

Kevan tutkimuksia 2/2024

Kuntoutustuelta takaisin työelämään – masentuneen työhön paluun tukeminen työkokeilun avulla

Saija Turtiainen, Sirpa Reijonen, Laura Pekkarinen ja Petra Sohlman





Tutkimus on tuotettu osana Kevan Kestävää työelämää -hanketta, joka on saanut valtionavustusta EU:n elpymis- ja palautumistukivälineestä rahoitettavasta Suomen kestävän kasvun ohjelmasta.

Kevan tutkimuksia 2/2024
Kuntoutustuelta takaisin työelämään – masentuneen työhön paluun tukeminen työkokeilun avulla

Kiitos, Kevan asiantuntijat Nina Aromäki-Palmroos, Helena Trög ja Noora Mela

ISBN 978-952-5933-74-1 (PDF)

ISSN-L 2242-0851

ISSN 2242-086X (verkkójulkaisu)

Sisällys

Tiivistelmä	4
Sammandrag	6
Johdanto	8
Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys	8
Masennustila psykiatrisena oireyhtymänä.....	9
Masennuksen esiintyvyys	10
Masennus ja työelämä	11
Ammatillinen kuntoutus työhön paluun tukena masennuksessa	13
Onko työkyvyttömyyseläkkeeltä mahdollista palata takaisin työelämään ja miten?	16
Tilastotarkastelu masennuksen takia kuntoutustuella olevista .	18
Kevan pilottityökokeilu masentuneen työhön paluun tueksi	25
Pilotin lähtökohdat	25
Pilottityökokeilun käytännön toteutus ja keskeiset huomiot	27
Kuntoutujien valmius palata työhön	31
Pilottiin osallistuneiden kokemuksia työkokeilun hyödyllisyydestä.....	33
Johtopäätökset	41
Lähteet	48

Tiivistelmä

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat julkisella alalla toiseksi yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen, ja niistä masennus sekä toistuva masennus ovat yleisin yksittäinen sairausperuste työkyvyttömyyseläkkeen taustalla. Tähän julkaisuun on koottu tietoa masennuksesta, sen vaikutuksista työssä jatkamiseen ja eläköitymiseen sekä kuvattu masentuneen työhön paluuta ja keinoja sen tukemiseksi. Julkaisussa käydään läpi kokemuksia Kevan masentuneiden työelämäyhteyttä tukevasta pilottityökokeilusta, jossa tuettiin masennuksen perusteella ensimmäisen kuntoutustukipäätöksen tai ensimmäisen jatkopäätöksen saaneiden työhön osallistumista heidän omalla työpaikallaan ilman suoraa työllistymis- ja työaikavaatimusta.

Tilastotarkastelu osoitti, että julkisella alalla masennustaustaiset eroavat muilla diagnooseilla kuntoutustukijakson eli määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen aloittaneista henkilöistä. He ovat iältään nuorempia, minkä lisäksi kuntoutustuki alkaa masennuksen perusteella muita useammin hallinnon, suunnittelun ja tutkimuksen ammateissa, toimisto- ja asiakaspalvelutyössä sekä sivistyksen ja kulttuurin ammattialalla. Neljän vuoden seurannassa masennustaustaiset ovat seurannan lopussa useammin kuntoutustuella ja harvemmin vanhuuseläkkeellä kuin verrokkit.

Pilottityökokeilun kohderyhmäksi valittiin seitsemässä kuntaorganisaatiossa työskentelevät henkilöt, joilla oli lääketieteellisesti selkeä työkyvyn menetyksen uhka, mutta joille tavanomaisen ammatillisen kuntoutuksen käynnistämistä ei vielä pidetty ajankohtaisena. Pilottityökokeilun seurannan tueksi kartoitettiin työkokeiluun osallistuneiden kokemuksia tutkimuskyselyllä. Lisäksi Kevan asiantuntija osallistui työkokeilupalaveriin, ja huomiota kiinnitettiin eri toimijoiden yhteistyöhön, erityisesti työterveyshuollon ja työnantajan rooleihin.

Jo lähtövaiheessa havaittiin, että useimpien masennuksen takia kuntoutustuella olevien työsuhde oli päättynyt jo ennen työkyvyttömyysjakson alkamista. Lisäksi niilläkin, joilla työsuhde oli voimassa, piti etenemiseen varata aikaa ja useita keskusteluita. Masennusoireet värittävät kielteisesti käsitystä omasta toimintakyvystä, ja masennuksesta toipumisen aikana tiedonkäsittelyn hitaus ja työmuistin ongelmat korjautuvat viiveellä.

Pilottityökokeiluun osallistuneilla henkilöillä ilmeni keskittymiskyvyn ongelmia, väsymystä ja voimattomuutta, ja uuden oppiminen tuntui vaikealta. Lähes kaikki pilottiin osallistuneet toivoivat mahdollisuutta aloittaa ilman suuria suorituspaineita muussa kuin omassa työssä. Pilottityökokeilu osoitti, että ammatillisen kuntoutuksen työkokeiluissa kannattaa käyttää määrätietoisemmin olemassa olevaa harkinnanvaraa.

Kuntoutujat kokivat, ettei pilottityökokeilu tukenut voimavarojen vahvistumista. Myös lähiesihenkilöistä moni katsoi, ettei kuntoutuja ollut valmis palaamaan työelämään, vaan kuormittui liikaa. Henkilöstöasioista vastaavien mukaan kuntoutus pitäisi aloittaa jo paljon aiemmin. Työkokeilusuunnitelman pitää olla oikeassa suhteessa työkokeilijan voimavaroihin nähden.

Huomattavan pienellä tuntimäärällä työkokeilun aloittaneet eivät pilottityökokeilun aikana onnistuneet nostamaan työaika tavallisen ammatillisen kuntoutuksen edellyttämään työaikaan. Joissain tilanteissa osa-aikatyö on realistisempi tavoite, ja masennuksesta toipuvalle voi olla aiheellista tarjota mahdollisuus palata töihin usean työkokeilun kautta. Masennuksesta toipuvan suorasta työllistymisvaateesta voisi olla hyvä joustaa.

Pilottityökokeilussa kuntoutujien ja esihenkilöiden näkemykset etenkin perehdyttämisestä poikkesivat toisistaan. Työkokeilussa on huolehdittava perehdytyksestä masentuneen ehdoilla. Lähiesihenkilöt eivät välttämättä ole tietoisia masennukseen liittyvistä erityispiirteistä ja niiden vaikutuksiin toimintakykyyn.

Työn ja työajan muokkaaminen työhön palaajan tarpeisiin sopivaksi edellyttää yhteistyötä, ja tiedon kulku on syytä varmistaa. Pilottityökokeilussa Kevan asiantuntija osallistui työkokeilupalaveriin ja piti pilotin ajan säännöllisesti yhteyttä sekä työkokeilijaan että työnantajaan. Kuntoutujat kokivat saaneensa tukea eniten juuri työpaikan ulkopuolisilta tahoilta, kuten työterveyshuollolta tai Kevalta.

Työelämäyhteyttä tukeva pilotti vahvisti käsitystä siitä, että pitkään jatkuneelta masennusperusteiselta kuntoutustuelta on vaikea palata takaisin työhön ja työkyvyn tuen painopiste kannattaa siirtää varhempaan työkykyjohtamiseen. Erityisesti pitää kehittää esihenkilöiden osaamista masennuksen vaikutuksista työelämässä ja varata aikaa työkyvyn tukemiseen arkityössä.

Sammandrag

Mentala störningar och beteendestörningar är i den offentliga sektorn den näst vanligaste orsaken till invalidpension, och bland dessa är depression och återkommande depression den vanligaste enskilda sjukdomsorsaken bakom invalidpension. Denna publikation sammanställer information om depression, dess konsekvenser för fortsättning i arbetet och pensionering. I den beskrivs också återgången till arbetet bland deprimerade personer och hur den kan stödjas. Publikationen redogör för erfarenheterna från Kevas pilotförsök med arbetsprövning som stöd för kontakt till arbetslivet för deprimerade personer. I försöket erbjöds personer som fått sitt första beslut om rehabiliteringsstöd eller förlängning på grund av depression stöd för att delta i arbetet på sin egen arbetsplats utan något direkt krav på sysselsättning och arbetstider.

Enligt en statistisk analys skiljer sig personer med depression i den offentliga sektorn från personer med andra diagnoser bland dem som har inlett en period med rehabiliteringsstöd, det vill säga invalidpension för viss tid. De är yngre, och rehabiliteringsstöd börjar löpa oftare i yrken inom förvaltning, planering och forskning, kontors- och kundservicearbete samt i bildnings- och kultursektorn. Under den fyraåriga uppföljningen lyfter personer med depression i slutet av uppföljningen oftare rehabiliteringsstöd och mer sällan ålderspension än kontrollgruppen.

Målgruppen för pilotförsöket var personer som arbetar i sju kommunala organisationer och som hade en tydlig medicinsk risk för förlust av arbetsförmågan, men för vilka inledning av normal yrkesinriktad rehabilitering ännu inte ansågs vara aktuell. För att stödja uppföljningen av pilotförsöket kartlade man erfarenheterna hos de personer som deltog i arbetsprövning genom en enkät. Dessutom deltog Kevas expert i mötena i samband med arbetsprövningen och man fäste uppmärksamhet vid samarbetet mellan olika aktörer, och särskilt vid företagshälsovårdens och arbetsgivarens roll.

Det observerades redan i början att anställningsförhållandet hos de flesta mottagarna av rehabiliteringsstöd på grund av depression redan hade avslutats innan perioden med arbetsoförmåga började. Också de personer som hade ett gällande anställningsförhållande behövde tid och ett flertal diskussioner för att nå framgång i arbetsprövningen.

Depressionssymtom inverkar negativt på uppfattningen av ens egen funktionsförmåga, och under återhämtningen från depression återställs förmågan att hantera information och problemen med arbetsminnet med fördröjning.

De personer som deltog i arbetsprövning i samband med pilotförsöket upplevde problem med koncentration, trötthet och kraftlöshet, och de hade svårt att lära sig nytt. Nästan alla som deltog i pilotförsöket hoppades på möjligheten att kunna börja på ett annat jobb än sitt eget utan stora prestationskrav. Pilotförsöket visade att befintligt handlingsutrymme ska utnyttjas mer målmedvetet.

Rehabiliteringsklienterna ansåg att pilotförsöket inte stödde en förstärkning av resurserna. Också många av de närmaste cheferna upplevde att rehabiliteringsklienten inte var redo att återvända till arbetslivet utan blev överbelastad. Enligt hr-ansvariga borde rehabiliteringen börja redan mycket tidigare. Arbetsprövningsplanen måste stå i proportion till arbetsprövarens resurser.

Under pilotförsöket lyckades de som inledde arbetsprövningen med ett mycket litet antal timmar inte öka sin arbetstid till den arbetstid som krävs för vanlig yrkesinriktad rehabilitering. I vissa situationer är deltidsarbete ett mer realistiskt mål, och det kan vara lämpligt att erbjuda en person som återhämtar sig från depression möjlighet att återvända till arbetet genom flera arbetsprövningar. När det gäller en person som återhämtar sig från depression kan det vara bra att pruta på direkta sysselsättningskrav.

I pilotförsöket skiljde sig rehabiliteringsklienternas och chefernas åsikter från varandra, särskilt i fråga om introduktion. I arbetsprövning måste introduktionen skötas på den deprimerade personens villkor. De närmaste cheferna är nödvändigtvis inte medvetna om särdragen i anslutning till depression och deras inverkan på funktionsförmågan.

För att anpassa arbetet och arbetstiden till behoven hos den som ska återvända till arbetet krävs samarbete, och informationsutbytet bör säkerställas. I pilotförsöket deltog Kevas expert i mötena i samband med arbetsprövningen och höll regelbunden kontakt med både arbetsprövaren och arbetsgivaren under pilotförsöket. Rehabiliteringsklienterna upplevde att de fick mest stöd just av utomstående, till exempel av företagshälsovården eller Keva.

Pilotförsöket som stödde kontakten till arbetslivet stärkte uppfattningen om att det är svårt att återgå till arbetet efter en lång period med rehabiliteringsstöd på grund av depression och att fokus för stödet för arbetsförmågan bör flyttas till arbetsmiljöledning redan i ett tidigare skede. Framför allt bör chefernas kompetens om konsekvenserna av depression för arbetslivet utvecklas, och man bör reservera tid för att stödja arbetsförmågan i det dagliga arbetet.

Johdanto

Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys

Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä yhteiskunnallinen ongelma suomalaisten terveydelle ja työkyvylle. Masennusta sairastaa vuosittain 5–7 % suomalaisista, ja sitä esiintyy yleisemmin naisilla sekä nuoremmissa ikäryhmissä (Duodecim, 2024). Vuonna 2022 masennusta sairastavien osuus kaikista mielenterveyssyistä eläkkeellä olleista oli 43 % (Eläketurvakeskus, 2023). Masennus oli yleisin työkyvyttömyyttä aiheuttava mielenterveyden häiriö.

Masennus katkaisee työuran aiemmin kuin tärkeimmät somaattiset työkyvyttömyyttä aiheuttavat sairaudet (Pensola & Gould, 2009). Masennuksessa erilaisilla ympäristötekijöillä on suurempi vaikutus kuin perinnöllisellä alttiudella. Muita vakavia mielenterveyden häiriöitä, kuten skitsofreniaa, luonnehtii varhainen alkua, kehitykselliset piirteet ja työuralta syrjäytyminen jo ennen sen alkamista.

Suomessa siirtyi vuonna 2022 työkyvyttömyyseläkkeelle 17 900 henkilöä, joista yli 5 200 oli julkisen alan vakuutettuja. Julkisella alalla keskimääräistä useampi (51 %) siirtyi osatyökyvyttömyyseläkkeelle kuin täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle. Yleisimmät syyt siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (34 %) sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (31 %). Julkisella alalla tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisin syy siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle, mutta masennus ja toistuva masennus ovat yleisin yksittäinen sairausperuste työkyvyttömyyseläkkeen taustalla (Eläketurvakeskus, 2023; Keva, 2022).

Masennus on työkyvyttömyyseläkkeen syy useammin naisilla kuin miehillä. Vuonna 2022 masennuksen perusteella siirtyi eläkkeelle naisista 22 prosenttia ja miehistä 12 prosenttia (Eläketurvakeskus, 2023). Tämä korostuu julkisella alalla, jolla naisten osuus työntekijöistä on yli 70 %.

