

Sairauspäiväraahakausien tarkistuspisteet

Kuntoutuksen ja työhön paluun toteutuminen

Jenni Blomgren, Mikko Laaksonen, Riku Perhoniemi ja Hanna Rinne

VALTIONEUVOSTON SELVITYS- JA
TUTKIMUSTOIMINNAN JULKAISUSARJA 2023:54

tietokayttoon.fi

Sairauspäiväraahakausien tarkistuspisteet

Kuntoutuksen ja työhön paluun toteutuminen

Jenni Blomgren, Mikko Laaksonen,
Riku Perhoniemi ja Hanna Rinne

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Valtioneuvoston kanslia

CC BY-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-383-091-2

ISSN pdf: 2342-6799

Taitto Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2023

Sairauspäiväraha-kausien tarkistuspisteet Kuntoutuksen ja työhön paluun toteutuminen

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:54

Kustantaja Valtioneuvoston kanslia

Tekijä/t Jenni Blomgren, Mikko Laaksonen, Riku Perhoniemi ja Hanna Rinne

Kieli suomi **Sivumäärä** 130

Tiivistelmä Sairauspäiväraha-järjestelmään on säädetty tarkistuspisteitä kuntoutustarpeen seurannan ja työhön palaamiseen tähtäävien toimien varmistamiseksi. Tämä tutkimus tuo uutta tietoa kuntoutukseen osallistumisesta, työhön paluusta ja muista työmarkkinatiloista sairauspäivärahaa 60, 90, 150 tai 230 päivää saaneilla, sekä tietoa vuonna 2012 säädetyn 30–60–90-säännön toimivuudesta.

Sairauspäivärahalla pitkäänkin olleista melko harva oli osallistunut Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen. Kuntoutukseen osallistuneiden osuus oli selvästi suurempi, kun kuntoutukseksi laskettiin myös julkisen sektorin kuntoutus sekä fysioterapiat. Mitä enemmän sairauspäivärahapäiviä oli kertynyt, sitä epätodennäköisemmin palattiin ansiotyöhön ja sitä todennäköisemmin siirryttiin työkyvyttömyyseläkkeelle. Sairauspäiväraha-kausien jälkeiset työmarkkinapolut olivat valtaosalla sirpaleisia. Vuoden 2012 lakimuutosten myötä kuntoutukseen osallistuneiden osuus kasvoi 30, 60 tai 90 sairauspäivärahapäivää kerryttäneistä, mutta vaikutusta ansiotyöhön paluuseen ei ollut.

Sairauspäiväraha-kausien pitkittymistä tulisi pyrkiä ehkäisemään jäljellä olevan työkyvyn ja ansiotyöhön siirtymisen tukemiseksi. Keinoja ovat muun muassa kuntoutukseen ja muihin palveluihin ohjaamisen tehostaminen, eri toimijoiden välisen koordinaation lisääminen sekä tiedon liikkuvuuden ja tietopohjan vahvistaminen.

Klausuuli Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa. (tietokayttoon.fi) Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

Asiasanat tutkimus, tutkimustoiminta, sairauspäiväraha, kuntoutus, ansiotyö, työkyvyttömyyseläkkeet, työkyky, työhönpaluu

ISBN PDF 978-952-383-091-2

ISSN PDF 2342-6799

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-091-2>

Kontrollpunkter för sjukdagpenningsperioder Rehabilitering och återgång till arbetet

Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2023:54

Utgivare Statsrådets kansli

Författare Jenni Blomgren, Mikko Laaksonen, Riku Perhoniemi och Hanna Rinne

Språk finska **Sidantal** 130

Referat Inom sjukdagpenningssystemet tillämpas lagbestämmelser om tidpunkter för kontroll av arbetsförmågan för att säkerställa uppföljning av rehabiliteringsbehovet och åtgärder som stödjer återgång till arbetet. Forskningsprojektet ger ny kunskap om deltagande i rehabilitering, återgång i arbete och andra arbetsmarknadssituationer i fråga om personer som har fått sjukdagpenning i 60, 90, 150 eller 230 dagar, samt information om hur den 30–60–90-dagars regel som infördes 2012 har fungerat.

Också av dem som länge haft sjukdagpenning har ganska få deltagit i rehabilitering som ersätts av FPA eller av arbetspensionsanstalterna. Andelen personer som deltagit i rehabilitering var klart högre när också rehabilitering som ordnats av den offentliga sektorn och fysioterapi räknades som rehabilitering. Ju fler dagar med sjukdagpenning, desto mer osannolik var en återgång till förvärvsarbete och desto mer sannolik en övergång till sjuk- eller invalidpension. För de flesta var arbetsmarknadsstigarna efter sjukdagpenningsperioderna fragmentariska. Efter lagändringarna 2012 ökade andelen personer som uppnått 30, 60 eller 90 sjukdagpenningdagar och som deltog i rehabilitering, men detta påverkade inte återgången till förvärvsarbete.

För att stödja återstående arbetsförmåga och en återgång till förvärvsarbete måste man försöka förhindra att sjukdagpenningsperioderna drar ut på tiden, bland annat genom effektiviserad hänvisning till rehabilitering eller andra tjänster, ökad koordinering mellan olika aktörer samt bättre datarörlighet och faktaunderlag.

Klausul Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan. (tietokayttoon.fi) De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt.

Nyckelord forskning, forskningsverksamhet, sjukdagpenning, rehabilitering, förvärvsarbete, invalidpension, sjukpension, arbetsförmåga, återgång till arbetet

ISBN PDF 978-952-383-091-2

ISSN PDF 2342-6799

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-091-2>

Checkpoints for Sickness Allowance Periods Implementation of Rehabilitation and Return to Work

Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 2023:54

Publisher Prime Minister's Office

Author(s) Jenni Blomgren, Mikko Laaksonen, Riku Perhoniemi and Hanna Rinne

Language Finnish **Pages** 130

Abstract Checkpoints have been established in the sickness allowance system to ensure monitoring of rehabilitation needs and efforts aimed at returning to work. This study provides new insight into participation in rehabilitation, return to work, and other labour market statuses among individuals who received sickness allowance for 60, 90, 150, or 230 days as well as information on the effectiveness of the 30–60–90 rule introduced in 2012.

Among those on sickness allowance for an extended period, relatively few had participated in rehabilitation covered by Kela or pension providers. The participation rate was higher when public sector rehabilitation and physiotherapy were included. The more sickness allowance days had accumulated, the less likely individuals were to return to gainful employment. The labour market pathways after sickness allowance periods were fragmented for the majority. Following the legislative changes in 2012, the proportion of individuals participating in rehabilitation increased among those who had accrued 30, 60, or 90 sickness allowance days, but there was no impact on returning to gainful employment.

Efforts should be made to prevent the prolongation of sickness allowance periods to support the remaining work capacity and transition to gainful employment. Measures include enhancing the referral to rehabilitation and other services, increasing coordination between different stakeholders, and strengthening the knowledge base.

Provision This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research. (tietokayttoon.fi) The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.

Keywords research, research activity, daily sickness allowances, rehabilitation, gainful employment, disability pensions, work ability, return to work

ISBN PDF 978-952-383-091-2

ISSN PDF 2342-6799

URN-address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-091-2>

Sisältö

1	Johdanto	8
1.1	Tausta ja tutkimustehtävä	8
1.2	Tutkimuksen toteutus	9
2	Tausta.....	11
2.1	Työkyvyttömyysetuus- ja kuntoutusjärjestelmä	11
2.1.1	Sairauspäiväraha.....	11
2.1.2	Työkyvyttömyyseläke	15
2.1.3	Kuntoutusjärjestelmä	16
2.2	Aiempaa tutkimustietoa	19
2.2.1	Sairauspoissaolot ja myöhemmät työmarkkinatilat.....	19
2.2.2	Kuntoutukseen osallistuminen ja kuntoutuksen yhteydet työmarkkina-asemaan	21
2.2.3	Tutkimukset vuoden 2012 lakimuutosten vaikutuksista.....	26
3	Aineistot ja menetelmät	28
4	Tulokset.....	29
4.1	Eripituisten sairauspäivärahakertymien ylittyminen.....	29
4.2	Kuntoutukseen osallistuminen eripituisia sairauspäivärahakertymiä ylittäneillä	34
4.2.1	Kelan tai työeläkelaitosten korvaama kuntoutus	34
4.2.2	Kuntoutus laajemmin määriteltynä	41
4.3	Kuntoutukseen osallistumista ennustavat tekijät eripituisia sairauspäivärahakertymiä ylittäneillä.....	44
4.3.1	Taustatekijöiden yhteydet Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistumiseen	44
4.3.2	Taustatekijöiden yhteydet laajemmin mitattuun kuntoutukseen	52
4.4	Työmarkkinatilojen kehitys eripituisten sairauspäivärahakertymien jälkeen.....	57
4.4.1	Työmarkkinatilojen yleisyys	58
4.4.2	Yleisimmät työmarkkinatilojen yhdistelmät ja polut ansiotyöhön	62
4.5	Taustatekijöiden ja kuntoutukseen osallistumisen yhteydet sairauspäivärahakertymien jälkeisiin työmarkkinatiloihin	65
4.5.1	Työmarkkinatilat eri poikkileikkaushetkillä	65
4.5.2	Sairauspäivärahakertymän jälkeistä työmarkkinatilaa ennustavat taustatekijät.....	67

4.5.3	Kuntoutukseen osallistumisen yhteys myöhempään työmarkkinatilaan.....	71
4.6	Vuoden 2012 lakimuutosten vaikutukset sairauspäivärahakausien pituuden, kuntoutukseen osallistumisen ja sairauspäivärahakauden jälkeisten työmarkkinatilojen muutoksiin	74
4.6.1	Sairauspäivärahakausien pituudessa, kuntoutukseen osallistumisessa ja työmarkkinatiloissa tapahtuneet muutokset vuoden 2012 lakimuutoksen jälkeen	75
4.6.2	Lakimuutoksen vaikutukset sairauspäivärahakauden alussa työssä ja työn ulkopuolella.....	81
5	Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	84
5.1	Eripituisia sairauspäivärahakertymiä ylittäneet	86
5.2	Kuntoutukseen osallistuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät	88
5.3	Työmarkkinatilat eripituisten sairauspäivärahakertymien jälkeen.....	93
5.4	Vuoden 2012 lakimuutosten vaikutukset.....	95
5.5	Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimustarpeet.....	98
5.6	Suosituksia.....	100
	Liite 1. Aineistojen tarkempi kuvaus	106
	Liite 2. Liitetaulukot	111
	Lähteet.....	115

1 Johdanto

1.1 Tausta ja tutkimustehtävä

Työkyvyttömyydestä aiheutuu vuosittain merkittäviä tuottavuuden menetyksiä ja kustannuksia yhteiskunnalle (Lappo & Risku 2023; OECD 2010, 2023; Rissanen & Kaseva 2014). Yksilötasolla erityisesti työkyvyttömyyden pitkittyminen heikentää elämänlaatua, aiheuttaa tulonmenetyksiä ja voi johtaa jopa sosiaaliseen syrjäytymiseen (Bryngelson 2009; Henderson ym. 2005). Työikäisten hyvinvoinnin tukemiseksi ja korkean työllisyysasteen tavoitteen saavuttamiseksi on olennaista ehkäistä työkykyongelmia sekä estää niiden pahentumista. Erityisesti väestön ikääntyessä ja väestöllisen huoltosuhteen heikentyessä on tärkeää tukea työikäisen väestön työkykyä, työelämään pääsyä ja työelämässä pysymistä. Vaikka työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on viime vuosikymmeninä vähentynyt (Eläketurvakeskus 2023a), uusia uhkakuvia aiheuttavat erityisesti psyykkisen kuormittumisen lisääntyminen ja mielenterveyden häiriöihin liittyvän työkyvyttömyyden kasvu etenkin nuorilla työikäisillä (Blomgren & Perhoniemi 2022; Koponen ym. 2018; Laaksonen ym. 2021; Sutela ym. 2019).

Työkyvyn heikkenemiseen pitäisi pystyä puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa – silloin, kun suunta voidaan vielä kääntää takaisin kohti työelämää työkyvyn pysyvän menettämisen sijaan. Etuusjärjestelmässämme työkyvyttömyyteen liittyviä etuuksia ja palveluita ovat erityisesti sairauspäivärahaetuudet ja työkyvyttömyyseläkkeet sekä kuntoutusrahaetuudet ja kuntoutuspalvelut. Sairauspäiväraha on tarkoitettu korvaamaan lyhytaikaisesta, korkeintaan noin vuoden mittaisesta työkyvyttömyydestä johtuvaa ansionmenetystä. Kun enimmäismäärä sairauspäivärahopäiviä on käytetty, seuraavana askeleena on usein hakea työkyvyttömyyseläkettä. Pitkät ja usein toistuvat sairauspoissaolot ovat työikäisillä usein ensimmäisiä selviä merkkejä työkyvyn ongelmista. Erityisesti sairauspoissaolojen pitkittymistä tulee pyrkiä ehkäisemään, sillä pitkät sairauspoissaolot ennustavat vahvasti myöhempää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (esim. Laaksonen ym. 2014, 2016a; Perhoniemi ym. 2020a; Salonen ym. 2018, 2020). Sairauspoissaolojen syntymisen ja pitkittymisen ennaltaehkäisy ja erityisesti mielenterveyden häiriöihin perustuvien sairauspoissaolojen vähentäminen on kirjattu tavoitteiksi myös pääministeri Orpon hallituksen ohjelmaan (Valtioneuvosto 2023).

Kuntoutuksella voidaan puuttua työkyvyttömyyden pitkittymiseen, ja kuntoutuksen oikea-aikaisuus on keskeistä työkyvyn tukemisen ja palautumisen kannalta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017). Lisäksi työkykyä voidaan tukea muilla sosiaali- ja terveystieteiden palveluilla.

Eripituisten sairauspoissaolo- ja sairauspäiväraha-kertymien kohdalle on rakennettu tarkistuspisteitä, joiden avulla pyritään muun muassa havaitsemaan ajoissa erilaisten kuntouttavien toimenpiteiden ja työkyvyn tukitoimien tarve. Tavoitteena on tukea työhön tai muuhun aktiivitoimintaan palaamista ja ehkäistä sairauspäiväraha-kausien pitkittymistä ja myöhempää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Vuoden 2004 sairausvakuutuslaissa on jo alun alkaen ollut säädös Kelan velvollisuudesta selvittää henkilön kuntoutustarvetta viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 60 arkipäivältä. Vuonna 2012 sairauspäiväraha-järjestelmään tuotiin sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muutoksilla uusia tarkistuspisteitä työkyvyttömyyden tai sairauspäivärahan maksupäivien ylittäessä 30, 60 ja 90 päivää (ns. 30–60–90-sääntö, ks. tarkemmin luku 2.1.1). Vuoden 2022 alusta järjestelmään tuotiin seurannan tehostamiseksi vielä uusia tarkistuspisteitä 150 ja 230 sairauspäivärahapäivän kohdalle. (L 1383/2001; L 1224/2004; L 19/2012; L 20/2012; L 1075/2021.)

Tutkimustietoa kuntoutuksen toteutumisesta eripituisten sairauspäiväraha-kausien aikana ja jälkeen on kuitenkin vähän, samoin eripituisten sairauspäiväraha-kausien jälkeisistä työmarkkinapoluista. Tämä tutkimus tuo uutta tietoa kuntoutukseen osallistumisesta sekä työhön paluusta ja muista työmarkkinatiloista eripituisten sairauspäiväraha-kertymien jälkeen. Tutkimus tuo uutta tietoa myös vuoden 2012 lakimuutosten vaikutuksista. Tietämys reformien vaikutuksista on ensiarvoisen tärkeää tulevien uudistusten valmistelussa. Myös vuoden 2022 lakimuutosten seurannan tueksi on tärkeää saada lisää tietoa kuntoutukseen osallistumisesta ja työmarkkina-aseman kehittymisestä eripituisilla sairauspäiväraha-kausilla olleilla. Tämän tutkimuksen aineistot sijoittuvat ajalle, jolloin 150 ja 230 päivän tarkistuspisteet eivät vielä olleet voimassa, mutta tuloksia voidaan käyttää myöhemmin näiden tuoreimpienkin lakimuutoksen vaikutusten seurannan taustatietona.

1.2 Tutkimuksen toteutus

Tämän rekisteriaineistoihin perustuvan tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, missä määrin eripituisilla sairauspäiväraha-kausilla olleet henkilöt ovat osallistuneet eri tahojen järjestämään kuntoutukseen, millaisia työmarkkina- ja etuuspolkuja eripituisten päivärahapäiväkertymien jälkeen on ollut sekä miten kuntoutukseen osallistuminen ja erilaiset taustatekijät ovat olleet yhteydessä myöhempään työmarkkina-asemaan. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten vuoden 2012 lakimuutokset, joiden tarkoitus oli tehostaa työkyvyn varhaista tukemista, vaikuttivat kuntoutukseen ohjautumiseen ja työmarkkinasiirtymiin.

Ensimmäisessä osakokonaisuudessa selvitettiin, missä määrin sairauspäivärahaa 60, 90, 150 tai 230 päivää saaneet olivat osallistuneet eri tahojen järjestämään kuntoutukseen, missä vaiheessa päivärahaa kaudelta kuntoutukseen oli osallistuttu ja mitkä sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät ennustivat kuntoutukseen osallistumista (luvut 4.1–4.3). Kuntoutuksesta huomioitiin Kelan järjestämä kuntoutus (ammatillinen, vaativa lääkinällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus sekä kuntoutuspsykoterapia) ja työeläkekuntoutus sekä osin myös julkisen sektorin järjestämä kuntoutus ja työterveyshuoltolain perusteella järjestetty kuntoutus sekä työterveyshuollossa ja yksityisesti järjestetty fysioterapia. Seuraavaksi tarkasteltiin kuukausitasolla työmarkkinatilojen vaihtelua eripituisten sairauspäiväraha-kausien jälkeen (luku 4.4) sekä sitä, miten kuntoutukseen osallistuminen ja erilaiset sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät olivat yhteydessä myöhempään työmarkkinatiloihin (luku 4.5).

Toisessa osakokonaisuudessa tarkasteltiin vuoden 2012 lakimuutoksen vaikutavuutta. Tässä kokonaisuudessa tutkittiin sairauspäiväraha-kausien pituuksia, kuntoutukseen ohjautumista ja sairauspäiväraha-kausien jälkeisiä työmarkkinatiloja ennen ja jälkeen vuoden 2012 lakimuutosten (ns. 30–60–90–säännön) voimaantuloa (luku 4.6).

Tutkimus toteutettiin Kelan tutkimusyksikön ja Eläketurvakeskuksen tutkimusosaston yhteistyönä. Lukujen 4.1–4.3 sekä 4.5 analyysistä vastasi Jenni Blomgren lukuun ottamatta lukujen 4.2.2 ja 4.3.2 analyysistä, joista vastasi Hanna Rinne. Luvun 4.4 analyysistä vastasi Riku Perhoniemi ja luvun 4.6 analyysistä Mikko Laaksonen. Em. kirjoittajat ovat myös olleet päävastuussa kyseisiä analyysistä koskevista teksteistä ja tulkinnoista. Kaikki raportin kirjoittajat osallistuivat kaikkien lukujen kirjoittamiseen.

2 Tausta

2.1 Työkyvyttömyysetuus- ja kuntoutusjärjestelmä

Työkyvyttömyysetuuksilla varmistetaan toimeentulo työkyvyn tilapäisen tai pysyvän heikentymisen ajalta. Työkyvyttömyysajan ansionmenetyksiä korvataan pääasiassa sairauspäivärahalla, kuntoutusrahalla, määräaikaisella kuntoutustuella tai toistaiseksi voimassa olevalla työkyvyttömyyseläkkeellä. Kuntoutuspalveluiden avulla puolestaan pyritään muun muassa ehkäisemään työkyvyn heikkenemistä, palauttamaan jo alentunutta työkykyä sekä edesauttamaan ansiotyöhön tai muuhun aktiiviseen toimintaan siirtymistä tai palaamista. Ennen työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä on varmistettava, että henkilön kuntoutusmahdollisuudet on selvitetty. Tässä luvussa kuvataan työkyvyttömyyteen liittyvän etuus- ja kuntoutusjärjestelmän pääpiirteet Suomessa. Työkyvyttömyyteen liittyviä etuuksia ja järjestelmiä on kuvattu kattavasti myös esimerkiksi Leinosen ja kumppaneiden (2020b) artikkelissa.

2.1.1 Sairauspäiväraha

Kelan maksamalla sairauspäivärahalla voidaan sairausvakuutuslain (L 1224/2004) perusteella korvata alle vuoden kestävästä sairaudesta tai vammasta johtuvan työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansionmenetystä 16–67-vuotiaille Suomen sairausvakuutuksen piiriin kuuluvilla henkilöillä. Sairauspäivärahaan voi muodostua oikeus, jos henkilö on heikentyneen työkykynsä takia kykenemätön tekemään tavallista työtään tai siihen läheisesti verrattavaa työtä (ns. ammatillinen työkyvyttömyyden määritelmä). Päätöksen sairauspäivärahasta tekee Kela, ja sen myöntämiseen tarvitaan aina lääkärintodistus. Sairauspäivärahaa sai vuoden 2022 aikana noin 316 000 henkilöä, joka vastaa noin kymmentä prosenttia ei-eläkkeellä olevista työkäisistä (Kela 2023a; Blomgren 2023).

Sairauspäivärahaa maksetaan sairausvakuutuslain mukaisilta arkipäiviltä eli yleensä kuudelta päivältä viikossa maanantaista lauantaihin, pois lukien arkipyhät. Sairauspäivärahakautta edeltää yleensä omavastuu-aika, joka sisältää sairastumispäivän ja sitä seuraavat yhdeksän arkipäivää. Omavastuuajalta työnantaja maksaa työntekijälle työsopimuslain (L 55/2001) mukaan sairausajan palkkaa. Sairauspäivärahan saamista ei ole kuitenkaan rajattu vain työllisiin, vaan sitä voivat työkyvyttömyysehdon täytyessä saada myös esimerkiksi työttömät ja opiskelijat. Jos työnantaja maksaa työntekijälle sairauspäivärahakauden ajalta palkkaa, Kela maksaa päivärahan työnantajalle. Jos

päiväraha on suurempi kuin palkka, Kela maksaa erotuksen sairauspäivärahan saajalle.

Sairauspäivärahaa voi saada korkeintaan 300 maksupäivältä noin kahden vuoden aikana. Tätä kutsutaan sairauspäivärahan enimmäisajaksi eli maksimisuoritusajaksi. Enimmäisaikaan laskettavat päivärahopäivät voivat kertyä yhdestä tai useammasta jaksosta. Käytännössä päivärahaa maksetaan enintään sen kuukauden loppuun, jota seuraavan kuukauden aikana maksettujen päivärahopäivien määrä nousisi 300 päivään. Samaan enimmäisaikaan lasketaan Kelan maksamat päivärahopäivät viimeisimmän työkyvyttömyyskauden alkamista välittömästi edeltävältä kahdelta vuodelta. Laskennassa huomioidaan kaikkien työkyvyttömyyttä aiheuttaneiden diagnoosien perusteella maksetut päivärahopäivät. Kuitenkin jos henkilö on ollut päivärahausajan välissä vähintään vuoden yhtäjaksoisesti työkykyinen, takautuva laskenta katkeaa tähän työkykyisyyssajaan, eikä sitä edeltäviä päiviä huomioida. (L 1224/2004.) Työkykyisyyssaja tarkoittaa tässä sitä, että henkilölle ei ole vuoteen maksettu työkyvyttömyyden perusteella työkyvyttömyysetuuksia kuten sairauspäivärahaa, osasairauspäivärahaa, täyttä kuntoutustukea tai täyttä työkyvyttömyyseläkettä. Esimerkiksi kuntoutusrahan saaminen rinnastetaan kuitenkin työkykyisyyssajaksi.

Lisäksi sairauspäivärahaa voidaan maksaa 50 lisäpäivältä, jos henkilö on palannut välillä vähintään kuukaudeksi työhön 300 päivän enimmäisajan täytyttyä. Sairauspäivärahaa voidaan myöntää uudelleen, kun edellisen työkyvyttömyyskauden päättymisestä on kulunut vähintään vuosi. Tällöin enimmäisaikakertymän laskenta alkaa alusta. Enimmäisajan täyttymisestä huolimatta sairauspäivärahaa voidaan kuitenkin myöntää silloin, kun työkyvyttömyys aiheutuu kokonaan uudesta sairaudesta eli sairaudesta, jonka perusteella ei oltu maksettu päivärahaa edellisen enimmäisaikakertymän aikana (L 1224/2004).

Varsinaisen sairauspäivärahan sijaan voidaan maksaa myös osasairauspäivärahaa, jonka tavoitteena on tukea työssä jatkamista työkyvyttömyyden aikana. Osasairauspäivärahauskausi voi seurata varsinaista sairauspäivärahauskautta tai se voi alkaa suoraan ilman edeltävää sairauspäivärahauskautta. Osasairauspäivärahan edellytyksenä on sairausvakuutuslain mukainen työkyvyttömyys eli se, että henkilö on kykenemätön tekemään tavallista työtään tai siihen läheisesti verrattavaa työtä ja olisi siten oikeutettu myös täyteen sairauspäivärahaan. Osittainen työnteko ja sen aikainen osasairauspäiväraha ovat vapaaehtoisia järjestelyjä, jos lääkäri on arvioinut työssä jatkamisen mahdolliseksi työntekijän terveyttä vaarantamatta ja jos työntekijä ja työnantaja sopivat järjestelystä. Osasairauspäivärahauskauden aikana työaikaa lyhennetään 40–60 prosenttiin aikaisemmasta, ja Kela maksaa vastaavalla ajalla etuutena puolet täyttä sairauspäivärahaa vastaavasta summasta. Osa-aikaisen työn järjestelyn tulee kestää vähintään 12 sairausvakuutuslain mukaista arkipäivää eli kaksi viikkoa. Myös osasai-

rauspäivärahassa on sairastumispäivän ja sitä seuraavien yhdeksän arkipäivän pituinen omavastuu-aika. Osasairauspäivärahaa voidaan maksaa korkeintaan 150 maksupäivän ajalta, mutta sairauspäivärahan tapaan myös osasairauspäivärahaa voidaan maksaa 50 lisäpäivältä 30 päivän yhtäjaksoisen työskentelyn jälkeen. Osasairauspäivärahaa voidaan maksaa, vaikka sairauspäivärahaa olisi jo saatu enimmäisajan verran (L 1224/2004.)

Sairauspoissaolojen seurantaan on säädetty eripituisten poissaolo- ja päivärahakertymien kohdalle tarkistuspisteitä työkyvyn seurannan ja tarpeenmukaisten tukitoimien varmistamiseksi (L 1224/2004; Kuuva 2011). Tarkistuspisteitä on 30 ja 60 kalenteripäivän sekä 60, 90, 150 ja 230 sairauspäivärahan maksupäivän kohdalla (taulukko 1). Tarkistuspisteisiin luettavien maksupäivien kertymistä seurataan takautuvasti kahden vuoden ajalta samalla tavoin kuin sairauspäivärahan enimmäisajan kertymistä.

Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaan Kelan tulee tarvittaessa selvittää vakuutetun kuntoutustarve sairauspäivärahakaudella. Kelalla on vuoden 2004 sairausvakuutuslain voimaantulosta lähtien ollut velvollisuus selvittää kuntoutustarvetta viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa tai osasairauspäivärahaa on maksettu 60 maksupäivältä. Kuntoutustarve täytyy selvittää, jos sairauspäivärahan saajalla on työkyvyttömyyden pitkittymisen uhka tai työhön paluu on muuten vaikeutunut. Tällöin selvitetään kuntoutusmahdollisuuksia ja tarvittaessa myös järjestetään kuntoutusta.

Vuonna 2012 voimaan tulleilla sairausvakuutuslain (L 1224/2004) ja työterveyshuoltolain (L 1383/2001) muutoksilla (HE 75/2011; L 19/2012; L 20/2012) sairauspäivärahakausien pitkittymisen seuranta vahvistettiin uusilla tarkistuspisteillä (niin sanottu 30–60–90-sääntö). 30 päivän säännön mukaan työnantajan tulee tehdä ilmoitus työterveyshuollolle sairauspoissaolon kestänyt yhteensä kuukauden ajan. 60 päivän sääntö tarkoitti vuoden 2012 lakimuutoksissa sitä, että sairauspäivärahan haku-aikaa lyhennettiin kahteen kalenterikuukauteen aiemmasta neljästä kuukaudesta, jotta Kelalla olisi paremmat mahdollisuudet selvittää ajoissa asiakkaan kuntoutustarvetta viimeistään 60 sairauspäivärahapäivän kohdalla. 90 päivän sääntö puolestaan velvoittaa työntekijän toimittamaan Kelalle työterveyslääkärin kirjoittaman lausunnon jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuuksista ennen kuin päivärahan maksamista voidaan jatkaa 90 maksupäivän jälkeen. Työterveyshuollon lausunnon toimittamisen vaade 30 ja 90 päivän kohdalla koskee luonnollisesti vain työntekijäsemassa olevia. Lakimuutokset koskivat työkyvyttömyyskausia, jotka alkoivat 1.6.2012 tai sen jälkeen. Jos samalle enimmäisajalle laskettavia sairauspäivärahapäiviä oli kertynyt jo ennen lakimuutoksen voimaantuloa, noudatettiin enimmäisajan loppuun saakka vanhaa lainsäädäntöä.

Taulukko 1. Sairauspoissaolojen seurantaan liittyvät tarkistuspisteet ^a.

Tarkistuspiste	Sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain mukaiset toimenpiteet
30 työkyvyttömyyspäivää eli poissaolo kestänyt kuukauden	Työnantajan on ilmoitettava työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon, kun poissaolo on jatkunut yhtäjaksoisesti tai lyhyemmissä jaksoissa yhteensä 30 päivän ajan.
60 vuorokautta eli kaksi kuukautta työkyvyttömyyden alkamisesta	Sairauspäivärahaa on haettava Kelasta kahden kuukauden kuluessa työkyvyttömyyden alkamisesta.
60 sairauspäivärahan maksupäivää samalla enimmäisajalla	Kelan on selvitettävä kuntoutustarve viimeistään, kun sairauspäivärahaa tai osasairauspäivärahaa on maksettu 60 päivältä.
90 sairauspäivärahan maksupäivää samalla enimmäisajalla	Työterveyshuollon on arvioitava työntekijän jäljellä oleva työkyky ja työnantajan on selvitettävä yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä. Työntekijän on toimitettava työterveyshuollon lausunto jäljellä olevasta työkyvystä ja työhön palaamisen mahdollisuuksista Kelaan viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu enimmäisaikaan laskettavilta 90 arkipäivältä. Jos lausuntoa ei toimiteta määräajassa, päivärahan maksaminen keskeytetään. Lausuntoa ei edellytetä yrittäjältä, työttömältä, opiskelijalta tai omaa talouttaan hoitavalta.
150 sairauspäivärahan maksupäivää samalla enimmäisajalla	Työterveyshuollon on tarvittaessa arvioitava työntekijän jäljellä oleva työkyky ja työnantajan on tarvittaessa selvitettävä yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä ennen kuin työntekijälle on maksettu sairauspäivärahaa enimmäisaikaan laskettavilta 150 arkipäivältä. Tätä koskeva lausunto on toimitettava Kelaan. Kelan on tarvittaessa selvitettävä kuntoutustarve, kun sairauspäivärahaa tai osasairauspäivärahaa on maksettu 150 päivältä. Kelan tulee myös tiedottaa kuntoutusmahdollisuuksista sekä tarvittaessa eläkkeen tai muun korvauksen hakemisesta.
230 sairauspäivärahan maksupäivää samalla enimmäisajalla	Työterveyshuollon on tarvittaessa arvioitava työntekijän jäljellä oleva työkyky ja työnantajan on tarvittaessa selvitettävä yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä ennen kuin työntekijälle on maksettu sairauspäivärahaa enimmäisaikaan laskettavilta 230 arkipäivältä. Tätä koskeva lausunto on toimitettava Kelaan. Kelan on tarvittaessa selvitettävä kuntoutustarve, kun sairauspäivärahaa tai osasairauspäivärahaa on maksettu 230 päivältä.

