.3.2015.

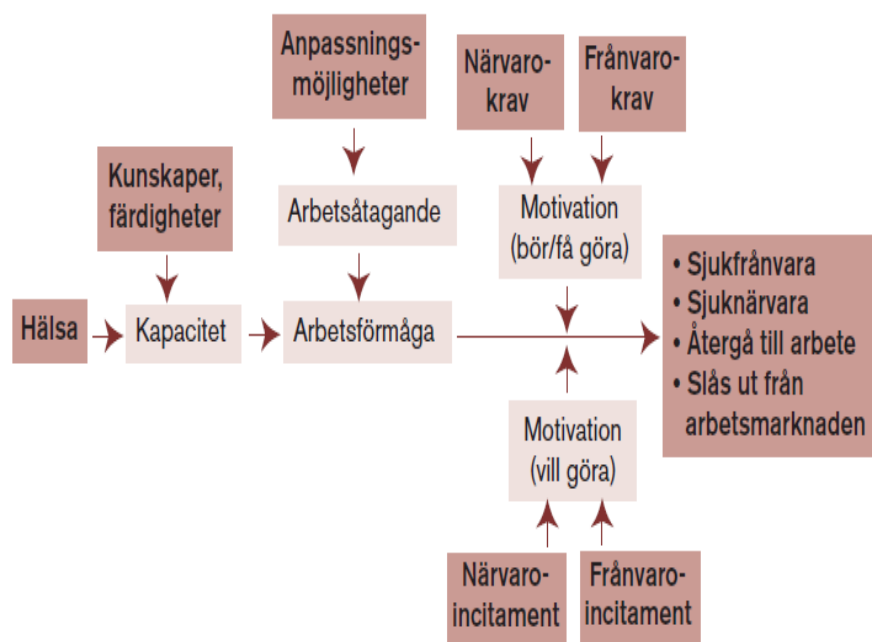
<http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tutkimusjulkaisut.aspx>

Östlund, G., Cedersund, E., Alexanderson, K., & Hensing, G. "It was really nice to have someone" – Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 29, 2001. S. 285–291.

LIITE 1.

Marklund ym. 2005, 234

Johansson & Lundberg 2004; Sjukflexibilitetsmodellen



Figur 9.5. Sjukflexibilitetsmodellen.

LIITE 2.

Haastattelu Työhön kuntoutumisen tuki-projektin asiakkaille

Taustatiedot:

1. Nimi: _____

2. Ikä: _____

3. Sukupuoli: Mies: _____ Nainen: _____

4. Perhetilanteesi: naimaton: _____ naimisissa: _____

eronnut: _____

leski: _____ avoliitossa: _____

5. Asuminen: Asun yksin: _____ asun puolisoni

kanssa: _____

Asun puolisoni ja lasten kanssa: _____

Asun muiden kanssa: _____

Keiden? _____

6. Koulutus:

Pohjakoulutus: _____

Ammatillinen

koulutus: _____

7. Ammatti: _____

8. Työura: Milloin ja missä työssä aloitit
työurasi? _____

Mitä muita töitä olet elämäsi aikana tehnyt?

9. Taloudellinen tilanne: Työtulot _____ sairaspäiväraha _____
kuntoutustuki _____

osakuntoutustuki _____ osatyökyvyttömyyseläke _____
täysityökyvyttömyyseläke _____

_____ työttömyyspäiväraha _____ soviteltu
työttömyyspäiväraha _____

toimeentulotuki _____ muu,
mikä? _____

Oma arvio taloudellisesta tilanteesta:

erinomainen _____ hyvä _____

kohtalainen _____ heikko _____

Terveysteen liittyvät kysymykset:

1. Oma arvio tämän hetkisestä työkyvystä:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

2. Perussairaus: _____

Muut lääkärin toteamat

sairaudet: _____

Hoito ja seuranta tällä hetkellä (kontrollit ja yms.)?