Tämän julkaisun tavoite on tuottaa koottua tietoa masennuksesta, sen vaikutuksista työssä jatkamiseen ja eläköitymiseen sekä kuvata masentuneen työhön paluuta ja sitä tukevia keinoja erityisesti Kevan masentuneiden työelämäyhteyttä tukevassa pilottityökokeilussa.

Pilotin lähtökohta oli oletus, että kun masennuksen perusteella ensimmäisen kuntoutustukipäätöksen tai ensimmäisen jatkopäätöksen saaneiden työhön osallistumista tuetaan heidän omalla työpaikallaan ilman suoraa työllistymis- ja työaikavaatimusta, mahdollistetaan yhteyden säilyminen työpaikkaan ja vahvistetaan henkilön osallisuuden tunnetta. Samalla tavoite oli nopeuttaa työhön paluuta ja vähentää pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen riskiä.

Masennustila psykiatrisena oireyhtymänä

Mielenterveyden häiriöt ovat lääketieteellisesti määriteltyjä tiloja, joilla on tutkimuksin vahvistetut kriteerit. Häiriöstä puhutaan, kun tiettyjä oireita on samanaikaisesti riittävän pitkään ja riittävän monta. Suurin osa psykiatrisista häiriöistä on oireyhtymiä, joiden syytä ei tunneta tarkasti tai joilla on vaihtelevia syitä.

Psyykkiset oireet, kuten masentuneisuus, eivät ole vielä mielenterveyden häiriö.

Masennus on oireyhtymä, ja depressiota voidaan käyttää yläkäsitteenä kuvaamaan sekä masennustilaa että toistuvaa masennusta. Vaikeusasteen perusteella masennustila luokitellaan lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai psykoositasoiseksi. Lievään masennukseen liittyy subjektiivista kärsimystä, mutta se ei yleensä juuri heikennä potilaan toimintakykyä. Keskivaikea masennus huonontaa yleensä selvästi toimintakykyä, ja vaikeasta masennuksesta kärsivä tarvitsee usein apua päivittäisissä toimissaan. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy masennusoireiden lisäksi tavallisesti harhaluuloja ja joskus aistiharhoja (Duodecim, 2024).

Masennuksen diagnostiikassa (ICD-10) on keskeistä yksittäisten masennusoireiden tunnistamisen ohella nimenomaan itse oireyhtymän toteaminen. Diagnoosi edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta esiintyy vähintään neljä. Oleellista on, että havaittuja masennuksen oireita on esiintynyt päivittäin ja yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja että oireet ovat vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä. Masennuksen ydinoireita ovat masentunut mieliala ja mielihyvän kokemuksen menetys. Diagnoosi asetetaan haastattelussa todettujen masennuksen oireiden lukumäärän, vakavuuden, keston ja niiden aiheuttaman kärsimyksen tai haitan perusteella. Masennusdiagnoosia ei tehdä kyselylomakkeella. Masennustilan sivukriteereistä erityisesti itseluottamuksen ja omanarvontunnon väheneminen sekä perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset vaikeuttavat työssä suoriutumista ja työhön palaamista.

Keskimäärin masennusjakso kestää 3–4 kuukautta. Jopa 15–20 %:lla potilaista on pitkittynyt tai krooninen taudinkuva. Väestötutkimusten mukaan noin kolme neljäsosaa masentuneista on toipunut 2–7 vuoden seurannan aikana. Jos toipumisen määritelmänä käytetään diagnoosin sijaan oiremittaria, toipuneiden osuus on pienempi. Jäännösoireet, kuten kognitiiviset ongelmat, ovat tavallisia toipumisen jälkeenkkin (Markkula & Suvisaari, 2017).

Masennus uusiutuu usein: 2–5 vuoden seurannoissa 40–70 % kokee uuden jakson. Uusiutuminen heikentää ennustetta ja on sitä todennäköisempää, mitä useampia näitä jaksoja on ollut (Copeland ym., 2011). Ennuste on sitä parempi, mitä varhempaisessa vaiheessa hoito aloitetaan.

Masennuksen esiintyvyys

Masennuksesta kärsii vuoden aikana noin 5–7 % suomalaisista.

Maailmanlaajuisesti masennuksen esiintyvyys ei ole muuttunut viime vuosikymmeninä, eikä se Suomessa todennäköisesti ole poikkeuksellisen suuri verrattuna muihin länsimaihin. Masennushäiriöiden hoito on lisääntynyt enemmän kuin esiintyvyys, mikä viittaa siihen, että entistä useampi osaa hakeutua oireiden vuoksi hoitoon (Markkula & Suvisaari, 2018).

Väestötutkimusten tuloksia vertailtaessa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, mitä sanaa ”masennus” käytetään kuvaamaan; pitääkö se sisällään sekä masennustilan (major depressive disorder, MDD) että pitkäkestoisen masennuksen (dystymia) ja tarkemmin määrittämättömän masennuksen. Väestötutkimuksiin liittyy myös menetelmällisiä haasteita. Masennuksen Käypä hoito -suositus koskee vain tautiluokituksen masennustiloja F32–F33 (masennustila ja toistuva masennus).

Terve Suomi -tutkimuksen avulla seurataan väestön hyvinvoinnin ja palvelukokemusten muutoksia eri väestöryhmissä ja alueittain. Tutkimuksen mukaan 2020-luvun peräkkäiset kriisit ovat heikentäneet työikäisten mielenterveyttä. Taustalla voi olla esimerkiksi toimeentuloon, tulevaisuuteen tai perheenjäseniin liittyviä huolia, joten ratkaisuja ei pidä etsiä pelkästään terveydenhuollosta (THL, 2023).

Masennus ja työelämä

Masennustilan diagnoosi ei kerro sen syystä. Masennustilojen syyt ovat monitekijäisiä, ja niin geneettiset kuin ympäristötekijät vaikuttavat yksilön sairastumisriskiin. Laukaisevien elämäntapahtumien esiintyminen masennustiloissa on paremminkin sääntö kuin poikkeus. Iän myötä ympäristötekijöiden merkitys suurenee ja geneettisten tekijöiden pienenee.

Työ voi edistää ihmisen mielenterveyttä tarjoamalla mahdollisuuden toteuttaa itseään, oppia uutta, sekä kokea onnistumista ja osallisuutta. Lisäksi se rytmittää elämää. Työ voi kuitenkin myös kuormittaa mielenterveyttä tilanteessa, jossa esimerkiksi työmäärä ylittää ihmisen voimavarat, esimiehen tai kollegoiden kanssa on ongelmia, tehtävät on organisoitu huonosti tai työn sisältö ei tuota tyydytystä (Wahlbeck ym, 2017).

Stressi voi olla elämän suola, kun ihminen ponnistelee saavuttaakseen itselle tärkeät tavoitteet (Suvisaari, 2024). Sen sijaan pitkittynyt stressi on haitallista. Uuden oppimisesta sekä mukautumis- ja päätöksentekokyvystä on tullut työelämässä yhä tärkeämpää. Samalla työelämässä ja ehkä vapaa-ajallakin kognitiivinen ja psyykinen kuormitus ovat lisääntyneet (Vorma, 2020).

Hyvällä johtamisella voidaan vähentää työelämän aiheuttamaa haitallista stressiä.

Pitkään jatkuva työstressi voi johtaa erilaisiin terveyshaittoihin, kuten työuupumukseen, unettomuuteen ja masennukseen. Työstressiä kokevien riski sairastua masennukseen on 20–30 % suurempi kuin muilla. Työstressi voi altistaa masennuksen uusiutumiselle tai ehkäistä masennuksesta toipumista.

Työstressiä voidaan kuitenkin hallita. Yksilön stressinhallintamenetelmiä ovat etenkin kognitiivisen psykoterapian keinot, joilla tavoitellaan myönteisiä muutoksia toiminta- ja ajatusmalleihin ja oman pystyvyyden tunteeseen sekä lisätään positiivisuutta ja harjoitellaan rentoutumista. Työpaikoilla stressinhallintakeinoja ovat esimerkiksi työroolin selkeyttäminen, oppimisen, kehittymisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen sekä töiden priorisointi (Juvani, 2019).

Sairauspoissaolo ei aina ole ratkaisu kuormittavassakaan työtilanteessa. Työstä poissaolon pitkittymiseen liittyy pysyvän työkyvyttömyyden riskin suureneminen. Terveystuon tukitoimet ja työtehtävien muokkaus työpaikalla nopeuttavat työhön paluuta. Jo sairauspoissaolokauden alkaessa tulee harkita mahdollisuutta varhaiseen terveydelle sopivaan työhön paluuseen, koska työ sinällään tukee terveyttä ja työkykyä. Työhön paluuta mielenterveysperusteiselta sairauspoissaololta voidaan ilmeisesti nopeuttaa monitekijäisillä interventioilla, joilla on yhteys työhön (Duodecim, 2019).

Työnantajalla on tärkeä vastuu työntekijän työssä jatkamisen tuessa. Tueksi tarvitaan sekä työyhteisöön kohdistuvia että yksilölle räätälöityjä toimia. Puutteiden sijaan huomio kannattaa kiinnittää yksilön kykyihin ja mahdollisuuksiin (van Hees ym., 2022). Vahvaa tutkimusnäyttöä on siitä, että jos työntekijällä on vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä, hänen riskinsä joutua työkyvyttömyyseläkkeelle suurenee. Vaativa työ yhdistettynä puutteellisiin vaikutusmahdollisuuksiin suurentaa työkyvyttömyyseläkeriskin keskimäärin 1,5-kertaiseksi. Sen sijaan työn vaatimukset yksinään eivät näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä työkyvyttömyyseläkkeiden riskitekijä. Vähäisempää tutkimusnäyttöä on kuitenkin siitä, millainen yhteys työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen on sellaisilla työn vaatimuksilla kuin organisaatiomuutoksilla, osaamisen kehittämisen puutteilla sekä ponnistelun ja palkitsevuuden epäsuhdalla. Työpaikoilla tulisi tehostaa toimenpiteitä ja tukea työntekijöiden mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä, erityisesti jos työn kuormitus on suuri. (Knardahl ym., 2017)

Vaativan työn ja puutteellisten vaikutusmahdollisuuksien ohella vähäinen sosiaalinen tuki työtovereilta on yhteydessä korkeampaan riskiin päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Esihenkilöiden roolia työntekijöiden tuen tarpeiden tunnistamisessa korostetaan, ja työterveyshuollon ja organisaation yhteistyön sujuvuus nähdään tärkeäksi (Leineweber ym., 2019). Toimenpiteet, joita tehdään ensimmäisen pitkän sairauspoissaolon alkaessa, voivat jatkossa vähentää kokoaikaisia sairauspoissaoloja ja lisätä työssä olon todennäköisyyttä. Tukitoimet sisältävät muun muassa erilaisia työn muokkausmahdollisuuksia, joihin työpaikat olivat sitoutuneet, neuvontaa ja taloudellista tukea työpaikoille työtehtävien räätälöintiin ja pidennettyä omaan ilmoitukseen perustuvia sairauspoissaoloja. (Hoff ym., 2022)

Myös erilaisilla työpaikan interventioilla voidaan vaikuttaa masentuneen työssä jatkamiseen (Joyce ym., 2016). Interventioilla voidaan tarkoittaa mitä tahansa työpaikan fasilitoimaa tai käynnistämää toimenpidettä, jonka tarkoitus on ennalta ehkäistä, hoitaa tai kuntouttaa työntekijää, jolla on masennus- ja/tai ahdistusdiagnoosi. Vahvin tutkimusnäyttö on kognitiivisbehavioraaliseen viitekehykseen nojautuvien stressinhallintakeinojen omaksumisesta (Joyce ym., 2016).

Ammatillinen kuntoutus työhön paluun tukena masennuksessa

Ammatillinen kuntoutus

Työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemisen keinot ovat työkyvyttömyyden vaikeusasteen mukaan porrastaen työkokeilu työterveyshuollon päätöksellä, Kelan osasairauspäiväraha ja työeläkelaitosten korvaama ammatillinen kuntoutus eli työeläkekuntoutus. Ammatillisen kuntoutuksen tavoite on auttaa työllistymään, pysymään työssä tai palaamaan työhön sairaudesta huolimatta. Ammatillinen kuntoutus on ensisijaista työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Työkyvyttömyyden uhkan edellytyksestä, kuten muistakin työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytyksistä, säädetään lailla (JuEL 22§, TyEL 25 §).

Työeläkelaitosten korvaama laajennettu työhön paluun tuki on tarkoitettu kuntoutustuella oleville henkilöille, joiden arvioidaan tarvitsevan pidempikestoista tukea työhön palaamiseen. Tällöin voidaan tukea useaa työkokeilua, joiden kesto yhteensä on enintään vuoden ja joissa palveluntuottaja on koko prosessin ajan kuntoutujan tukena (Tela, 2024). Vakiintunut korvauskäytäntö on, että palvelua tarjotaan henkilöille, jotka ovat kuntoutustuella mielenterveysyistä ja joilla ei ole työpaikkaa, johon palata.

Yhteiskunnan näkökulmasta ammatillisen kuntoutuksen tavoite on säästää työeläkemenoja ja auttaa kuntoutujaa jatkamaan työkyvyllä sopivassa työssä. Yksilön näkökulmasta kuntoutus tarjoaa mahdollisuuden työhön ja parempaan toimeentuloon sekä aikanaan myös parempaan eläkkeeseen. Yksilön kannalta työkyvyttömyyseläkkeen myöhentäminenkin on arvokasta elämänlaadun, päivärytmin, toimintakyvyn, toipumisen, yhteiskuntaan osallistumisen ja identiteetin kannalta.

Työeläkekuntoutuksen keinoja ovat työkokeilu, työhönvalmennus, uudelleen-
koulutus ja elinkeinotuen korvaaminen. Oikeus ammatilliseen kuntoutukseen
on henkilöllä, jolla on uhka siirtyä lähivuosina työkyvyttömyyseläkkeelle tai joka
saa jo määrääkaista työkyvyttömyyseläkettä eli kuntoutustukea. Jos hakija on
kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä, työkyvyttömyyden tai työkyvyttö-
myyden uhkan tulee jatkua siten, että ilman kuntoutusta työkyvyttömyyseläke
jatkuisi tai osatyökyvyttömyyseläke muuttuisi täydeksi työkyvyttömyyseläk-
keeksi. Ammatillista kuntoutusta voi hakea, vaikka ei olisi ollut sairauspoissaoloa.
Työkyvyttömyyden uhkaa tulee voida siirtää tai estää kuntoutuksen avulla.