^a Lähde: Säädökset sairausvakuutuslaissa (L 1224/2004; L 19/2012; L 1075/2021) ja työterveyshuoltolaissa (L 1383/2001; L 20/2012).

Sairausvakuutuslakiin lisättiin uusia tarkistuspisteitä vuoden 2022 alussa osana kuntoutuksen toimintasuunnitelmaa vuosille 2020–2022 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Muutokset olivat kuntoutuksen uudistamiskomitean (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017) ehdotuksen mukaisia ja liittyivät Marinin hallituksen ohjelman (Valtioneuvosto 2019) toimeenpanoon. Tällä lakimuutoksella sairauspäivärahaajärjestelmään lisättiin aiemmin voimassa olleiden tarkistuspisteiden oheen 150 ja 230 päivärahopäivän tarkistuspisteet, joiden kohdalla työntekijän jäljellä oleva työkyky ja työssä jatkamisen mahdollisuudet tulee tarvittaessa selvittää työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän yhteistyönä (HE 152/2021; L 1075/2021). Työntekijän on myös toimitettava tätä koskeva lausunto Kelaan, jonka tulee puolestaan tarvittaessa arvioida kuntoutustarvetta myös 150 ja 230 päivän kohdalla. Kela arvioi em. päivien täyttymisen kohdalla tarvittaessa myös työelämän ulkopuolella olevien kuntoutustarvetta, vaikkei työterveyshuollon lausuntoa olisi käytettävissä (HE 152/2021; L 1075/2021). Lakimuutos koski vakuutettuja, joiden sairauspäiväraha-kausi alkoi 1.1.2022 tai sen jälkeen.

2.1.2 Työkyvyttömyyseläke

Työeläkelaitos tai Kela voi maksaa työikäiselle henkilölle työkyvyttömyyseläkettä, jos henkilö on sairauden, vian tai vamman takia tullut työkyvyttömäksi tekemään tavallista työtään tai muuta siihen verrattavaa työtä, jota henkilöltä voidaan kohtuudella edellyttää (L 395/2006; L 1272/2006; L 1280/2006; L 1290/2006; L 568/2007; L 81/2016). Pääsääntöisesti työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää vasta kun työkyvyttömyys on jatkunut vähintään sairausvakuutuslain mukaista sairauspäivärahan enimmäisaikaa vastavan ajan eli noin vuoden. Kela tiedottaa sairauspäivärahan saajalle työkyvyttömyyseläkkeen hakemisen mahdollisuudesta ja vahvistaa (tietyin poikkeuksin) sairauspäivärahan ensisijaisuusajan työeläkelakien mukaisen täyden työkyvyttömyyseläkkeen alkamisajankohdan määrittelyä varten, kun sairauspäivärahaa on maksettu 150 päivältä (L 1224/2004).

Työkyvyttömyyseläke voidaan maksaa määräaikaisena kuntoutustukena tai toistaiseksi voimassa olevana työkyvyttömyyseläkkeenä, joka on voimassa vanhuuseläkeoikeuden alkamiseen saakka. Vuoden 2022 aikana työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi noin 20 000 henkilöä, ja saman vuoden lopussa noin 181 000 Suomessa asuvaa henkilöä eli noin 5,3 prosenttia 16–64-vuotiaasta väestöstä sai työkyvyttömyyseläkettä (Eläketurvakeskus 2023a).

Työkyvyttömyyseläkettä voidaan maksaa työeläke- ja kansaneläkejärjestelmistä. Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkettä voidaan myöntää 17 vuotta täyttäneille henkilöille, jotka eivät ole täyttäneet ikäluokkansa alinta vanhuuseläkeikää. Kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkettä voidaan myöntää 16–64 vuotiaille (koskien ennen vuotta 1965 syntyneitä) tai 16 vuotta täyttäneille henkilöille, jotka eivät ole täyttäneet työntekijän eläkelaiissa (L 395/2006) määriteltäviä alinta vanhuuseläkeikänsä (koskien

vuonna 1965 tai sen jälkeen syntyneitä). Kansaneläkettä voidaan maksaa työeläkkeen täydennyksenä niille, joiden työeläkekertymä on jäänyt pieneksi, tai työeläkettä korvaavana vähimmäiseläkkeenä niille, joille työeläkettä ei ole kertynyt.

Työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä edeltää aina eläkelaitoksessa tehtävä harkinta. Yksityisten ja julkisten alojen eläkelaeissa sekä kansaneläkelaisissa on hieman toisistaan poikkeavia säädöksiä muun muassa eläkeoikeuteen sekä työkyvyttömyyden määrittelyyn ja arviointiin liittyen: Harkittaessa oikeutta yksityisten alojen tai kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeeseen sovelletaan ns. yleistä työkyvyttömyysmääritelmää, jolloin hakijan työkykyä arvioidaan laajemmin kuin suhteessa hakijan omaan työhön; työkykyä arvioidaan tällöin suhteessa mihin tahansa työmarkkinoilla olevaan työhön, jota hakijan voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. Arvioinnissa otetaan huomioon muun muassa hakijan ikä, koulutus, aikaisempi toiminta ja asuinpaikka. 60 vuotta täyttäneillä kuitenkin painotetaan työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta (L 395/2006). Sen sijaan julkisella sektorilla sovelletaan kaikenikäisiin palvelusuhteessa oleviin niin sanottua ammatillisen työkyvyttömyyden määritelmää: työkykyä peilataan tällöin siihen, onko henkilö tullut työkyvyttömäksi nimenomaan omaan työhönsä (L 81/2016).

Työeläkejärjestelmässä työkyvyttömyyseläke voidaan maksaa myös osakuntoutustukena tai osatyökyvyttömyyseläkkeenä; kansaneläkejärjestelmässä osaeläkemahdollisuutta ei sen sijaan ole. Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää täytenä, jos työkyvyn arvioidaan heikentyneen vähintään kolmella viidesosalla, ja osaeläkkeenä, jos työkyvyn arvioidaan heikentyneen tätä vähemmän mutta kuitenkin vähintään kahdella viidesosalla (L 395/2006; L 81/2016).

Ensisijainen tavoite myös työkyvyttömyyseläkettä harkittaessa on, että kuntoutuksen avulla työhön palaaminen olisi vielä mahdollista. Yleensä ensimmäiseksi myönnetään määräaikainen kuntoutustuki, jos arvioidaan, että työkyvyn palauttaminen voisi olla mahdollista kuntoutuksen ja hoidon keinoin. Tällöin henkilölle tehdään myös hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Jos kuntoutumismahdollisuuksia ei nähdä olevan, eläke myönnetään toistaiseksi voimassa olevana työkyvyttömyyseläkkeenä.

2.1.3 Kuntoutusjärjestelmä

Kuntoutusjärjestelmämme on varsin hajanainen ja monimutkainen ja koostuu useista osajärjestelmistä, rahoittajista ja palveluntuottajista. Järjestelmää on kuvattu yksityiskohtaisemmin useissa aiemmissa raporteissa (mm. Ashorn ym. 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Malmström ym. 2018). Kuntoutus voidaan yleisesti jakaa lääkinnälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen (Sosiaali-

ja terveysministeriö 2017). Kuntoutukseen liittyy suoraan tai välillisesti lukuisia eri aikoina säädettyjä lakeja, jotka ohjaavat kuntoutuksen rahoittamista ja järjestämistä. Eri tahojen järjestämä kuntoutus voi olla sisällöllisesti osin päällekkäistä, ja aina ei myöskään välttämättä ole itsestään selvää, kenelle kuntoutusvastuu kuuluu (Rajavaara & Lehto 2013).

Tärkeimpiä työikäisten työkykyä tukevan kuntoutuksen järjestäjätahoja ovat Kela, työeläkelaitokset, julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuolto ja työterveyshuolto sekä osatyökykyisten ja vammaisten työnhakijoiden osalta myös TE-palvelut (Rissanen ym. 2008). Asiakas voi itse olla aloitteellinen kuntoutukseen hakeutumisessa, tai aloite voi tulla kuntoutusta järjestävältä tai kuntoutukseen ohjaavalta taholta.

Kela järjestää lakisääteisenä ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa sekä lisäksi harkinnanvaraisena kuntoutuksena ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta (L 566/2005). Kelalla ei kuitenkaan ole kuntoutusvelvollisuutta, jos henkilö on oikeutettu kuntoutukseen erityisturvan lakien kuten esimerkiksi työtapaturma- tai ammattitautilain tai liikennevakuutuslain perusteella, tai jos ammatillinen kuntoutus on työeläkelaitoksen vastuulla. Kelan ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työttömille, opiskelijoille tai vasta vähän aikaa työelämässä olleille henkilöille, joilla sairaus, vika tai vamma uhkaa lähivuosina aiheuttaa työ- tai opiskelukyvyyn ja ansiomahdollisuuksien olennaista heikentymistä. Tavoitteena on työ- ja ansiokyvyn säilyttäminen tai parantaminen. Kelan järjestämä ammatillinen kuntoutus voi olla esimerkiksi työllistymistä edistävää ammatillista kuntoutusta, ammattikoulutusta, työ- ja koulutuskokeiluja sekä ammatillisia kuntoutuspalveluita (Kela 2023b). Kelan järjestämän vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena puolestaan on tukea kuntoutujan osallisuutta ja mahdollisuuksia selviytyä arkielämän toiminnoista; kuntoutusmuotoina on esimerkiksi erilaisia terapioiden ja moniammatillista yksilökuntoutusta (Kela 2023b). Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan henkilöille, joilla mielenterveyden häiriö uhkaa työ- tai opiskelukykyä. Harkinnanvaraista kuntoutusta Kela järjestää erilaisiin vamma- ja sairausrhyhmiin kuuluville eduskunnan vuotuisesti myöntämän määrärahan puitteissa. Harkinnanvarainen kuntoutus sisältää muun muassa erilaisia kuntoutuskursseja, sopeutumisvalmennusta ja moniammatillista yksilökuntoutusta (Kela 2023b). Kaikkiaan noin 165 000 henkilöä sai Kelan järjestämää tai korvaamaa kuntoutusta vuoden 2022 aikana – ammatillista kuntoutusta sai noin 34 500, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta noin 43 100, kuntoutuspsykoterapiaa noin 62 500 ja harkinnanvaraista kuntoutusta noin 33 100 henkilöä (Kela 2023b).

Työeläkelaitokset järjestävät työeläkelakien (L 395/2006; L 1272/2006; L 1280/2006; L 1290/2006; L 81/2016) nojalla ammatillista kuntoutusta niille työikäisille, joilla on yhteys työelämäänsä. Sen mukaan henkilöllä täytyy olla tietty määrä työskentelystä saatuja vakuutettuja työansioita. Työeläkevakuuttajilla onkin ensisijainen vastuu työelämässä olevien ammatillisesta kuntoutuksesta. Kuntoutus on tarkoitettu niille, joilla on

sairaudesta tai vammasta aiheutuva työkyvyttömyyden uhka. Edellytyksenä on myös, ettei hänellä ole oikeutta kuntoutukseen tapaturmavakuutuksen tai liikennevakuutuksen perusteella. Työeläkekuntoutuksen tavoitteena on työelämässä jatkaminen tai sinne paluu. Työeläkekuntoutus on yksilöllistä ja toteutetaan kuntoutettavan tarpeista lähtien. Se voi olla esimerkiksi kuntoutussuunnitelman laatimiseen tarvittavia selvityksiä, työkokeilua, työhön valmennusta tai uudelleen koulutusta. Työeläkekuntoutujia oli vuoden 2022 aikana noin 15 500 (Eläketurvakeskus 2023b).

Hyvinvointialueen (vuoteen 2022 saakka kunnan) vastuulle kuuluu terveydenhuoltolain (L 1326/2010) ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (L 612/2021) perusteella sairauden hoitoon liittyvä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen silloin, kun järjestämisvastuun ei ole erikseen määritelty olevan Kelalla. Lääkinnällinen kuntoutus voi olla esimerkiksi erilaisia terapioiden sekä sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja. Julkisen sote-palvelujärjestelmän järjestämän lääkinnällisen kuntoutuksen saajamääristä ei ole tietopohjan hajanaisuuden vuoksi käytettävissä kattavia tilastotietoja. Kattavan tiedon puute johtuu myös osin siitä, että terveydenhuollossa on usein vaikea erottaa hoitoa ja kuntoutusta toisistaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Hyvinvointialueen tulee sosiaalihuoltolain (L 1301/2014) nojalla järjestää myös sosiaalista kuntoutusta. Sosiaalinen kuntoutus voi olla esimerkiksi yksilöllistä tukea, valmennusta arkipäivän toimista suoriutumiseen ja elämänhallintaan, tukea sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin, vertaistukea sekä toiminnallisia ryhmiä. Sosiaaliseen kuntoutukseen voidaan tarvittaessa yhdistää muun muassa päihde- ja/tai mielenterveyshoitoa ja muita tukitoimia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Tavoitteena on sosiaalisen toimintakyvyn ja elämänhallinnan vahvistaminen, syrjäytymisen ehkäisy ja osallisuuden edistäminen sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin (L 1301/2014). Hyvinvointialueet järjestävät lisäksi pitkään työttöminä olleille henkilöille kuntouttavaa työtoimintaa, jonka tavoitteena on työllistymisedellytysten ja elämänhallinnan parantaminen (L 189/2001).

Työterveyshuollolle kuuluu työterveyshuoltolain (L 1383/2001) mukaan työllisten kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutukseen ohjaus sekä kuntoutuksen jälkeinen työssä selviytymisen seuranta. Toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi työkokeilut ja työaikamuutokset. Työnantajat voivat tarjota osana työterveyshuoltoa myös esimerkiksi fysioterapiapalveluita. Työ- ja elinkeinohallinto puolestaan voi tarjota ammatillisen kuntoutuksen kaltaisia julkisia työvoima- ja yrityspalveluja (L 916/2012) rekisteröityneille työnhakijoille, joilla on lääkärin toteama vamma tai sairaus. Nämä palvelut ovat harkinnanvaraisia ja täydentävät muiden toimijoiden järjestämää ammatillista kuntoutusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Tapaturmavakuutuslaitokset vastaavat ammatillisesta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta, jonka tarve johtuu työtapaturmasta tai ammattitaudista (L 459/2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Liikennevakuutuslaitokset korvaavat kuntoutusta silloin, kun

kuntoutustarve johtuu liikennevahingosta (L 626/1991). Seuraamusjärjestelmä puolestaan vastaa vankien kuntoutuksesta (L 767/2005). Lisäksi kolmas sektori toimii kuntoutuspalveluiden tuottajana ja julkisen sektorin palveluiden täydentäjänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Edellä mainittujen lisäksi myös moni muu laki sääntelee kuntoutuksen tai kuntoutusta sivuavien palveluiden järjestämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Hajautuneen järjestelmän vuoksi myös tietämys kuntoutukseen osallistuneiden kokonaismääristä on puutteellista, ja tietoa kuntoutukseen osallistuneiden yhteismääristä on voitu saada vain yksittäisten tutkimushankkeiden kautta. Niiden ongelmana kuitenkin on se, että kaikkia kuntoutukseksi katsottavia palveluita ei laajoissakaan tutkimuksissa ole saatu koottua samaan aineistoon, ja arvioiden suuruus vaihtelee sen mukaan, mitä tietoja on saatu mitattua. Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan alueen asukkaiden kuntoutuspalveluiden käyttöä vuosien 2004–2005 aikana tarkastelleessa tutkimuksessa laskettiin, että kuntoutusta sai noin kymmenesosa asukkaista, kun huomioitiin eri rekistereistä saatavilla oleva kuntoutustieto (Rissanen & Pulkki 2013). Oululaisia vuonna 2018 koskevassa tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että noin viidennes työikäisistä osallistui kalenterivuoden aikana jonkin tahon järjestämään kuntoutukseen, kun kuntoutuksesta huomioitiin Kelan, työeläkelaitosten ja julkisen sote-palvelujärjestelmän kuntoutus sekä työterveyshuollon kautta järjestetty tai sairausvakuutuksen kautta tuettu fysioterapia (Rinne & Blomgren 2020). Viimeksi mainitussakin tutkimuksessa osa kuntoutusta järjestävistä tahoista jäi kuitenkin katveeseen – esimerkiksi liikenne- tai tapaturmavakuutuksen korvaamaa kuntoutusta ei pystytty tutkimuksessa huomioimaan.

Kuntoutusajan toimeentulo turvataan pääsääntöisesti Kelan kuntoutusrahalta, nuoren kuntoutusrahalta, työeläkejärjestelmän kuntoutusrahalta tai kansaneläke- tai työeläkejärjestelmän kuntoutustuella eli määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä. Erilaisten terapiakäyntien (esimerkiksi fysioterapia, psykoterapia tai toimintaterapia) perusteella ei kuntoutusrahaa pääsääntöisesti makseta.

2.2 Aiempaa tutkimustietoa

2.2.1 Sairauspoissaolot ja myöhemmät työmarkkinatilat

Useiden tutkimusten mukaan sairauspoissaolot ennustavat vahvasti myöhempiä uusia sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä – mutta myös muuta ansiotyön ulkopuolelle jäämistä kuten työttömyyttä (mm. Alexanderson ym. 2012; Helgeson ym. 2015; Kivimäki ym. 2007; Koopmans ym. 2008a, 2008b; Laaksonen ym. 2014, 2016a, 2016b; Perhoniemi ym. 2020a; Roelen ym. 2011; Salonen ym. 2018, 2020; Virtanen ym. 2006).

Jos työkyvyttömyys pitkittyy eikä työkykyä onnistuta palauttamaan, voivat sairauspäiväraha-kauden alkaminen, kauden pitkittyminen, mahdollinen kuntoutukseen osallistuminen ja lopulta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vaihdella samassa työkyvyttömyyden prosessissa. Prosessiin voi usein sisältyä myös lyhytaikaista työhön paluuta, uusia sairauspäiväraha-kausia, työttömyyttä ja eläkehakemusten hylkäyksiä, jotka vuorottelevat prosessin eri vaiheissa (Øyeflaten ym. 2012; Pedersen ym. 2012, 2016; Perhoniemi ym. 2018, 2020b, 2023).

Erityisesti sairauspoissaolon pitkittyessä työhön paluun todennäköisyys pienenee ja uusien sairauspoissaolojen sekä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski kasvaa (Gjesdal & Bratberg 2003; Gjesdal ym. 2004; Helgesson ym. 2016; Lund ym. 2008; Salonen ym. 2018; Stapelfeldt ym. 2014; Wallman ym. 2009). Suomalaisessa koko työikäistä väestöä koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että sairauspoissaolopäivien lisääntyminen alle kuukauden pituisesta poissaolosta yli puolen vuoden pituiseen poissaoloon kasvatti asteittain myöhemmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskiä (Salonen ym. 2018). Etenkin sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän saavuttaminen ennustaa erittäin vahvasti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä: kaksi kolmesta vuonna 2012 sairauspäivärahaa enimmäisajan (300 maksupäivää) saaneesta siirtyi seuraavan vuoden kuluessa työkyvyttömyyseläkkeelle; lisäksi loppuistakin osa siirtyi eläkkeelle seuraavien vuosien aikana (Perhoniemi ym. 2021).

Sairauspoissaolokausien jälkeisiä polkuja on kotimaisissa tutkimuksissa usein selvitetty vain yhdestä näkökulmasta kerrallaan, tarkastellen esimerkiksi työhön paluuta (esim. Kausto ym. 2017) tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (esim. Laaksonen ym. 2016a; Salonen ym. 2018). Perhoniemen ja kumppaneiden (2018, 2020b, 2021, 2023) tutkimuksissa on kuitenkin huomioitu monipuolisesti erilaisia mahdollisia työmarkkinatiloja pitkässä seurannassa. Esimerkiksi tuoreessa tutkimuksessa (Perhoniemi ym. 2023) tarkasteltiin sekvenssi- ja klusterianalyysin keinoin työmarkkinatilojen kehitystä vuonna 2016 alkaneen 30 päivää kestäneen sairauspoissaolokauden jälkeen kuukausitasolla kolmen vuoden ajalta. Lähes kaksi kolmesta tutkitusta (62 %) luokiteltiin nopeasti työhön palaavien ryhmään, mutta varsin suuria olivat myös ryhmät joiden polkuun liittyi vahvasti työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen (11 %) tai työttömyys (9 %). Tunnistettujen ryhmien sisälläkin eri työmarkkinatilojen vaihtelu kolmen vuoden seurannan aikana oli kuitenkin suurta.

Myös aiemmissa muita maita koskevissa tutkimuksissa on tarkasteltu sairauspoissaolokausien jälkeisiä työmarkkinapolkuja. Lisäksi sekvenssianalyysin ja monitilamallien avulla on tarkasteltu useanlaisia siirtymiä sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen. Mahdolliseksi työmarkkinatiloiksi sairauspäiväraha-kauden jälkeen on muista maista tehdyissä tutkimuksissa yleensä määritetty ainakin työhön paluu, sairauspäivärahaetuksilla jatkaminen ja työkyvyttömyyseläke, mutta vaihtelevasti on käytetty myös hienosyisempiä erittelyjä huomioiden myös työttömyys, kuntoutus ja osaetuuudet

(esim. Koopmans ym. 2008a; Lie ym. 2008; Lindholdt ym. 2017; Madsen 2020; McLeod ym. 2018; Pedersen ym. 2012, 2014, 2016, 2018; Øyeflaten ym. 2012, 2014). Tutkimusten yhteinen havainto on, että työkyvyttömyyden prosessit ovat hyvin moninaisia, ja edestakaiset siirtymät eri työmarkkinatilojen välillä ovat yleisiä. Lisää vastaavaa työkyvyttömyysprosessin moninaisuuden huomioivaa tutkimusta tarvitaan myös suomalaisilla aineistoilla, jotta tuloksia voidaan paremmin hyödyntää Suomen järjestelmän ja prosessien yhteenkietoutumisen ymmärtämiseen.

Erilaisten yksilön taustatekijöiden tiedetään olevan yhteydessä siihen, kuinka todennäköistä ja nopeaa työhön paluu on ja mihin työmarkkinatilaan päädytään pidemmällä aikavälillä sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen. Sairauspoissaolo-kauden aloitaneilla esimerkiksi korkea ikä, matala sosioekonominen asema, heikoksi koettu työkyky, runsas terveyspalveluiden käyttö sekä aiemmat sairauspoissaolot vähentävät työhön palaamisen todennäköisyyttä ja lisäävät pysyvän työkyvyttömyyden riskiä (Kausto ym. 2017; Madsen ym. 2020; Perhoniemi & Blomgren 2022a; Perhoniemi ym. 2023; Vlasveld 2012; Weerdesteijn ym. 2020). Perhoniemen ym. (2023) tutkimuksen mukaan työhön palaamista 30 päivän sairauspäiväraha-kauden jälkeen ennustivat erityisesti korkea sosioekonominen asema ja vahva kiinnittyminen työelämään ennen sairauspäiväraha-kautta. Sen sijaan matala sosioekonominen asema, krooniset sairaudet ja mielenterveyden häiriö sairauspäiväraha-kauden perusteena lisäsivät niiden polkujen todennäköisyyttä, joissa painottuvat työttömyys, kuntoutus tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen.

2.2.2 Kuntoutukseen osallistuminen ja kuntoutuksen yhteydet työmarkkina-asemaan

Kuntoutusjärjestelmämme perusajatus on, että oikea-aikaisella ja yksilön ajankoh- taista tarvetta palvelevalla kuntoutuksella voi olla mahdollista vaikuttaa työkyvyn palautumiseen ja työhön paluuseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Sairauspäivä- rahakauden alkaminen ja varsinkin sen pitkittyminen ovat selkeitä merkkejä työkyvyn heikkenemisestä ja signaali sille, että kuntoutustarvetta on syytä selvittää. Systemaati- sta tutkimustietoa kuitenkin puuttuu siitä, missä määrin eripituisilla sairauspäiväraha- kausilla olleet ovat Suomessa osallistuneet kuntoutukseen ja onko kuntoutus edesaut- tanut työhön palaamista. Aiemmissa tutkimuksissa sairauspäivärahaa saaneiden kun- toutukseen osallistumista on lähinnä sivuttu, ja tutkimustietoa on vain tietyistä raja- tuista sairauspäivärahaa saaneiden tai työkyvyttömyyseläkkeelle jo siirtyneiden ala- ryhmistä.

Aiemmat tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että kuntoutukseen osallistuneiden osuudet ovat olleet melko pieniä niillä, joiden työkyvyttömyysprosessi on jo pitkällä. Laaksosen ym. (2014) tutkimuksessa havaittiin, että työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna

2011 siirtyneistä vain muutama prosentti oli osallistunut Kelan tai työeläkelaitosten järjestämään kuntoutukseen eläkkeelle siirtymistä edeltävien vuosien aikana. Perhoniemen ym. (2021) tutkimuksen mukaan niistä, jotka hakivat työkyvyttömyyseläkettä vuonna 2012 täyttyneen sairauspäivärahan enimmäisajan jälkeen mutta joille sitä ei myönnetty, noin viidennes osallistui ammatilliseen kuntoutukseen enimmäisajan täytymistä seuraavan vuoden aikana. Niistä, jotka eivät hakeneet eläkettä enimmäisajan jälkeen, ammatilliseen kuntoutukseen osallistui noin yksi kymmenestä.

Perhoniemen ym. (2023) tutkimuksen mukaan niistä, joilla vuonna 2016 alkoi vähintään 30 päivän pituinen sairauspoissaolojakso, kolmen seuraavan vuoden aikana 19 prosenttia oli osallistunut vähintään jossain vaiheessa Kelan tai työeläkelaitoksen järjestämään kuntoutukseen. Perhoniemen ja Blomgrenin (2022b) Oulun työikäisiä koskevassa tutkimuksessa puolestaan mitattiin kuntoutuspäiviä kolmen kuukauden ajanjaksoissa kolme vuotta ennen vähintään 30 päivää kestäneen sairauspoissaolokauden alkua ja kolme vuotta sen jälkeen. Tulosten mukaan kuntoutuspäivien keskimäärä oli pieni, mutta nousi sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen erityisesti niillä, jotka päätyivät sairauspäivärahauden jälkeisessä seurannassa muualle kuin takaisin työelämään. Viikari-Junturan ym. (2017) tutkimuksessa puolestaan laskettiin kuntoutukseen käytettyä aikaa 60. sairauspäivärahapäivän jälkeen aiemmin vakiintuneesti työssä olleilla yksityisen ja julkisen sektorin palkansaajilla. Henkilöillä, joilla 60 sairauspäivärahapäivää oli täyttynyt vuosina 2012–2013 (sisältäen vähintään 30 päivän mittaisen yhtäjaksoisen kauden), oli kuntoutusajan osuus 60. päivärahapäivän jälkeisessä 10 kuukauden seurannassa noin yhdestä kolmeen prosenttia kunkin seuranta-kuukauden aikana.

Suomesta puuttuu tietoa siitä, miten kuntoutukseen osallistuminen on yhteydessä myöhempään työmarkkina-asemaan ja erityisesti työhön paluuseen sairauspäivärahauden aloittaneilla. Tutkimustulokset työikäisten kuntoutuksen, erityisesti ammatillisen kuntoutuksen, vaikuttavuudesta ovat kaikkiaan ristiriitaisia, mikä johtuu osin erilaisista tutkimusasetelmista ja -menetelmistä. Lisäksi tutkimuksissa on usein ollut menetelmällisiä heikkouksia. Kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksen eräs keskeinen ongelma on se, että kuntoutuksen tarpeessa olevia ei käytännössä ole voitu tutkimuksia varten etukäteen satunnaistaa kuntoutusta saaviin ja kuntoutuksen ulkopuolelle jätettäviin, jos heillä on lähtökohtaisesti ollut kuntoutustarvetta ja oikeus kuntoutukseen. Toisinaan on satunnaistettu kuntoutuksen tarpeessa olevia erilaisiin kuntoutusmuotoihin, joiden vaikuttavuutta on vertailtu, tai verrokeiksi on muodostettu ryhmä, jonka kuntoutus alkaa hieman muita myöhemmin (esim. Nukari 2023). Tutkimukset ovat kuitenkin usein perustuneet joko kuntoutukseen osallistuneiden seurantaan tai kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien jälkikäteiseen vertailuun (ml. erilaiset kvasikokeelliset asetelmat).

Yksinkertaisten vertailuasetelmien perusongelma on se, että useista syistä johtuen kuntoutukseen osallistuminen ei ole satunnaista: Kuntoutuksen myöntämistä määrittää yksilön työkyvyn heikentymisen tai työkyvyttömyyden uhka lähivuosina (L 566/2005; L 395/2006; Liukko 2020). Toisaalta kuntoutuksen myöntöedellytyksenä on myös se, että kuntoutuksen arvioidaan olevan tarkoituksenmukaista eli osallistujan oletetaan hyötyvän kuntoutuksesta (Liukko 2020). Lisäksi asiaan vaikuttaa vielä henkilön oma motivaatio hakea kuntoutukseen ja/tai osallistua hänelle myönnettyyn kuntoutukseen (Carlsson ym. 2019; Härkäpää ym. 2014). Näiden eri tekijöiden vaikutukset voivat olla erisuuntaisia, mistä syystä kuntoutukseen osallistuneiden valikoituneisuuden arviointi on tutkimuksissa vaikeaa.