Missä? Työterveyshuollossa _____
erikoissairaanhoidossa _____

terveysasemalla _____ psykiatrian poliklinikalla _____ A-
klinikalla _____

muualla,
missä? _____

3. Kuntoutus: Oletko ollut kuntoutuksessa?

Missä olet ollut? Aslak _____ TYK _____ muut
kurssit _____

kuntoremontti _____

kuntoutustutkimus _____

ammattillinen
kuntoutus _____

työkokeilu _____

koulutus _____

Mitä mieltä olit kuntoutuksesta? positiivinen _____
negatiivinen _____

muuta,
mitä? _____

4. Saitko mielestäsi tarpeeksi tietoa kuntoutusmahdollisuuksistasi? _____

Mistä olisit toivonut enemmän tietoa? _____

5. Jos olet nyt sairaslomalla/poissa työstä, mikä on mielestäsi tärkein tekijä tähän? _____

terveydelliset syyt _____

työhön ja työpaikkaan liittyvät _____

työn ulkopuoliset syyt _____

6. Minkälaisia oireita sinulla on tai on ollut? _____

Miten ne vaikuttavat arkeesi? _____

Työterveyshuoltoon ja työhön paluun tuki projektiin toimintaan liittyvät kysymykset:

1. Mitä mieltä olet Työterveyskeskuksen ja työhön paluun tuki projektin toiminnasta?

Positiivinen _____ negatiivinen _____ siltä väliltä _____

Mitä haluat

kertoa? _____

2. Työhön paluun tuki projektin tarkoituksena oli tarjota asiakkaille työterveyshuollon osaamista vaikeissa työkykyongelmissa. Työryhmänä toimi kuntoutuslääkäri, psykologi, työterveyshoitaja ja kuntoutusasiantuntija. Työskentelytapana oli kiinteä työryhmä työskentely ja neuvottelu asiakkaan kanssa. Tärkeä toimintatapa oli myös tiivis yhteistyö henkilöstöhallinnon ja työeläkevakuutuksen kanssa.

Miten tämä sinun näkökulmasta

toteutui? _____

Mistä sait parhaiten tukea työhön paluussa tai sen suunnittelussa? _____

Mikä oli hyvää ja toimivaa? _____

Entä mikä ei toiminut? _____

-
-
3. Järjestettiinkö yhteispalaveri tai yhteispalavereita työhön paluun tueksi? _____

Toteutuivatko palavereissa sovitut asiat? _____

Jos eivät toteutuneet, niin, miksi? _____

Työhön liittyvät kysymykset:

1. Oletko nyt työssä?

Oletko kokopäivä vai
osapäivätyössä? _____

2. Miten viihdyit työssäsi ennen
sairaslomaa? _____

Minkälainen työilmapiiri työpaikallasi on tai
oli? _____

Entä välit
esimieheesi? _____

Tunteeko hän sinut vai onko kyseessä uusi esimies? _____

Oletko voinut luottaa esimieheesi? _____

Saatko tukea ja apua tarvittaessa työkavereiltasi/esimieheltä? _____

3. Kuinka tärkeää työ on sinulle?

(erittäin tärkeää/tärkeää/kohtalaisen tärkeää/vähemmän tärkeää/ei merkitystä)

4. Hallitsitko/Hallitsetko mielestäsi työtehtävät hyvin? _____

5. Miten arvioisit oman ammattitaitosi nykyiseen ammattiisi nähden?

(Erinomainen/hyvä/kohtalainen/heikko/huono)

6. Käytätkö työssäsi tietokonetta? _____

Oletko joutunut opettelemaan viime vuosina uusia tietokoneohjelmia? _____

Miten se on sujunut? _____

7. Oletko terveydellisten syiden vuoksi uudelleensijoituksessa Helsingin kaupungilla? _____

Oletko saanut uuden työpaikan uudelleensijoituksen kautta? _____

Oletko uudelleen koulutuksessa? _____

Odotatko uutta työpaikkaa? _____

8. Oletko ollut työkokeilussa? _____

Toteutettiinko joustoja työtehtävissä ja työajoissa? _____

Miten aloittaminen sujui? _____

Olivatko työkaverit tietoisia tilanteestasi? _____

Mikä sujui hyvin? _____

Mikä sujui huonosti? _____

Oliko työkokeilu miestäsi onnistunut? _____

Pidittekö väli- ja loppupalaverit esimiehen kanssa? _____

Kompensaatiotuen käyttö? _____

9. Jos olet siirtynyt uuteen työpaikkaan miten perehdytys mielestäsi toimi?

10. Oletko ollut yhteydessä työpaikkaasi tai työkavereihisi viimeisen 6 kk:n aikana?

Entä onko esimiehesi ollut yhteydessä sinuun viimeisen 6 kk:n aikana?

11. Oletko vakituksessa työsuhteessa vai määräaikaisessa?

Kuinka varmaksi koet
työpaikkasi? _____

Onko työpaikan organisaatioon tulossa
muutoksia? _____