Ammatillisen kuntoutuksen tuloksia mielenterveyshäiriöissä parantavat riittävän
varhainen aloitus, tiivis yhteys työpaikkaan, aiempi vakiintunut työura ja kuntou-
tujan nuorempi ikä (Laukkala ym., 2015). Julkisella alalla ammatillisen kuntou-
tuksen on todettu olevan vaikuttavaa siten, että siihen osallistuneet pysyvät
useammin työelämässä ja välttävät työkyvyttömyyseläkkeen lähes kaikissa
ammatti-, ikä- ja diagnoosiryhmissä. Lisäksi kuntoutukseen osallistuneet arvioivat
kuntoutuksen usein hyödylliseksi (Pekkarinen & Sohlman, 2020).

Kuntoutuksen voitiin arvioida onnistuvan useammin tuki- ja liikuntaelinsairauk-
sissa kuin mielialahäiriöissä, mutta mielialahäiriöissä kuntoutuksen läpikäyneet
olivat onnistuneet huomattavasti useammin pysyttelemään työelämässä tai
poissa pysyvältä työkyvyttömyyseläkkeeltä kuin oikeuden käyttämättä jättäneet.
Saman tutkimuksen kyselytutkimusosuuden perusteella terveydentila oli usein
este sille, miksi ammatillinen kuntoutus ei päässyt alkamaan. Usein oli myös
hankaluuksia löytää terveydelle sopiva työkokeilupaikka (Pekkarinen & Sohlman,
2020). Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta on kuitenkin vaikeaa tutkia,
koska tutkimusasetelmissä ei voida poissulkea sitä mahdollisuutta, että tutkittava
olisi palannut töihin myös ilman kuntoutusta.

Masennustila ja ammatillinen kuntoutus

Masennuspotilailla tavallisimpia työhön paluuta tukevia ammatillisen kuntoutuksen keinoja ovat työkokeilu ja työhön valmennus. Työaikaa ja työn vaativuutta lisätään työkokeilun aikana asteittain. Työeläkekuntoutukseen osallistuminen nykykäytännöillä edellyttää, että tuntimääriä lisätään kohtalaisen nopeasti ja työkokeilu toteutetaan niissä tehtävissä, joita työkokeilija tekee jatkossa. Vakiintuneen käytännön mukaan työkokeilu voi kestää enintään kolmesta kuuteen kuukauteen. Mielenterveyden häiriöissä työkokeilun kesto on usein pidempi (3–6 kk) kuin muissa sairausryhmissä (1–3 kk).

Ammatillisen kuntoutuksen oikea-aikaisuutta on vaikea arvioida: kuntoutus pitäisi käynnistää varhain, mutta toipumisen pitäisi kuitenkin olla riittävän pitkällä. Työhön paluu pitkältä sairauslomalta on vaativa tilanne. Masennusoireet, kielteiset tulkinnat ja stressi vaikeuttavat työhön paluuta, mutta pystyvyyden tunne edistää sitä (Tuisku ym., 2022).

Työhön paluuta edistää ammatillisen ja sairauteen kohdentuvan kuntoutuksen, kuten psykoterapian tai kuntoutuskurssien, yhdistäminen palveluohjaukseen (Nieuwenhuijsen ym., 2020). Eduksi ovat myös nopea psykiatrin konsultaatio, työn muokkaus työpaikalla ja ammatillisen kuntoutuksen aikaisempi aloitus. Työ itsessään on jo kuntoutusta.

Työhön paluuseen liittyvän pystyvyyden tunteen on havaittu ennustavan työhön paluun onnistumista (Heikinheimo ym., 2018). Positiiviset odotukset ja positiivinen psykologinen mielentila ovat tärkeitä työhön paluun kannalta. Heikosta pystyvyyden tunteesta kärsivä kokee, että ei tule suoriutumaan työtehtävistään, kun taas vahva pystyvyyden tunne on uskomus, että yksilö pystyy suoriutumaan työtehtävistään työhön palatessaan (Lagerveld ym., 2010).

Työterveyshuollolla on keskeinen rooli ylläpitää työssäkäyvän depressiopotilaan työkykyä ja tukea hänen työhön paluutaan. Työnantajan, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon sekä työntekijän yhteistyö on olennaista ammatillisen kuntoutuksen onnistumisen kannalta.

Onko työkyvyttömyyseläkkeeltä mahdollista palata takaisin työelämään ja miten?

Työkyvyttömyyseläkkeeltä (toistaiseksi jatkuvalta tai määräaikaiselta) on verraten pieni todennäköisyys palata takaisin työelämään. Tutkimuksessa (Pirkola ym., 2020) on hahmotettu seitsemän erilaista eläköitymisen polkua, ja viiden vuoden seurannassa työhön palasi vain 10,5 % tutkittavista. Eniten työhön palaajia oli työstä työkyvyttömyyseläkkeelle jääneissä ja vähiten pitkäaikaistyöttömien ryhmässä.

Vastaava havainto on tehty julkisen sektorin työntekijöistä, joilla niin ikään työpaikan olemassaolo viiden vuoden seurannassa kasvatti selvästi työhön palanneiden osuutta kaikissa kuntoutustuella olevien ikä- ja diagnosoiryhmissä (Sohlman ym., 2022). Kuntoutustuella kesto määrittää myös työhön paluuta: 75 % työhön palaavista tekee sen enintään kahden kuntoutustuen jatkojakson ja toisaalta yhteensä vuoden kuntoutustuella olon jälkeen. Vastaavasti 90 % työhön palaavista on ollut kuntoutustuella enintään kolmen jatkojakson tai vuoden ja yhdeksän kuukauden yhtämittaisen ajan. Lisäksi ammatillisen kuntoutuksen läpikäyneistä työhön palasi selvästi suurempi osa (32 %) kuin muista (12 %), joskin kuntoutuksen asiakkailla oli suhteellisesti enemmän tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja vammojen perusteella myönnettyjä kuntoutustukia kuin mielenterveyshäiriöiden perusteella myönnettyjä kuntoutustukia.

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja mielenterveyden häiriöistä kärsivät palasivat kuitenkin pysyvästi työhön lähes yhtä usein. Mielenterveyden häiriöiden takia kuntoutustuella olleet palasivat työhön keskimäärin hieman hitaammin kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella kuntoutettavat. Työhön palanneiden osuus oli suurin joko uuden kuntoutustukijakson aikana tai heti sen jälkeen läpiviedyssä kuntoutuksessa.

Mielenterveyden häiriöiden tuetun työllistymisen IPS – Sijoita ja valmenna! -toimintamalli on ainoa työhönvalmennuksen malli, jonka mukaista toimintaa voi kutsua näyttöön perustuvaksi, kun sitä toteutetaan uskollisesti mallin laatukriteereiden mukaan. Toimintamalli toteuttaa kansallisen mielenterveysstrategian työelämään kuntouttavien palvelujen sisällöllistä ja toiminnallista uudistusta. IPS-työhönvalmentajan tuella on saavutettu hyviä tuloksia vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien työllistämässä. IPS-työhönvalmentajat toimivat työpaikalla työntekijän, työnantajan ja koko työyhteisön tukena (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:12. IPS – Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke. Ohjelma).

IPS-työhönvalmennuksessa etsitään työpaikka, joka vastaa asiakkaan osaamista, voimavaroja ja mielenkiinnon kohteita. IPS-työhönvalmennus on yksilöllistä ja kestoaltaan rajaamatonta palvelua, joka ei pääty työllistymisvaiheeseen, vaan jatkuu niin kauan kuin työllistynyt asiakas sitä tarvitsee. Malli tarjoaa näyttöön perustuvan mahdollisuuden tukea mielenterveyskuntoutujaa, mutta ei sellaisenaan sovellu työeläkekuntoutuksena toteutettavaksi, koska työeläkekuntoutuksessa ei voida sitoutua kestoaltaan täysin rajaamattomaan palveluun. IPS-laatukriteereitä ylläpitää yhdysvaltalainen IPS Employment Center.

Tilastotarkastelu masennuksen takia kuntoutustuella olevista

Kevan rekistereistä pyrittiin hahmottamaan masennuksen takia kuntoutustuella olevien taustatekijöitä, kuntoutustukijaksoja ja työhön paluuta suhteessa muista syistä kuntoutustuella oleviin julkisella sektorilla. Tilastotarkastelussa seurattiin lisäksi masennuksen takia kuntoutustuella olevien tilannetta kolme vuotta kuntoutustukijakson jälkeen. Seuranta alkoi vuonna 2019.

Masennuksen perusteella uuden kuntoutustukijakson aloittaneet

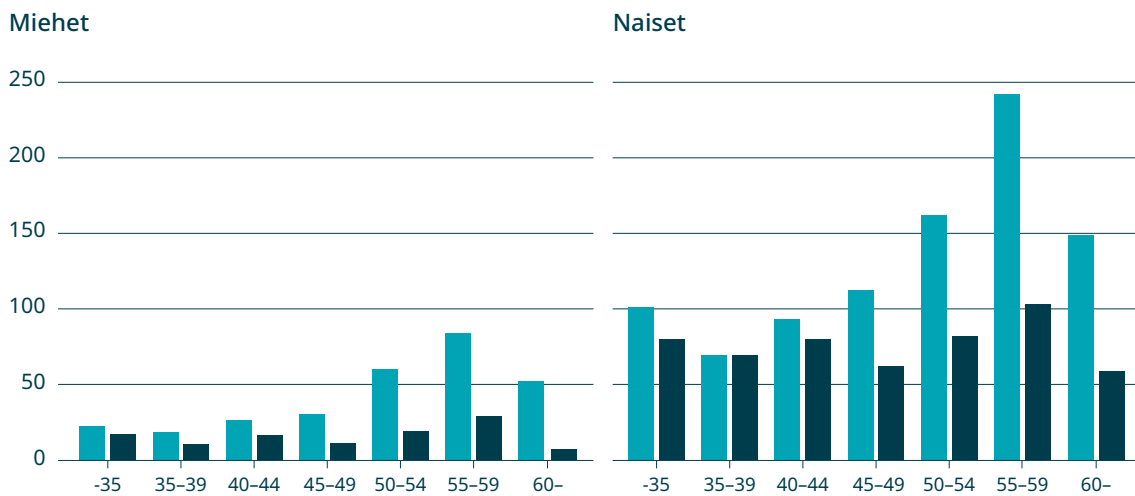
Vuonna 2019 julkisella sektorilla aloitti uuden työkyvyttömyyseläkkeen yhteensä 5 614 henkilöä. Kuntoutustukia eli täysiä, määräaikaista työkyvyttömyyseläkkeitä näistä oli kolmannes (1 864 eläkettä). Kuntoutustuen aloittaneiden keski-ikä oli 49,4 vuotta, mikä on vähemmän kuin muissa eläkelajeissa, ja naisia heistä oli 79 %. Uusista kuntoutustukijaksoista noin 35 % oli myönnetty ensisijaisesti masennuksen tai toistuvan masennuksen perusteella (taulukko 1).

Taulukko 1. Vuonna 2019 eri eläkelajien aloittaneet masennustaustan mukaan

	Masennustausta		Muu sairaus		Masennustausta, osuus
	Lkm	Keski-ikä, v.	Lkm	Keski-ikä, v.	
Kuntoutustuki	644	47,2	1 220	50,5	34,5 %
Osakuntoutustuki	377	50,1	897	53,4	29,6 %
Osatyökyvyttömyyseläke	141	60,6	1 381	60,0	9,3 %
Työkyvyttömyyseläke	116	60,5	838	59,3	12,2 %
Yhteensä	1 278	50,7	4 336	55,8	22,8 %

Uuden täyden kuntoutustuen aloittaneet olivat ikäjakaumaltaan nuorempia kuin muun työkyvyttömyyseläkkeen aloittaneet (kuva 1). Masennustaustaisten ikärakenne on kuntoutustuen aloittaneiden joukossa tasaisempi verrattuna muihin diagnooseihin sekä miehillä että naisilla. Naisilla masennustausta on kuntoutustuen aloittaneilla yleisempi (37 %) kuin miehillä (27 %).

Kuva 1. Uuden kuntoutustukijakson vuonna 2019 aloittaneet iän ja sukupuolen mukaan



		Ikä						
Miehet		-35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-
■	Muu sairaus	22	18	26	30	60	84	52
■	Masennustausta	17	10	16	11	19	29	7
Naiset		-35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-
■	Muu sairaus	101	69	93	112	162	242	149
■	Masennustausta	80	69	80	62	82	103	59

Ammattialoittain tarkasteltuna uuden kuntoutustukijakson aloittaneista noin puolet oli terveys- ja sosiaalialan ammattiteissa. Masennus on useamman kuin joka kolmannen uuden kuntoutustukijakson taustalla. Masennus on yleisin hallinnon, suunnittelun ja tutkimuksen ammattiteissa sekä sivistyksen ja kulttuurin ammattiteissa ja harvinaisin teknisen alan sekä tuotanto- ja turvallisuusalan ammattiteissa. Masennustaustaisten keski-ikä on alempi muihin diagnooseihin verrattuna kaikilla ammattialoilla. Luvut on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Vuonna 2019 uuden kuntoutustukijakson masennuksen perusteella aloittaneet ammattialan mukaan

Ammattiala	Masennustaustaiset		Masennustaustaisten osuus kaikista
	Lkm	Keski-ikä, v.	
Terveys	200	45,8	34,1 %
Sosiaali	135	46,1	37,7 %
Tekninen, tuotanto, turvallisuus	73	47,3	20,8 %
Sivistys, kulttuuri	133	47,9	41,8 %
Toimisto, asiakaspalvelu	62	49,6	40,0 %
Hallinto, suunnittelu, tutkimus	41	51,8	42,7 %
Yhteensä	644	47,2	34,5 %

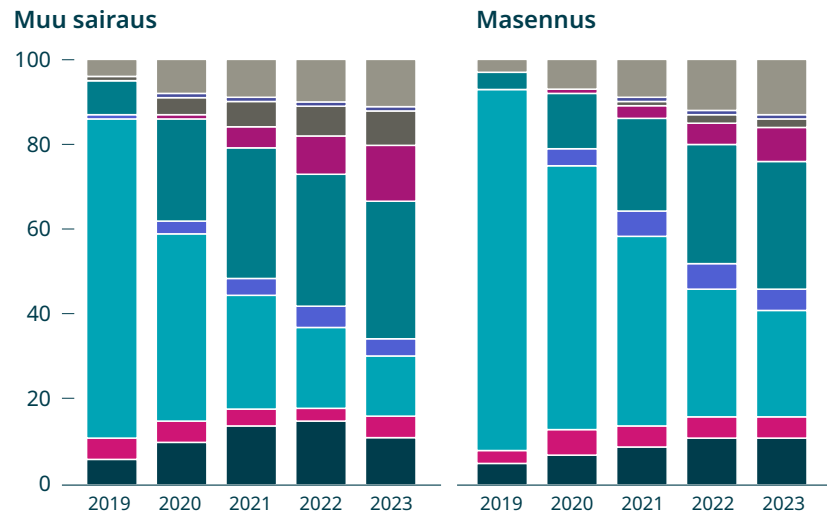
Kuntoutustuella olevien työhön paluun seuranta

Vuoden 2019 aikana uuden julkisen sektorin kuntoutustukijakson aloittaneiden työ- ja eläketilannetta seurattiin vuoden 2023 loppuun. Kullekin seurattavalle muodostettiin jokaisen vuoden loppua kuvaava status vuosiansioiden, palvelusuhteen voimassaolon ja vuoden lopussa maksussa olleiden eläkkeiden perusteella.