Esimerkiksi Kelan kuntoutuksen hyötyjä arvioidaan vuosittain kuvailevilla menetelmillä. Vuonna 2020 kuntoutuksensa päättäneillä havaittiin olleen myönteisiä muutoksia muun muassa työ- ja opiskelukyvyssä ja elämänlaadussa, kun tarkastelussa oli kuntoutukseen osallistuneita yhdessätoista ammatillisen tai harkinnanvaraisen kuntoutuksen palveluryhmässä. Kuntoutuksen päättäneiden osalta tehdään säännönmukaisesti myös työmarkkina-aseman kehittymisen rekisteriseurantaa. (Karinkanta & Reiterä 2023.) Myös työeläkekuntoutuksen päättäneiden tilannetta kuntoutuksen jälkeen seurataan vuosittain erityisesti työssä pysymisen ja eläkkeelle siirtymisen näkökulmista (Eläketurvakeskus 2023b). Nämä tarkastelut kuitenkin perustuvat vain kuntoutuksessa olleiden seurantaan kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen, ja on mahdotonta arvioida, mitä kuntoutuksessa olleille olisi tapahtunut ilman kuntoutukseen osallistumista. Vertailuasetelman puuttuessa johtopäätöksiä kuntoutuksen varsinaisesta vaikuttavuudesta ei voida näiden tulosten perusteella tehdä.

Suomalaisissa tutkimuksissa on viime vuosina tarkasteltu kuvailevin menetelmin myös kuntoutukseen osallistumisen yhteyttä työhön paluuseen henkilöillä, jotka olivat jo aloittaneet kansaneläkejärjestelmän kuntoutustukijakson (Koskenvuo ym. 2021) tai työeläkejärjestelmän kuntoutustukijakson (Laaksonen 2021). Näiden tutkimusten mukaan kuntoutukseen osallistuneet palasivat kuntoutustuelta työhön useammin kuin ne, jotka eivät olleet osallistuneet kuntoutukseen. Näidenkään tutkimusten perusteella ei kuitenkaan voida sanoa mitään kuntoutuksen varsinaisesta vaikuttavuudesta, sillä kuntoutustuen aloittaneista kuntoutukseen oli saattanut valikoitua keskimäärin terveempiä henkilöitä, joiden odotettiin ylipäänsä hyötyvän kuntoutuksesta ja joilla oli siten jo alun perin katsottu olevan muita suurempi todennäköisyys palata kuntoutuksen avulla takaisin työhön. Tämän voi toisaalta tulkita olevan merkki siitä, että kuntoutukseen oli nimenomaan onnistuttu ohjaamaan niitä henkilöitä, joiden arvioitiin siitä hyötyvänkin (Laaksonen 2021).

Osa ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksia selvittävistä tutkimuksista on kuitenkin hyödyntänyt myös kehittyneempiä asetelmia, kuten kvasikokeellisia tutkimusasetelmia

(ks. esim. Schelvis ym. 2015). Leinosen ja kumppaneiden (Leinonen ym. 2019) propensiteettipistemäärään perustuvaa kaltaistusta hyödyntäneen tutkimuksen mukaan työeläkelaitosten järjestämän ammatillisen kuntoutuksen havaittiin lisäävän hieman työhön osallistumista henkilöillä, joilla oli aiemmin ollut mielenterveyden häiriöön tai tuki- ja liikuntaelinten sairauteen perustuva työkyvyttömyysjakso. Samaa aineistoa hyödyntäneen toisen raportin (Leinonen ym. 2020a) mukaan työeläkekuntoutus vähensi täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä, mutta toisaalta lisäsi osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä, eikä odotettavissa olevassa työkyvyttömyysajassa ollut eroa kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien välillä. Myös varhemmassa, vuonna 2005 päättyneitä työeläkekuntoutuksia koskevassa, monipuolisia tilastollisia menetelmiä hyödyntäneessä tutkimuksessa havaittiin, että työeläkekuntoutukseen osallistuminen nosti hieman työsuhteessa jatkamisen todennäköisyyttä, mutta lähinnä lyhyen aikavälin seurannassa (Tuomala 2012).

Toisaalta regression epäjatkuvuusmenetelmää hyödyntäneessä Laaksosen ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa ammatillisella kuntoutuksella ei havaittu olevan tilastollisesti merkitseviä vaikutuksia työllisyyteen, työttömyyteen tai tuloihin. Tutkimuksessa vertailtiin työkyvyttömyyseläkettä hakeneita henkilöitä, jotka saivat työeläkekuntoutuksen ennakkopäätöksen heidän tulojensa ylittäessä työeläkekuntoutusoikeuteen määritellyn vuositulorajan (noin 35 000 euroa vuonna 2017) henkilöihin, joiden tulot jäivät tämän rajan alle. Kyseinen tutkimus tosin koski käytännössä suhteellisen pienituloisia eläkkeenhakijoita, joten tulosten perusteella ei voida tehdä laajoja päätelmiä työeläkekuntoutuksen vaikutuksista tai niiden puutteesta.

Myös Kelan sittemmin lakkautetun ASLAK-kuntoutuksen vaikutuksia selvittäneissä tutkimuksissa hyödynnettiin propensiteettipistemäärään perustuvaa kaltaistusta. Havaintona oli, että ASLAK-kuntoutus ei vertailuasetelmassa vaikuttanut kuntatyöntekijöiden koettuun työkykyyn eikä pitkittyneeseen työkyvyttömyyteen (pitkät sairauspoissaolot tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen) (Saltychev ym. 2012; 2013).

Jonkin verran tutkimustietoa on myös kuntoutuspsykoterapian vaikuttavuudesta. Tuorehkoissa kvasikokeellista menetelmää hyödyntäneessä tutkimuksessa (Peutere ym. 2022) havaittiin, että kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen pienensi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen todennäköisyyttä ja sillä oli positiivisia vaikutuksia myöhempiin tuloihin.

Lisää tietoa tarvittaisiin erityisesti Kelan ja työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen vaikutuksista työkykyyn ja työmarkkinatulemiin. Kaikkiaan suomalaiset tulokset kuntoutuksen vaikuttavuudesta ovat osin ristiriitaisia, mikä johtuu muun muassa erilaisista menetelmistä, erilaisista kohdejoukoista ja erilaisesta tutkittavan kuntoutusmuodon määrittelystä. Useiden kvasikokeellistenkin, esimerkiksi propensiteettipistemääriin pe-

rustuvien, tutkimusasetelmien ongelma on se, että niissä voidaan huomioida vain aineistoista havaitut kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien väliset erot. Havaitsemattomaksi jäävät erot kuntoutujien ja ei-kuntoutujien välillä voivat siten edelleen selittää tuloksia. Näyttäisi kaikkiaan siltä, että kuntoutuksella on suomalaisissa tutkimuksissa havaittu olevan korkeintaan maltillisia vaikutuksia kuntoutukseen osallistuneiden työkyvyttömyysajan lyhentämiseen ja työhön osallistumisen lisäämiseen.

Kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta kuntoutuksen vaikuttavuudesta on luonnollisesti paljon. Myös muita maita koskevissa tutkimuksissa on saatu toisistaan poikkeavia ja ristiriitaisia tuloksia kuntoutuksen vaikuttavuudesta, mikä liittyy erilaisiin aineistoihin, määritelmiin, tutkittaviin interventioihin ja tutkimuksissa hyödynnettyihin menetelmiin sekä niiden laatuun (Fadyl ym. 2020; Nevala ym. 2015; Padkapayeva ym. 2017; Pruett ym. 2008; van Vilsteren ym. 2015; Wong ym. 2021). Näissä tutkimuksissa kuntoutukseen osallistumisen vaikutusten on kuitenkin usein havaittu olevan korkeintaan maltillisia – ja sitä pienempiä, mitä paremmin valikoituminen on voitu huomioida tutkimusasetelmassa. Muista maista saatuja tuloksia on joka tapauksessa vaikea suoraan hyödyntää Suomen kontekstiin tehtäessä päätelmiä kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Etuus- ja palvelujärjestelmät ovat eri maissa erilaisia, ja usein tutkimusten kohteena on ollut jokin selkeästi määritelty kuntoutusinterventio.

Sekä Suomessa että muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa on yleensä havaittu, että matalammin koulutetut ja matalassa ammattiasemassa olevat osallistuvat kuntoutukseen keskimääräistä useammin, mikä puolestaan on yhteydessä näiden ryhmien suurempaan kuntoutuksen tarpeeseen (Laaksonen ym. 2019; Madsen 2020). Toisaalta kuntoutusmuotojen välillä on eroa: esimerkiksi kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen on yleisempää nimenomaan korkeasti koulutetuilla ja korkeassa ammattiasemassa olevilla (Leppänen ym. 2022). Suomessa huomionarvioisia ovat ne sosioekonomiset erot, jotka liittyvät kuntoutusjärjestelmän eri osiin. Kuntoutusjärjestelmämme koostuu useista osajärjestelmistä, joiden järjestämä kuntoutus on lähtökohtaisesti suunnattu eri tilanteissa oleville väestöryhmille. Osittain siksi kuntoutuksessa on eri suuntaisia sosioekonomisia eroja sen mukaan, mitä osajärjestelmää tarkastellaan. Esimerkiksi työttömät osallistuvat muita työkäisiä useammin julkisen sote-palvelujärjestelmän ja Kelan järjestämään kuntoutukseen, mutta keskimääräistä harvemmin työeläkekuntoutukseen tai työterveyshuollon kuntoutukseen (Rinne & Blomgren 2022).

Sosioekonominen asema on yhteydessä kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyyteen, mutta se voi olla yhteydessä myös siihen, miten vaikuttavaa kuntoutus on. Kuntoutuksen vaikuttavuudesta eri sosioekonomisissa ryhmissä on vähänlaisesti tietoa. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu ammattiaseman olevan yhteydessä kuntoutuksen jälkeisiin työmarkkinatiloihin: esimerkiksi toimihenkilöaseman on havaittu lisäävän työhön paluun todennäköisyyttä sairauspoissaolon tai ammatillisen kuntoutuksen jälkeen (Perhoniemi ym. 2023; Øyeflaten ym. 2014).

Sekä kuntoutuksen että laajemmin työkyvyttömyysprosessien tutkimisen yhteydessä onkin syytä kiinnittää erityistä huomiota työllisiin ja työn ulkopuolella oleviin ryhmiin, sillä näiden ryhmien välillä on eroa muun muassa siinä, minkä tahon vastuulla heidän terveyspalvelunsa – ml. kuntoutuksen – järjestäminen on. Alkaneiden sairauspäivärahausien on havaittu yrittäjillä ja työttömillä olevan selvästi pidempiä kuin palkansaajilla. Tulos voi kertoa muun muassa varhaisen työkyvyn tuen ja palveluiden puutteesta yrittäjillä ja työttömillä, joilla ei ole palkansaajien tapaan käytettävissään työterveys- huollon palveluita ja tukea (Blomgren & Jäppinen 2021). Tärkeää olisi saada lisää tutkimustietoa siitä, missä määrin työlliset ja muussa asemassa olevat työkäiset osallistuvat kuntoutukseen sairauspäivärahausajan alkamisen jälkeen ja miten kuntoutukseen osallistuminen on eri ryhmissä yhteydessä myöhempään työmarkkinatiloihin. Näiden lisäksi on tärkeää huomioida myös muiden sosiodemografisten tekijöiden (esimerkiksi ikä, sukupuoli ja koulutus) rooli työhön palaamisessa sairauspäivärahausajan jälkeen.

2.2.3 Tutkimukset vuoden 2012 lakimuutosten vaikutuksista

Tarkistuspisteiden lisäämisellä sairauspäivärahausjärjestelmään on haluttu parantaa työkyvyn seuranta- ja arviointiprosessin toimivuutta. Tarkistuspisteiden avulla pyritään lyhentämään sairauspäivärahausajaa, tehostamaan kuntoutustarpeen tunnistamista, edistämään työhön paluuta, pidentämään työuria ja ehkäisemään työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (HE 75/2011; HE 152/2021). Kuitenkin tutkimustietoa vuonna 2012 voimaan tulleiden tarkistuspisteiden (30–60–90-sääntö) vaikutuksista päivärahausajojen lyhenemiseen, kuntoutukseen ja työhön paluuseen on toistaiseksi vain vähän. Uusimpien 150 ja 230 päivän tarkistuspisteiden vaikuttavuuden seuranta mahdollistavaa rekisteritietoa on tätä kirjoitettaessa vasta kertymässä.

Juvonen-Posti ym. (2014) selvittivät vuoden 2012 lakimuutosten täytäntöönpanoa. Tutkimus koski erityisesti työterveyshuollon lausunnon toimittamista 90 sairauspäivärahauspäivän kohdalla. Tulosten mukaan toimeenpano oli ensi vaiheessa lähtenyt käyntiin kangerellen. Ainakin alkuvaiheessa työterveyshuollon laatimien työssä jatkamisen lausuntojen tulossa Kelaan havaittiin viiveitä, eikä varhainen puuttuminen sairauspoissaolon pitkittymiseen näyttänyt toteutuvan tarkoitetulla tavalla. Toisaalta uusien toimintatapojen toimeenpanossa voi olla alkuvaiheessa kitkaa, eikä ehkä ollut odotettavissa, että lakimuutoksen vaikutukset olisivat näkyneet toiminnassa saman tien.

Halosen ym. (2016, 2018) tutkimuksissa selvitettiin rekisteriaineistoilla vuoden 2012 lakimuutosten vaikutuksia työhön paluuseen. Yhdentoista kunnan vakinaisia työntekijöitä koskevassa tutkimuksessa (Halonen ym. 2016) seurattiin 30 päivää työkyvyttöminä olleita sekä 60 ja 90 maksupäivää sairauspäivärahaa saaneita. Tutkimuksessa

vertailtiin kahta ryhmää: vuoden 2010 aikana em. sairauspäiväraha-kertymiä täyttäneitä (lakimuutosta edeltävä aika) sekä vuoden 2013 aikana sairauspäiväraha-kertymiä täyttäneitä (lakimuutoksen jälkeinen aika). Tulosten mukaan kuntatyöntekijät näyttivät lakimuutoksen jälkeisellä ajalla palaavan 60 sairauspoissaolopäivän jälkeen työhön hieman nopeammin verrattuna lakimuutosta edeltävään aikaan, mutta 30 tai 90 sairauspoissaolopäivän jälkeen työhön paluussa ei ollut eroja (Halonen ym. 2016). Vakinaisessa työsuhteessa olevia kuntatyöntekijöitä koskevasta aineistosta ei kuitenkaan välttämättä voida tehdä koko työikäistä väestöä koskevia yleistyksiä. Lisäksi tutkimus perustui melko yksinkertaiseen vuosien 2010 ja 2013 tietojen pohjalta muodostettujen ryhmien vertailuun, joten muut samaan aikaan vaikuttavat tekijät, kuten yleisen työllisyystilanteen muutokset tai pidempiaikainen sairauspoissaolojen vähenemisen trendi, ovat saattaneet vaikuttaa tuloksiin.

Toisessa Halosen tutkimusryhmän tutkimuksessa (Halonen ym. 2018) selvitettiin kansallisella rekisteriaineistolla nimenomaan 30 päivän tarkistuspisteen asettamisen vaikutusta. Tutkimuksessa havaittiin, että lakimuutoksen jälkeisellä ajalla työhön paluu yhtäjaksoisen 30 päivän sairauspoissaolokauden jälkeen oli yleisempää ja tapahtui nopeammin kuin lakimuutosta edeltävällä ajalla (Halonen ym. 2018). Tämänkin tutkimuksen puutteena oli kuitenkin se, että asetelmassa verrattiin kahta eri vuosina (2010 ja 2013) poimittua tutkimuskohorttia toisiinsa, mikä ei huomioi tutkimusajalla tapahtuneita muita samanaikaisia muutoksia.

Viikari-Juntura ja kumppanit (2017) puolestaan vertailivat kansallisella rekisteriaineistolla vähintään 60 päivän sairauspäiväraha-kaudella olleita toisiinsa ennen ja jälkeen lakimuutoksen. He päätyivät tutkimuksessaan siihen, että vuoden 2012 lakimuutokset eivät lisänneet vakiintunutta työhön paluuta (työhön palaaminen vähintään 28 kalenteripäiväksi ilman uutta sairauspäiväraha-jaksoa) pitkän sairauspäiväraha-kauden jälkeen. Ennen ja jälkeen lakimuutoksen 60 sairauspäiväraha-päivää ylittäneitä ryhmiä vertailtaessa vakiintunut työhön paluu jopa hieman väheni. Toisaalta uudistuksen jälkeen oltiin 10 kuukauden seuranta-aikana keskimäärin vähemmän aikaa täydellä sairauspäiväraha-kaudella ja täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä, mutta pidempään vastaavilla osittaisilla työkyvyttömyysetuuksilla. Kun osatyökyvyttömyysetuuksien aikainen työnteko huomioitiin, työssäoloajassa ei kaiken kaikkiaan havaittu eroa ennen ja jälkeen lakimuutoksen. Lakimuutoksen jälkeen kuntoutuksessa vietetty aika oli hieman pidempi. Tätäkin tutkimusta kuitenkin koskevat vastaavat vertailuasetelmaan liittyvät rajoitteet kuin Halosen ym. (2016, 2018) tutkimuksia.

Kaikkiaan aiemman tutkimustiedon perusteella näyttää siltä, että työkyvyttömyyden pitkittymiseen liittyvien tarkistuspisteiden lisäämisellä vuonna 2012 saattoi lyhyellä aikavälillä olla korkeintaan pieniä vaikutuksia työssä jatkamiseen ja mahdollisesti hieman suurempia vaikutuksia kuntoutukseen osallistumiseen. Tutkimusten asetelmat ovat kuitenkin olleet osin puutteellisia.

3 Aineistot ja menetelmät

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin kahta aineistoa. Ensimmäinen on koko Suomen 16–67-vuotiaan väestön kattava rekisteriaineisto vuosilta 2008–2019. Toinen on Oulun vastaavan ikäistä väestöä kuvaavaa rekisteriaineisto vuosilta 2013–2018.

Koko työikäisen väestön kattava aineisto sisälsi Kelan, Eläketurvakeskuksen ja Tilastokeskuksen rekisteritietoja sairauspäivärahakausista, kuntoutusjaksoista, kansaneläke- ja työeläkejärjestelmän maksamista eläkkeistä, ansaintajaksoista ja työttömyydestä sekä sosiodemografisia taustatietoja (ks. tarkemmin Laaksonen ym. 2021; Blomgren ym. 2022). Oulun työikäisiä koskeva aineisto sisälsi vastaavat tiedot kuin edellä mainittu koko työikäisen väestön aineisto sekä lisäksi tietoja muun muassa kunnan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon järjestämisestä sosiaali- ja terveystalviteista (ks. tarkemmin Blomgren & Jäppinen 2020; Rinne & Blomgren 2020). Aineistojen tarkemmat kuvaukset ovat liitteessä 1.

Tarkemmat tiedot aineiston käsittelystä ja menetelmistä kerrotaan kunkin tulosluvun yhteydessä. Tutkimuksessa käytettiin kuhunkin tutkimuskysymykseen soveltuvia analyysimenetelmiä. Eri tahojen järjestämään kuntoutukseen osallistumista eripituisten sairauspäivärahakausien aikana ja jälkeen tarkasteltiin ristiintaulukoinnein. Taustatekijöiden yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen tarkasteltiin logistisilla regressiomalleilla. Tämän jälkeen eripituisten sairauspäivärahakertymien jälkeisten työmarkkinatilojen kehitystä tarkasteltiin kuukausittain sekvenssianalyysillä sekä ristiintaulukoinnilla. Eri työmarkkinatiloihin päätymistä ennustavia tekijöitä analysoitiin multinomiaalisella logistisella regressioanalyysillä.

Sairauspäivärahakauden pituuksia, kuntoutukseen osallistumista ja työmarkkinatulemia ennen ja jälkeen vuoden 2012 lakimuutosten tarkasteltiin käyttäen keskeytettyä aikasarja-analyysiä. Enintään kolme vuotta ennen 1.6.2012 voimaan tullutta uudistusta ja enintään kaksi vuotta uudistuksen jälkeen alkaneet uudet sairauspäivärahakaudet muunnettiin kuukausittaiseksi aikasarjaksi, jolloin analyysi käsitti 36 kuukausittaista havaintoa ennen lakimuutosta ja 24 havaintoa lakimuutoksen jälkeen. Ennen ja jälkeen lakimuutoksen sairauspäivärahakauden aloittaneiden kuntoutukseen osallistumista, työmarkkina-asemaa ja sairauspäivärahakausien pituuksia seurattiin vuoden verran eteenpäin 30, 60 ja 90 sairauspäivärahapäivän ylitymisestä.

4 Tulokset

4.1 Eripituisten sairauspäivärahakertymien ylittyminen

Ensimmäiseksi tarkastelimme eripituisten sairauspäivärahakertymien ylittymistä henkilöillä, joilla vuosina 2011–2017 alkoi uusi sairauspäiväraha- ja samalla uusi sairauspäivärahan enimmäiskertymä. Tarkastelussa käytettiin koko työikäisen väestön sisältävää aineistoa (ks. liite 1). Aineistosta tunnistettiin aluksi henkilöt, joilla alkoi sellainen sairauspäiväraha- ja samalla uusi sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän laskennan. Uuden enimmäisaikakertymän aloittaneiksi laskettiin henkilöt, joille ei vuoden ajalta työkyvyttömyyden alkupäivästä taaksepäin laskien oltu maksettu sairauspäivärahaa, osasairauspäivärahaa, täyttä työkyvyttömyyseläkettä tai täyttä kuntoutustukea, eli joilla ennen päiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän alkua oli taustalla vähintään vuoden kestänyt ns. työkykyisaika (ks. luku 2.1.1).

Uuden sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän eri vuosina aloittaneiden lukumäärä pieneni jonkin verran vuosien 2011–2017 välillä (taulukko 2), noudatellen sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän määrän alenevaa trendiä 2010-luvun alkupuolella (Kela 2023a). Esimerkiksi vuoden 2011 aineistosta tunnistettiin noin 238 000, vuoden 2014 aineistosta noin 221 000 ja vuoden 2017 aineistosta noin 213 000 henkilöä, joilla oli uuden enimmäisaikakertymän aloittava sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän kyseisen vuoden aikana.

Seuraavassa esitettävät tarkastelut keskittyvät henkilöihin, jotka ylittivät sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän säädettyjä tarkistuspisteitä eli sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän maksupäiväkertymiä. Uuden sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän aloittaneista eriteltiin henkilöt, joilla ylittyi samalla maksupäiväkertymän enimmäisaikakertymän 60, 90, 150 ja 230 sairauspäivärahan maksupäivää. 30 päivän kertymää ei tarkasteltu erikseen, sillä sitä ei ole määritelty sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän kautta eikä siihen myöskään sisälly lakisääteistä työkyvyn tai kuntoutustarpeen arviointia. Tarkastellut kertymät vastaavat tätä kirjoitettaessa voimassa olevan lainsäädännön tarkistuspisteitä, vaikka 150 ja 230 päivän tarkistuspisteet tulivatkin voimaan vasta vuodesta 2022 alkaen. Kertymiä laskettiin enimmäisaikakertymän alkamisvuoden ensimmäisestä päiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän päivästä eteenpäin aina yli kahden vuoden ajalta ottaen huomioon sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän laskusäännöt (ks. luku 2.1.1). Tarkasteltavat 60, 90, 150 ja 230 sairauspäiväraha- ja samalla uuden enimmäisaikakertymän päivää ylittäneiden ryhmät ovat sisäkkäisiä siten, että jäljempänä listalla olevassa ryhmässä olevat kuuluvat luonnollisesti myös kaikkiin edeltäviin ryhmiin – esimerkiksi kaikki 230 maksupäivää ylittäneet ovat jossain vaiheessa ylittäneet myös 60, 90 ja 150 maksupäivää.

Taulukko 2. Sairauspäivärahopäivien kertyminen vuosina 2011–2017 sairauspäivärahan uuden enimmäisajan aloittaneilla.

Sairauspäivärahakertymän alkuvuosi	Henkilöitä, joilla alkanut uusi enimmäisaika ^a	Kertymä >60 pv ^b	Kertymä >90 pv ^b	Kertymä >150 pv ^b	Kertymä >230 pv ^b
2011	237 759	64 994 (27 %)	48 012 (20 %)	33 826 (14 %)	24 976 (11 %)
2012	226 771	62 592 (28 %)	45 913 (20 %)	32 140 (14 %)	23 640 (10 %)
2013	225 031	61 610 (27 %)	45 247 (20 %)	31 820 (14 %)	22 994 (10 %)
2014	220 862	61 401 (28 %)	45 046 (20 %)	31 672 (14 %)	23 172 (10 %)
2015	211 701	60 182 (28 %)	44 308 (21 %)	31 134 (15 %)	22 698 (11 %)
2016	212 053	60 421 (28 %)	44 471 (21 %)	31 087 (15 %)	22 508 (11 %)
2017	213 443	62 995 (30 %)	46 597 (22 %)	33 082 (15 %)	23 938 (11 %)

^a Henkilöt, joilla alkoi ko. vuoden aikana uusi sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika.

^b Niiden henkilöiden määrä ja osuus, joilla samalla enimmäisajalla ylittivät sarakeotsikoiden mukaiset sairauspäivärahopäivien kertymät.

Sairauspäivärahakertymän aloitusvuodesta riippuen 27–30 prosentilla uuden enimmäisaikakertymän aloittaneista kertyi samalla enimmäisajalla yli 60 päivärahopäivää (taulukko 2). Noin viidenneksellä kertyi yli 90 maksupäivää, 14–15 prosentilla yli 150 maksupäivää ja 10–11 prosentilla yli 230 maksupäivää. Eri kertymiä ylittäneiden osuuksissa ei ollut suuria eroja kertymän alkamisvuoden mukaan, mutta osuudet näyttäisivät kuitenkin keskimäärin hieman kasvaneen tuoreempia aloitusvuosia kohden. Tämän yksinkertaisen tarkastelun perusteella näyttää myös siltä, että esimerkiksi vuonna 2012 voimaan tulleilla säännöksillä liittyen sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika. Tämän yksinkertaisen tarkastelun perusteella näyttää myös siltä, että esimerkiksi vuonna 2012 voimaan tulleilla säännöksillä liittyen sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika. Tämän yksinkertaisen tarkastelun perusteella näyttää myös siltä, että esimerkiksi vuonna 2012 voimaan tulleilla säännöksillä liittyen sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika. Tämän yksinkertaisen tarkastelun perusteella näyttää myös siltä, että esimerkiksi vuonna 2012 voimaan tulleilla säännöksillä liittyen sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika.

Tietyn kertymäpisteen jo ylittäneet ylittivät varsin todennäköisesti myös seuraavia kertymäpisteitä. Esimerkiksi vuonna 2014 sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika. Tämän yksinkertaisen tarkastelun perusteella näyttää myös siltä, että esimerkiksi vuonna 2012 voimaan tulleilla säännöksillä liittyen sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika. Tämän yksinkertaisen tarkastelun perusteella näyttää myös siltä, että esimerkiksi vuonna 2012 voimaan tulleilla säännöksillä liittyen sairauspäiväraha- ja sitä edeltävästi oli vähintään vuoden työkykyinen aika.

Taulukko 3. Myöhempien kertymien ylittyminen aikaisempia kertymiä ylittäneillä. Vuonna 2014 uuden sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän aloittaneet ^a.

Muiden kertymien ylittyminen	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv	Kertymä >150 pv	Kertymä >230 pv
Ylittyi myös 90 maksupäivää, %	73	100	100	100
Ylittyi myös 150 maksupäivää, %	52	70	100	100
Ylittyi myös 230 maksupäivää, %	38	51	73	100
N	61 400	45 045	31 672	23 172

^a Henkilöt, joilla ylittyivät sarakeotsikoiden mukaiset sairauspäivärahopäivien kertymät.

Eripituiset sairauspäiväraha-kertymät saattoivat kertyä joko yhdestä yhtäjaksoisesta kaudesta tai hajanaisemmin toisistaan erillisistä kausista, joiden välissä ei maksettu päivärahaa. Peräkkäiset maksujaksot, joiden välissä oli korkeintaan kaksi kalenteripäivää, yhdistettiin yhtenäiseksi sairauspäiväraha-kausiksi. Kertymä oli yhtäjaksoinen 69 prosentilla 60 päivän sairauspäiväraha-kertymän ylittäneistä, ja osuus oli lähes yhtä suuri muitakin kertymiä ylittäneillä (taulukko 4).

Taulukko 4. Sairauspäiväraha-kertymän yhtenäisyys eripituisia sairauspäiväraha-kertymiä saavuttaneilla. Vuonna 2014 uuden sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän aloittaneet ^a.

Kertymän yhtäjaksoisuus	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv	Kertymä >150 pv	Kertymä >230 pv
Sairauspäiväraha-kertymä oli täytynyt yhtäjaksoisesta kaudesta, %	69	66	65	64
N	61 400	45 045	31 672	23 172

^a Henkilöt, joilla ylittyivät sarakeotsikoiden mukaiset sairauspäivärahopäivien kertymät.

Eri kertymiä ylittäneiden sosiodemografisia ja terveyteen liittyviä taustatekijöitä tarkastellaan taulukossa 5. Muuttujat kuvataan tarkemmin liitteessä 1. Mitä suuremman sairauspäiväraha-kertymän ylittäneistä oli kyse, sitä suurempi osuus heistä oli miehiä, ikääntyneempiä työkäisiä, siviilisäädyltään eronneita tai leskiä ja korkeintaan perustason koulutuksen suorittaneita. Suuremman kertymän ylittäneet olivat harvemmin toimihenkilöitä ja useammin työttömiä tai henkilöitä, joiden sosioekonomista asemaa ei saatu määritettyä.

Taulukko 5. Eripituisia sairauspäivärahopäiväkertymiä ylittäneiden jakautuminen sosiodemografisten ja terveyteen liittyvien taustatekijöiden mukaan (%). Vuonna 2014 sairauspäivärahaikauden aloittaneet. ^{a,b}

Taustatekijä	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv	Kertymä >150 pv	Kertymä >230 pv
SUKUPUOLI				
Naiset	54	53	52	51
Miehet	46	47	48	49
IKÄ				
16–24	9	9	9	9
25–34	15	15	14	13
35–44	18	17	16	16
45–54	30	30	30	30
55–67	28	29	31	33
SIVILISÄÄTY				
Naimaton	36	36	36	36
Naimisissa	46	45	44	44
Eronnut/leski	18	19	20	20
KOULUTUSASTE				
Perusaste	22	23	25	26
Keskiaste	54	54	54	54
Korkea-aste	24	22	21	20
AMMATTIASEMA				
Ylempi toimihenkilö	9	8	7	6
Alempi toimihenkilö	28	26	24	22
Työntekijä	28	28	26	26
Yrittäjä	9	9	9	9
Työtön	16	18	21	23
Muu	10	12	13	14

(Jatkuu seuraavalla sivulla)

Taustatekijä	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv	Kertymä >150 pv	Kertymä >230 pv
ANSIOTYÖ SAIRAUSPÄIVÄRAHAKAUTTA EDELTVÄN 12 KK AIKANA				
Koko vuosi ansiotyötä	65	61	57	53
Alle vuosi ansiotyötä	17	18	18	19
Ei lainkaan ansiotyötä	18	21	25	28
TYÖTTÖMYYS SAIRAUSPÄIVÄRAHA- KAUTTA EDELTVÄN 12 KK AIKANA				
Ei työttömyyttä	73	70	67	63
Alle puoli vuotta työttömyyttä	10	10	10	10
Yli puoli vuotta työttömyyttä	17	20	23	27
ERITYISKORVAUSOIKEUKSIA				
0	64	61	58	57
1 lääkkeen erityiskorvausoikeus	26	28	29	30
2+ lääkkeiden erityiskorvausoikeutta	10	11	12	13
SAIRAUSPÄÄRYHMÄ				
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	34	32	32	32
Mielenterveyden häiriöt	25	28	31	33
Vammat	15	12	9	7
Muut pääryhmät	26	27	28	27
SUURALUE				
Helsinki–Uusimaa	25	24	24	24
Etelä-Suomi	22	22	22	22
Länsi-Suomi ja Ahvenanmaa	26	26	26	26
Pohjois- ja Itä-Suomi	27	27	28	28
YHTEENSÄ	100	100	100	100
N	61 401	45 046	31 672	23 172

^a Henkilöt, joilla ylittivät sarakeotsikoiden mukaiset sairauspäivärahopäivien kertymät.