Jos henkilöllä ei vuoden lopussa ollut eläkettä maksussa ja hänellä oli työansioita, hänet luokiteltiin joko työssä yli 12 000 euron vuosiansioilla tai pienillä, alle 12 000 euron vuosiansioilla olevaksi. Jos vuoden lopussa oli maksussa eläke, henkilö luokiteltiin vanhuuseläkkeellä, pysyvällä täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä, osatyökyvyttömyyseläkkeellä tai osakuntoutustuella tai kuntoutustuella olevaksi. Eläkkeenmaksun ja ansioiden yhtäaikaisuutta vuoden kuluessa ei tarkasteltu, vaan eläkkeen maksussa olo joulukuussa ratkaisi henkilön statuksen.

Pieni joukko oli niitä, joilla ei ollut maksussa eläkettä eikä julkisen sektorin ansi-oita, mutta julkisen sektorin palvelussuhde oli koko vuoden ajan voimassa. Vuoden aikana kuolleet erotettiin omaksi ryhmäkseen. Osasta seurattavia henkilöitä ei ollut julkisen sektorin rekisteritietoa palvelussuhteista, eläkkeistä eikä ansioista. He saattavat olla esimerkiksi tai pääosin työttömyyspäivärahojen ja muiden päivärahojen saajia työssä yksityisellä sektorilla.

Kuva 2. Vuonna 2019 uuden kuntoutustukijakson aloittaneiden tilanneseuranta vuosina 2019–2023



	Muu sairaus					Masennus				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ei tietoa	4 %	8 %	9 %	10 %	11 %	3 %	7 %	9 %	12 %	13 %
Palvelussuhde voimassa koko vuoden	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
Kuollut	1 %	4 %	6 %	7 %	8 %	0 %	0 %	1 %	2 %	2 %
Vanhuuseläke	0 %	1 %	5 %	9 %	13 %	0 %	1 %	3 %	5 %	8 %
Työkyvyttömyyseläke	8 %	24 %	31 %	31 %	32 %	4 %	13 %	22 %	28 %	30 %
Osatyökyvyttömyyseläke	1 %	3 %	4 %	5 %	4 %	0 %	4 %	6 %	6 %	5 %
Kuntoutustuki	75 %	44 %	27 %	19 %	14 %	84 %	62 %	45 %	30 %	25 %
Ei eläkettä, ansiot alle 12 000	5 %	5 %	4 %	3 %	5 %	3 %	6 %	5 %	5 %	5 %
Ei eläkettä, ansiot yli 12 000	6 %	10 %	14 %	15 %	11 %	5 %	7 %	9 %	11 %	11 %

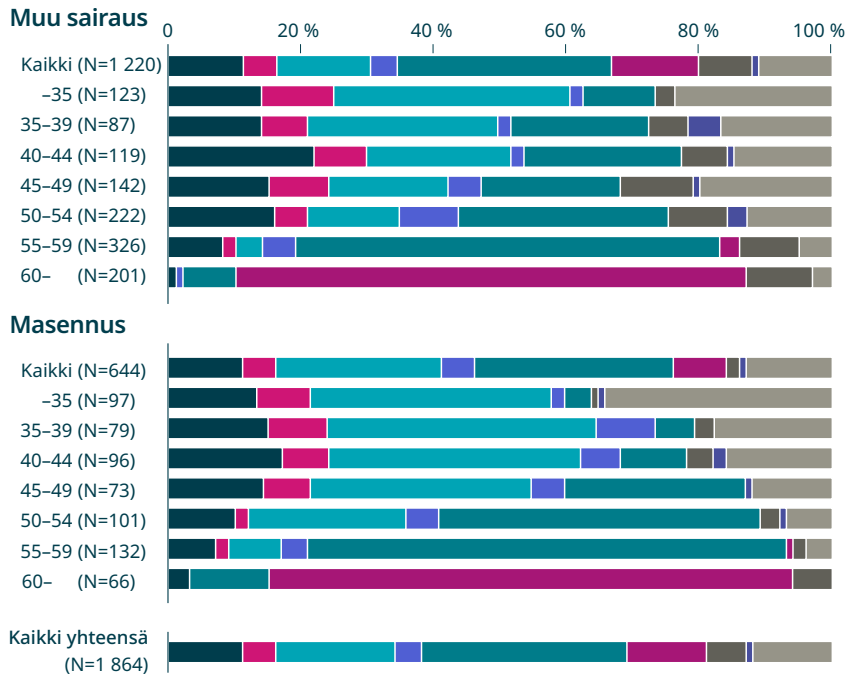
Tilanneseuranta koko joukolle jaoteltuna masennustaustaisiin ja muihin on esitetty kuvassa 2. Kuntoutustuella jatkavien osuus pienenee vuosittain, masennustaustaisilla hitaammin kuin verrokeilla. Seurannan lopussa masennustaustaisista 25 % oli kuntoutustuella, verrokeista 14 %. Työssä yli 12 000 euron vuosiansioilla olleiden osuus kasvaa hitaasti ja on seurannan lopussa molemmilla ryhmillä 11 %. Lisäksi pienillä vuosiansioilla oli seurannan lopussa molemmissa ryhmissä noin 5 %. Pysyvällä, täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä on molemmista joukoista vuoden 2023 loppuun vajaa kolmannes. Masennustaustaisista siirrytään työkyvyttömyyseläkkeelle hitaammin kuin verrokkijoukosta, samoin vanhuuseläkkeelle. Masennustaustaisista myös pienempi joukko on kuollut seurannan lopussa. Molemmista ryhmistä reilut 10 % jää seurannan kuluessa julkisen sektorin rekisteritietojen ulottumattomiin.

Masennuksen perusteella kuntoutustuella olleiden tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä

Ikäryhmän mukaan tarkasteltuna seurattavien henkilöiden tilannejakaumat ovat hyvin erilaisia (kuva 3). Kuntoutustuen alkamishetkellä yli 60-vuotiaista suurin osa on luonnollisesti siirtynyt vanhuuseläkkeelle neljän vuoden kuluessa. Valtaosa 55–59-vuotiaista seurattavista on pysyvällä täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä, masennustaustaisista kolme neljästä ja muista kaksi kolmesta. Pysyvien, täysien työkyvyttömyyseläkkeiden osuus 50–54-vuotiaissa on vastaavasti puolet ja kolmannes. Vielä 45–49-vuotiaissakin masennustaustaisista on täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä suurempi osuus kuin verrokeista, mutta tätä nuoremmissa ikäryhmissä tilanne on päinvastainen: verrokkiryhmässä täysiä työkyvyttömyyseläkkeitä on suhteellisesti selvästi enemmän. Kuntoutustuet ovat masennustaustaisilla kaikissa ikäryhmissä seurannan päätyttyä yleisempiä kuin verrokkiryhmällä.

Työssä yli 12 000 euron vuosiansioilla olleita on molemmissa ryhmissä suhteellisesti yhtä paljon, samoin pienillä ansioilla ilman eläkettä olleita. Ikäryhmittäin eroja on jonkin verran. Kun tarkastellaan alle 50-vuotiaita yhteensä, masennustaustaisten työssä käyvien henkilöiden suhteellinen osuus kaikista on verrokkiryhmää hieman pienempi.

Kuva 3. Vuonna 2019 uuden kuntoutustuen aloittaneiden tilanne vuonna 2023 ikäryhmittäin



Muu sairaus	Ei eläkettä, ansiot yli 12 000	Ei eläkettä, ansiot alle 12 000	Kuntoutus-tuki	Osatyö-kyvyttömyys-eläke	Työ-kyvyttömyys-eläke	Vanhuus-eläke	Kuollut	Palvelussuhde voimassa koko vuoden	Ei tietoa
Kaikki (N=1 220)	11 %	5 %	14 %	4 %	32 %	13 %	8 %	1 %	11 %
-35 (N=123)	14 %	11 %	36 %	2 %	11 %	-	3 %	-	24 %
35-39 (N=87)	14 %	7 %	29 %	2 %	21 %	-	6 %	5 %	17 %
40-44 (N=119)	22 %	8 %	22 %	2 %	24 %	-	7 %	1 %	15 %
45-49 (N=142)	15 %	9 %	18 %	5 %	21 %	-	11 %	1 %	20 %
50-54 (N=222)	16 %	5 %	14 %	9 %	32 %	0 %	9 %	3 %	13 %
55-59 (N=326)	8 %	2 %	4 %	5 %	64 %	3 %	9 %	0 %	5 %
60- (N=201)	1 %	-	-	1 %	8 %	77 %	10 %	-	3 %

Masennustausta	Ei eläkettä, ansiot yli 12 000	Ei eläkettä, ansiot alle 12 000	Kuntoutus-tuki	Osatyö-kyvyttömyys-eläke	Työ-kyvyttömyys-eläke	Vanhuus-eläke	Kuollut	Palvelussuhde voimassa koko vuoden	Ei tietoa
kaikki (N=644)	11 %	5 %	25 %	5 %	30 %	8 %	2 %	1 %	13 %
-35 (N=97)	13 %	8 %	36 %	2 %	4 %	-	1 %	1 %	34 %
35-39 (N=79)	15 %	9 %	41 %	9 %	6 %	-	3 %	-	18 %
40-44 (N=96)	17 %	7 %	38 %	6 %	10 %	-	4 %	2 %	16 %
45-49 (N=73)	14 %	7 %	33 %	5 %	27 %	-	0 %	1 %	12 %
50-54 (N=101)	10 %	2 %	24 %	5 %	49 %	-	3 %	1 %	7 %
55-59 (N=132)	7 %	2 %	8 %	4 %	73 %	1 %	2 %	-	4 %
60- (N=66)	3 %	-	-	-	12 %	79 %	6 %	-	-
Kaikki yhteensä (N=1 864)	11 %	5 %	18 %	4 %	31 %	12 %	6 %	1 %	12 %

Ammattialoja tarkasteltaessa vuonna 2023 tilanteeseen vaikuttavat ammattiryhmien erilaiset ikärakenteet sekä masennustaustan yleisyys eri ammatti- ja ikäryhmissä. Terveysalalla työssä olevien osuus on ammattiryhmien kesken suurin sairaustaustasta riippumatta. Kuntoutustuella olevien osuus on masennustaustaisilla suurempi lähes kaikilla ammattialoilla.

Lopuksi: aiemmasta selvityksestä tiedetään, että masennustaustaisten kuntoutukset ovat keskimäärin pidempiä ja työhön palaaminen hitaampaa kuin verrokeilla (Sohlman ym. 2020). Masennuksen perusteella myönnetään kuntoutustukia suhteellisesti enemmän nuoremmille, kun taas monet muut sairaudet alkavat vaikuttaa työkykyyn vasta vanhemmissa ikäryhmissä (Keva 2022). Myös tässä tilastotarkastelussa masennustaustaiset eroavat muilla diagnooseilla uuden kuntoutustukijakson aloittaneista. He ovat iältään nuorempia, ja ikärakenteen lisäksi ammattialojen erilaiset kuormitustekijät heijastuvat todennäköisesti masennustaustan yleisyyteen ammattialoittain.

Neljän vuoden seurannassa masennustaustaiset ovat seurannan lopussa useammin kuntoutustuella ja harvemmin vanhuuseläkkeellä kuin verrokit. Yli 45-vuotiailla täydet työkyvyttömyyseläkkeet ovat masennustaustaisilla verrokkeja yleisempiä, samoin kuin edelleen kuntoutustuet. Molemmista ryhmistä noin 11 % oli seurannan päätyttyä työssä yli 12 000 euron vuosiansioilla ja lisäksi noin 5,5 % ilman maksussa olevaa eläkettä alle 12 000 euron vuosiansioilla. Vaikutussuhteita on kuitenkin vaikea selvittää tilastoista, koska eläkkeen perusteena oleva diagnoosiryhmä sekä ammatti- ja ikärakenne ovat kaikki keskenään sidoksissa. Tilanneseurannassa ikä- ja ammattirakenteet saattavat selittää suuren osan päätöstilanteiden yleisyyksien eroista masentuneilla ja verrokeilla (katso kuva 3).

Kevan pilottityökokeilu masentuneen työhön paluun tueksi

Pilotin lähtökohdat

Pilotin taustaa

Pilottityökokeilussa oletus oli, että kun masennuksen perusteella ensimmäisen kuntoutustukipäätöksen tai ensimmäisen jatkopäätöksen saaneiden työhön osallistumista tuetaan heidän omalla työpaikallaan, mahdollistetaan yhteyden säilyminen työpaikkaan ja vahvistetaan heidän osallisuuden tunnettaan. Samalla nopeutetaan työhön palaamista ja vähennetään pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen riskiä.

Lähtökohta pilottityökokeilun suunnittelulle olivat Kevan tilastotarkastelun tulokset (Sohlman ym. 2020), joita täydennettiin edellä kuvatuilla uusilla tilastotiedoilla. Tilastojen perusteella kuntoutustuelta työhön palaamisen pitäisi tapahtua enintään yhden vuoden yhdenjaksoisen kuntoutustukijakson jälkeen. Lisäksi työpaikan olemassaolo lisää työhön palanneiden osuutta.

Pilottityökokeilun aikana seurattiin pilottiin mukaan lähtevien määrää, työkokeiluissa pysymistä, tuntimäärien kehitystä ja tilannetta työkokeilun päättyessä. Pilottiin osallistuneiden työhön paluun valmiutta mitattiin ennen ja jälkeen työkokeilun Työhönpaluuvalmius-mittarilla (Vuokko & Tuisku, 2017).

Pilotin kohderyhmä ja osallistujien valitseminen

Pilottityökokeilun kohderyhmä muodostui seitsemän kuntatyönantajan palveluksessa olevista työntekijöistä, jotka saivat ensimmäisen kuntoutustukipäätöksensä tai ensimmäisen kuntoutustuen jatkopäätöksensä masennuksen tai toistuvan masennuksen perusteella. Kevan asiantuntija ja johtava asiantuntijalääkäri poimivat hakemuskäsittelystä henkilöt, jotka täyttivät ennalta sovitut kriteerit. Kevan asiantuntija otti yhteyttä kohderyhmään sopiviin henkilöihin ja tarjosi mahdollisuutta lähteä mukaan pilottityökokeiluun. Hakemuskäsittelyssä läpikäytiin 319 henkilöä. Osallistumisen mahdollisuutta tarjottiin 45 henkilölle, joista mukaan saatiin 13.

Pilotin kohderyhmäksi valittiin henkilöt, joilla on lääketieteellisesti selkeä työkyvyn menetyksen uhka, mutta tavanomaisen ammatillisen kuntoutuksen käynnistämistä ei vielä pidetty ajankohtaisena. Sen sijaan tavanomaista ammatillista kuntoutusta tarjottiin niille, joiden arvioitiin pystyvän sitä kautta palaamaan työhön. Inklusiokriteerejä olivat lisäksi työpaikan olemassaolo ja kuntoutustuki masennuksen tai toistuvan masennuksen perusteella.

Eksklusiokriteereitä olivat ajankohtainen psykiatrinen osastohoitojakso masennuksen takia, kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso, merkittävä työkyvyttömyyttä aiheuttava ruumiillinen perussairaus ja päihdehäiriö, joka ei ole hoidolla hallinnassa. Lisäksi poissuljettiin henkilöt, joilla eläkeikä täyttyisi kahden vuoden kuluessa tai joille kuntoutustukea oltiin myöntämässä yli kahdeksi vuodeksi.

Taulukko 3. Kriteerit pilottityökokeiluun valituille henkilöille

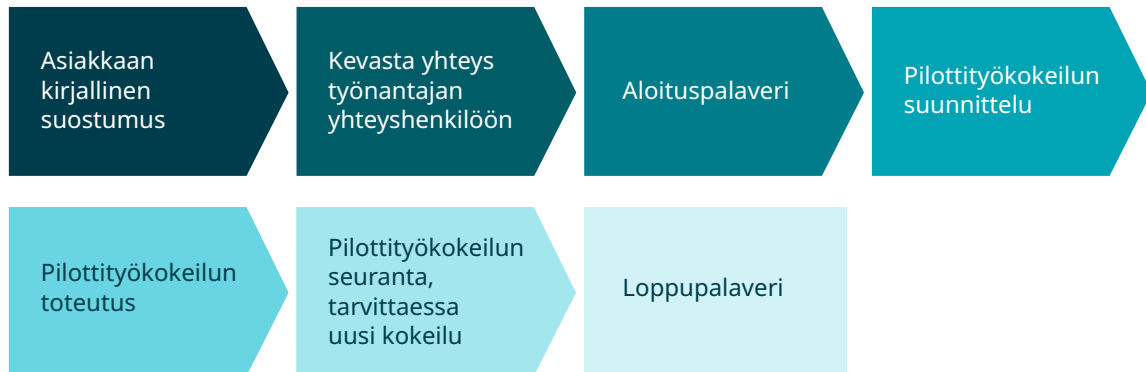
Inklusiokriteerit	Eksklusiokriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Henkilöllä on työpaikka, johon palata. • Tavallinen ammatillinen kuntoutus ei vielä ole ajankohtaista. • Kuntoutustuki tai sen jatko myönnetään masennuksen perusteella. 	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilö on osastohoidossa. • Kysymyksessä on kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso. • Masennuksen lisäksi henkilöllä on merkittävä työkyvyttömyyttä aiheuttava ruumiillinen sairaus. • Henkilöllä on päihdehäiriö, joka ei ole ajankohtaisesti hoidolla hallittavissa. • Kuntoutustukijakso on yli kaksi vuotta. • Henkilö kykenee palaamaan töihin ammatillisen kuntoutuksen tavanomaisin keinoin.

Kevan asiantuntija teki ensimmäisen yhteydenoton asiakkaaseen puhelimitse. Puhelimesta asiantuntija keskusteli pilottimahdollisuudesta asiakkaan kanssa. Jos asiakas ilmoitti olevansa kiinnostunut, asiantuntija lähetti asiakkaalle kirjallisen esitteen pilottityökokeilusta, tietoinen suostumus -lomakkeen ja Työhönpaluuvalmius-mittarin täytettäväksi.

Asiakkaan antaman kirjallisen suostumuksen jälkeen Kevan asiantuntija otti yhteyttä työnantajan yhteyshenkilöön pilottiprosessin käynnistämiseksi. Pilottityökokeilussa noudatettiin hyvää tutkimuskäytäntöä ja huolehdittiin tietosuojasta. Asiakas oli tietoinen siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi perua missä tahansa vaiheessa, eikä tällä ole minkäänlaista vaikutusta mahdollisen kuntoutustuen jatkopäätökseen.

Pilottityökokeilun käytännön toteutus ja keskeiset huomiot

Kuva 4. Pilottityökokeilun vaiheet



Pilottityökokeilut toteutettiin varsin joustavasti. Pääpaino oli työpaikan tehtäviin osallistumisessa. Suoraa työllistymis- ja työaikavaatimusta kokeilutyöhön ei ollut, vaan työtehtävät ja työaika oli mahdollista räätälöidä asiakkaan mielenkiinnon ja voimavarojen mukaan. Kesken kokeilun oli mahdollista vaihtaa työtehtäviä ja muuttaa työaikaa sekä aloittaa uusi työkokeilu. Tarvittaessa työkokeilun pystyi myös jättämään hetkeksi tauolle. Pilottityökokeilujen yhteenlasketulle kestolle asetettiin katoksi yksi vuosi. Kevan asiantuntija osallistui työkokeilupalaveriinhin ja piti pilotin ajan säännöllisesti yhteyttä sekä työkokeilijaan että työnantajaan.

Työnantajille tarjottiin mahdollisuutta saada Kevan kautta palveluntuottaja mukaan tunnistamaan sopivia työtehtäviä työpaikalta ja seuraamaan kokeilujen etenemistä, mutta yksikään työnantaja ei esittänyt toivetta palveluntuottajan mukaan ottamisesta.

Keskeisiä huomioita käytännön toteutuksesta

Hakemuskäsittelyssä käytiin läpi 319 tapausta (kuva 5). Suurimmalla osalla heistä työkyvyttömyyden riski oli tunnistettu jo aiemmin, koska kuntoutusyrytyksiä oli ollut. Vain 149 henkilöllä ei ollut koskaan aiemmin ollut ammatillisen kuntoutuksen oikeuspäätöstä.

Pilottilaisten rekrytoinnissa ensimmäinen huomio oli, että vaatimus työpaikan olemassaolosta johti siihen, että 182 henkilölle ei voitu tarjota pilottiin osallistumisen mahdollisuutta, vaikka muut kriteerit täyttyivät. Suurimmalla osalla työsuhde oli päättynyt jo ennen eläketapahtumaa eli ennen yhdenjaksoisen työkyvyttömyyden alkamista. Keskimäärin kolmasosalla tilanne oli päinvastainen: työsuhteen päättymistä edelsi työkyvyttömyys. Monen työsuhteensa jo päättäneen työhistoria kuvastui vähäisenä tai hajanaisena, joskin ryhmässä oli pitkän työhistorian omaaviakin.

Toinen huomio oli, että henkilöiden saaminen mukaan pilottiin osoittautui jopa ennakoitua vaikeammaksi. Henkilön alussa ilmaisemasta kiinnostuksesta huolimatta asiassa ei päästy eteenpäin, vaan kompastuttiin jahkailuun, itseluottamuksen puutteeseen, neuvottomuuteen ja unohteluun. Pilottiin mukaan lähteminen saattoi lopulta kaatua lomakkeiden täyttämisen vaikeuteen. Työnantajat puolestaan löysivät pilottilaisille sopivia työtehtäviä yllättävänkin kekseliäästi ja nopeasti.

Kolmas huomio oli, että asiassa etenemiseen piti varata aikaa ja useita keskusteluita. Nopeimmillaan pilottityökokeilu käynnistyi kolmen kuukauden kuluttua ensimmäisestä yhteydenotosta asiakkaaseen, ja pisimmillään tähän meni aikaa 14 kuukautta. Keskimäärin yhteispalaveri työnantajan kanssa päästiin pitämään 5–6 kuukauden kuluttua ensimmäisestä yhteydenotosta asiakkaaseen, ja työkokeilu käynnistyi yhteispalaverin jälkeen kahden kuukauden kuluessa, joskin viiveitäkin oli. Tyypillistä oli, että ensimmäisen yhteydenoton aikana asiakas kertoi olevansa kiinnostunut pilotista, mutta halusi odottaa tulevan hoitoneuvottelun tai lääkäriajan, jotta voisi vielä keskustella asiasta hoitotahon kanssa. Usein asiakkaan kanssa sovittiinkin uusi soittoaika. Ennen pilottityökokeilun käynnistymistä asiakkaiden kanssa oli käyty useita keskusteluita. Pilottityökokeilujen aikana asiakkaat usein myös esittivät kysymyksiä tai tiedottivat tilanteestaan sähköisen viestipalvelun kautta.

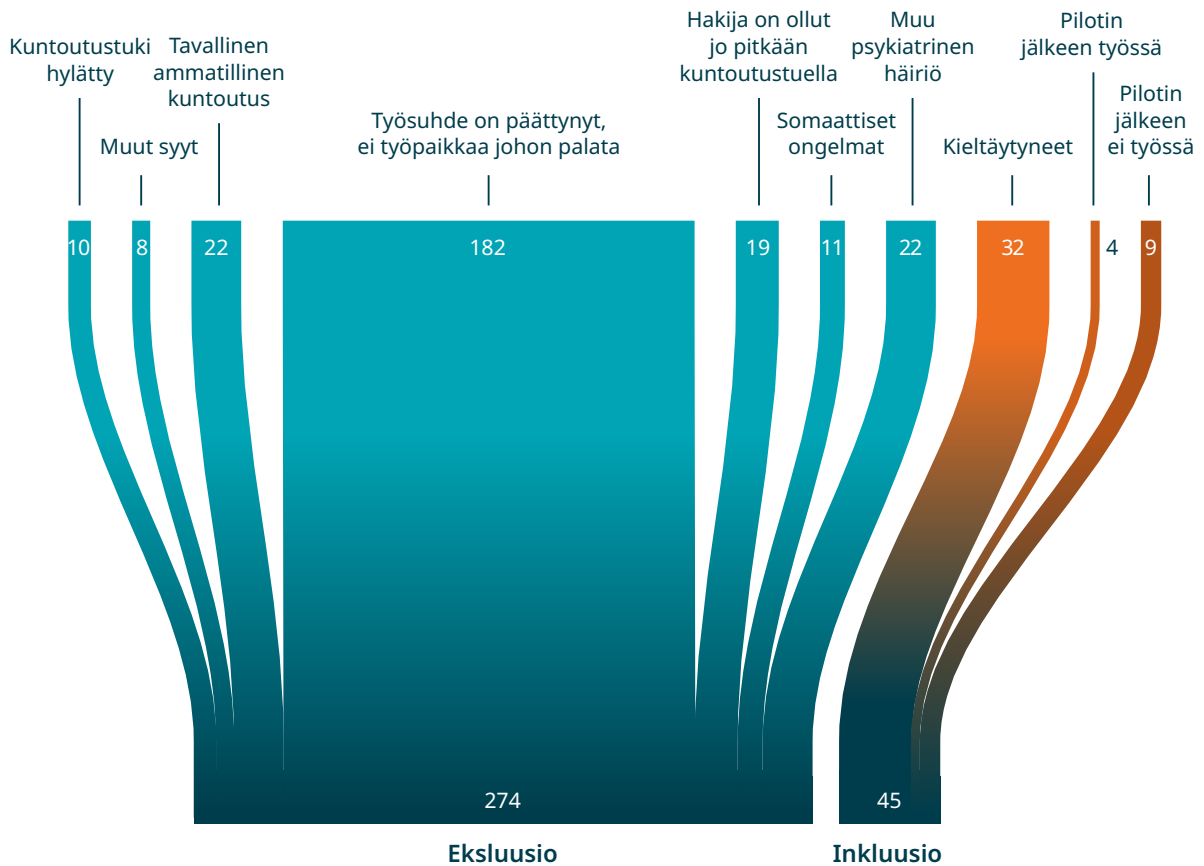
Pilottityökokeilusta kieltäytyneet

Inklusiokriteerit täyttäneitä työkokeilumahdollisuudesta kieltäytyneitä oli 32 henkilöä. Kieltäytyneistä kahdeksan henkilöä tavoitteli siirtymistä tavalliseen ammatilliseen kuntoutukseen tai kuntoutustuelta suoraan työhön. Näistä kaksi onnistui tavoitteessaan. Terveydellisten syiden lisäksi osalla kieltäytyneistä syynä olivat muun muassa perhetilanne ja työyhteisön ongelmat. Työkokeilusta kieltäytyneet eivät olleet erityisen moniongelmaisia: vain kuudella heistä oli sekä psykiatrisen että somaattisen puolen diagnooseja. Kieltäytyneistä 75 % oli saanut aiemmin ammatillisen kuntoutuksen oikeuspäätöksen. Suurimmalla osalla oikeuspäätös ei johtanut kuntoutussuunnitelmaan tai toimenpide keskeytyi. Neljä henkilöä oli kuitenkin aiemmin palannut ammatillisen kuntoutuksen tuella omaan työhönsä.

Pilottityökokeiluun mukaan lähteneet

Inklusiokriteerit täyttäneitä työkokeiluun mukaan lähteneitä oli 13 henkilöä. Heistä kahdella oli sekä psykiatrisia että somaattisia ongelmia. Kaikki olivat kohtalaisen hyvin koulutettuja, vähintään toisen asteen tutkinnon suorittaneita. Mukaan lähteneistä 85 % oli saanut aiemmin ammatillisen kuntoutuksen oikeuspäätöksen, mutta ainoastaan kahdella se oli johtanut toimenpiteisiin eli keskeytyneeseen työkokeiluun. Mukaan lähteneistä 13 henkilöstä neljä jatkoi pilotin jälkeen työskentelyä jossain muodossa. Yksi jatkoi työskentelyä kuntoutustuen ansiorajojen puitteissa, kaksi jatkoi osa-aikatoivissa osakuntoutustuen turvin, yksi palasi kokopäivätyöhön. Yhdeksän henkilöä ei jatkanut työssä pilotin jälkeen: kolmelle henkilölle myönnettiin pysyvä työkyvyttömyyseläke, ja kuusi jatkoi kuntoutustuella ilman työhön osallistumista.