^b Taustatiedot poimittu vuoden 2013 lopusta tai vuoden 2014 tietoina, jos vuoden 2013 tieto puuttui. Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia koskeva tieto on vuoden 2014 ajalta.

Mitä suuremmasta sairauspäivärahopäivien kertymästä oli kyse, sitä harvemmin kertymän ylittäneet olivat olleet koko sairauspäiväraha-kertymän alkamista edeltävän vuoden ansiotyössä ja sitä useammin kokonaan ansiotyön ulkopuolella. Yli 230 päivää sairauspäivärahaa saaneista peräti 28 prosentilla ei ollut lainkaan ansiotyötä enimmäisaikakertymän alkamista edeltävän vuoden aikana. Vastaavasti yli puoli vuotta työttömänä olleiden osuus ennen sairauspäiväraha-kauden alkamista oli sitä suurempi, mitä suuremman sairauspäiväraha-kertymän ryhmästä oli kyse. Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia oli sitä useammalla, mitä suuremmasta sairauspäiväraha-kertymästä oli kyse. Lääkkeiden erityiskorvausoikeudet ovat karkea mittari krooniselle sairastavuudelle. Diagnoosi on mitattu sen sairauspäiväraha-jakson kohdalta, jonka aikana kukin kertymä ylittyi. Kauden diagnoosina oli mielenterveyden häiriö sitä useammalla, mitä suuremmasta kertymästä oli kyse. Suuraluejakaumassa ei ollut suuria eroja sairauspäiväraha-kertymän mukaan, joskin Pohjois- tai Itä-Suomessa asuvien osuus oli hie-man sitä suurempi, mitä korkeamman kertymän ylittäneistä oli kyse.

4.2 Kuntoutukseen osallistuminen eripituisia sairauspäiväraha-kertymiä ylittäneillä

Tässä luvussa tarkastellaan, missä määrin eripituisia sairauspäiväraha-kertymiä ylittäneet henkilöt olivat osallistuneet eri toimijoiden järjestämään kuntoutukseen ja missä vaiheessa kuntoutukseen ohjaututtiin.

Analyseissa hyödynnettiin koko työikäisen väestön sisältävää aineistoa sekä Oulun väestön sisältävää aineistoa (aineistoista tarkemmin ks. liite 1). Aluksi tarkasteltiin koko työikäisen väestön aineistolla henkilöitä, joilla vuosina 2011–2017 alkoi uusi sairauspäiväraha-kausi ja samalla uusi sairauspäivärahan enimmäiskertymä. Tarkemmat analyysit kohdennettiin molempia aineistoja hyödyntäen vuonna 2014 uuden sairauspäiväraha-kauden aloittaneisiin. Kuntoutukseen osallistumista seurattiin sairauspäiväraha-kauden alusta lähtien ja kunkin sairauspäiväraha-kertymän täyttymisestä aina vuoden verran eteenpäin.

4.2.1 Kelan tai työeläkelaitosten korvaama kuntoutus

Kuntoutukseen osallistumista eripituisia sairauspäiväraha-kertymiä saavuttaneilla tarkasteltiin sairauspäiväraha-kauden alkamisesta eteenpäin ensin kaikkien työikäisten aineistolla. Kuntoutukseksi laskettiin Kelan järjestämä kuntoutus ja työeläkekuntoutus sekä, siltä osin kuin niiden ajalta oli maksettu Kelan kuntoutusrahaa, myös kunnan tai kuntayhtymien järjestämä kuntoutus ja työterveyshuoltolain mukainen kuntoutus. Ole-

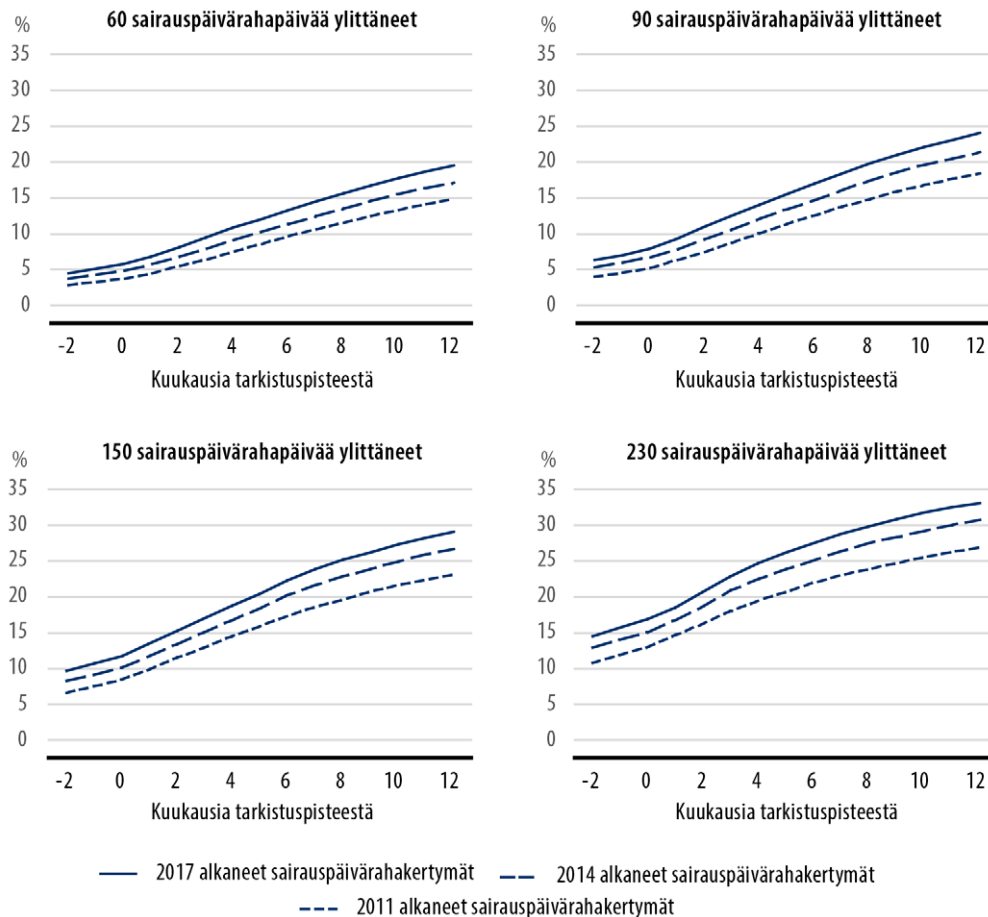
tettavasti kuntoutusrahalta korvatut kaudet kattavat vain pienen osan kunnan tai kuntayhtymien järjestämästä kuntoutuksesta tai työterveyshuoltolain mukaisesti kuntoutuksesta, mutta käytettävissä olevilla aineistoilla ei pystytty arvioimaan tämän osuuden suuruutta. Lisäksi Kelan korvaamaa kuntoutusta saaneiksi laskettiin myös Kelasta nuoren kuntoutusrahaa saaneet. Jatkossa tässä raportissa kaikkiin edellä mainittuihin kuntoutuksiin yhteensä viitataan termillä Kelan tai työeläkelaitosten korvaama kuntoutus.

Eri tahojen järjestämään kuntoutukseen osallistuneiden osuuksia kuvataan kuviossa 1, joka sisältää neljä erillistä osakuviota eri sairauspäivärahakertymät ylittäneille. Kuvioissa esitetään kumulatiivisina osuuksina, kuinka suuri osuus kunkin sairauspäivärahan kertymäpisteen ylittäneistä henkilöistä oli osallistunut kuntoutukseen sairauspäivärahakauden alkamisen jälkeen tiettyyn seuranta-ajan kuukauteen mennessä. Kuvion vaaka-akseli kuvaa kuukausia kunkin kertymän täyttymisestä kaksi kuukautta taaksepäin ja 12 kuukautta eteenpäin. Akselin nollakohta tarkoittaa kyseisen kertymän täyttymisen hetkeä.

Kuntoutukseen osallistuminen kasvoi vuosien 2011–2017 välillä jokaista kertymäpistettä ja seurantakuukautta tarkasteltaessa (kuvio 1). Esimerkiksi verrattaessa vuosina 2011 ja 2017 sairauspäivärahakertymän aloittaneita, 60 päivärahopäivää ylittäneistä kuntoutukseen osallistuneiden osuus 12 kuukauden seurantapisteeseen mennessä nousi 15 prosentista 19 prosenttiin. Kuviossa 1 näytettyjen vuosien 2011, 2014 ja 2017 väliin sijoittuvien vuosien käyrät asettuvat johdonmukaisesti em. vuosien väliin. Kuntoutukseen ohjautuminen näyttää siten vuosi vuodelta hiljalleen tehostuneen. Kaikkia vuonna 2011 päivärahakertymän aloittaneita koskivat vuoden 2012 lakimuutoksia edeltävät säännökset; 1.6.2012 alkaen päivärahakertymän aloittaneita sen sijaan uudet säännökset (ks. luku 2.1.1). Myöhemmin luvussa 4.6 palataan siihen, vaikuttivatko nimenomaan vuoden 2012 lakimuutokset tähän kehitykseen.

Kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus luonnollisesti kasvoi 60, 90, 150 ja 230 sairauspäivärahan täyttymiskohtia verrattaessa. Esimerkiksi niistä henkilöistä, joilla sairauspäivärahakertymä oli alkanut vuonna 2014 ja joille oli kertynyt vähintään 60 päivärahopäivää, noin viisi prosenttia oli osallistunut kuntoutukseen 60 päivärahopäivän ylittymiseen mennessä (vaaka-akselin nollakohta). Vastaavasti 90 sairauspäivärahopäivän ylittymiseen mennessä kuntoutukseen oli osallistunut seitsemän prosenttia ja 150 sairauspäivärahopäivän ylittymiseen mennessä kymmenen prosenttia tutkituista. 230 päivärahopäivän ylittymiseen mennessä kuntoutukseen oli osallistunut 15 prosenttia tutkituista.

Kuvio 1. Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen^a osallistuneiden kumulatiivinen osuus (%) sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen 60, 90, 150 tai 230 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä; vuosina 2011, 2014 ja 2017 alkaneet sairauspäivärahopäivien enimmäisaikakertymät. Seurannan nollakohta kunkin kertymäpisteen ylittymisen kohdalla.



^a Huomioitu Kelan kuntoutus ja työeläkekuntoutus sekä kunnan tai kuntayhtymien järjestämä kuntoutus ja työterveyshuoltolain mukainen kuntoutus, viimeksi mainitut siltä osin kuin niiden ajalta on maksettu Kelan kuntoutusrahaa.

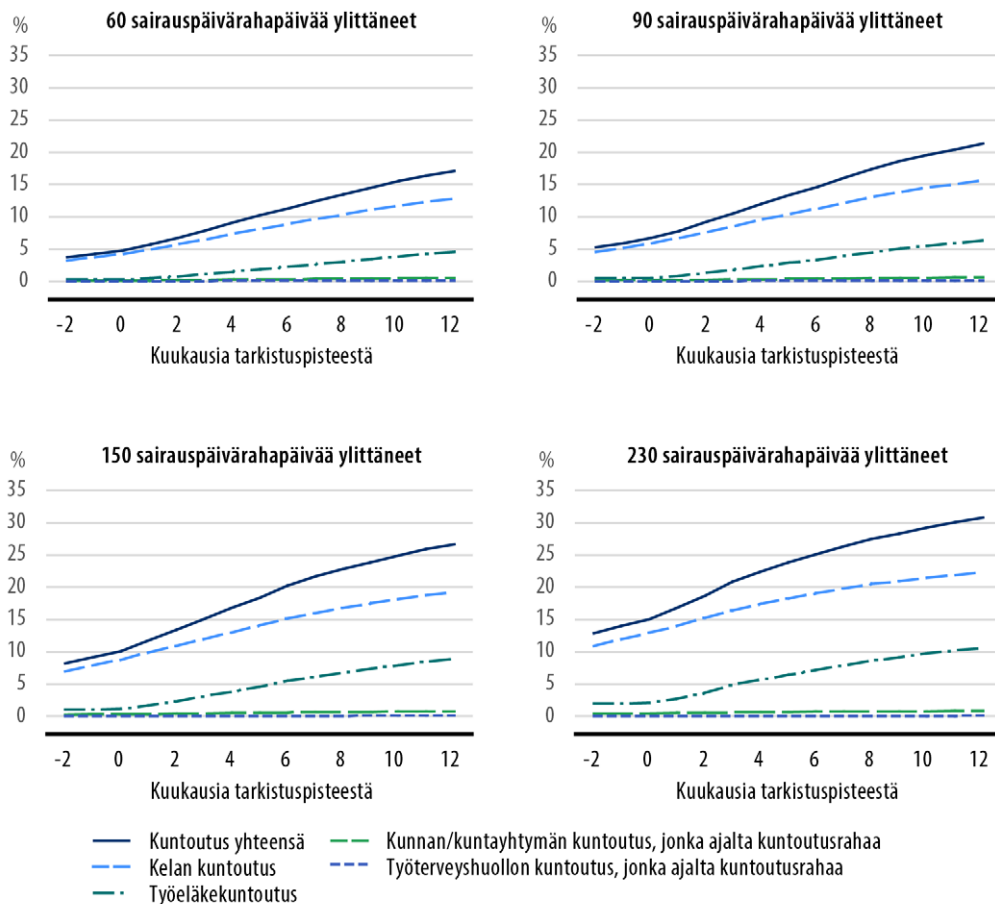
Kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus kasvoi 60, 90, 150 tai 230 päivärahopäivää ylittäneillä vähitellen kunkin kertymäpisteen ylittymisen jälkeen. Esimerkiksi vuonna 2014 päiväraha-kauden aloittaneista ja 60 päivärahopäivää ylittäneistä kuntoutukseen osallistuneiden osuus kasvoi 12 kuukauden seurannassa viidestä prosentista 17 prosenttiin. Kumulatiivisessa kehityksessä ei havaittu selkeitä ajallisia hypäyksiä, vaan kumulatiiviset osuudet kasvoivat melko tasaisesti kuukaudesta toiseen.

Tarkempiin eri kuntoutusmuotoihin osallistumisen yleisyyttä koskeviin tarkasteluihin (kuviot 2–3) valittiin henkilöt, joilla sairauspäivärahan enimmäisaikakertymä alkoi vuonna 2014. Näin tehtiin siksi, että sairauspäiväraha-kertymien täyttymisen jälkeen

jäisi käytettävissä olevassa aineistossa riittävästi aikaa sekä kuntoutukseen osallistumisen seurantaan että myöhemmin esitettävään työmarkkina-asemien seurantaan (luvut 4.4 ja 4.5). Muille aloitusvuosille laskettuna eri kuntoutusmuotoihin osallistuneiden kumulatiivinen osuus kehittyi samankaltaisesti kuin vuonna 2014 kertymään aloittaneilla, mutta kuten kuviossa 1, osuudet olivat joka mittauspisteessä pääsääntöisesti hieman sitä suuremmat, mitä myöhäisempää vuotta tarkasteltiin. Näitä muiden vuosien tietoja ei esitetä tarkemmin jäljempänä.

Kuviossa 2 esitetään eri tahojen järjestämään kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiiviset osuudet mitattuna vastaavalla tavalla kuin edellä kuviossa 1. Valtaosin kuntoutus, johon päivärahakauden aikana ja eri kertymäpisteiden jälkeen oli osallistuttu, oli Kelan järjestämää kuntoutusta.

Kuvio 2. Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus (%) sairauspäivärahaikauden alkamisen jälkeen 60, 90, 150 tai 230 sairauspäivärahaikautta ylittäneillä kuhunkin seurantakuukauteen mennessä. Vuonna 2014 sairauspäivärahaikautta ylittäneiden enimmäisaikakertymän aloittaneet.



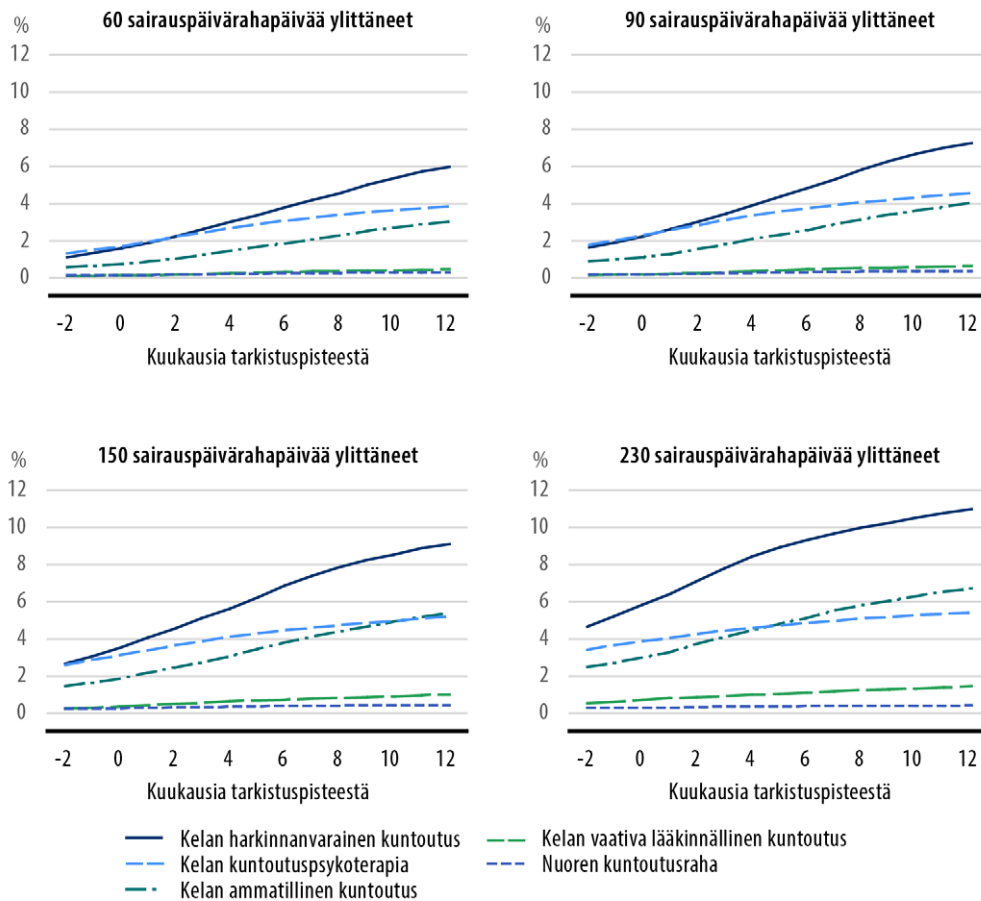
Kelan järjestämään kuntoutukseen oli osallistunut 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneistä 13 prosenttia 12 kuukauden kuluessa sairauspäivärahakertymän alusta; tämä osuus oli puolestaan noin 75 % kaikista vastaavaan ajankohtaan mennessä kuntoutukseen osallistuneista (kuvio 2). Työeläkekuntoutuksessa olleiden osuus alkoi hitaasti kasvaa kunkin sairauspäivärahakertymän saavuttamisen jälkeen, mutta jäi 12 kuukauden seurantapisteessäkin melko matalalle tasolle (60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä ko. osuus oli viisi prosenttia) Kelan järjestämään kuntoutukseen verrattuna. Kelan kuntoutusrahalla korvattu kuntien ja kuntayhtymien järjestämä kuntoutus, samoin kuin työterveyshuoltolain perusteella järjestetty kuntoutusrahalla korvattu kuntoutus, olivat hyvin harvinaisia.

Kuviossa 3 tarkastellaan tarkemmin Kelan eri kuntoutusmuotoihin osallistumista sekä erikseen myös nuoren kuntoutusrahan saamista. Yleisimmin osallistuttiin Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen – esimerkiksi 12 kuukauden kuluessa 60 päivärahopäivän ylittymisestä mihin tahansa Kelan kuntoutukseen osallistuneista (13 %) hieman alle puolet (6 %) oli osallistunut harkinnanvaraiseen kuntoutukseen. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistuneiden osuus myös kasvoi kumulatiivisesti eniten seurannan aikana. Kelan korvaamaan kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli sairauspäivärahakauden alkupuolella yhtä yleistä kuin harkinnanvarainen kuntoutus, mutta kuntoutusterapiaan osallistuneiden osuus kasvoi vain maltillisesti seurannan aikana.

Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden osuus kasvoi vasta seuranta-ajan edetessä. Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus oli pienempi kuin työeläkekuntoutukseen osallistuneiden osuus (työeläkekuntoutus on työeläkelaitosten korvaamaa ammatillista kuntoutusta). Kelan järjestämään vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuminen oli koko seuranta-ajan harvinaista. Samoin nuoren kuntoutusrahaa, joka on suunnattu 16–19-vuotiaille, olivat tässä kaikkien työikäisten tutkimusaineistossa saaneet vain harvat.

Taulukkoon 6 on koottu kuntoutuksen keskimääräiset alkamisajankohdat mitattuna kuukausina sairauspäivärahakertymän alusta. Alkamisajankohdat on laskettu niistä henkilöistä, jotka olivat ylipäänsä osallistuneet kyseiseen kuntoutukseen sairauspäivärahakauden alkamisen jälkeen mutta viimeistään 12 kuukauden sisällä kunkin kertymän täyttymisestä. Kuntoutuksen alkamisajaksi on tässä analyysissä laskettu kuntoutuspalvelun maksukauden alkamispäivä, vaikka se ei välttämättä kuvaa täsmällisesti kuntoutuksen todellista alkamispäivää. Jos kuntoutus oli jo käynnissä sairauspäivärahakauden alkaessa, kuntoutuksen alkamispäivänä on laskelmassa käytetty ko. sairauspäivärahakauden alkupäivää.

Kuvio 3. Kelan järjestämään kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus (%) sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen 60, 90, 150 tai 230 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä kuhunkin seurantakuukauteen mennessä. Vuonna 2014 sairauspäivärahopäivien enimmäisaikakertymän aloittaneet.



60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä kuntoutus oli alkanut keskimäärin 8,5 kuukautta sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen. Koska ensimmäisen 60 sairauspäivärahopäivän kertymiseen kuluu noin 2,5 kuukautta, kuntoutuksen alkaminen keskimäärin 8,5 kuukauden kuluttua sairauspäivärahauden alusta tarkoittaa suunnilleen kuutta kuukautta 60. sairauspäivärahopäivän ylittymisen jälkeen.

Kelan järjestämä kuntoutus alkoi keskimäärin aikaisemmin kuin muiden tahojen järjestämä kuntoutus, mikä näkyi myös edeltä kuvioista 2. Työeläkekuntoutus alkoi keskimäärin selvästi myöhemmin kuin muut taulukossa esitetyt kuntoutusmuodot. Esimerkiksi niillä 60 päivärahopäivän kertymän ylittäneillä, joilla oli vuoden sisällä ollut kyseistä kuntoutusta, Kelan ammatillinen kuntoutus alkoi keskimäärin 8,5 kuukauden kuluttua sairauspäivärahauden alusta, työeläkekuntoutus puolestaan 11,6 kuukauden kuluttua.

Mitä pidempi sairauspäiväraha-kertymä henkilölle oli jo kertynyt, sitä myöhemmin kuntoutuskin oli keskimäärin alkanut. Tämä selittyy osin sillä, että eri kertymiä ylittäneillä seuranta-ajatkin ovat erimittaiset sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen. Lisäksi suurimmalla osalla sairauspäiväraha-kertymä oli ollut yhtäjaksoinen (taulukko 4), jolloin kuntoutusrahan korvaama kuntoutuskaan ei ollut tässä tarkastelussa ehtinyt alkaa vielä tietyn kertymän ylittymistä edeltävänä aikana vaan vasta kertymän ylittymisen jälkeen.

Niillä, joiden sairauspäiväraha-kertymä ylitti 230 päivää, kuntoutus oli alkanut keskimäärin vasta noin vuoden kuluttua (11,8 kk) sairauspäivärahan enimmäisajan aloittaneen sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen.

Taulukko 6. Kuntoutuksen keskimääräinen aloitusajankohta (kuukausia sairauspäiväraha-kauden alusta) vuonna 2014 sairauspäiväraha-kauden aloittaneilla ja eri sairauspäiväraha-päiväkertymiä ylittäneillä ^a, joilla oli kyseistä kuntoutusta viimeistään 12 kk sisällä kertymän ylittymisestä.

Kuntoutusmuoto	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv	Kertymä >150 pv	Kertymä >230 pv
Kuntoutus yhteensä	8,5	9,4	10,6	11,8
Kelan kuntoutus	7,8	8,5	9,5	10,4
Kelan ammatillinen kuntoutus	8,5	9,2	10,4	11,9
Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus	7,0	8,1	10,0	11,7
Kelan harkinnanvarainen kuntoutus	9,1	9,8	10,8	11,7
Kuntoutuspsykoterapia	6,3	7,0	7,9	8,6
Nuoren kuntoutusraha	4,5	4,9	5,0	5,4
Työeläkekuntoutus	11,6	12,8	14,6	16,5
Kunnan tai kuntayhtymän järjestämä kuntoutus, josta maksettu kuntoutusrahaa	9,1	10,1	10,8	12,5
Työterveyshuoltolain perusteella järjestetty kuntoutus, josta maksettu kuntoutusrahaa	9,6	10,2	10,7	10,9

^a Henkilöt, joilla ylittivät sarakeotsikoiden mukaiset sairauspäiväraha-päivien kertymät.

4.2.2 Kuntoutus laajemmin määriteltynä

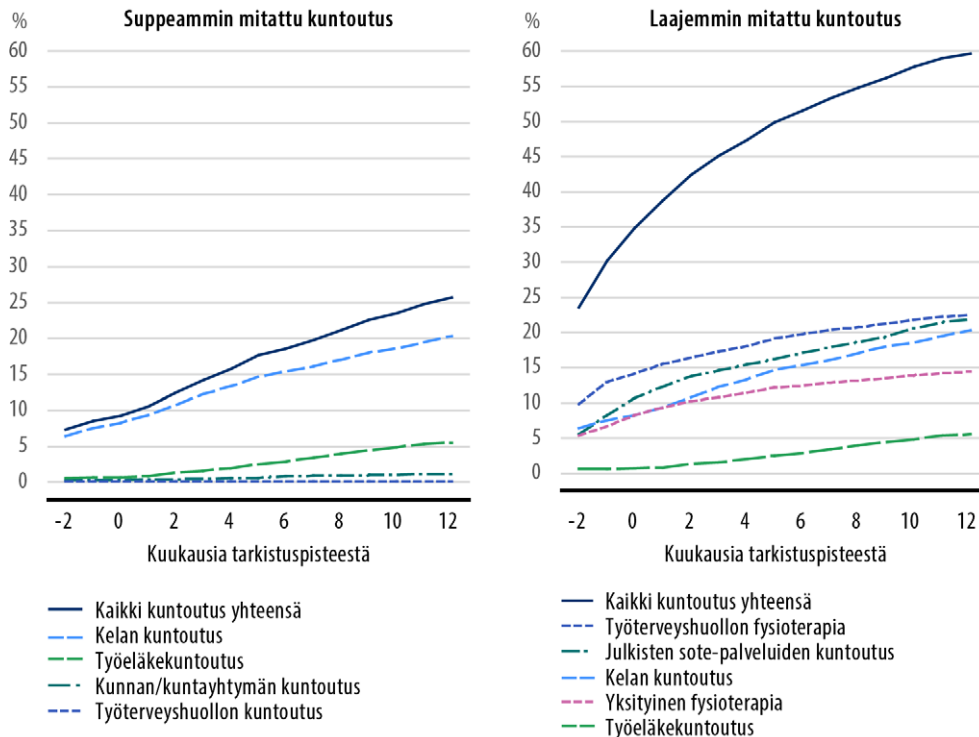
Oulun työikäistä väestöä koskevalla aineistolla (ks. tarkemmin liite 1) tarkasteltiin tarkemmin julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden puitteissa järjestettyä kuntoutusta sekä työterveyshuollon ja yksityisen sektorin tuottamaa fysioterapiaa (kuvio 4). Julkisten sote-palveluiden puitteissa järjestetään lääkinällistä kuntoutusta kuten erilaisia terapioita, sopeutumisvalmennusta tai kuntoutuskursseja, sekä sosiaalista kuntoutusta ja kuntouttavaa työtoimintaa. Oulu-aineistoa koskevat laskelmat rajattiin vuonna 2014 sairauspäivärahan enimmäisajan ylittäneisiin, joilla sairauspäivärahopäivien kertymä samalla enimmäisajalla ylitti 60 maksupäivää.

Oululaisia koskevasta aineistosta tunnistettiin kaikkiaan 7 622 vuonna 2014 enimmäisaikakertymän aloittanutta henkilöä. Heistä 60 maksupäivää ylittyi 28 prosentilla (2 112 henkilöllä) eli yhtä suurella osalla kuin koko työikäisen väestön aineistossa (vrt. taulukko 2). Kuviossa 4 näytetään kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus, kun mukana ovat samat kuntoutusmuodot kuin edellä koko työikäisen väestön aineistossa (kuvion vasen puoli) ja kun huomioidaan Oulu-aineistosta laajasti kaikki kuntoutukseksi luokiteltavissa oleviin palveluihin osallistuminen (kuvion oikea puoli).

Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiiviset osuudet olivat Oulun aineistossa jonkin verran suuremmat kuin koko väestön aineistossa (vrt. kuvio 2). Erot koko työikäisen väestön aineiston ja Oulun väestön sisältävän aineiston välillä kuntoutukseen osallistuneiden osuudessa johtuvat mm. suuren kaupungin väestön erilaisesta sosiodemografisesta rakenteesta koko maan väestöön verrattuna. Oulun väestö on koko maan väestöön verrattuna esimerkiksi keskimäärin nuorempaa ja korkeammin koulutettua. Työttömyysaste puolestaan on ollut koko maan tasoa korkeampi. (Blomgren & Jäppinen 2020.) Lisäksi kuntoutuspalveluiden tarjonta on oletettavasti laajempaa suuressa kaupungissa kuin maassa keskimäärin.