Kuva 5. Tutkimuksen kohderyhmä ja mukaan valikoituneet



Pilotin jälkeen työssä jatkavien ryhmässä kaikkien työaika pystyttiin lisäämään työkokeilun aikana, ja pilottityökokeilun päätteeksi saavutettiin 12–20 tunnin viikkotyöaika. Ryhmässä, jotka eivät jatkaneet työssä, työaika ei pystytty alkutilanteesta lisäämään tai sitä jouduttiin vähentämään. Saavutettu viikkotyöaika jäi 4–8 tuntiin. Molemmissa ryhmissä jouduttiin välillä pitämään taukoja työkokeilujen välissä yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Osa työkokeiluista jouduttiin lopettamaan ennen sovittua päättymistä, mutta sitä edelsi usein tuntimäärän pienentäminen tai taukojen pitäminen. Työkokeilijat sinnittelivät niin pitkälle kuin mahdollista.

Kuntoutujien valmius palata työhön

Pilottityökokeiluun mukaan lähteviä pyydettiin täyttämään Suomessa kehitetty Työhönpaluuvalmius-mittari sekä pilotin alussa että lopussa (Vuokko & Tuisku, 2017). Pilotista kieltäytyneet eivät saaneet mittaria täytettäväkseen. Mittarissa henkilöä pyydetään arvioimaan VAS-asteikolla 0–10 (en lainkaan valmis–täysin valmis), miten valmis hän on palaamaan työhön. Lisäksi häntä pyydetään mainitsemaan kolme työhön paluuta estävää ja kolme työhön paluuta auttavaa asiaa.

Asteikolle ei ole annettu mitään raja- tai viitearvoja. Täten mittarin pisteitä voi verrata vain saman henkilön eri aikoina antamiin vastauksiin. Ohjeellisesti VAS-asteikon arvo alle 5 tarkoittaa, että työhön paluun valmiuteen pitää panostaa kuntoutuksessa ja työhön paluun tukitoimissa vahvistamalla tekijöitä, joiden henkilö raportoi edistävän työhön paluuta, ja pyrkimällä ratkaisemaan hänen kokemiaan esteitä. Yksittäinen numeroarvo kertoo vain ajankohtaisesta subjektiivisesta valmiudesta, johon voivat vaikuttaa monet asiat. Merkittävää ovat valmiutta kuvaavan numeroarvon muutos ja valmiuteen vaikuttavat tekijät. Mittaria voidaan hyödyntää tukitoimien asiakaslähtöisessä suunnittelussa. Toimintakyky ja voimavarat jäävät sivuun arvioissa, joka kohdentuu vain oireisiin.

Työhön palanneet antoivat erilaisia arvioita valmiudestaan palata työhön kuin he, jotka eivät palanneet työhön. Työhön palanneet olivat jo ensimmäisessä mittauksessa arvioineet valmiutensa palata työhön paremmaksi ja toivat vähemmän esiin oireisiin kohdentuvia arvioita. Lisäksi ryhmien arvioissa työhön paluuta estävissä ja edistävissä tekijöissä on havaittavissa eroa. Kaikkiaan pilottiin mukaan lähteneet osasivat arvioida valmiutensa palata työhön realistisesti, sillä arvot olivat alle 5:n. Asiakkaat osasivat myös hyvin kuvata, mitkä asiat he kokivat estävän tai tukevan työhön paluuta.

Pilottityökokeiluun osallistuneilla ilmeni kognition osa-alueista keskittymiskyvyn ongelmia (tarkkaavaisuus), väsymystä ja voimattomuutta (psykomotorinen nopeus) ja epäonnistumisen pelkoa (toiminnanohjaus). Lisäksi uuden oppiminen tuntui tuskalliselta (muisti). Lähes kaikki pilottiin osallistuneet toivat eri tavoin esille epäonnistumisen pelkoa ja toivoivat mahdollisuutta aloittaa ilman suuria suorituspaineita muussa kuin omassa työssä. Työhön paluuta estävinä asioina tuotiin usein esiin masennukseen liittyviä oireita, kuten väsymystä ja ahdistuneisuutta, epäonnistumisen pelkoa ja alhaista stressinsietokykyä.

Työhön paluuta edistävinä tekijöinä mainittiin usein terveydentilan kohentumiseen liittyviä asioita ja mahdollisuus palata työhön joustavasti pienin askelin. Muina asioina mainittiin hyväksyvä työympäristö, tarve rajata työtehtäviä ja toive varata riittävästi aikaa palaamiselle. Onnistumisen pakko pelotti. Vain yksi arvioi jo ensimmäisessä mittauksessa, että pitäisi löytää sopiva työ, eikä pitänyt omaan työhön palaamista vaihtoehtona. Toisessa mittauksessa estävät ja edistävät tekijät arvioitiin pitkälti samalla tavalla kuin ensimmäisessä mittauksessa. Uutena edistäjänä tekijänä nostettiin esiin esihenkilön tuki.

Kuntoutujien arvioissa on nähtävissä masennuksesta toipumisen tyypillisiä piirteitä. Masennusoireet värittävät kielteisesti potilaiden käsitystä omasta toimintakyvystään, ja masennuksesta toipumisen aikana tiedonkäsittelyn hitaus ja työmuistin ongelmat korjautuvat viiveellä (Trivedi & Greer, 2014). Tämä näkyy käytännössä asioiden hoitamisen vaikeutena ja tiedonkulun hankaluuksina. Masennuksesta toipumiselle on myös ominaista, että ensin helpottaa mieliala, kuten itkuisuus ja ärtyneisyys. Toimintakyky ja kognitiiviset oireet kuntoutuvat vasta sen jälkeen jopa usean kuukauden viiveellä. Toipuvan potilaan motivaatio asioihin herää, mutta voimat voivat lopahtaa yllättävän nopeasti.

Pilottiin osallistuneiden kokemuksia työkokeilun hyödyllisyydestä

Kuntoutujien kokemuksia pilottityökokeilusta

”Pilottityökokeilu antoi ymmärryksen, ettei minulla ole vielä voimavaroja työssä jaksamiseen.”

Kaikille pilottityökokeiluun osallistuneille lähetettiin työkokeilujakson päättyessä sähköinen kysely, jolla kerättiin tutkimustietoa työkokeilun onnistumisesta. Kyselyssä kartoitettiin sitä, miten erilaiset käytännön asiat sujuivat työkokeilupilotin aikana ja millaiseksi työhön palaaminen koettiin. Lisäksi kysyttiin työyhteisön suhtautumisesta ja esihenkilön roolista sekä kuntoutujan omasta jaksamisesta. Kyselylomake sisälsi pääosin valmiiksi strukturoituja kysymyksiä, minkä lisäksi kuntoutajat saivat omin sanoin kertoa pilottityökokeilun onnistumisesta ja sitä tukevista sekä estävistä tekijöistä. Pilottityökokeiluun osallistui kaikkiaan kolme-toista kuntoutujaa, joista yhdeksän vastasi kyselyyn. Vastaajia informoitiin kyselyn vapaaehtoisuudesta, tietojen käsittelystä ja tietosuojasta.

Työkokeilun koettu hyödyllisyys

Pilottityökokeiluun osallistuneet kokivat terveytensä ja elämänlaatunsa yleensä kohtalaiseksi. Lähes kaikkia kyselyyn vastanneita kuntoutujia yhdisti myös se, että he arvioivat työkokeilun hyödylliseksi siten, että se lisäsi mahdollisuuksia jatkaa työssä tai työllistyä. Lähes jokainen ilmoitti silti, että hän on työkokeilun jälkeen työkyvyttömyyseläkkeellä eikä usko jatkavansa työssä henkilökohtaiseen eläkeikänsä asti.

Kokemukset työkokeilun hyödyistä työssä pärjäämisen eri osa-alueilla vaihtelivat. Osa arvioi työkokeilun hyötyjä hyvinkin kriittisesti, mutta tyypillistä oli, että työkokeilun nähtiin tukeneen ainakin jossain määrin työssä jatkamisessa tai työhön paluussa ja auttaneen myös työelämään liittyvien tavoitteiden jäsentymisessä.

”Omalla kohdallani ajankohta ei ollut vielä oikea, mutta sain hyvää tietoa itselleni siitä, millainen työ ei ainakaan tässä vaiheessa itselleni sovellu.”

”Kokonaisuudessaan todella hyvä asia! Kuntouttava asia monella tapaa. Loi uskoa että pystyy palaamaan vielä aikanaan oikeaan työhönkin.”

Kuntoutujien näkemykset vaihtelivat siinä, miten he arvioivat työkokeilun tuke-
neen työelämässä vaadittavien valmiuksien ja taitojen kohentumisessa, urasuun-
nitelmien selkiytymisessä, sosiaalisten taitojen kohentumisessa tai itsetunnon
vahvistumisessa.

Heikoiten työkokeilun koettiin tukeneen kuntoutujan voimavarojen vahvistumista.

”Uskon pilotin hyödyttävän monia, vaikka itselleni siitä ei ollut hyötyä
työhön palaamisessa. Toisaalta sain varmuuden siitä, että toipuminen
on vielä kesken, eikä paluu töihin ole vielä mahdollista.”

Työkokeilun käytännön toteutus

Työkokeilun koettiin tulleen itselle sopivaan aikaan. Kuntoutujia yhdisti kokemus
siitä, että heitä oli kuunneltu prosessin aikana: lähes kaikki kertoivat myös
voineensa vaikuttaa työtehtäviin ja työaikaan.

Kokemukset työtehtävistä vaihtelivat siten, että enemmistö arvioi ne sopiviksi tai
hieman liian vaativiksi. Pilottityökokeilun aikana työssä oli kuitenkin lähes poik-
keuksetta koettu henkistä kuormitusta.

”... useaan asiaan keskittyminen oli vaikeata, olisi pitänyt saada ensin
keskittyä esim. yhteen / kahteen työtehtävään.”

”Työkokeilu ympäristö aiheutti henkistä kuormaa ja ahdistusta, joka
vaikuttanut kokonaisvaltaisesti.”

Työyhteisö oli suhtautunut kuntoutujiin erittäin hyvin tai hyvin, eikä kukaan vastaajista ollut terveydentilansa takia kokenut syrjintää työpaikalla työkokeilun aikana.

”Tämä oikeastaan oli pilottityökokeilun parasta antia. Tunsin oloni kuitenkin hyväksytyksi, vaikka omasta mielestä olin epäonnistunut. Uskon, että tämä rohkaisu kantaa minua pitkälle.”

Tuki työkokeilun aikana

”Kannustus työkokeiluun ja jousto töistä oli tärkeää. Myös se kokemus että oli tervetullut töihin. Että työaika pystyi muokkaamaan minulle sopivaksi ja työtehtävät/työpaikka sai olla mikä vain. Kevan työntekijän tuki ja ymmärtävä asenne valoi luottamusta, hän oli aivan ihana.”

Pilottityökokeiluun osallistuneilta kysyttiin, miten eri tahot olivat tukeneet heitä pilottityökokeilun aikana. Moni mainitsi usean tahon, jolta oli saanut tukea. Eniten mainintoja saivat työpaikan ulkopuoliset tahot eli työterveyshuolto ja Keva, jotka olivat olleet mukana lähes jokaisen pilottityökokeiluprosessissa. Myös pilottityökokeilupaikan lähiesihenkilö ja työyhteisö olivat tukeneet prosessissa, mutta pienessä osassa työkokeiluja työpaikan rooli oli jäänyt vähäiseksi. Näitäkin harvemmin mainittiin työkykykoordinaattori.

”Kevan yhteyshenkilö oli koko prosessin ajan kannustava, minua kuunteleva ja hän kertoi jo ensimmäisessä yhteydenotossa erittäin hyvin sen, että pilottityökokeilu on vapaaehtoinen ja että saan itse esittää toiveita sekä työtehtävistä että työajasta.”

Pilottityökokeilun aikaisen tuen koettiin olleen riittävää, mutta kokemukset vaihtelivat siitä, kuka eniten tuki prosessin aikana. Eniten tukea kerrottiin saadun työpaikan ulkopuolisilta tahoilta, kuten työterveyshuollolta tai Kevalta, ja työpaikan työyhteisöltä. Sen sijaan lähiesihenkilön tuki pilottityökokeilussa jäi vähäiseksi.

”Hankalana koin sen, että työpaikassa ei oltu riittävän tietoisia tämäntyyppisestä työkokeilusta. Työpaikan esimies ei myöskään osannut antaa tukea työkokeilun aikana. Lähimmille työkavereille kerroin omasta tilanteestani, mikä auttoi heitä ymmärtämään tilannetta.”

Suurimmassa osassa pilottityökokeiluja työpaikan tukitoimet rajoittuivat kuntoutujan näkökulmasta kahteen tai kolmeen, joista yleisimmät olivat keskusteluapu ja kannustus. Varsin usein työkokeilussa tehtiin myös työajan joustoja ja etsittiin muita työtehtäviä. Sen sijaan kuntoutujat mainitsivat perehdytyksen vain harvoin osana pilottityökokeilua.

”Näkisin tärkeänä onnistumiskokemusten saamisen kannalta, että todella räätälöidään yksilöllisesti kokeilut. Kaikki työkokeilut voisivat olla sellaisia, missä ei rajoiteta työaika, se voisi tukea monen jaksamisen alkua uudestaan työelämään.”

”Hankalaa oli itse arvioida omaa jaksamista ja tehdä päätöksiä työajan nostoista. Siihen olisin ehkä tarvinnut enemmän tukea.”

”Eniten olisin kaivannut selkeyttä työpaikalle, omien työtehtävien avaamista ym. Koin, että minulta odotettiin asioita, joista ei kuitenkaan selkeästi kerrottu, mitä ne ovat. Perehdytys koski lähinnä työnantajasta kertomista, eikä ollenkaan työtehtävistä.”

Miten esihenkilöt arvioivat pilottityökokeilua masentuneen työhön paluun tukena?

”Mielestäni masentuneen jaksamista työssä voidaan tukea pyrkimällä lisäämään merkityksen ja kuulumisuuden tunteita. Tärkeää on myös muistuttaa, ettei työ tee ihmistä ja merkitystä voi löytää muualtakin elämässä.”