Kuvion 4 oikeanpuoleisesta osiosta nähdään, että kuntoutuksen huomiointi laajemmin nosti huomattavasti kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivista osuutta. Kun kuntoutus mitattiin samalla tavoin kuin edellä kansallisessa aineistossa eli käytännössä Kelan tai työeläkelaitosten kuntoutustietojen kautta, 60 päivärahopäivän ylittymisen kohdalla kuntoutukseen oli osallistunut kumulatiivisesti laskettuna yhdeksän prosenttia tutkituista. Kun mukaan laskettiin myös julkisten sote-palveluiden kuntoutus sekä työterveyshuollon ja yksityisen sektorin fysioterapia, osuus nousi 35 prosenttiin. Vastavasti suppeammin mitattuna kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus nousi 12 kuukauden seuranta-aikana 25 prosenttiin, kun laajemmin mitattuna kuntoutukseen osallistuneiden osuus nousi peräti 60 prosenttiin.

Kuvio 4. Kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus (%) sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä kuhunkin seurantakuukauteen mennessä. Vuonna 2014 enimmäisaikakertymän aloittaneet Oulun asukkaat ^a, kuntoutus mitattuna suppeammin vain Kelan tai työeläkelaitosten korvaamana kuntoutuksena ^b sekä laajemmin ^c.



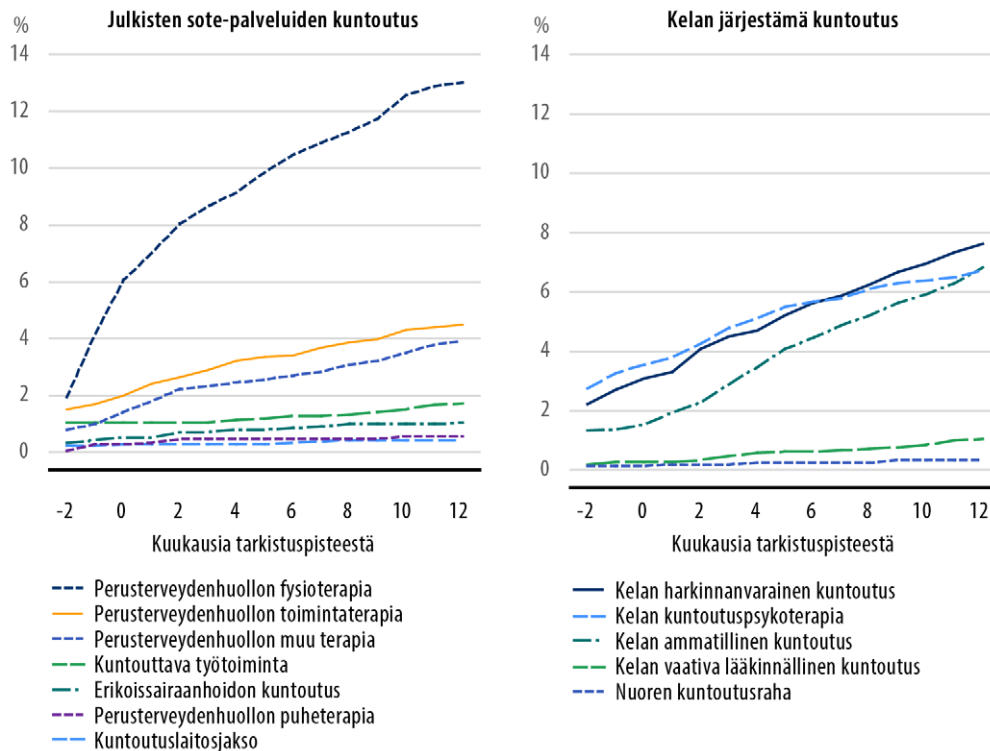
^a Laskelmat Oulun työikäisen väestön sisältävästä aineistosta (2 112 henkilöä, joilla 60 päivän sairauspäiväraha-kertymä ylittyi).

^b Kelan kuntoutus, työeläkekuntoutus, kuntoutusraha kunnan/kuntayhtymien kuntoutuksen tai työterveyshuoltolain kuntoutuksen ajalta (vastaavasti kuin kuviossa 2).

^c Em. kuntoutusmuotojen lisäksi huomioitu julkisten sote-palveluiden kuntoutus (ks. tarkemmin kuvio 5), työterveyshuollon fysioterapia ja yksityinen fysioterapia

Julkisten sote-palveluiden kuntoutukseen sekä yksityiseen ja työterveyshuollon fysioterapiaan osallistuminen olivat Oulun aineistossa erikseenkin tarkasteltuina varsin yleisiä. Kuviossa 5 näytetään julkisten sote-palveluiden kuntoutukseen osallistuminen tarkemmin kuntoutusmuodoittain (kuvion vasen puoli) sekä vertailun vuoksi myös Kelan järjestämään kuntoutukseen osallistuneiden osuudet Oulun aineistossa (kuvion oikea puoli). Pääsääntöisesti julkisten sote-palveluiden kuntoutuksessa kyse oli erilaisista terapeutoista, joista selvästi yleisimmin oli osallistuttu perusterveydenhuollossa järjestettyyn fysioterapiaan – siihen oli osallistunut 13 prosenttia tutkituista vähintään josakin vaiheessa 12 kuukauden kuluessa 60 sairauspäivärahopäivän ylittymisestä. Kaikista julkisten sote-palveluiden kuntoutukseen osallistuneista 60 prosenttia oli 12 kuukauden seurannan aikana osallistunut perusterveydenhuollon fysioterapiaan.

Kuvio 5. Julkisten sote-palveluiden kuntoutukseen ja Kelan kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus (%) sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen 60 sairauspäivärahapäivää ylittäneillä kuhunkin seurantakuukauteen mennessä. Vuonna 2014 enimmäisaikakertymän aloittaneet Oulun asukkaat. ^a



^a Laskelmat Oulun työikäisen väestön sisältävästä aineistosta (2 112 henkilöä, joilla 60 päivän sairauspäiväraha-kertymä ylittyi).

Myös perusterveydenhuollon järjestämä toimintaterapia ja muu terapia olivat varsin yleisiä. Kaikkiaan 41 prosenttia 60 sairauspäivärahapäivän ylittäneistä oli osallistunut 12 kuukauden kuluessa joko perusterveydenhuollon, työterveyshuollon tai yksityiseen fysioterapiaan. Tämä oli 68 prosenttia kaikista kuntoutukseen osallistuneista. Osa heistä on tosin voinut osallistua myös muuhun kuntoutukseen.

4.3 Kuntoutukseen osallistumista ennustavat tekijät eripituisia sairauspäivärahakertymiä ylittäneillä

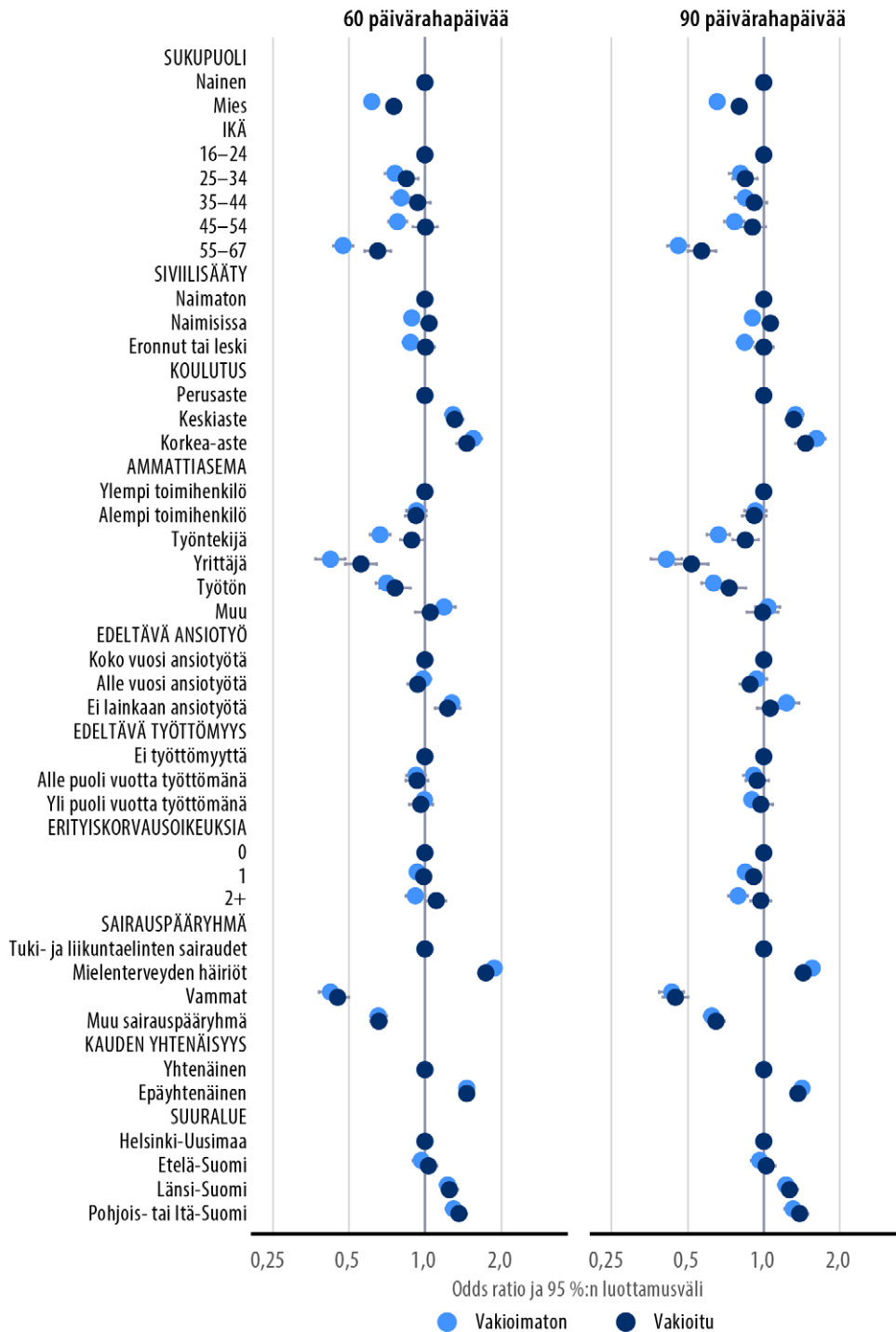
Tässä luvussa tarkastellaan, miten sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät olivat yhteydessä eri tahojen järjestämään kuntoutukseen osallistumiseen. Analyysit kohdistuvat vuonna 2014 uuden sairauspäivärahauden aloittaneisiin henkilöihin, jotka ylittivät 60, 90, 150 ja/tai 230 sairauspäivärahapäivän kertymät. Aineistoina hyödynnetään sekä kansallista rekisteriaineistoa kaikista työikäisistä että Oulun väestöä koskevaa aineistoa.

4.3.1 Taustatekijöiden yhteydet Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistumiseen

Taustatekijöiden yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen analysoitiin ristiintaulukoinnin ja logistisella regressioanalyysillä. Selitettävänä muuttujana oli se, olivatko tutkitavat osallistuneet tiettyyn kuntoutukseen sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän alkamisen jälkeen, mutta viimeistään kuuden kuukauden sisällä 60, 90, 150 tai 230 sairauspäivärahapäivän ylittymisestä. Liitteen 2 taulukossa 1 esitetään 60 sairauspäivärahapäivää ylittäneille kuntoutukseen osallistuneiden vakioimattomat osuudet taustatekijöiden mukaan, kun tarkastellaan Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaa kuntoutusta yhteensä, Kelan kuntoutusta yhteensä, Kelan ammatillista kuntoutusta sekä työeläkekuntoutusta. Taulukkoon on laskettu osuudet myös hyvinvointialueittain, mutta mallinnuksessa käytettiin aluetasona suuralueita, jotta tulokset saatiin esitettyä tiiviimässä muodossa.

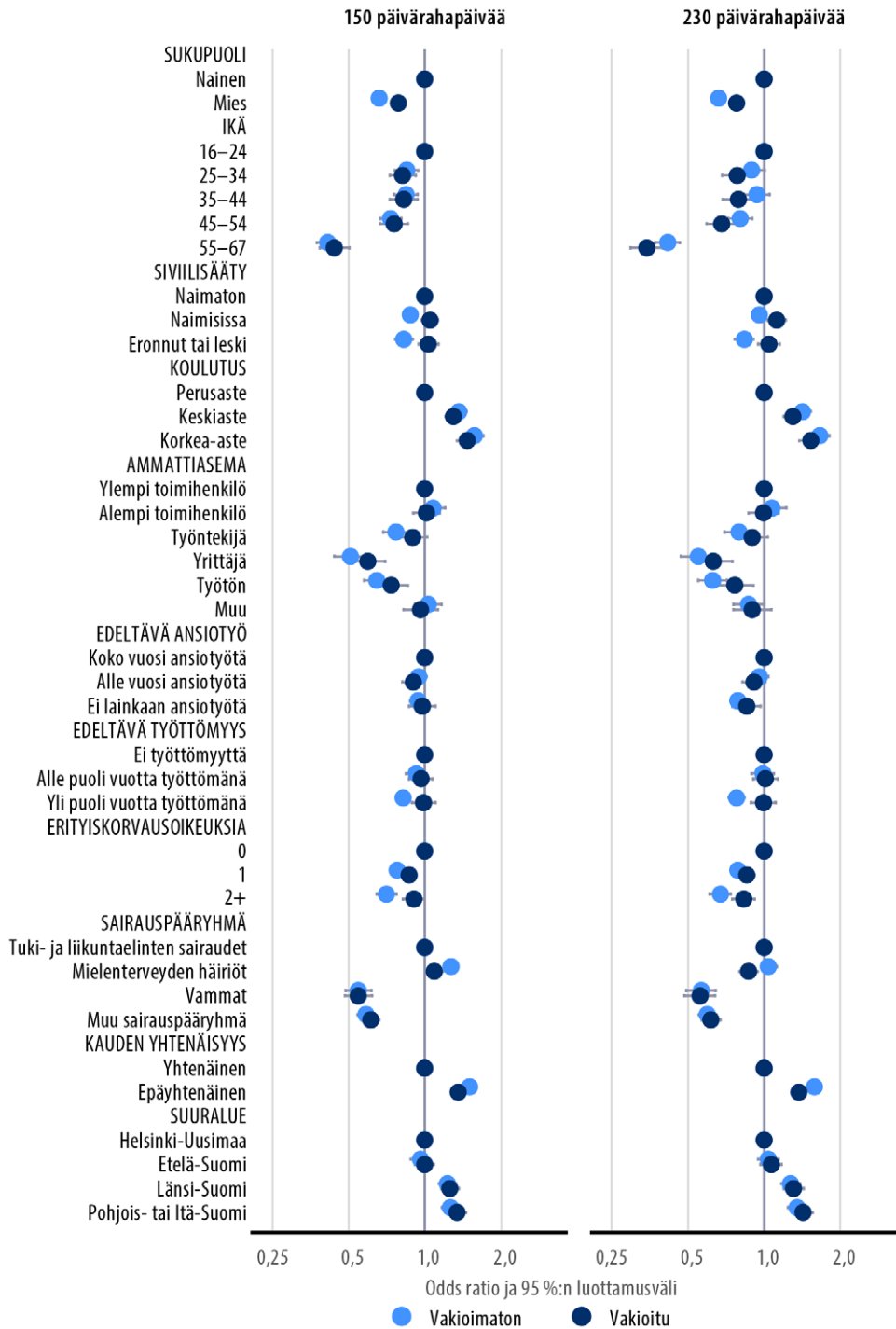
Kuvioissa 6–10 esitetään logististen regressiomallien tulokset *odds ratioina* eli ristitulo-suhteina ja niiden 95 %:n luottamusväleinä. Kunkin muuttujan yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen tarkasteltiin sekä vakioimattomana että vakioiden kaikki muuttajat mallissa yhtä aikaa. Seuraavassa raportoidaan vakioiduista malleista saatuja tuloksia.

Kuvio 6. Taustatekijöiden yhteys kuntoutukseen osallistumiseen sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen mutta viimeistään kuuden kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä työikäisessä väestössä 60 ja 90 sairauspäivärahopäivää yrittäneillä. ^a



^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakioimaton: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioitu: kaikki kuviossa esitetyt muuttajat vakioitu logistisessa mallissa.

Kuvio 7. Taustatekijöiden yhteys kuntoutukseen osallistumiseen sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen mutta viimeistään kuuden kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä työikäisessä väestössä 150 ja 230 sairauspäivärahapäivää ylittäneillä. ^a



^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakioimaton: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioitu: kaikki kuviossa esitetyt muuttujat vakioitu logistisessa mallissa.

Kelan tai työeläkelaitosten korvaama kuntoutus yhteensä. Aluksi tarkasteltiin Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaa kuntoutusta yhteensä (kuviot 6 ja 7). Taustatekijöiden yhteydet kuntoutukseen osallistumiseen olivat 60, 90, 150 ja 230 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä pääosin varsin samanlaisia. Naisilla oli suurempi todennäköisyys osallistua kuntoutukseen kuin miehillä. Todennäköisyys oli 55–67-vuotiailla selvästi muita ikäryhmiä pienempi. Korkeammin koulutetuilla ja korkeammassa ammattiasemassa olevilla oli muita suurempi todennäköisyys osallistua kuntoutukseen.

Niillä, joilla ei ollut ollut lainkaan edeltävää ansiotyötä, kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys oli muita suurempi 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä; 230 päivää ylittäneillä tulos oli kuitenkin päinvastainen. Ne, joilla ei ollut lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia 150 päivärahopäivää ja 230 päivärahopäivää ylittäneistä, osallistuivat kuntoutukseen useammin kuin ne, joilla oli korvausoikeuksia.

Sairauspäiväraha-kauden diagnoosin sairauspääryhmän mukaan erot olivat erityisen selvät: mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneiden todennäköisyys osallistua kuntoutukseen oli selvästi suurin ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella päivärahaa saaneiden todennäköisyys toiseksi suurin, kun tarkasteltiin 60 ja 90 sairauspäivärahopäivää ylittäneitä. Vammojen sekä muiden sairauspääryhmien perusteella sairauspäivärahaa saaneilla kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys oli kahta edellä mainittua sairauspääryhmää selvästi pienempi. 150 ja 230 päivää ylittäneillä mielenterveyden häiriön ja tuki- ja liikuntaelinsairauden diagnoosin saaneet eivät samalla tavoin poikenneet toisistaan.

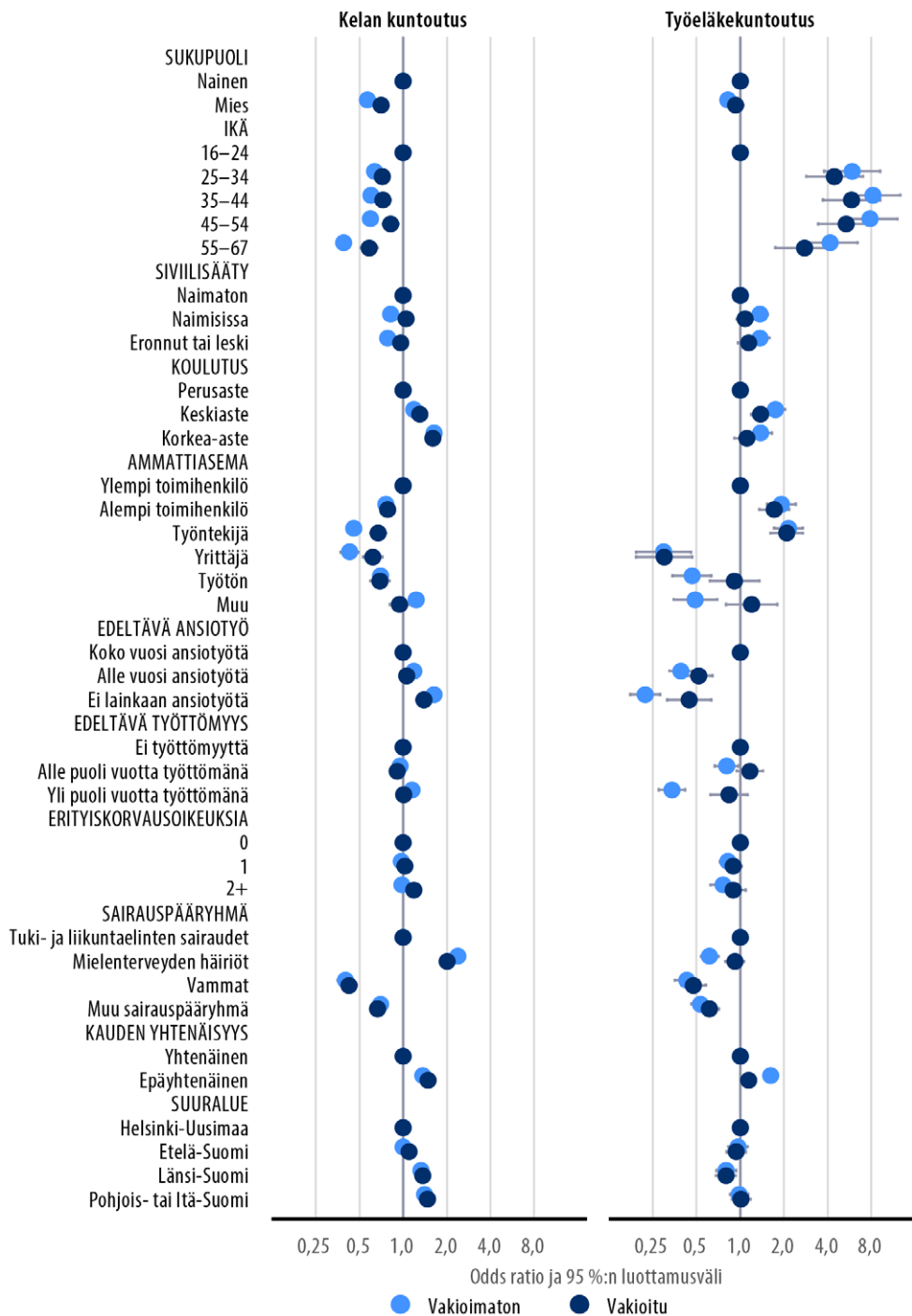
Kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys oli suurempi, jos sairauspäiväraha-kertymä oli ollut epäyhtenäinen ennen tietyn kertymän ylittymistä. Suuralueen mukaan erot olivat myös selvät: Länsi-Suomessa, Pohjois-Suomessa tai Itä-Suomessa asuneilla oli suurempi kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys kuin Helsinki–Uudenmaan alueella tai muualla Etelä-Suomessa asuneilla.

Eri kuntoutusmuotojen erittely (kuviot 8–10; liitteen 2 taulukko 1) toi esiin sen, että taustatekijöillä oli kuitenkin varsin erilainen yhteys erityyppiseen kuntoutukseen osallistumiseen. Tämä on luonnollista, sillä eri kuntoutusmuodot on jo lähtökohtaisesti suunnattu osin eri väestöryhmille (ks. luku 2.1.3).

Kelan kuntoutus ja työeläkekuntoutus 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä.

Koska valtaosa tutkittavien kuntoutuksesta oli nimenomaan Kelan kuntoutusta (ks. kuvio 2), olivat taustatekijöiden yhteydet Kelan kuntoutukseen osallistumiseen (kuvio 8) samankaltaiset kuin edellä esitetyt yhteydet Kelan ja työeläkelaitosten yhteenlaskettuun kuntoutukseen osallistumiseen (kuvio 6).

Kuvio 8. Taustatekijöiden yhteys Kelan kuntoutukseen ja työeläkekuntoutukseen osallistumiseen 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen mutta viimeistään kuuden kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä työikäisessä väestössä.^a



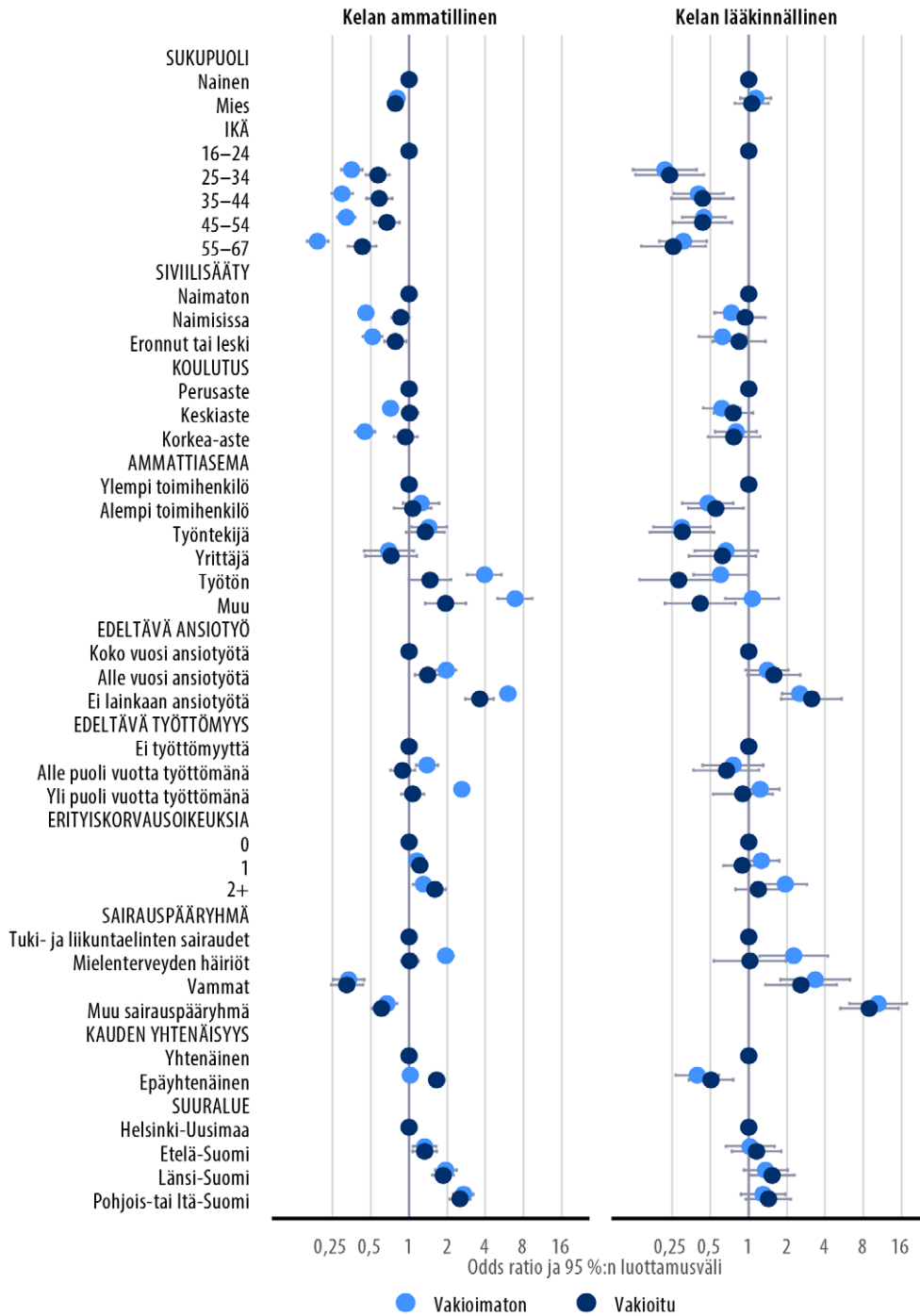
^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakioimaton: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioitu: kaikki kuviossa esitetyt muuttajat vakioitu logistisessa mallissa.

Taustatekijät ennustivat sen sijaan varsin erisuuntaisesti työeläkekuntoutukseen osallistumista Kelan kuntoutukseen osallistumiseen verrattuna. Työeläkekuntoutukseen osallistuminen oli selvästi harvinaisinta tarkastelun nuorimmassa ikäryhmässä. Korkeimmin koulutetuilla oli muita suurempi todennäköisyys osallistua Kelan kuntoutukseen, mutta työeläkekuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys oli korkein keskiasteen koulutuksen suorittaneilla. Ammattiasemaltaan alemmat toimihenkilöt ja työntekijät osallistuivat työeläkekuntoutukseen todennäköisemmin kuin ylemmät toimihenkilöt, kun Kelan kuntoutusta tarkasteltaessa tulos oli päinvastainen. Koko edeltävän vuoden ansiotyössä olleet osallistuivat muita todennäköisemmin työeläkekuntoutukseen, kun Kelan kuntoutukseen osallistuivat todennäköisimmin ne, joilla ansiotyötä ei ollut lainkaan. Myös sairauspäivärahakauden diagnoosin suhteen työeläkekuntoutus poikkesi Kelan kuntoutuksesta: työeläkekuntoutukseen osallistuminen oli yleisintä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella sairauspäivärahaa saaneilla, joskin ero mielenterveyden häiriöihin poistui muiden tekijöiden vakioimisen myötä.

Kelan kuntoutusmuodot 60 sairauspäivärahapäivää ylittäneillä. Kelan järjestämän kuntoutuksen taustatekijöitä on tarkasteltu kuntoutusmuodon mukaan 60 päivärahapäivää ylittäneillä kuvioissa 9 ja 10. Taustatekijöiden yhteydet Kelan järjestämiin erityyppisiin kuntoutuksiin osallistumiseen ovat osin varsin erisuuntaisia johtuen näiden kuntoutusmuotojen eri tarkoituksista ja kohderyhmistä. Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden osuudet olivat kaikkiaan melko pieniä (vrt. edellä kuvio 3), mistä syystä luottamusväliä ovat leveitä. Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistumisessa ei ollut sukupuolten välisiä eroja, sen sijaan muihin Kelan kuntoutusmuotoihin naiset osallistuivat yleisemmin kuin miehet. Ammatilliseen ja vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen sekä kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä; harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistuminen sen sijaan oli sitä yleisempää, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Ylemmät toimihenkilöt osallistuivat muita todennäköisemmin vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen. Korkea sosioekonominen asema nosti kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen todennäköisyyttä. Koska kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli kaiken kaikkiaan niin yleistä (vrt. kuvio 3), ylempien toimihenkilöiden yleinen kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen selitti suurimmalta osin myös sen edellä raportoidun tuloksen, jonka mukaan ylempillä toimihenkilöillä oli alempia toimihenkilöitä ja työntekijöitä suurempi todennäköisyys osallistua Kelan järjestämään kuntoutukseen, kun sitä tarkasteltiin kokonaisuutena. Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa vastaavaa yhteyttä ei ollut.