– Esihenkilö

Pilottityökokeiluun osallistuneiden kuntoutujien kahdeksalletoista esihenkilölle lähetettiin työkokeilun päätyttyä kysely, jossa kartoitettiin heidän näkemyksiään pilottityökokeilun hyödyllisyydestä, työpaikan toimintatavoista sekä yleisemmin masentuneiden työssä jatkamisen tuesta. Kyselyyn vastasi kahdeksan lähiesihenkilöä.

Esihenkilöt arvioivat lähes poikkeuksetta pilottityökokeilun hyödylliseksi siihen osallistuneen työntekijän työkyvylle. Sen sijaan arviot vaihtelivat siitä, edistikö pilottityökokeilu masennuksen vuoksi kuntoutustuella olevan valmiutta palata työhön. Moni arvioi pilottityökokeilun kautta saadun tuen tulleen kuntoutujan kannalta sopivaan aikaan. Toisaalta osa katsoi, että kuntoutuja ei ollut valmis palaamaan työelämään, vaan kuormittui liikaa.

Huomionarvoista oli se, että likimain kaikki esihenkilöt kokivat, ettei pilottityökokeilu ollut lisännyt heidän tietoaan masennuksen vaikutuksista työkykyyn.

”Työkokeilija ei ollut välttämättä valmis työhön paluuseen ja tarvitsisi enemmänkin kuuntelijaa ja ehkä terapeuttista lähestymistä. Vanha uupumukseen johtanut työ vaikutti työkokeilun toiminnan taustalla.”

– Esihenkilö

Työkokeilun käytännön toteutus ja tuki

Työkokeilun aloittaminen kuntoutujalle sopivalla tavalla oli yksi tärkeä oppi pilottityökokeilusta.

”Työkokeilun eteneminen erittäin pienin vaatimuksin ja askelein. Työkokeilijan kuuntelu jaksamisen haasteista.”

– Esihenkilö

Kaikilla vastanneilla oli mahdollisuus tarjota pilottityökokeilun yhteydessä kuntoutujan työkyvylle sopivia työtehtäviä. Kuntoutujaa tuettiin työpaikalla keskustelemalla, ja työaikaan tehtiin myös usein joustoja. Sen sijaan esihenkilöiden näkemykset eroavat kuntoutujien kokemuksista siinä, että lähes kaikki esihenkilöt kertoivat perehdyttäneensä pilottityökokeilun työtehtäviin.

”Rohkaistiin kokeilussa olijaa tunnustamaan ja tunnistamaan rohkeasti omat voimavaransa.”

– Esihenkilö

Esihenkilöt arvioivat myös, että pilottityökokeilupaikan työyhteisö suhtautui työkokeiluun hyvin. He korostivat työyhteisön roolia myös osana käytännön tukea.

”Työyhteisö tutustui kuntoutujaan ja kuntoutujaa osallistettiin myös työyhteisön arkeen ottamalla mukaan esim. yhteisille kahvitauolle. 2h työkokeilu-aikaan sisällytettiin myös taukoja ja keskusteluaikaa.”

– Esihenkilö

”Tulee huomioida jokainen samanarvoisena ja erilaisena yksilönä. Annetaan jokaisen olla juuri sellainen kuin on ja annetaan myös jokaiselle lupa tuntea olonsa hyväksytyksi. Uskoisin että tässä meillä onnistuttiin erittäin hyvin koko tiimin voimin.”

– Esihenkilö

Eläkelaitoksen tuki oli pilottityökokeilussa vahvempi kuin työkokeiluissa keskimäärin, mikä näkyi esihenkilöille Kevan yhteyshenkilön osallistumisena työterveysneuvotteluun. Lähes kaikki esihenkilöt arvioivatkin Kevan tukeneen työterveysneuvotteluissa työkokeilun sujumista, mutta noin joka toinen ei osannut arvioida Kevan roolia sen laajemmin. Jos Kevan tuki oli ollut lähiesihenkilölle näkyvää, Kevan yhteydenpito ja aloitteellisuus arvioitiin poikkeuksetta hyväksi.

Henkilöstöasioista vastaavien ja työterveyshuollon toimijoiden näkemyksiä pilottityökokeilusta

”Mielenterveyden haasteet toimintakyvyn alenemisen syinä eivät välttämättä parane pitkiä sairauspoissaoloja myöntämällä, vaan pitämällä työntekijä kiinni työelämässä. Tätä asiaa tulee käydä läpi työterveyshuollon kanssa systemaattisesti.”

– Henkilöstöasioista vastaava

”Pilotti on osoittanut, että ihan muutamankin tunnin tekeminen on työntekijälle itselleen tärkeää. Se on lisännyt osallistuneen toiveikkuutta siitä, että pystyisi jossain vaiheessa palata työelämään, vaikka tällä hetkellä näkymät eivät siltä osin olekaan aivan lähitulevaisuudessa.”

– Henkilöstöasioista vastaava

Tutkimuskysely lähetettiin neljälletoista henkilöstöpalveluiden ja viidelletoista työterveyshuollon toimijalle, jotka osallistuivat tahoillaan pilottityökokeiluun. Henkilöstöpalveluiden toimijoista kahdeksan ja työterveyshuollon edustajista yhdeksän vastasi kyselyyn.

Henkilöstöasioista vastaavat arvioivat pilottityökokeilun useimmiten hyödylliseksi, mutta heidän mukaansa kuntoutus pitäisi aloittaa jo paljon aiemmin. Työterveyshuollon edustajien arviot pilottityökokeilun hyödyllisyydestä vaihtelivat, mutta työkokeilun ajoituksen he arvioivat sopivaksi. Kaikkia pilottityökokeiluun osallistuneita toimijoita yhdisti kriittinen näkemys siitä, että pilottityökokeilu ei edistänyt masennuksen vuoksi kuntoutustuella olevan valmiutta palata työhön parhaalla mahdollisella tavalla.

”Ajat sinällään melko sopivia, mutta näkisin, että vielä parempi ajankohta olisi ollut kuntoutustuen ensimmäisen vuoden aikana. Mitä pidempään poissa työelämästä sitä haasteellisempaa työhön paluu ja sopeutuminen työyhteisöön ja työelämän pelisääntöihin voi olla. Totutaan kotona oloon ja vuorovaikutukseen vain läheisten kanssa.”

– Henkilöstöasioista vastaava

”Pilottityökokeilu oli erittäin hyvä ja informatiivinen, kuntoutuja oli ollut poissa työstä 3 v, eikä hän enää kuntoutunut palaamaan työelämään. Pilottijärjestely olisi voinut toimia paremmin aiemmin.”

– Henkilöstöasioista vastaava

Työkokeilun käytännön toteutus ja tuki

Henkilöstöasioista vastaavat ja työterveyshuollon edustajat arvioivat esihenkilöiden tavoin, että keskeisin tukimuoto pilottityökokeilun aikana oli keskustelu ja kannustaminen. Myös perehdytys pilottityökokeilun tehtäviin nähtiin yleiseksi. Lisäksi tehtiin joustoja työaikaan ja etsittiin muita työtehtäviä. Henkilöstöasioista vastaavat toivat esiin myös sen, että organisaatiossa on muiden muassa hyödynnetty vertaistukea työkokeiluun perehdyttämisessä.

”Toisen työkokeilijan kanssa käytiin yhdessä haastattelussa ja tutustumassa työkokeilutyöpaikkaan.”

– Henkilöstöasioista vastaava

Työterveyshuollon toimijat toivat vastauksissaan esiin myös eri toimijoiden välisen yhteistyön toimivuuden.

”Kuten kaikki kuntoutuminen, vaatii hyvää motivaatiota tutkittavalta. Tässä tilanteessa oli erittäin motivoitunut ja oma-aloitteinen tutkittava. Tärkeää myös työtehtävien laatu, jota työnantaja pystyy tarjoamaan. Ilman sopivia tehtäviä ja hyvää yhteishenkilöä, on hankala nähdä kokeilusta hyötyä.”

– Työterveyshuollon edustaja

”Terveystilaan sopivan työn löytäminen tukee asiakkaan työ- ja toimintakykyä ja edistää työhön paluuta ja sen vuoksi on tärkeää löytää työtä ja työntekijä pystyy tekemään. Pilotissa on mietitty asiaa isolla joukolla eri alojen ammattilaisia joten jatkossakin eri ammattilaisten hyödyntäminen on järkevää.”

– Työterveyshuollon edustaja

”Tärkeimmät henkilöt työterveysneuvotteluissa tutkittavan lisäksi olivat koordinaattori ja esihenkilö. Myös Kevan työntekijästä oli merkittävä hyöty tällaisessa uudessa kokeilussa.”

– Työterveyshuollon edustaja

Johtopäätökset

Masennustaustaiset ovat iältään muita nuorempia, ja heidän työhön palaamisensa on tilastojen valossa hitaampaa

Julkisella alalla masennustaustaiset eroavat henkilöistä, jotka ovat aloittaneet kuntoutustukijakson eli määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen muilla diagnooseilla. He ovat iältään nuorempia, minkä lisäksi ammattialojen erilaiset työn vaatimukset heijastuvat todennäköisesti masennustaustan yleisyyteen ammattialoittain. Kuntoutustuki masennuksen perusteella alkaa muita aloja useammin hallinnon, suunnittelun ja tutkimuksen ammateissa, toimisto- ja asiakaspalvelutyössä sekä sivistyksen ja kulttuurin ammattialalla. Aiemmasta selvityksestä tiedetään, että masennustaustaisten kuntoutustuet ovat keskimäärin pidempiä, työkyvyttömyyseläkkeet tulevina vuosina yleisempiä ja työhön palaaminen hitaampaa (Sohlman ym. 2020).

Kevan järjestämässä pilottityökokeilussa pyrittiin vahvistamaan masennuksen perusteella ensimmäisen kuntoutustukipäätöksen tai ensimmäisen jatkopäätöksen saaneiden työelämäyhteyttä. Työkokeilulla tuettiin masentuneiden työhön osallistumista heidän omalla työpaikallaan ilman suoraa työllistymis- ja työaikavaatimusta. Tavoite oli nopeuttaa työhön palaamista ja vähentää pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen riskiä säilyttämällä yhteys työpaikkaan ja vahvistamalla kuntoutujan osallisuuden tunnetta. Pilotin osallistujat koostuivat seitsemän kuntatyönantajan palveluksessa olevista työntekijöistä, jotka saivat ensimmäisen kuntoutustukipäätöksensä tai ensimmäisen kuntoutustuen jatkopäätöksensä masennuksen tai toistuvan masennuksen perusteella.

Masennusoireet värittävät kielteisesti käsitystä omasta toimintakyvystä ja vaikeuttavat työhön paluuta

Pilotin kohderyhmäksi valittiin henkilöt, joilla on lääketieteellisesti selkeä työkyvyn menetyksen uhka, mutta joille tavanomaisen ammatillisen kuntoutuksen käynnistämistä ei vielä pidetty ajankohtaisena. Jo lähtövaiheessa oli nähtävissä, että masentuneiden työelämäyhteys on usein heikko ja henkilöiden saaminen mukaan pilottiin osoittautui jopa ennakoitua vaikeammaksi. Useimpien työsuhde oli päätynyt jo ennen eläketapahtumaa eli ennen yhdenjaksoisen työkyvyttömyyden alkamista. Monen työsuhteensa päättäneen työhistoria kuvastui vähäisenä tai hajanaisena, joskin pitkän työhistorian omaaviakin ryhmästä löytyi.

Jos työsuhde kuitenkin oli voimassa, asiassa ei päästy eteenpäin henkilön alussa ilmaisehasta kiinnostuksesta huolimatta, vaan etenemiseen piti varata aikaa ja useita keskusteluita. Masennusoireet värittävät kielteisesti käsitystä omasta toimintakyvystä, ja masennuksesta toipumisen aikana tiedonkäsittelyn hitaus ja työmuistin ongelmat korjautuvat viiveellä. Tämä näkyy käytännössä asioiden hoitamisen vaikeutena ja tiedonkulun hankaluuksina.

Pilottityökokeilu osoitti, että masennukseen liittyvät erityispiirteet kannattaa huomioida aiempaa paremmin ammatillisen kuntoutuksen työkokeiluissa ja käyttää olemassa olevaa harkinnanvaraa määrätietoisemmin. Pilottityökokeiluun osallistuneilla henkilöillä ilmeni keskittymiskyvyn ongelmia, väsymystä ja voimattomuutta, ja uuden oppiminen tuntui tuskalliselta. Lähes kaikki pilottiin osallistuneet toivat eri tavoin esille epäonnistumisen pelkoa ja toivoivat mahdollisuutta aloittaa ilman suuria suorituspaineita muussa kuin omassa työssä.

Työkokeilu pitää suhteuttaa masentuneen voimavaroihin sopivaksi

Työkokeilusuunnitelman pitää olla oikeassa suhteessa työkokeilijan voimavaroihin nähden: se ei saa olla ylimitoitettu, vaan suunnitelmassa on syytä käyttää lain suomia joustoja päivittäiseen työaikaan ja työkokeilun keston. Pilottityökokeilussa työaikaan tehtiin huomattavia joustoja. Kuntoutujat kuitenkin kokivat, ettei pilottityökokeilu tukenut voimavarojen vahvistumista. Myös lähiesihenkilöistä moni katsoi, ettei kuntoutuja ollut valmis palaamaan työelämäänsä, vaan kuormittui liikaa. Henkilöstöasioista vastaavien mukaan kuntoutus pitäisi aloittaa jo paljon aiemmin.

Huomattavan pienellä tuntimäärällä työkokeilun aloittaneet eivät pilottityökokeilun aikana onnistuneet nostamaan työaikaan tavallisen ammatillisen kuntoutuksen edellyttämään työaikaan eli 20 tuntiin viikossa. Heille kokoaikatyö oli epärealistinen tavoite. Toisinaan osa-aikatyö voi kuitenkin olla parempi vaihtoehto kuin jäädä kokonaan työelämän ulkopuolella. Jos työkokeilun tavoite on osa-aikatyö, liikkeelle lähtö alle neljän tunnin päivittäisellä työajalla voisi olla tavoitteen saavuttamisen näkökulmasta kannattavaa.

Jo aiemmin on tiedetty, että mielenterveyden häiriöissä kuntoutujat voivat tarvita pisimmän mahdollisen työkokeilun (3 kk + 3 kk) (Tuisku ym., 2013). Tämä havaittiin myös pilottityökokeiluissa. Joissain tilanteissa olisi aiheellista tarjota masennuksesta toipuvalle mahdollisuus palata usean työkokeilun kautta takaisin töihin. Tällä hetkellä työeläkekuntoutuksessa tarjotaan laajennettua työhön paluun tukea käytännössä vain niille, joilla ei ole työpaikkaa, mihin palata. Vastaava menettely vaikuttaisi perustellulta myös niille masennuksen perusteella kuntoutustuelta työhön palaaville, joiden työsuhde on voimassa.