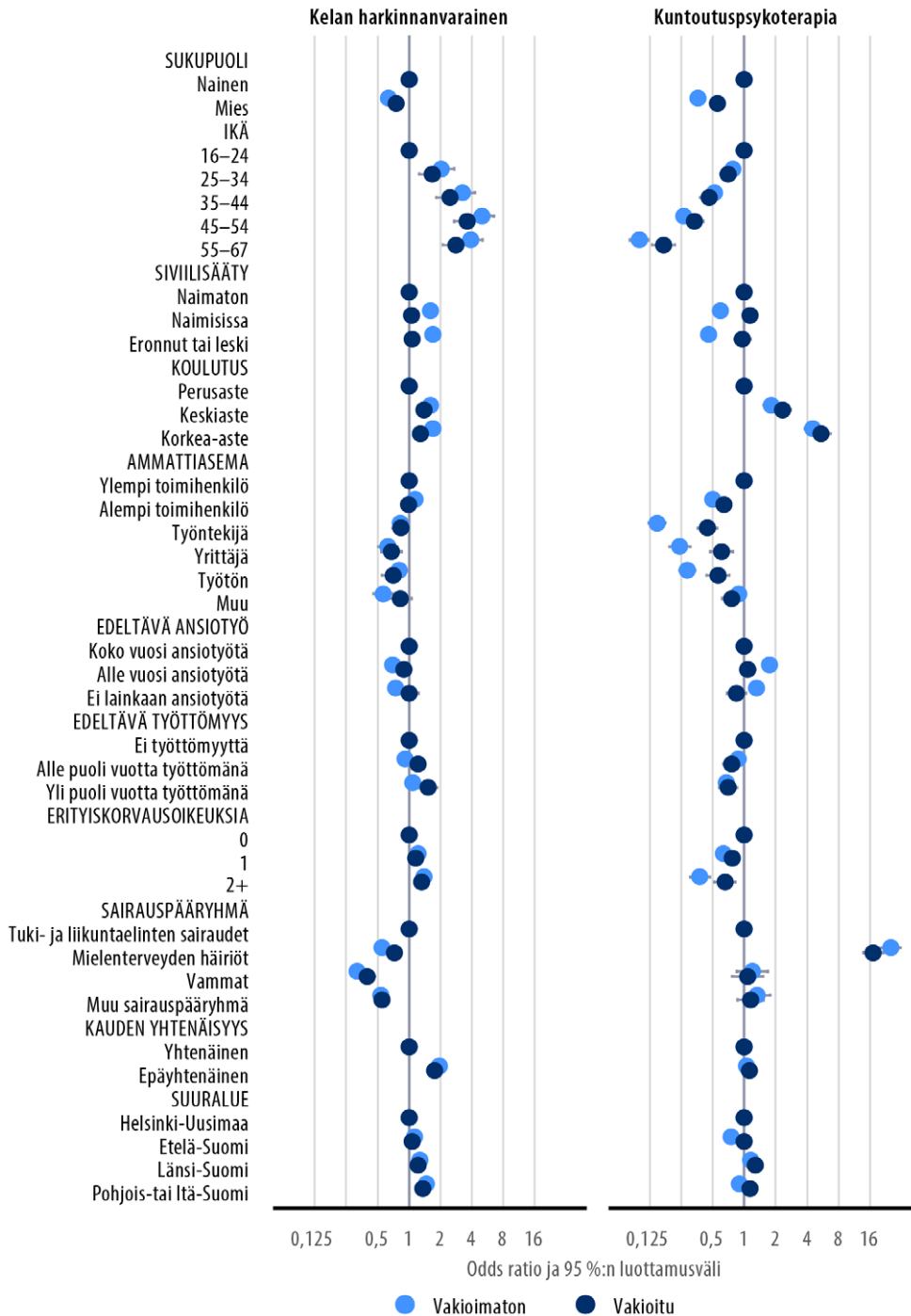
Mitä vähemmän ansiotyötä henkilöllä oli ollut sairauspäivärahakertymän alkamista edeltävänä vuotena, sitä todennäköisemmin hän oli osallistunut Kelan ammatilliseen ja vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen. Edeltävällä ansiotyöllä ei kuitenkaan ollut yhteyttä harkinnanvaraiseen kuntoutukseen tai kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen.

Kuvio 9. Taustatekijöiden yhteys Kelan ammatilliseen ja vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistumiseen 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä sairauspäiväraha-kauden alkamisen jälkeen mutta viimeistään kuuden kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä työikäisessä väestössä. ^a



^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakioimaton: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioitu: kaikki kuviossa esitetyt muuttujat vakioitu logistisessa mallissa.

Kuvio 10. Taustatekijöiden yhteys Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä sairauspäivärahaikauden alkamisen jälkeen mutta viimeistään kuuden kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä työikäisessä väestössä. ^a



^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakioimaton: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioitu: kaikki kuviossa esitetyt muuttujat vakioitu logistisessa mallissa.

Edeltävä työttömyys kuitenkin ennusti harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistumista. Sen sijaan ne, joilla oli ollut työttömyyttä, osallistuivat vähemmän todennäköisesti kuntoutuspsykoterapiaan. Niillä, joilla oli lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia, oli hieman suurempi todennäköisyys osallistua Kelan ammatilliseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, mutta pienempi todennäköisyys osallistua kuntoutuspsykoterapiaan.

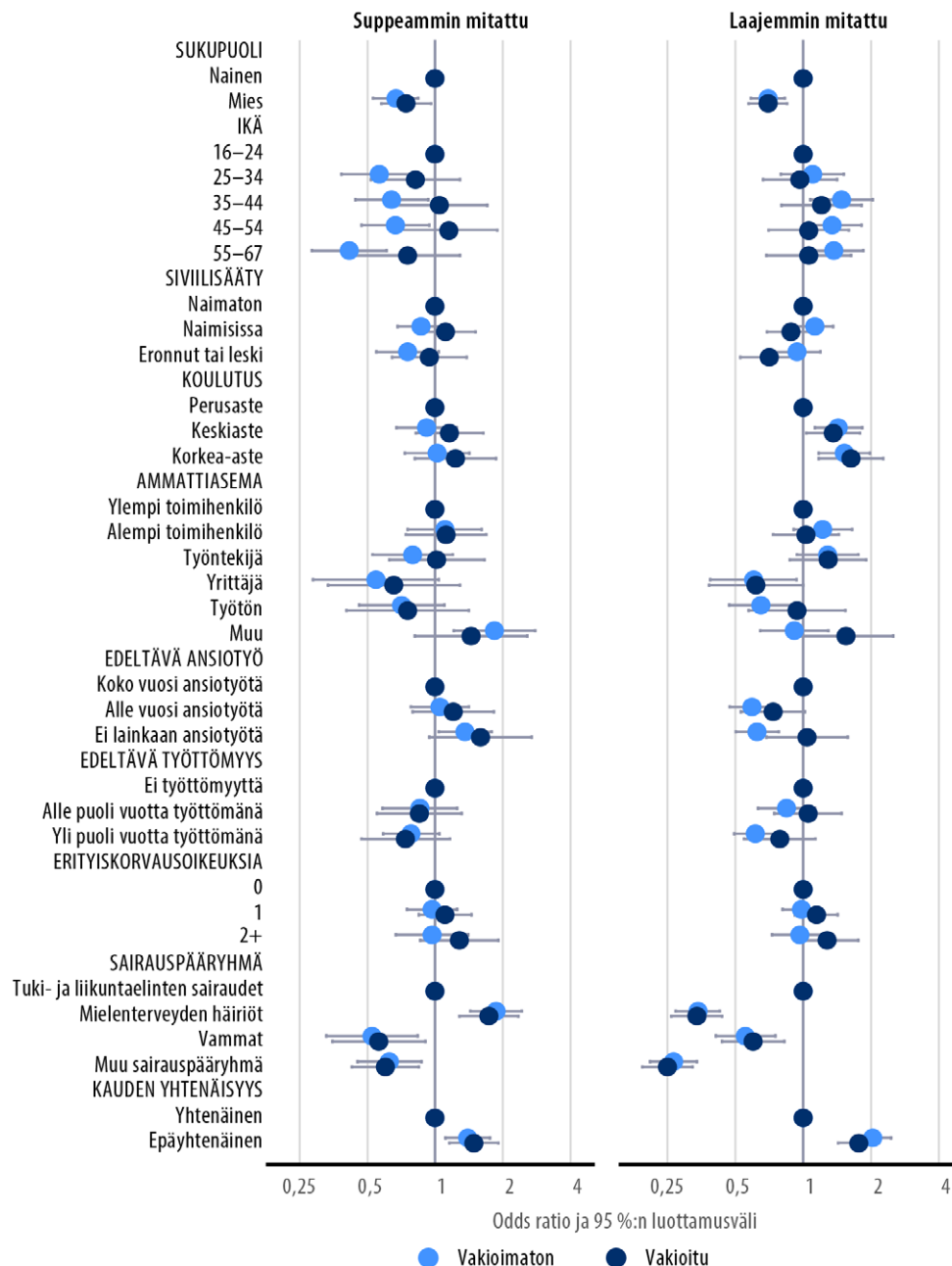
Myös sairauspäiväraha-kauden perusteena olleen sairauspääryhmän mukaan oli selviä eroja eri kuntoutusmuotojen välillä: ammatilliseen kuntoutukseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistuminen oli todennäköisintä niillä, joilla diagnoosina oli mielenterveyden häiriö tai tuki- ja liikuntaelinten sairaus, vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuminen sen sijaan niillä, joilla diagnoosina oli vamma tai muu kuin kuvioissa eritelty sairauspääryhmä. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli luonnollisesti huomattavasti muita todennäköisempää niillä, joiden diagnoosi sairauspäiväraha-kaudella oli mielenterveyden häiriö. Sairauspäiväraha-kertymän epäyhtenäisyys oli yhteydessä suurempaan Kelan ammatilliseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyyteen mutta pienempään vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyyteen. Asuinalueen mukaan oli selviä eroja etenkin ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisessa. Vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa alue-eroja ei ollut, ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisessa erot olivat pienet.

Kuvioita 8 ja 9 vertailtaessa havaitaan myös työeläkelaitosten ammatillisen kuntoutuksen ja Kelan ammatillisen kuntoutuksen kohderyhmien erot. Työeläkelaitosten ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen oli yhteydessä mm. korkeampaan ikään ja vaivaan ansiotyöhön kiinnittyneisyyteen ennen sairauspäiväraha-kautta, kun taas Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen oli yhteydessä mm. nuorempaan ikään ja heikompaan ansiotyöhön kiinnittyneisyyteen. Tulokset ovat linjassa sen kanssa, että Kelan ja työeläkelaitosten ammatillisella kuntoutuksella on lähtökohtaisesti erilaiset kohderyhmät.

4.3.2 Taustatekijöiden yhteydet laajemmin mitattuun kuntoutukseen

Oulun aineistolla tehtiin vastaavat analyysit kuin koko työikäisen väestön aineistolla koskien vuonna 2014 sairauspäiväraha-kauden aloittaneiden kuntoutukseen osallistumista (kuviot 11–13). Malleissa huomioitiin samat taustatekijät kuin koko väestön analyyseissa lukuun ottamatta suuraluetta. Oulun aineistossa kuntoutukseksi huomioitiin Kelan ja työeläkelaitosten korvaaman kuntoutuksen lisäksi laajasti myös julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämää kuntoutusta sekä työterveyshuollon ja yksityissektorin tuottamaa fysioterapiaa.

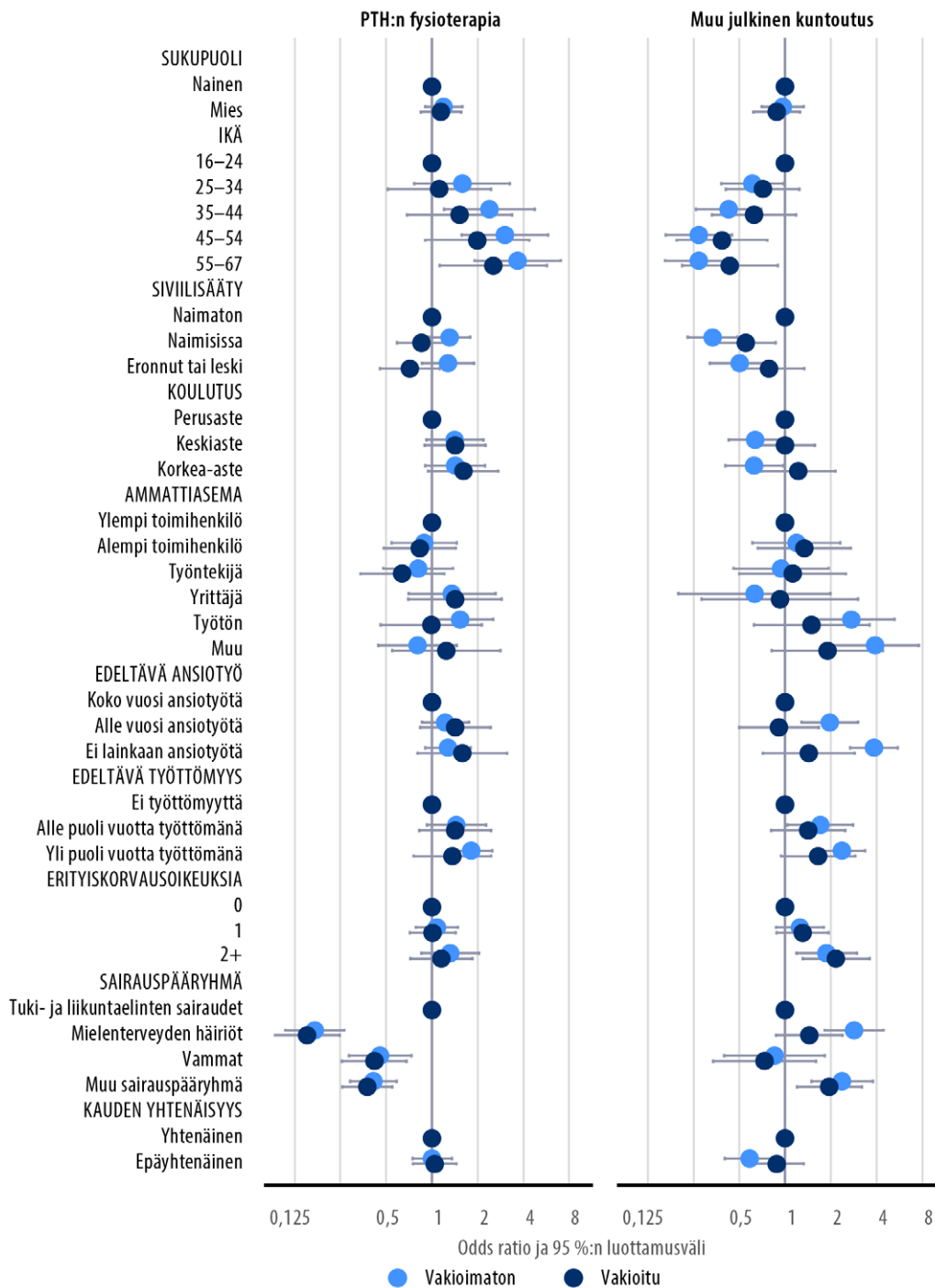
Kuvio 11. Taustatekijöiden yhteys kuntoutukseen osallistumiseen 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen viimeistään 6 kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä Oulun väestössä, kun kuntoutus mitataan suppeammin ja laajemmin. ^{a,b}



^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakioimaton: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioitu: kaikki kuviossa esitetyt muuttujat vakioitu logistisessa mallissa.

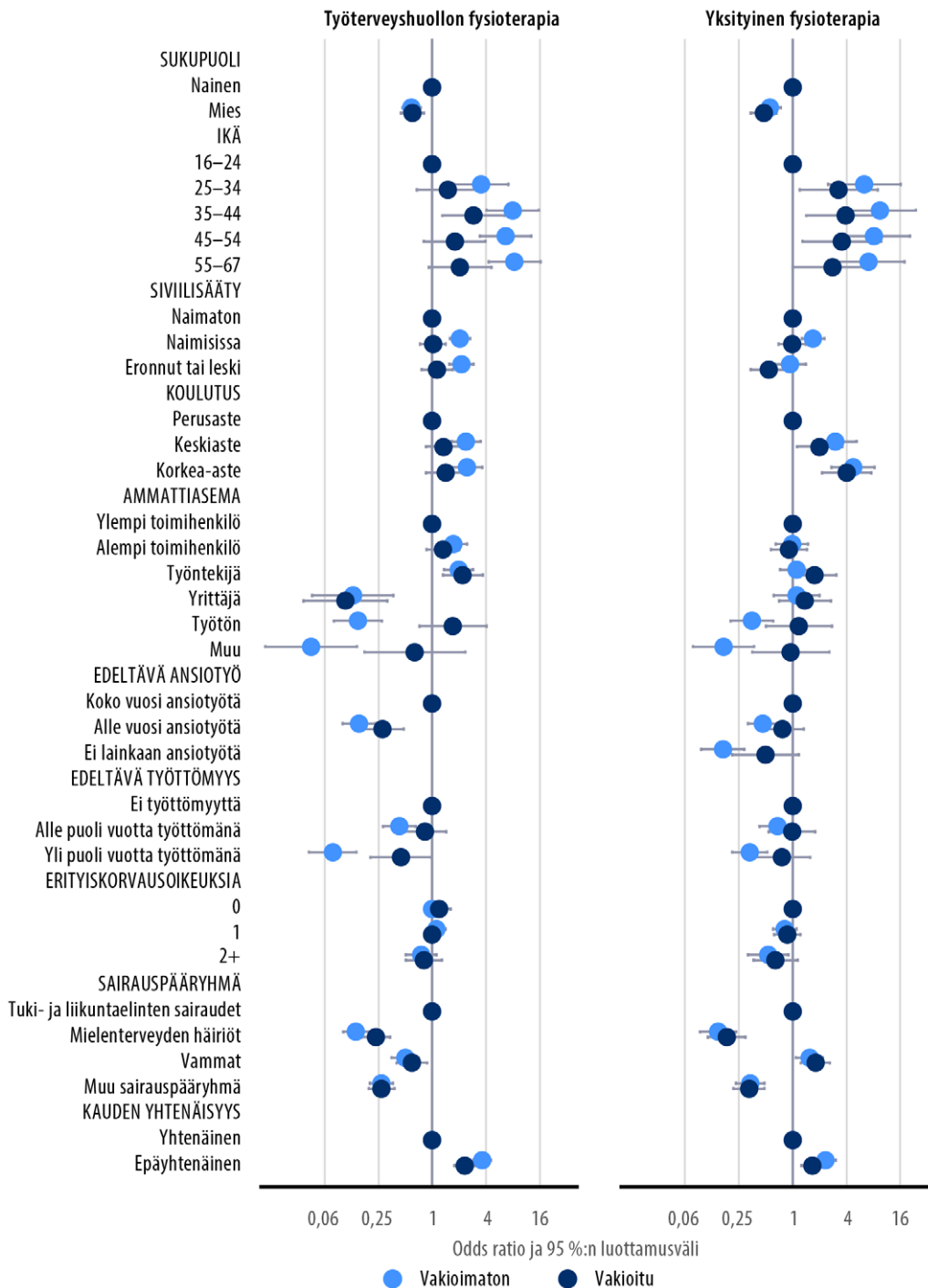
^b Suppeammin mitattu kuntoutus: Kelan kuntoutus, työeläkekuntoutus, kuntoutusraha kunnan/kuntayhtymien kuntoutuksen tai työterveyshuoltolain mukaisen kuntoutuksen ajalta. Laajemmin mitattu kuntoutus: edellä mainittujen lisäksi julkisten sote-palveluiden terapiat ja muu julkisten sote-palveluiden kuntoutus, työterveyshuollon fysioterapia ja yksityinen fysioterapia.

Kuvio 12. Taustatekijöiden yhteys perusterveydenhuollon (PTH) fysioterapiaan ja muuhun julkisten sote-palveluiden kuntoutukseen osallistumiseen 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä sairauspäivärahauden alkamisen jälkeen viimeistään 6 kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä Oulun väestössä. ^a



^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakioidut: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioidut: kaikki kuviossa esitetyt muuttujat vakioidut logistisessa mallissa.

Kuvio 13. Taustatekijöiden yhteys työterveyshuollon fysioterapiaan ja yksityiseen fysioterapiaan osallistumiseen 60 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä sairauspäivärahaikauden alkamisen jälkeen viimeistään 6 kuukauden kuluessa ko. kertymän täyttymisestä Oulun väestössä.^a



^a Logistisen regressioanalyysin tulokset. Vakiomaton: vain kyseinen muuttuja logistisessa mallissa. Vakioitu: kaikki kuviossa esitetyt muuttajat vakioitu logistisessa mallissa.

Kuten edeltävissäkin tarkasteluissa (luku 4.2.2), Oulun aineistossa rajoituttiin aineiston pienuudesta johtuen tarkastelemaan 60 päivärahopäivää ylittäneitä. Kuuden kuukauden sisällä mihin tahansa Oulu-aineistosta tunnistettuun kuntoutukseen osallistuneita oli 60 päivärahopäivää ylittäneistä 52 prosenttia.

Kuviossa 11 on kuvattu logististen mallien tulokset, kun tarkasteltavana oli Oulun aineistosta suppeammin mitattu kuntoutus (vastaavasti kuin edellä kuviossa 6) sekä kaikkeen aineistosta tunnistettuun kuntoutukseen osallistuminen. Kun tarkasteltiin suppeammin mitattua kuntoutusta ja verrattiin Oulun aineistoa kansalliseen aineistoon, olivat vakiodut tulokset hyvin samankaltaisia. Oulun aineistossa kaikki erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä aineiston pienemmän koon vuoksi.

Osallistumisessa kaikkeen laajemmin mitattuun kuntoutukseen ei ollut ikäryhmittäisiä eroja. Toisin kuin suppeammin mitatussa kuntoutuksessa, kaikkeen tunnistettuun kuntoutukseen osallistuminen oli harvinaisempaa eronneilla ja leskillä. Koulutuksen mukaiset erot olivat samankaltaiset kuin suppeammin mitatussa kuntoutuksessa. Kun suppeammin mitattu kuntoutus oli yleisintä niillä, joilla ei ollut lainkaan edeltävää ansiotyötä, oli laajemmin mitattu kuntoutus tämän lisäksi yleistä myös niillä, jotka olivat olleet ansiotyössä koko edeltävän vuoden. Kuntoutukseen osallistumisessa oli eroja sairauspääryhmän mukaan laajemmin ja suppeammin mitatun kuntoutuksen välillä. Kaikessa tunnistetussa kuntoutuksessa kuntoutukseen osallistuminen oli yleisempää sairauspääryhmässä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja suppeammin mitatussa kuntoutuksessa sairauspääryhmässä mielenterveyden häiriöt.

Tarkastelimme erikseen perusterveydenhuollon fysioterapiaan osallistumiseen ja muun julkisten sote-palveluiden järjestämän kuntoutuksen käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä (kuvio 12). Sukupuoli ei ollut yhteydessä näihin kuntoutusmuotoihin osallistumiseen. Ikä sen sijaan oli: fysioterapiaan osallistuminen yleistyi iän myötä, kun taas muuhun kuntoutukseen osallistuminen oli yleisempää nuoremmassa ikäryhmässä. Fysioterapiaan osallistumisessa ei ollut eroja siviilisäädyn, koulutuksen, ammattiaseman ja edeltävän ansiotyön suhteen. Sen sijaan muu julkisten sote-palveluiden kuntoutus oli yleistä naimattomilla ja työttömällä. Molemmissa kuntoutusmuodoissa edeltävä työttömyys näyttäisi olleen yhteydessä palveluiden yleisempään käyttöön. Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien määrällä ei ollut merkitystä fysioterapiaan osallistumisessa, mutta muu kuntoutus oli yleisempää niillä, joilla korvausoikeuksia oli kaksi tai enemmän. Sairauspääryhmistä fysioterapia oli odotetusti yleisintä tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa. Sen sijaan muussa julkisten sote-palveluiden kuntoutuksessa korostuivat mielenterveyssyyt ja muut sairaudet. Kauden yhtenäisyydellä ei ollut merkitystä.

Taustatekijöiden yhteys fysioterapiaan osallistumiseen oli hyvin samankaltainen työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla (kuvio 13). Fysioterapiaan osallistuminen oli yleistä naisilla ja yli 25-vuotiailla. Yksityinen fysioterapia oli harvinaista eronneilla ja

leskillä, muita siviilisäädyn mukaisia eroja ei ollut. Työterveyshuollon fysioterapiaan osallistumisessa ei ollut eroja koulutuksen suhteen, mutta yksityiseen fysioterapiaan osallistuminen oli yleisempää keski- tai korkea-asteen suorittaneilla. Työterveyshuollon fysioterapiaan osallistuminen oli yleisintä työntekijöillä ja harvinaisinta yrittäjillä, kun taas yksityisen fysioterapian käytössä vastaavia eroja ei ollut. Fysioterapia oli yleisempää ansiotyössä olleilla. Yksityisessä fysioterapiassa ei ollut eroja aiemman työttömyyden mukaan, mutta työterveyshuollon fysioterapia oli harvinaista niillä, jotka olivat olleet yli puoli vuotta työttöminä. Erityiskorvausoikeuksien määrällä ei ollut yhteyttä fysioterapian käyttöön. Yleisin sairauspuuryhmä molemmissa oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mutta yksityistä fysioterapiaa saatiin usein myös vammojen vuoksi. Fysioterapiaan osallistuminen oli yleisempää niillä, joilla sairauspäiväraha-kertymä oli ollut epäyhtenäinen.

4.4 Työmarkkinatilojen kehitys eripituisten sairauspäiväraha-kertymien jälkeen

Tässä luvussa tarkastellaan erisuuruisten sairauspäiväraha-kertymien jälkeisiä työmarkkinatiloja sekvenssianalyysin keinoin. Sekvenssianalyysi on tilastollinen menetelmä, jolla voidaan hahmottaa erilaisten tilojen, tilasiirtymien ja tilojen yhdistelmien yleisyyttä (Blanchard ym. 2014). Seuraavassa sitä käytetään havainnollistamaan eri työmarkkinatilojen yleisyyttä eri aikapisteissä sairauspäiväraha-kertymien jälkeen.

Tarkasteltavia työmarkkinatiloja olivat ansiotyö, sairauspäiväraha, osasairauspäiväraha, kuntoutuksessa oleminen, kuntoutustuki (täysi tai osakuntoutustuki), työkyvyttömyyseläke (täysi tai osatyökyvyttömyyseläke) sekä työttömyys (työttömyysetuus).

Tehtävänä oli selvittää, missä työmarkkinatiloissa erisuuruisia sairauspäiväraha-kertymiä saavuttaneet olivat kertymän täyttymistä seuraavien 24 kuukauden aikana. Samoin tarkasteltiin, miten henkilöt siirtyivät näiden työmarkkinatilojen välillä. Analyysit perustuvat kansalliseen, koko työikäisen väestön sisältävään rekisteriaineistoon (aineistoista tarkemmin ks. liite 1). Luvun 4.3 tavoin tarkasteltavaksi väestöksi rajattiin ensin vuonna 2014 uuden sairauspäiväraha-kertymän enimmäisaikakertymän aloittaneet henkilöt. Näiden henkilöiden joukosta tunnistettiin ne, joilla samalla enimmäisajalla kertyi vähintään 60, 90, 150 ja 230 sairauspäiväraha-päivää.

Seurasimme työmarkkinatiloja kunkin neljän sairauspäiväraha-kertymän jälkeen 24 kuukautta yhden kuukauden pituisissa aikajaksoissa alkaen kunkin kertymän täyttymisestä. Kukin seuranta rajattiin luonnollisesti niihin henkilöihin, joilla kertyi vähintään kyseistä kertymää vastaava määrä sairauspäiväraha-päiviä (ks. taulukko 2).

Jos tarkasteltavan seurantakuukauden aikana henkilö oli rekisteritiedon perusteella ehtinyt olla useassa työmarkkinatilassa, oli analyysissä määriteltävä, mikä tieto kuvaa henkilön asemaa parhaiten. Kuviossa 14 on esitetty järjestys, jonka mukaan tutkittava henkilö luokiteltiin kunkin seurantakuukauden kohdalla. Hierarkiassa ylempi tila on ensisijainen alempana oleviin nähden. Esimerkiksi vaikka henkilö olisi saanut työkyvyttömyyseläkkeen rinnalla mitä tahansa muuta etuutta, luokiteltiin hänet työkyvyttömyyseläkkeellä olevaksi. Vastaavasti kuntoutusjakson ja kuviossa sen alla olevien tilojen osuessa samaan seurantakuukauteen henkilön tila määrittyi kuntoutukseksi. Poikkeus tehtiin sekä ansiotyön että työttömyysetuuden ajoituksessa yhteen seurantakuukauteen: tällöin se toimeentulon muoto, jota oli päivissä enemmän, määräytyi sitä kulkautta kuvaavaksi tilaksi. Lisäksi analyyseissa oli tila, johon henkilö luokiteltiin, jos kiinnostuksen kohteena olevia työmarkkinatiloja ei rekisteristä löytynyt (muu/ei tiedossa, sisältäen myös vanhuuseläkkeet).