Nykykäytännön mukaan jo ennen työkokeilua tulee selvittää työssä jatkamisen mahdollisuudet kyseisessä työssä eikä työkokeiluja juurikaan myönnetä tehtäviin, joissa työssä jatkamisen mahdollisuutta ei ole. Masennuksesta toipuvan suorasta työllistymisvaateesta voisi olla hyvä joustaa ja aloittaa muista kuin omista tehtävistä, ilman tunnetta onnistumisen pakosta, vaikka lopullinen tavoite olisikin palata omaan työhön.

Työpaikan tuki pitää räätälöidä sopivaksi masentuneelle

Työyhteisön tuki osoittautui tärkeäksi pilottityökokeilussa, eikä kukaan tutkimuskyselyyn vastanneista kuntoutujista ollut kohdannut syrjintää terveydentilansa takia. Lähiesihenkilön tuki koettiin sen sijaan vähäisemmäksi. Pilottityökokeilussa kuntoutujien ja esihenkilöiden näkemykset etenkin perehdyttämisestä poikkesivat toisistaan.

Työkokeilussa on huolehdittava perehdytyksestä masentuneen ehdoilla. Lähiesihenkilöt eivät välttämättä ole tietoisia masennukseen liittyvistä erityispiirteistä ja niiden vaikutuksista toimintakykyyn. Masennuksesta toipumiselle on ominaista, että ensin helpottaa mieliala. Toimintakyky ja kognitiiviset oireet, kuten muisti- ja keskittymisvaikeudet, lievenevät vasta jopa usean kuukauden viiveellä. Edellä kuvattu voi jäädä ottamatta huomioon, kun suunnitellaan työhön paluuta. Oireiden lievittymisestä huolimatta suoriutuminen työssä voi olla yllättävän vaikeaa. Esimerkiksi perehdytyksessä esihenkilö ei välttämättä huomaa, että kuntoutuja ei pystynyt omaksumaan sitä. Kuntoutujalle jäi kokemus, että hän ei ollut saanut perehdytystä, vaikka sitä oli annettu.

Työhön paluussa yhteistyö eri toimijoiden välillä korostuu

Työhön paluussa yhteistyö työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon välillä on tärkeää. Työn ja työajan muokkaaminen työhön palaajan tarpeisiin sopivaksi edellyttää yhteistyötä.

Kaikilla pilottiin mukaan lähteneillä hoitoprosessiin osallistuivat sekä työterveyshuolto että erikoissairaanhoidon toimija, yleensä psykiatrian poliklinikka tai ainakin yksityinen konsulttipsykiatri. B-lausuntojen perusteella näyttää siltä, että lausunnon laatijat eivät aina välttämättä tienneet toistensa suunnitelmista, mutta hakemustietojen perusteella hakijat itse pystyivät kuitenkin ilmoittamaan hoidossa mukana olevat tahot.

Työhön paluun vaiheessa masennuksesta toipuva tarvitsee monenlaista tukea, ja tiedon kulku on syytä varmistaa. Tietosuojasystä eläkelaitos ei voi ilman asiakkaan kirjallista suostumusta toimittaa kuntoutuspäätöstä työnantajalle, joten tiedon välittäminen jää usein asiakkaan vastuulle, mikä voi masennuksesta toipulle olla ylivoimaista. Toisinaan lääkärin kannattaa pyytää eläkelaitoksen päätös nähtäväkseen, jotta hän saisi tarkan tiedon päätöksestä perusteluineen.

Pilottityökokeilussa Kevan asiantuntija osallistui työkokeilupalaveriin ja piti pilotin ajan säännöllisesti yhteyttä sekä työkokeilijaan että työnantajaan. Kuntoutujat kokivat saaneensa tukea eniten juuri työpaikan ulkopuolisilta tahoilta, kuten työterveyshuollolta tai Kevalta. Pilottityökokeilun toteutus kuitenkin vaatii resursseja. Työeläkelaitoksella ei käytännössä ole mahdollisuutta tarjota pilotin kaltaista panostusta laajamittaisesti. Työeläkekuntoutuksessa ei myöskään voida sitoutua yksilölliseen ja kestoltaan täysin rajaamattomaan palveluun, kuten IPS-työhönvalmennuksessa. Työeläketurva on Kevan lakisääteinen perustehtävä, ja Kevan tavoite on, että henkilöasiakkaan hakemuskäsittely on nopeaa ja turvaa asiakkaan katkeamattoman toimeentulon. Lisäksi Keva tukee työnantajia työkyvyn johtamisessa, jonka avulla myös työpaikan kuntoutusprosessit sujuvat.

Eri toimijoiden välinen yhteistyö korostuu työterveysneuvottelussa. Työpaikalla tapahtuvan työterveysneuvottelun onnistumisen edellytys on, että esihenkilöt tunnistavat ja ymmärtävät työntekijöiden terveydelliset rajoitteet ja niiden yhteyden työkykyyn. Lisäksi osapuolten pitäisi pyrkiä kohti yhteisiä ratkaisuja ja päätöksiä, mikä edellyttää, että kaikki osapuolet osallistuvat aktiivisesti neuvotteluun. Esihenkilöt arvostavat työterveyshuoltoa, joka ottaa heidän näkemysensä vakavasti. Lisäksi he arvostavat rakentavaa ilmapiiriä yhteistyössä. Työterveysneuvottelu saattaa epäonnistua, jos esihenkilöillä tai työterveyshuollolla on epärealistisia odotuksia ja ehdotuksia. (Lappalainen ym., 2021)

Painopiste varhaiseen tukeen työkykyjohtamisen keinoin

Työhön paluu edellyttää työpaikoilla porrasteisen ja oikea-aikaisen, näyttöön perustuvan hoidon lisäksi vahvaa panostusta strategiseen työkykyjohtamiseen ja työhön paluun tukemiseen. Kuntoutustukivaiheessa masentuneen työhön paluu on jo epätodennäköistä, jolloin katse kannattaa suunnata varhempaan työkykyjohtamiseen. Esihenkilöiden rooli on tärkeä. On varmistettava, että esihenkilöille on resursoitu riittävästi aikaa varhaiseen puuttumiseen, työn joustojen mahdollistamiseen, työntekijöiden työhyvinvointiin panostamiseen, toimivaan työterveysyhteistyöhön sekä työntekijöiden työkyvyn aktiiviseen seurantaan (Pulkinen & Ryyänen, 2023).

Huomioi nämä, kun suunnittelet masentuneen työhön paluuta

- Tunnista ja huomioi masennuksen jäännösoireet perehdytyksessä, työtehtävissä ja tuntimäärissä tarvittaessa useiden kuukausien ajan.
- Huomioi toipumisen vaiheet: ensin kohenee mieliala, vasta sitten toimintakyky.
- Tarkista tavoitteet ja muokkaa suunnitelmaa, jos alkuperäinen suunnitelma osoittautuu työhön palaajalla liian vaativaksi.
- Aseta välitavoitteita ja säilytä toiveikkuus ja toipumisoptimismi välttämällä liikkeelle lähtöä liian kunnianhimoisista tavoitteesta.

Lopuksi

Lait ohjaavat Kevaa ja muita työeläkeoimijoita. Työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytys on hakijalla todettu sairaus, vika tai vamma, joka todennäköisesti aiheuttaa työkyvyttömyyden uhan lähivuosina. Sairaudet eivät ole muuttuneet, mutta työelämä on. Ammatillisessa kuntoutuksessa on hyvä olla sijaa harkinnalle, ja toimenpiteitä tulee voida toteuttaa kuntoutujan toimintakyvyn mukaan. Masennuksessa on vaikea estää painetta päätyä eläkkeelle, ja työhön paluu vaatii oikea-aikaista ja joustavaa tukea. Tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta ammatillisen kuntoutuksen ohjeita ei kannata tulkita tiukemmin kuin mitä ne oikeastaan vaativat, sillä se ei palvele työkyvyttömyyden ehkäisyä parhaalla mahdollisella tavalla.

Pilottityökokeiluun osallistuneen henkilöstöasioista vastaavan sanoin:

”Mitä pidempään poissa työelämästä sitä haasteellisempaa työhön paluu ja sopeutuminen työyhteisöön ja työelämän pelisääntöihin voi olla.”

Lähteet

Copeland, W., Shanahan, L., & Costello, E. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 252–261.

Duodecim. (2024). Depressio. Käypä hoito -suositus. Duodecim.

Eläketurvakeskus. (2023). Suomen työeläkkeensaajat 2022. Suomen virallinen tilasto. Eläketurvakeskus.

van Hees, S., Carlier, B. E., Vossen, E., Blonk, R. W., & Oomens, S. (2022). Towards a better understanding of work participation among employees with common mental health problems: a systematic realist review. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 48(3), 173–189.

Heikinheimo, S., Tuisku, K., Luukkonen, R., & Lagerveld, S. (2018). Return to work and functional capacity of psychiatric patients-clinical assessment tools as predictors of returning to work. *Psychiatria Fennica*, 49, 22–33.

Hoff, R., Maltzahn, N., Hasting, R. L., Merkus, S. L., Udem, K., Kristensen, P., Mehlum, I. S., & Gran, J. M. (2022). An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 12.

Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic metareview. *Psychological Medicine*, 46, 683–697.

Juvani, A. (2019). Työstressin vaikutus työuriin. *Duodecim*, 135, 2057–2064.

Keva (2022). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet julkisella alalla 2017–2021. Viitattu 13.5.2024: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTY0ZjQ5YmEtODNkYS-00MThmLWE2ODctNmNiN2I4N2I2M2E4IiwidCI6IjZiYmE2ZjhmLTJjZDgtNGUxYi1iYTQ2LT-c0YTE1NWQzN2M4NCIsImMiOjI9>

Knardahl, S., Johannessen, H. A., Sterud, T., Härmä, M., Rugulies, R., Seitsamo, J., & Borg, V. (2017). The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC Public Health*, 17, 1–31.

Duodecim. (2019). Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. B. (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359–375.

Lappalainen, L., Liira, J., & Lamminpää, A. (2021). Work disability negotiations between supervisors and occupational health services: factors that support supervisors in work disability management. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94, 689–697.

Laukkala, T., Tuisku, K., Fransman, H., & Vormaa, H. (2015). Työikäisten mielenterveyskuntoutus. *Suomen Lääkärilehti*, 70(21), 1508–1513.

Leineweber C, Marklund S, Aronsson G, & Gustafsson K. (2019). Work-related psychosocial risk factors and risk of disability pension among employees in health and personal care: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 12–20.

Markkula, N., & Suvisaari, J. (2017). Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *Duodecim*, 133, 275–282.

Markkula, N., & Suvisaari, J. (2018). Onko masennus lisääntynyt suomalaisessa aikuisväestössä? *Sosiaalilääketieteen Aikakauslehti*, 55, 189–199.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Pekkarinen, L., & Sohlman, P. (2020). Ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen julkisella alalla. *Kevan Tutkimuksia 1/2020*.

Pensola, T., & Gould, R. (2009). Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. *Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 7/2009*.

Pirkola, S., Nevalainen, J., Laaksonen, M., Fröjd, S., Nurmela, K., Näppilä, T., Tuulio-Henriksson, A., Autio, R., & Blomgren, J. (2020). The importance of clinical and labour market histories in psychiatric disability retirement: analysis of the comprehensive Finnish national level RETIRE data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 1011–1020.

Pulkkinen, J. M., & Rynänen, K. (2023). Työkykyjohtaminen ja työterveysyhteistyö julkisella alalla vuonna 2023. *Kevan tutkimuksia 3/2023*.

Sohlman, P., Paananen, M., Ruusuvoori, M., & Turtiainen, S. (2022). Kuntoutustuen käyttö julkisella alalla. Tilastotarkastelu vuosina 2010–2013 uuden kuntoutustukijakson päättäneiden työhön palaamisesta. *Kevan tutkimuksia* 2/2020.

Suvisaari, J. (2024). Hyvästä ja pahasta stressistä. *Duodecim*, 140(3).

Tela. (2024). Työeläkevakuuttajien suositus työeläkekuntoutuksena korvattavista toimenpiteistä. Viitattu 13.5.2024: <https://www.tela.fi/tyoelakejarjestelma/Tyoelakekuntoutus/Suositus-Kuntoutuksen-Toimenpiteista/>.

THL. (2023). Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022. Lääkärille pääsy koetaan yhä vaikeammaksi – työikäisten psyykinen kuormittuneisuus lisääntynyt. Tilastoraportti 31/2023. THL.

Trivedi, M., & Greer, T. (2014). Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 19–27.

Tuisku, K., Juvonen-Posti, P., Härköpää, K., Heilä, H., Vainiemi, K., & Ropponen, T. (2013). Ammatillinen kuntoutus mielenterveyshäiriöissä. *Duodecim*, 129, 2623–2632.

Tuisku, K., Vuokko, A., Puustinen, N., & Laukkala, T. (2022). Psykkisen työ- ja toimintakyvyn arviointiin tarvitaan yhtenäisiä käytäntöjä. *Suomen Lääkärilehti*, 77, 2093–2096.

Vorma, H. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia varmistaa pitkäjänteisen mielenterveystyön. *Duodecim*, 136, 1993–1995.

Vuokko, A., & Tuisku, K. (2017). Uudet itsearviointimittarit työ- ja toimintakyvyn arvioon. *Duodecim*, 133, 667–674.

Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J., & Solantausta, T. (2017). Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Duodecim*, 133, 985–992.

Tähän julkaisuun on koottu tietoa masennuksesta ja sen vaikutuksista työssä jatkamiseen ja eläköitymiseen sekä masentuneen työhön paluuseen. Julkaisussa esitellään tilastotietoja kuntoutustuella masennuksen takia olevista julkisen alan vakuutetuista ja käydään läpi kokemuksia Kevan masentuneiden työelämäyhteyttä tukevasta pilottityökokeilusta, jossa tuettiin masennuksen perusteella kuntoutustukipäätöksen saaneiden työhön osallistumista heidän omalla työpaikallaan ilman suoraa työllistymis- ja työaikavaatimusta.



Käyntiosoite
Postiosoite
Nettiosoite
Puhelin

Unioninkatu 43, Helsinki
Keva, 00087 KEVA
www.keva.fi
020 614 21