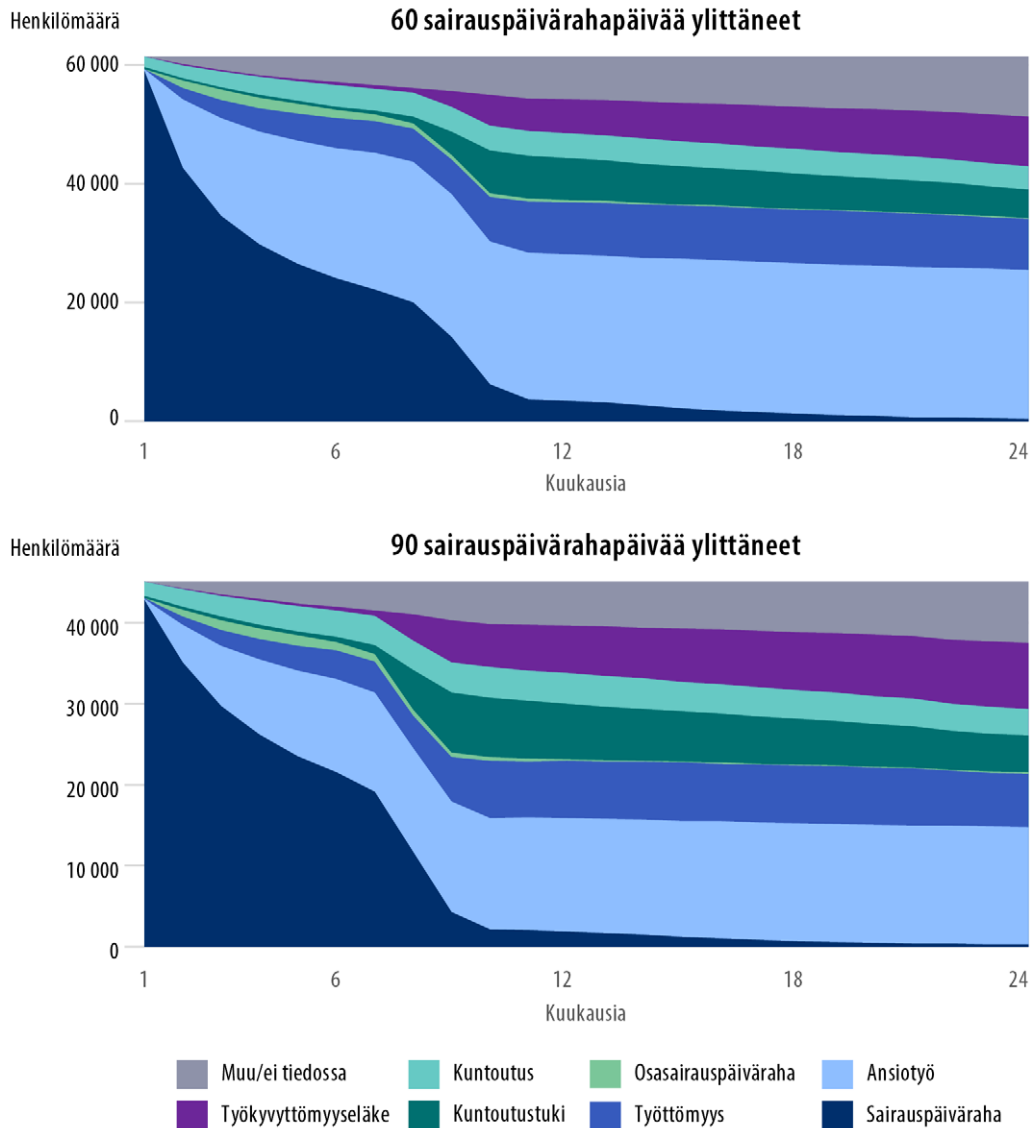
Kuvio 14. Hierarkia työmarkkinatilojen määrittelyyn kunkin seurantakuukauden kohdalla. Ylempi tila on ensisijainen alempana oleviin nähden. Tk = työkyvyttömyyseläke.



4.4.1 Työmarkkinatilojen yleisyys

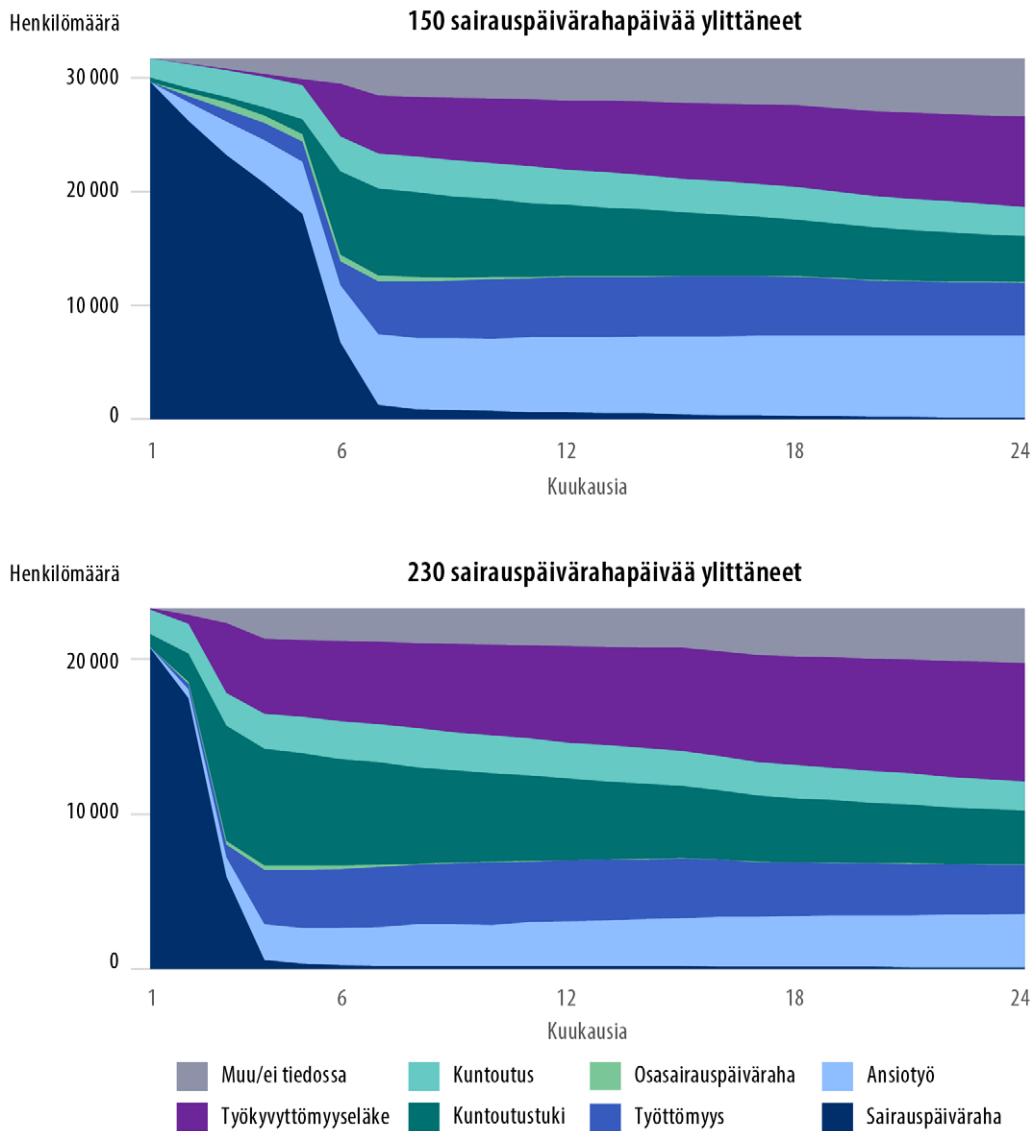
Kuvioissa 15–16 on esitetty työmarkkinatilojen yleisyys kahden vuoden aikana kunkin sairauspäivärahakertymän (60/90/150/230) ylittymisen jälkeen. Oleellisia kuvioissa ovat erityisesti eri tilojen yleisyyden ajalliset muutokset. Kaikkien kertymien jälkeen sairauspäivärahan yleisyys laski, ja ansiotyöjaksojen, työttömyyden, työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustukien yleisyys puolestaan nousi.

Kuvio 15. Työmarkkinatilojen yleisyys seurantakuukausina 60 ja 90 sairauspäivärahopäivän jälkeen vuonna 2014 sairauspäivärahopäivien enimmäisaikakertymän aloittaneilla.



Kuvioissa on työmarkkinatilojen kehittymisen kannalta huomionarvoista taitekohta, jossa sairauspäivärahan saaminen väheni selvästi. Kyse on ajankohdasta, jossa osa sairauspäivärahaa saavista saavuttaa etuuden enimmäisajan. Tämä taitekohta ajoittui eri ajankohtiin riippuen siitä, minkä kertymien jälkeistä aikaa seurattiin: esimerkiksi 60 etuuspäivää saavuttaneilla tämä taitekohta oli noin 9–10 kuukauden kohdalla, kun 230 sairauspäivärahopäivää kerryttäneillä se oli jo heti ensimmäisten seurantakuukausien kohdalla.

Kuvio 16. Työmarkkinatilojen yleisyys seurantakuukausina 150 ja 230 sairauspäivärahopäivän jälkeen vuonna 2014 sairauspäivärahopäivien enimmäisaikakertymän aloittaneilla.



Sairauspäivärahan enimmäisajan täytyminen tarkoittaa useimpien kohdalla sitä, ettei työkykyä ole kuntoutuksen, hoidon tai työtehtävien muokkausten avulla onnistuttu palauttamaan. Tällöin osalla on edessä työttömyysetuudelle siirtyminen tai työkyvyttömyyseläkkeen haku. Siten ymmärrettävästi myös työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustukien osuus nousi kuvioissa 15–16 erityisesti tällä kohdin. Kuntoutustuet olivat yleisimmillään heti mainittujen taitekohtien jälkeen, jonka jälkeen niiden osuus tasaisesti hieman laski. Tämä johtuu siitä, että usein sairauspäivärahan enimmäisajan jäl-

keiseltä, määräaikaisena eläkkeenä myönnetyltä kuntoutustuelta siirrytään joko tois-
taiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle tai muuhun työmarkkinatilaan (Kosken-
vuo ym. 2021). Samoin työttömyys yleistyi taitekohdan jälkeen. Työttömyys on enim-
mäisajan täyttymistä seuraava työmarkkinatila etenkin silloin, kun työkyky ei ole ko-
hentunut sairauspäivärahan aikana ja sairauspäivärahalle on siirrytty alun perinkin
työttömyydestä. Toisin kuin muita työmarkkinatiloja, kuntoutusta oli melko tasaisesti
seurantakuukaudesta ja yllä kuvatusta taitekohdasta riippumatta. Osasairauspäivära-
haa käytettiin eniten kertymän ylittymistä seuraavina kuukausina.

Kuvioita 15–16 keskenään vertaamalla nähdään, että liikuttaessa kertymissä eteen-
päin työkyvyttömyyseläkkeen ja kuntoutustuen yleisyys seurannan aikana kasvoi ja
vastaavasti ansiotyön yleisyys väheni. Tämä havainto on yhdenmukainen aiempien
tutkimusten kanssa: mitä pidemmälle työkyvyttömyys etenee, sitä epätodennäköisem-
pää on työhön paluu ja todennäköisempää on työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen.
Kuntoutusjaksoilla olleiden osuus nousi tasaisesti paitsi seurantakuukausien myötä,
myös liikuttaessa kertymien välillä eteenpäin (kuvioiden 15–16 välillä). Tämä havainto
on yhdenmukainen luvun 4.2 havaintojen kanssa.

Myös taulukko 7 havainnollistaa, kuinka kertymästä seuraavaan edettäessä eri työ-
markkinatiloissa vietetty aika 24 kuukauden seurannan aikana muuttui.

Taulukko 7. Eri työmarkkinatiloissa vietetty keskimääräinen aika kuukausina 24 kuukauden
seurannassa kunkin sairauspäivärahapäiväkertymän jälkeen.

Työmarkkinatila	60 päivän jälkeen	90 päivän jälkeen	150 päivän jälkeen	230 päivän jälkeen
Työkyvyttömyyseläke	1,8	2,5	4,0	6,0
Kuntoutus	1,5	1,8	2,1	2,3
Kuntoutustuki	1,6	2,3	3,5	5,0
Sairauspäiväraha	4,9	5,1	4,2	2,1
Osasairauspäiväraha	0,2	0,2	0,2	0,1
Työttömyys	2,7	2,9	3,1	3,3
Ansiotyö	8,7	6,6	4,4	2,8
Jokin muu tila	2,6	2,6	2,6	2,5
Yhteensä	24,0	24,0	24,0	24,0

Työkyvyttömyyseläkkeen ajallinen osuus seurannasta kasvoi: siinä missä 60 sairauspäivärahopäivää kerryttäneet olivat kahden vuoden aikana keskimäärin 1,8 kuukautta työkyvyttömyyseläkkeellä, 230 sairauspäivärahopäivää kerryttäneet olivat keskimäärin 6,0 kuukautta työkyvyttömyyseläkkeellä (taulukko 7). Vastaavasti taulukosta näkee kuntoutuksessa, kuntoutustuella tai työttömyysetuudella vietetyn keskimääräisen kokonaisajan lisääntymisen liikuttaessa kertymissä eteenpäin. Ansiotyöjaksojen keskimääräinen kokonaisaika puolestaan pienentyi 8,7 kuukaudesta (60 sairauspäivärahopäivän jälkeen) 2,8 kuukauteen (230 sairauspäivärahopäivän jälkeen).

4.4.2 Yleisimmät työmarkkinatilojen yhdistelmät ja polut ansiotyöhön

Sekvenssianalyysilla voidaan myös havainnollistaa tyypillisimpiä sekvenssejä eli yksittäisiä työmarkkinatilojen yhdistelmiä. Taulukossa 8 on esitetty viisi yleisintä yhdistelmää eli työmarkkinapolkua kunkin kertymän jälkeen. Vaihtelevien työmarkkinatilojen pituuksia ei ole otettu huomioon, ainoastaan niiden järjestys 24 kuukauden aikana. Kunkin kertymän jälkeisissä seurannoissa viisi yleisintä yhdistelmää kuvasi runsasta kolmannelta tutkittavista henkilöistä (36 % – 38 %).

Kuudenkymmenen sairauspäivärahopäivän kertymän jälkeen selvästi yleisin yksittäinen polku oli siirtyä sairauspäivärahaudelta ansiotyöhön, joka jatkui seurannan loppuun asti (18 % kaikista henkilöistä). Muut yhdistelmät olivat selvästi harvinaisempia.

Yhdeksänkymmenen sairauspäivärahopäivän kertymän jälkeen siirtyminen sairauspäivärahalta ansiotyöhön, joka jatkui seurannan loppuun, oli edelleen yleisin yksittäinen työmarkkinapolku. Kuitenkin sairauspäivärahan ja sitä seuraavan työkyvyttömyyseläkkeen yhdistelmä nousi prosentuaalisesti (10 %) yleisemmäksi verrattuna 60 päivän kertymästä alkavaan seurantaan. Samoin sairauspäivärahan ja sitä seuraavan kuntoutustuen yhdistelmä nousi listalla kolmanneksi yleisimmäksi yksittäiseksi poluksi.

Edettäessä 150 päivää ylittäneeseen kertymään yleisimpiä yksittäisiä työmarkkinatilojen yhdistelmiä olivat sairauspäivärahalta siirtyminen suoraan työkyvyttömyyseläkkeelle tai seurannan loppuun jatkuvalla kuntoutustuella. Siirtyminen sairauspäivärahalta seurannan loppuun jatkuvalla ansiotyölle muuttui tämän kertymän kohdalla entistä harvinaisemmaksi ja oli yhtä yleistä kuin siirtyminen sairauspäivärahalta seurannan loppuun jatkuvalla kuntoutustuella.

230 päivän kertymän jälkeen yleisintä oli siirtyä sairauspäivärahalta seurannan loppuun jatkuvalla työkyvyttömyyseläkkeelle tai kuntoutustuella tai kuntoutustuen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle.

Taulukko 8. Viisi yleisintä työmarkkinatilojen yhdistelmää eri sairauspäivärahakertymien jälkeisten 24 kuukauden aikana.

Yleisimmät työmarkkinatilojen yhdistelmät 60 ja 90 sairauspäivärahapäivää ylittäneillä	%	Yleisimmät työmarkkinatilojen yhdistelmät 150 ja 230 sairauspäivärahapäivää ylittäneillä	%
60 sairauspäivärahapäivää ylittäneet		150 sairauspäivärahapäivää ylittäneet	
Sairauspäiväraha–Ansiotyö	18	Sairauspäiväraha–Työkyvyttömyyseläke	14
Sairauspäiväraha–Työkyvyttömyyseläke	7	Sairauspäiväraha–Kuntoutustuki	7
Sairauspäiväraha–Työttömyys	4	Sairauspäiväraha–Ansiotyö	7
Sairauspäiväraha–Muu	4	Sairauspäiväraha–Muu	5
Sairauspäiväraha–Kuntoutustuki	4	Sairauspäiväraha–Kuntoutustuki–Työkyvyttömyyseläke	5
Yhteensä	37	Yhteensä	38
90 sairauspäivärahapäivää ylittäneet		230 sairauspäivärahapäivää ylittäneet	
Sairauspäiväraha–Ansiotyö	12	Sairauspäiväraha–Työkyvyttömyyseläke	14
Sairauspäiväraha–Työkyvyttömyyseläke	10	Sairauspäiväraha–Kuntoutustuki	7
Sairauspäiväraha–Kuntoutustuki	5	Sairauspäiväraha–Kuntoutustuki–Työkyvyttömyyseläke	7
Sairauspäiväraha–Muu	5	Sairauspäiväraha–Muu	5
Sairauspäiväraha–Työttömyys	4	Sairauspäiväraha–Työttömyys	5
Yhteensä	36	Yhteensä	38

Taulukko 8 näyttää sen, kuinka yksinkertaiset tilojen yhdistelmät nousivat tarkastelussa yleisimmiksi yksittäisiksi poluiksi. On kuitenkin selvää, että runsasta kolmanesta tutkittavista edustavien polkujen lisäksi seurannassa oli runsaasti monivaiheisia polkuja. Niissä työmarkkinatilat vaihtelevat kertymän jälkeen useasti. Kyseessä voi olla muun muassa vuorottelu etuuksien ja ansiotyön välillä. Näin olikin 60 päivän kertymän jälkeen, kun viiden yleisemmän polun sijaan tarkasteltiin esimerkiksi 40 yleisintä tilojen yhdistelmää: melkein puolessa näistä poluista (19 erilaista yhdistelmää) sairauspäivärahalta siirryttiin jossain vaiheessa ansiotyöhön mutta seurannan aikana myös pois ansiotyöstä (ei esitetty taulukossa).

Vaikka useat siirtymät työmarkkinatilojen välillä olivat yleisiä 24 kuukauden seurannassa, ei työmarkkinapolkujen keskimääräinen moninaisuus tai monivaiheisuus kuitenkaan vaihdellut verrattaessa keskenään eri kertymien jälkeisiä 24 kuukauden aikajäniteitä: Kaikkia kertymiä seurasi keskimäärin hieman alle kolme (2,7–2,8) erilaista työmarkkinatilaa kahden vuoden aikana. Myös tilojen välisiä siirtymiä oli keskimäärin kutakuinkin yhtä paljon, riippumatta siitä, minkä kertymän jälkeistä aikaa seurattiin (2,5–2,7).

Tarkastelimme lopuksi yleisimpiä polkuja ansiotyöhön. Liitteen 2 taulukossa 2 on esitetty viisi yleisintä työmarkkinapolkua kunkin kertymän jälkeen henkilöille, jotka olivat seurannan lopussa ansiotyössä. Taulukosta näkee ensinnäkin, että sairauspäivärahapäiväkauden jälkeen ansiotyöhön päätyneistä valtaosa oli jossain muussa työmarkkinatilassa ennen ansiotyötä: ansiotyöhön suoraan siirtyneiden osuus oli esimerkiksi 60 päivärahapäivää ylittäneillä 45 % ja muissa ryhmissä vielä tätä vähemmän. Kuitenkin siirtyminen sairauspäivärahakaudelta suoraan seurannan loppuun kestävään ansiotyöhön oli selvästi tyypillisin yksittäinen polku riippumatta sairauspäivärahakertymän määrästä. Liikuttaessa kertymissä eteenpäin tällaisen suoraviivaisen polun yleisyys laski. Samoin viisi tyypillisintä polkua ylipäänsä edusti yhä harvempaa ansiotyöhön päätyvistä henkilöistä (>60pv: 65 %; >90pv: 59 %; >150pv: 51 %; >230pv: 38 %). Tämä tarkoittaa, että kertymän määrän kasvaessa polut ansiotyöhön tulivat monivaiheisemmiksi.

4.5 Taustatekijöiden ja kuntoutukseen osallistumisen yhteydet sairauspäiväraha-kertymien jälkeisiin työmarkkinatiloihin

Tässä luvussa tarkastellaan, miten erilaiset taustatekijät sekä kuntoutukseen osallistuminen olivat yhteydessä siihen, missä työmarkkinatilanteessa kunkin sairauspäiväraha-kertymän ylittäneet olivat eripituisten seuranta-aikojen kuluttua. Työmarkkinatila on tässä mitattu täsmällisesti päivämäärätasolla tietyn ajan kuluttua kunkin sairauspäiväraha-kertymän ylittymisestä. Määrittely eroaa siten hieman luvussa 4.4 käytetystä määrittelystä, jossa työmarkkinatiloja tarkasteltiin kuukausitasolla.

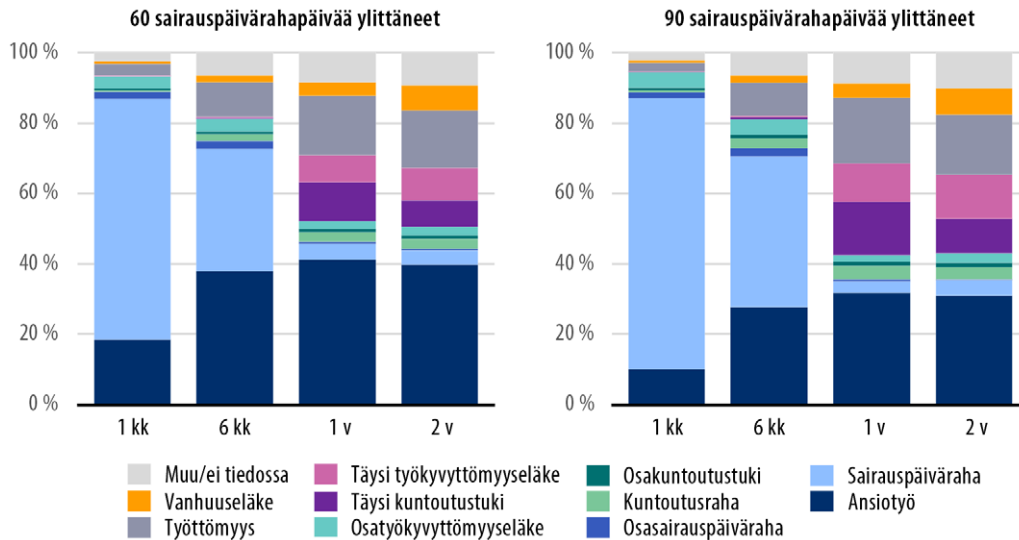
Vaihtoehtoisiksi työmarkkinatiloiksi määriteltiin ensin ansiotyö, sairauspäiväraha, osa-sairauspäiväraha, kuntoutusraha, osakuntoutustuki, osatyökyvyttömyyseläke, täysi kuntoutustuki, täysi työkyvyttömyyseläke, työttömyys sekä vanhuuseläke. Henkilöt, joille ei voitu määritellä aineiston perusteella mitään edellä mainittua tilaa, jäivät luokkaan 'muu/ei tiedossa'. Jos aineistosta löytyi useita päällekkäisiä tiloja samalle päivämäärälle, edellisellä listalla jäljempänä mainittu tila asetettiin henkilön työmarkkinatilaksi. Ansiotyössä olevien luokka tarkoittaa siten tässä tarkastelussa ja tuloksia raportoitaessa henkilöitä, joilta löytyi tarkasteltavalta ajankohdalta ansiotyötä, mutta joille ei maksettu samanaikaisesti mitään tässä tarkastelussa huomioituja etuuksia. Esimerkiksi ne henkilöt, joille maksettiin osasairauspäivärahaa, osakuntoutustukea tai osatyökyvyttömyyseläkettä, luokiteltiin ko. etuuksien mukaisiin ryhmiin vaikka heillä olisi samalta ajankohdalta löytynyt myös tieto ansiotyöstä.

4.5.1 Työmarkkinatilat eri poikkileikkaushetkillä

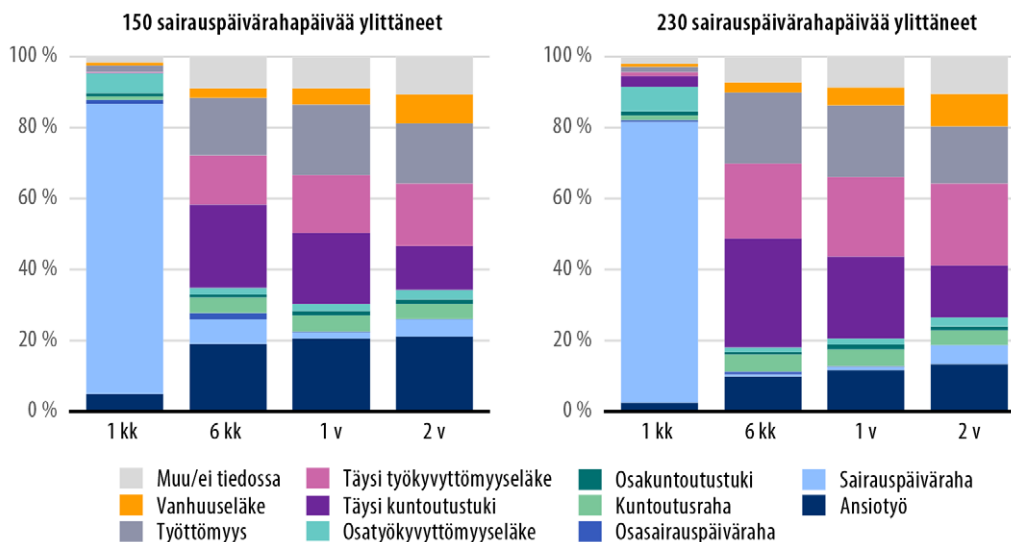
Kuviossa 17 esitetään eri työmarkkinatilojen jakaumat eri seurantapisteissä 60 ja 90 sairauspäivärahapäivän ylittymisestä eteenpäin ja kuviossa 18 vastaavat tiedot 150 ja 230 sairauspäivärahapäivän ylittymisestä eteenpäin. Työmarkkinatilat on mitattu päivämäärätasolla yhden ja kuuden kuukauden sekä yhden ja kahden vuoden kohdalla kunkin sairauspäiväraha-kertymän ylittymisen päivämäärästä eteenpäin.

Riippumatta siitä, minkä sairauspäiväraha-kertymän ylittymisestä seuranta aloitettiin, valtaosa tutkittavista oli yhden kuukauden kuluttua edelleen sairauspäivärahalta. 60 sairauspäivärahapäivää ylittäneistä vajaa viidennes oli palannut kuukauden kuluessa ansiotyöhön, mutta mitä enemmän sairauspäivärahapäiviä oli ehtinyt kertyä, sitä pienempi osuus oli yhden kuukauden kuluttua kertymän täyttymisestä ansiotyössä.

Kuvio 17. Työmarkkinatilat yhden ja kuuden kuukauden sekä yhden ja kahden vuoden kuluttua 60 ja 90 sairauspäivärahopäivän ylittymisestä.



Kuvio 18. Työmarkkinatilat yhden ja kuuden kuukauden sekä yhden ja kahden vuoden kuluttua 150 ja 230 sairauspäivärahopäivän ylittymisestä.



Hieman alle 40 prosenttia sairauspäivärahaa vähintään 60 päivää saaneista oli kuuden kuukauden kuluttua kertymän täyttymisestä ansiotyössä ja melkein yhtä suuri osuus oli edelleen sairauspäivärahalla. Yhden vuoden kuluttua työssä olleiden osuus oli lähes sama kuin kuuden kuukauden kuluttua, mutta sairauspäivärahalla oli – enimmäisajan täyttymisen vuoksi – enää harva. Sen sijaan täydellä kuntoutustuella tai täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä olleiden osuus oli noussut lähes viidennekseen, ja

noin kuudennes oli työttömänä. Kahden vuoden seurantapisteessä tilanne oli samankaltainen kuin yhden vuoden seurantapisteessä. Melko suuri osa oli jo ehtinyt siirtyä myös vanhuuseläkkeelle.

Tulokset ovat luonnollisesti samankaltaisia kuin edellä luvussa 4.4 esitetyt kuukausitason tarkastelun luvut. Samalla ne erittelevät työmarkkinatiloja tarkemmin. Mitä korkeamman sairauspäivärahakertymän saavuttaneiden alaryhmää tarkastellaan, sitä pienempi osuus oli eri seuranta-ajankohdissa ansiotyössä ilman samanaikaisia muita etuuksia ja sitä suurempi osuus oli siirtynyt etenkin täydelle kuntoutustuelle, täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle tai työttömäksi. Etenkin 230 sairauspäivärahapäivän ylittämisen jälkeen ansiotyöhön palaaminen oli harvinaista ja joko työkyvyttömyyseläkkeelle tai työttömäksi siirtyminen yleistä. Tästä ryhmästä vain joka yhdeksäs oli vuoden kuluttua ansiotyössä ja lähes puolet kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Työttömänä oli vuoden kuluttua joka viides. Etenkin 230 päivärahapäivää kerryttäneiden ryhmässä varsin suuri osa sairauspäivärahakauden aloittaneista oli työttömänä jo sairauspäivärahakauden alkaessa ja palasi työttömäksi myös kauden päätyttyä. Toisaalta etenkin pitkältä sairauspäivärahakaudelta työttömäksi siirtyminen on voinut johtua siitä, ettei henkilö ole heikentyneen työkyvyn takia onnistunut siirtymään ansiotyöhön, mutta työkyvyttömyyseläkettä ei ole myönnetty, jolloin tulot järjestyvät työttömyysturvan kautta (vrt. esim. Perhoniemi ym., 2018, 2020).

Edellä mainituista tarkasteluista on hyvä huomata, että kuten aiemmissakin luvuissa, myös tässä eri sairauspäivärahakertymiä ylittäneiden alaryhmät ovat sisäkkäisiä. Esimerkiksi 60 sairauspäivärahaa ylittäneistä osa ylitti samalla enimmäisajalla myös 90, 150 ja 230 päivärahapäiväpäivää ja kuului siten myös näihin jäljempänä mainittuihin ryhmiin. Vastaavasti kertymästä toiseen edetessä tarkastelu keskittyy yhä vahvemmin edellisetkin kertymät ylittäneisiin henkilöihin, joilla on pitkittyneitä työkykyongelmia. Toisaalta mitä pienemmän päivärahakertymän ryhmää tarkastellaan, sitä moninaiempi ryhmä on sisältäen sekä henkilöitä, joiden työkyky palautuu nopeastikin, että toisaalta henkilöitä, jotka ylittävät kaikki muutkin kertymäpisteet, käyttävät lopulta sairauspäivärahaa enimmäisajan ja päätyvät myöhemmin työkyvyttömyyseläkkeelle.

4.5.2 Sairauspäivärahakertymän jälkeistä työmarkkinatilaa ennustavat taustatekijät

Seuraavassa tarkastellaan, miten sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät olivat yhteydessä eri työmarkkinatiloihin. Tarkasteluajankohdiksi valittiin kuusi kuukautta ja yksi vuosi kunkin sairauspäivärahakertymän ylittymisen jälkeen (kuviot 19 ja 20). Edellisen tarkastelun 11 eri työmarkkinatilaa luokiteltiin uudelleen viiteen suurem-

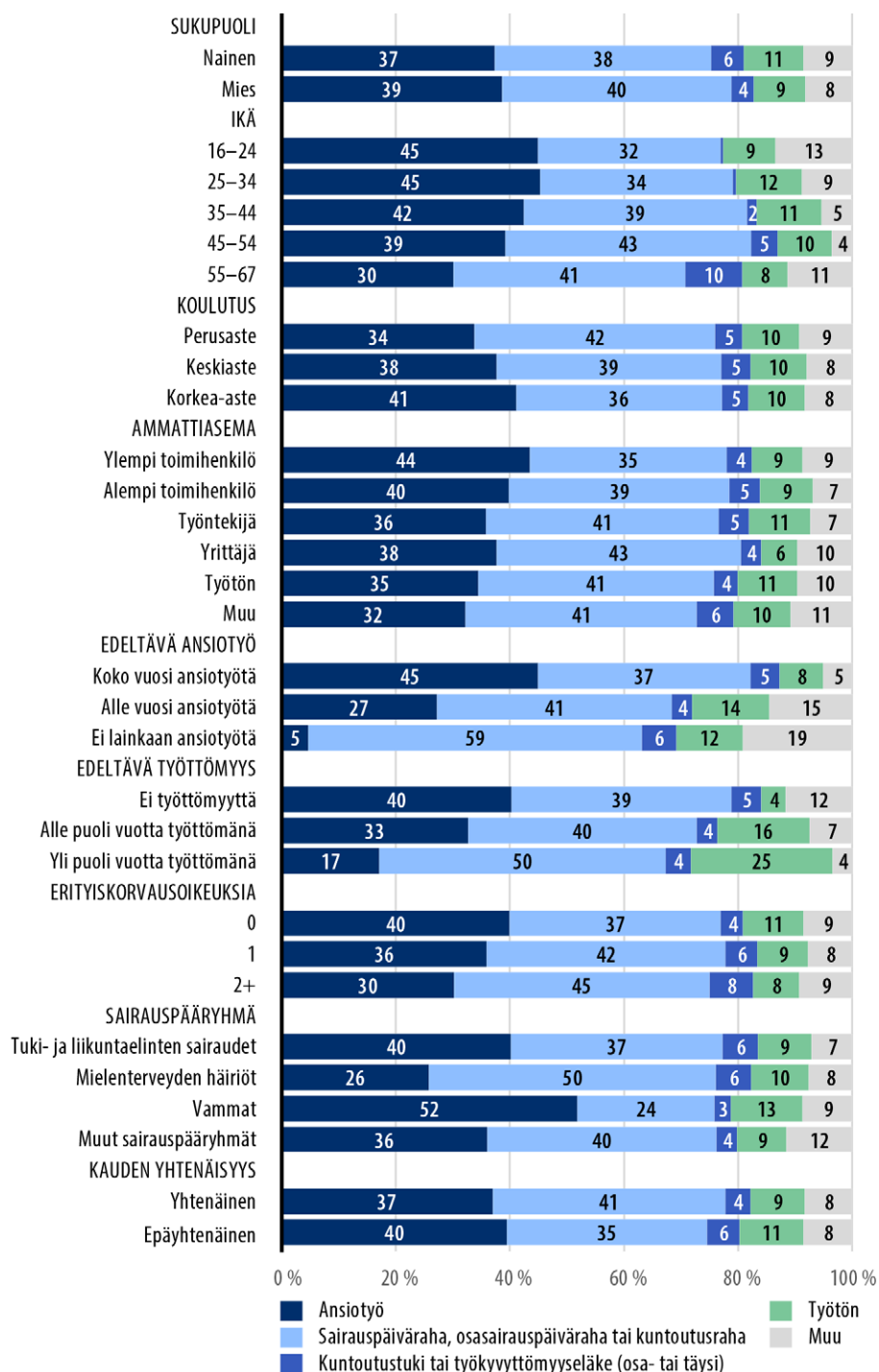
paan luokkaan: 1) ansiotyö, 2) sairauspäiväraha, osasairauspäiväraha tai kuntoutusraha, 3) osakuntoutustuki, osatyökyvyttömyyseläke, täysi kuntoutustuki tai täysi työkyvyttömyyseläke, 4) työttömyys ja 5) vanhuuseläke tai muu tai tuntematon tila.

Kussakin työmarkkinassa olemisen ennustettuja osuuksia eri taustatekijöiden mukaan laskettiin multinomiaalisella regressioanalyysillä vakioiden kaikki taustatekijät malleissa yhtä aikaa. Seuraavassa esitetään tarkemmin vain tuloksia, jotka koskevat 60 sairauspäivärahapäivää ylittäneitä. Taustatekijöiden yhteydet eri työmarkkinatiloissa olemisen todennäköisyyksiin olivat samankaltaisia myös 90, 150 ja 230 päivärahapäivää ylittäneiden alaryhmiä analysoidessa. Kuviossa 19 esitetään taustatekijöiden mukaan ennustetut eri työmarkkinatiloissa olleiden osuudet kuuden kuukauden kuluttua ja kuviossa 20 yhden vuoden kuluttua 60 sairauspäivärahapäivän ylittymisestä. Ansiotyöhön siirtyneiden ennustettu osuus oli kaikissa ryhmissä pääsääntöisesti hieman suurempi yhden vuoden kohdalla kuin kuuden kuukauden kohdalla. Sairauspäivärahalla, osasairauspäivärahalla tai kuntoutusrahalla olleiden osuus oli kaikilla puolestaan yhden vuoden kohdalla pienempi. Jollakin työkyvyttömyyseläkkeellä, työttömänä tai muussa tilassa olleiden osuus oli vuoden kohdalla selvästi suurempi kuin kuuden kuukauden kohdalla tarkasteltuna.

Kuvioissa esitettyjen muuttujien lisäksi malleissa on vakioitu siviilisääty ja asuinalue, mutta niiden mukaan työmarkkinatiloissa ei ollut juuri minkäänlaisia eroja, eikä niitä esitetä kuvioissa. Vakioiduista luvuista voi nähdä, mikä on kunkin muuttujan itsenäinen yhteys kunkin työmarkkinatilan todennäköisyyteen, kun muiden mallissa olevien muuttujien samanaikaiset vaikutukset on huomioitu. Seuraavassa raportoivat yhteydet olivat kaikki tilastollisesti merkitseviä (merkitsevyyksiä ei ole merkitty kuvioon).

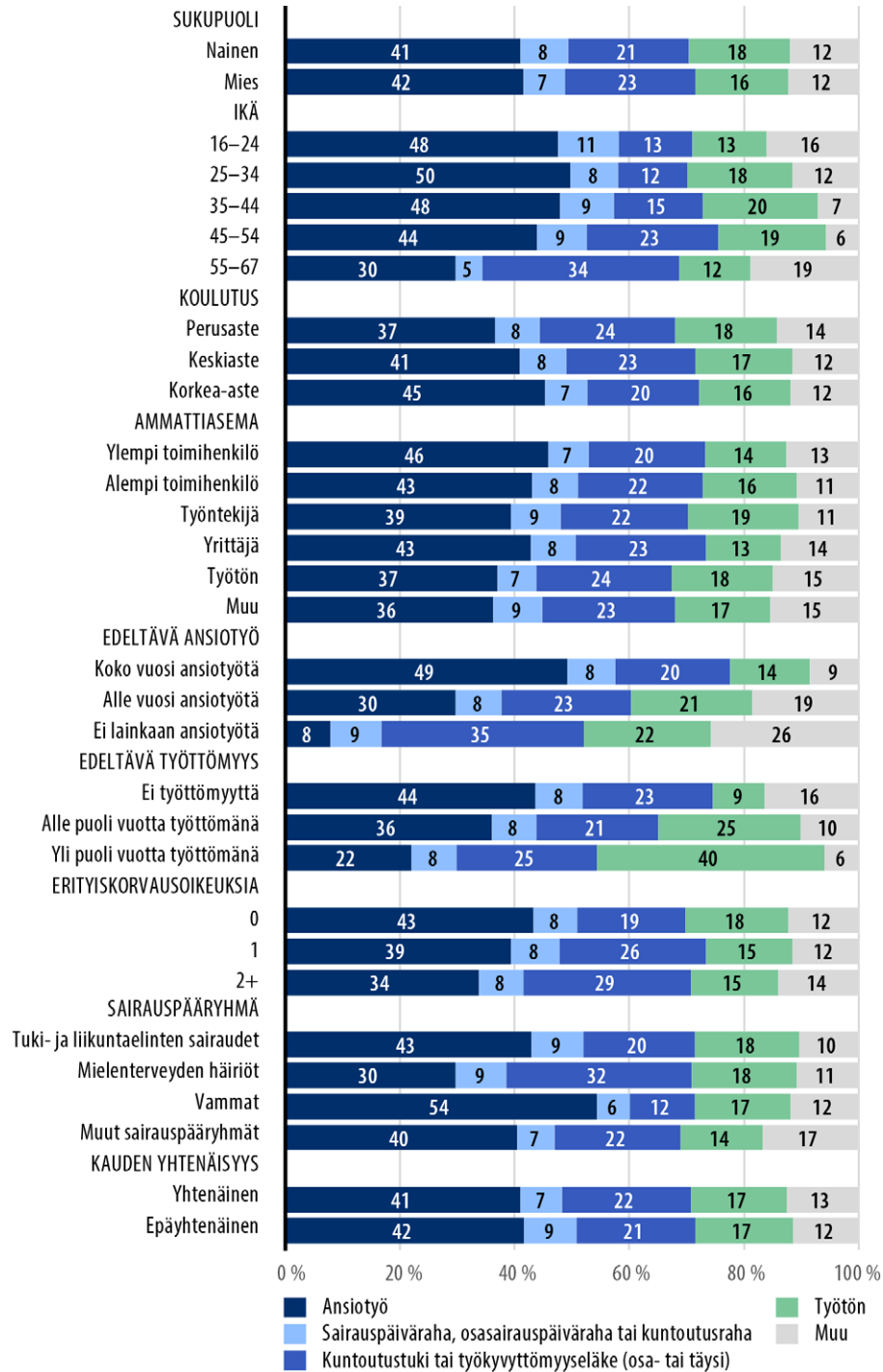
Naisten ja miesten väliset erot eri työmarkkinatiloissa olleiden ennustetuissa osuuksissa olivat pienet, joskin naisilla oli hieman suurempi todennäköisyys siirtyä jollekin työkyvyttömyyseläkkeelle ja pienempi todennäköisyys olla ansiotyössä tai sairauspäivärahalla tai kuntoutusrahalla (kuvio 19). Yhden vuoden kohdalla miehillä oli kuitenkin suurempi todennäköisyys olla työkyvyttömyyseläkkeellä. Mitä korkeampi oli henkilön ikä, sitä pienempi oli hänen todennäköisyytensä olla kuuden kuukauden ja yhden vuoden kuluttua ansiotyössä ja sitä suurempi oli hänen todennäköisyytensä olla työkyvyttömyyseläkkeellä.

Kuvio 19. Eri työmarkkinatiloissa olleiden vakioidut osuudet taustatekijöiden mukaan kuuden kuukauden kuluttua 60 sairauspäivärahopäivän ylittymisestä ^a.



^a Multinomialisella regressiomallilla lasketut ennusteet, kun kaikki muuttujat on vakioitu. Kuvioissa esitettyjen muuttujien lisäksi vakioitu myös siviilisäätö ja suuralue.

Kuvio 20. Eri työmarkkinatiloissa olleiden vakioidut osuudet taustatekijöiden mukaan yhden vuoden kuluttua 60 sairauspäivärahopäivän ylittymisestä ^a.



^a Multinomialisella regressiomallilla lasketut ennusteet, kun kaikki muuttujat on vakioitu. Kuvioissa esitettyjen muuttujien lisäksi vakioitu myös siviilisäätö ja suuralue.

Korkeampi koulutusaste, korkeampi ammattiasema, suuri ansiotyöpäivien määrä sairauspäivärahaa edeltävänä vuotena sekä vähäinen aiempi työttömyys olivat yhteydessä todennäköisempään ansiotyössä olemiseen niin kuuden kuukauden kuin yhden vuoden kohdalla. Vastaavasti hauraampi sosioekonominen asema edellä mainituilla muuttujilla mitattuna ennusti edelleen sairauspäivärahalla olemista kuuden kuukauden kohdalla ja työkyvyttömyyseläkkeellä olemista tai työttömyyttä vuoden kohdalla.

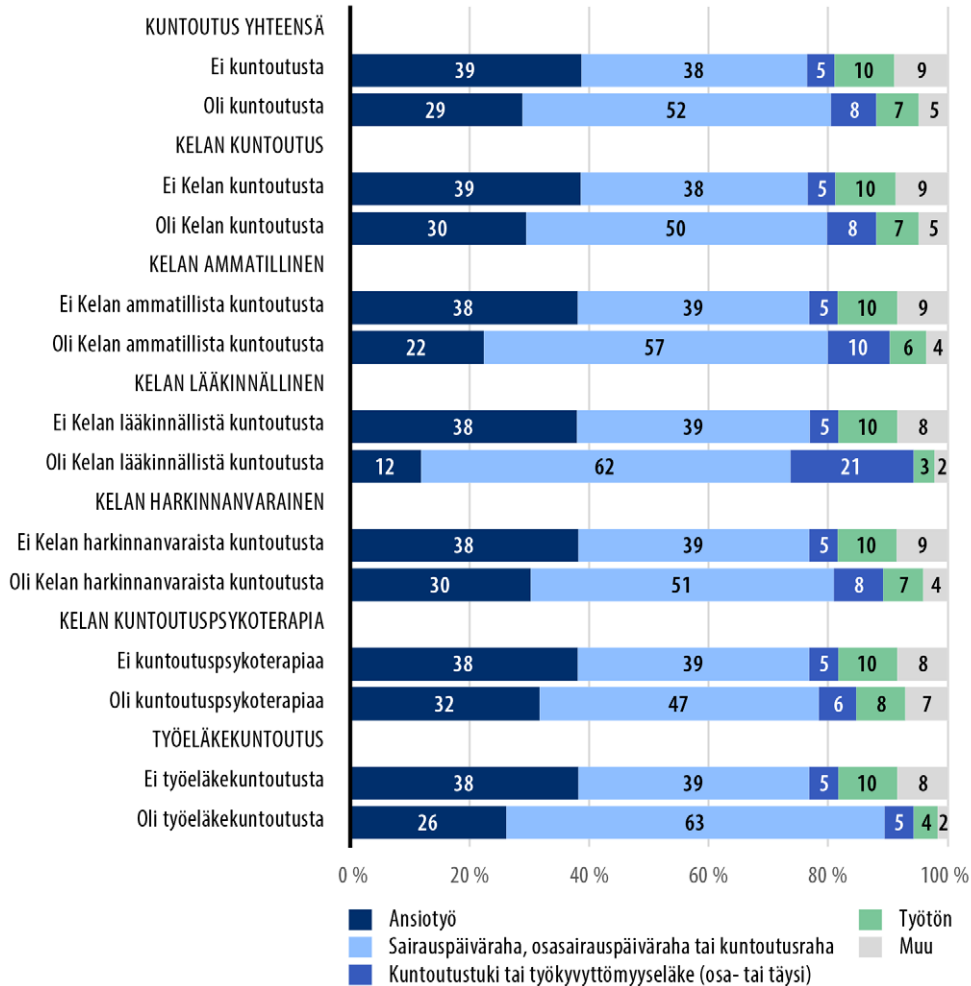
Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien määrä oli johdonmukaisessa yhteydessä myöhempään työmarkkinatilaan: mitä enemmän henkilöllä oli erityiskorvausoikeuksia, sitä vähemmän todennäköisesti hän oli ansiotyössä ja sitä todennäköisemmin hän oli jatkanut sairauspäivärahalla tai siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Sairauspäiväraha-kauden sairauspääryhmä oli myös vahvasti yhteydessä myöhempään työmarkkinatilaan. Mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneilla ennustettu ansiotyössä olleiden osuus oli kuuden kuukauden kohdalla vain neljännes, kun taas vammojen perusteella sairauspäivärahaa saaneista työhön palanneiden ennustettu osuus oli yli puolet. Jos 60 päivän sairauspäivärahakertymä oli ollut epäyhtenäinen, eli jos se oli koostunut useista erillisistä kausista, ansiotyössä olemisen todennäköisyys kuuden kuukauden kohdalla oli hieman suurempi ja sairauspäivärahalla jatkamisen todennäköisyys pienempi kuin 60 sairauspäivärahapäivää yhtäjaksoisesti kertyneillä. Yhden vuoden kohdalla erot olivat vähäiset.

4.5.3 Kuntoutukseen osallistumisen yhteys myöhempään työmarkkinatilaan

Lopuksi työmarkkinatiloja kuuden kuukauden ja yhden vuoden kohdalla 60 sairauspäivärahapäivän täyttymisen jälkeen tarkasteltiin sen mukaan, oliko henkilö osallistunut kuntoutukseen sairauspäivärahakauden alkamisen jälkeen mutta viimeistään neljän kuukauden sisällä kyseisen sairauspäivärahakertymän ylittymisestä. Multinomiaalisilla regressiomalleilla tuotettiin eri työmarkkinatiloissa olleiden ennustetut osuudet kuntoutukseen osallistuneille ja osallistumattomille siten, että malleissa vakioitiin kaikki edellä esitetyt taustatekijät sekä lisäksi kukin kuntoutusmuoto erikseen. Malleilla analysoitiin Kelan ja työeläkelaitosten kuntoutusta yhteensä, Kelan kuntoutusta yhteensä, Kelan kuntoutusta eri kuntoutusmuotoihin jaoteltuna sekä työeläkekuntoutusta.

Tulokset olivat hyvin samankaltaiset kuntoutusmuodosta riippumatta: niillä henkilöillä, jotka olivat viimeistään neljän kuukauden kuluessa 60 sairauspäivärahapäivän ylittymisestä osallistuneet mihin tahansa tarkasteltuun kuntoutukseen, oli sekä kuuden kuukauden (kuvio 21) että yhden vuoden (kuvio 22) kohdalla pienempi todennäköisyys olla ansiotyössä verrattuna henkilöihin, jotka eivät olleet osallistuneet kuntoutukseen.

Kuvio 21. Kuuden kuukauden kuluttua 60 sairauspäivärahopäivän ylittymisestä eri työmarkkinatiloissa olleiden vakioidut osuudet eri kuntoutusmuotoihin osallistumisen mukaan ^a.

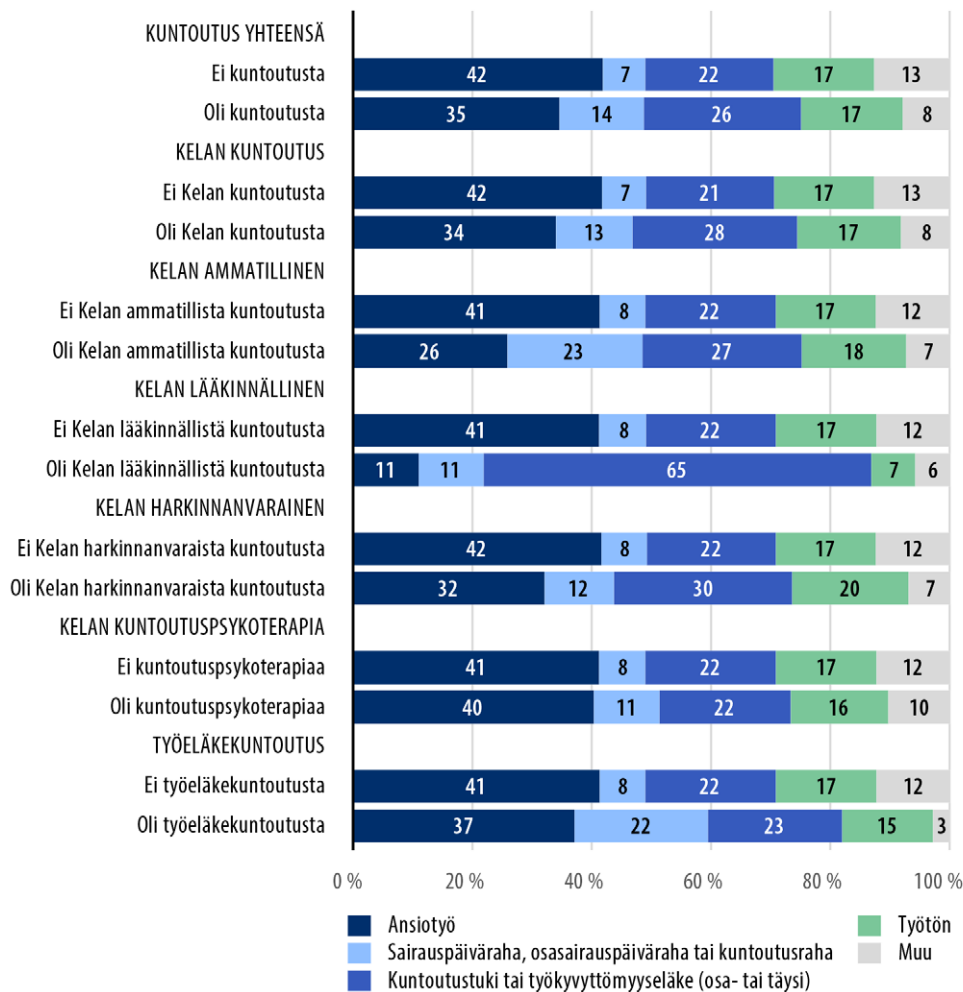


^a Ennusteet multinomiaalisista regressiomalleista, kukin kuntoutusmuoto erikseen mallissa. Sukupuoli, ikä, siviilisääty, asuinalue, koulutus, ammattiasema, edeltävä työllisyys, edeltävä työttömyys, lääkkeiden erityiskorvausoikeudet, sairauspäivärahan diagnoosiryhmä ja sairauspäiväraha-kauden yhtenäisyys vakioitu.

Kuuden kuukauden mittauspisteessä (kuvio 21) ne, jotka olivat osallistuneet kuntoutukseen, olivat todennäköisimmin edelleen sairauspäivärahalla, osasairauspäivärahalla tai kuntoutusrahalla. Osittain tulos voi selittyä sillä, että osalla kuntoutus jatkui edelleen, ja he saivat kuntoutusajalta kuntoutusrahaa ja luokittevat siten tässä analyysissä kyseiseen luokkaan. Kuuden kuukauden kuluttua mitatuissa työmarkkinatiloissa erot eri kuntoutusmuotoihin osallistuneiden ja osallistumattomien välillä olivat kaikki tilastollisesti merkitseviä lukuun ottamatta kuntoutuspsykoterapiaan tai työeläkekun-

toutukseen osallistumisen yhteyttä kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneiden ja osallistumattomien erot olivat kaikkiaan pienemmät kuin muissa kuntoutusmuodoissa.

Kuvio 22. Yhden vuoden kuluttua 60 sairauspäivärahopäivän ylittymisestä eri työmarkkinatiloissa olleiden vakioidut osuudet eri kuntoutusmuotoihin osallistumisen mukaan ^a.



^a Ennusteet multinomiaalisista regressiomalleista, kukin kuntoutusmuoto erikseen mallissa. Sukupuoli, ikä, siviilisääty, asuinalue, koulutus, ammattiasema, edeltävä työllisyys, edeltävä työttömyys, lääkkeiden erityiskorvausoikeudet, sairauspäivärahan diagnosoisryhmä ja sairauspäiväraha-kauden yhtenäisyys vakioitu.

Myös yhden vuoden mittauspisteessä (kuvio 22) ne, jotka olivat osallistuneet kuntoutukseen, olivat osallistumattomia harvemmin ansiotyössä ja useammin kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Erot ansiotyöhön siirtymisen todennäköisyydessä olivat tilastollisesti merkitseviä kaikissa muissa kuntoutusmuodoissa paitsi kuntoutuspsykoterapiassa. Erityisesti Kelan vaatimaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuminen

ennusti vahvasti sitä, että henkilö oli vuoden kohdalla kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Kuntoutuspsykoterapian ja työeläkekuntoutuksen kohdalla kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Työeläkekuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien väliset erot olivat muutenkin yhden vuoden kohdalla pienemmät kuin Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien väliset erot.

Edellä esitetty tarkastelu on kuvaileva, eikä sen pohjalta voida tehdä päätelmiä kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Vaikka monimuuttujamalleissa on vakioitu useita taustatekijöitä, jäljelle jääneitä eroja kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien välillä voivat selittää muun muassa erot näiden ryhmien työ- ja toimintakyvyssä sekä muissa tässä havaitsemattomissa taustatekijöissä.

4.6 Vuoden 2012 lakimuutosten vaikutukset sairauspäivärahakausien pituuden, kuntoutukseen osallistumisen ja sairauspäivärahauden jälkeisten työmarkkinatilojen muutoksiin

Vuonna 2012 sairauspäivärahajärjestelmään tehtiin sairauspoissaolojen seuranta koskevia muutoksia, jotta pitkittyvä työkyvyttömyys voitaisiin havaita riittävän varhain ja jotta työhön paluu sairauden jälkeen nopeutuisi (HE 75/2011). Työnantajalle tuli ensinnäkin velvollisuus ilmoittaa sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon poissaolon kestänyt kuukauden ajan. Tämä velvoite oli erityisen tärkeä, jos henkilö oli saanut sairauspoissaolotodistuksen muulta terveydenhuollon tarjoajalta kuin työterveyshuollosta. Toiseksi sairauspäivärahan hakuaikaa lyhennettiin neljästä kuukaudesta kahteen kuukauteen. Muutoksen tarkoituksena oli vahvistaa jo voimassa ollutta lainsäädäntöä, jonka mukaan asiakkaan kuntoutustarve on arvioitava viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 60 päivän ajan. Kolmanneksi työntekijälle tuli velvollisuus toimittaa Kelalle työterveyslääkärin kirjoittama lausunto jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuuksista viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivää, jotta sairauspäivärahan maksamista voidaan jatkaa. Lakimuutokset koskivat 1.6.2012 jälkeen alkaneita työkyvyttömyyskausia.

Tässä luvussa tarkastellaan vuonna 2012 käyttöön otettujen sairauspoissaolojen tarkistuspisteiden (30–60–90-sääntö) vaikutusta sairauspäivärahakausien pituuden, kuntoutukseen osallistumisen ja sairauspäivärahauden jälkeisten työmarkkinatilojen muutoksiin.

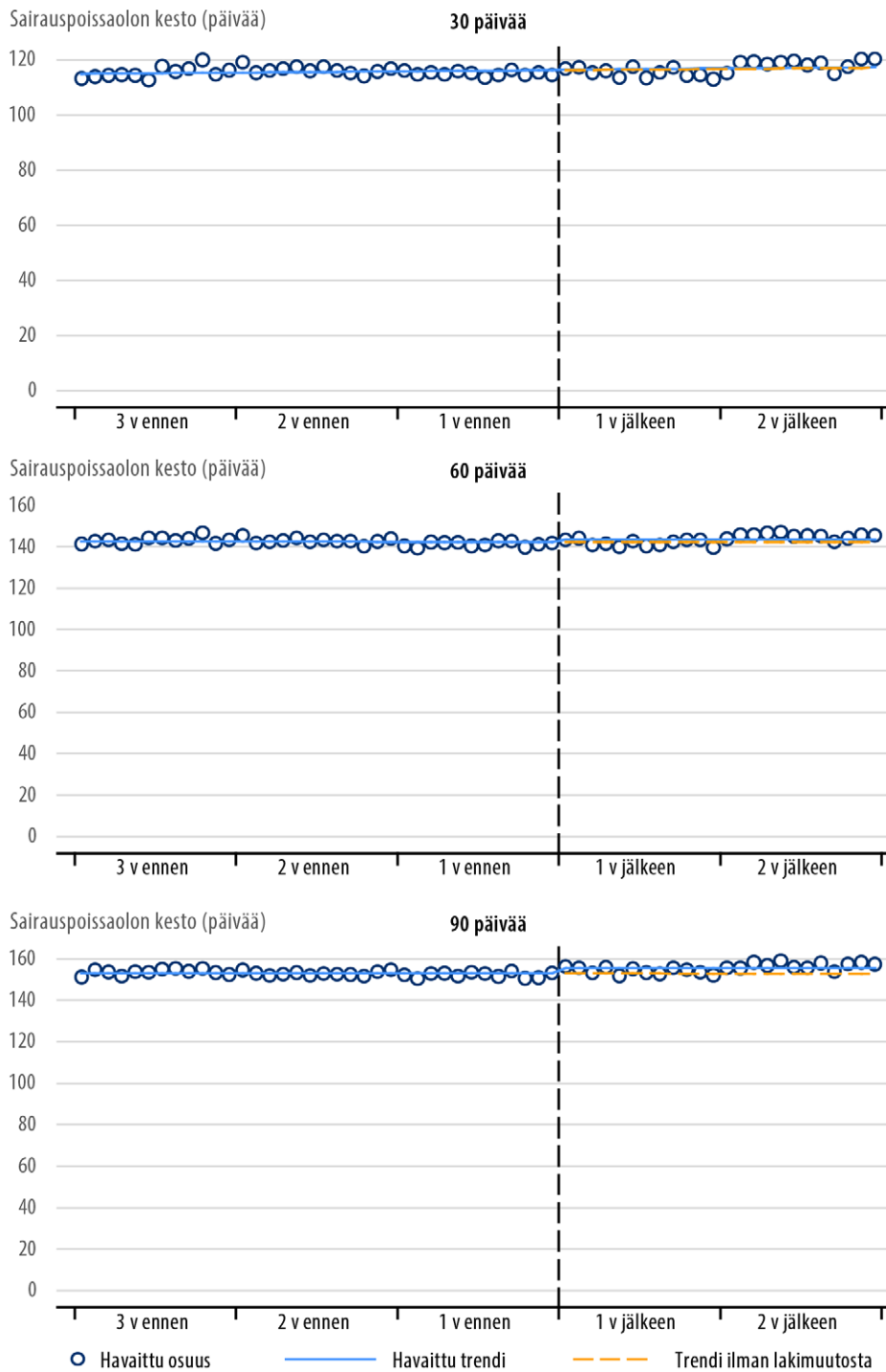
4.6.1 Sairauspäiväraha-kausien pituudessa, kuntoutukseen osallistumisessa ja työmarkkinatiloissa tapahtuneet muutokset vuoden 2012 lakimuutoksen jälkeen

Vuoden 2012 lakimuutoksen vaikutuksia tarkasteltiin keskeytetyn aikasarja-analyysin avulla (Shadish ym. 2002; Craig ym. 2017; Handley ym. 2018). Keskeytetyssä aikasarja-analyysissä lakimuutoksen vaikutusta tarkastellaan vertaamalla lakimuutoksen jälkeistä toteutunutta kehitystä siihen, mitä aikaisemman kehityksen perusteella voitaisiin odottaa tapahtuvan, jos lakimuutosta ei olisi tehty. Aineistona oli koko työikäisen väestön sisältävä rekisteriaineistokokonaisuus (ks. liite 1). Käytimme tässä tutkimuksessa tietoja kolmelta vuodelta ennen lakimuutosta ja kahdelta vuodelta lakimuutoksen jälkeen. Enintään kolme vuotta ennen uudistusta ja enintään kaksi vuotta uudistuksen jälkeen alkaneet sairauspäiväraha-kaudet muunnettiin kuukausittaiseksi aikasarjaksi, jolloin analyysi käsitti 36 kuukausittaista havaintoa ennen lakimuutosta ja 24 havaintoa lakimuutoksen jälkeen. Tarkastelimme erikseen vähintään 30, 60 tai 90 korvauspäivää kestäneitä sairauspäiväraha-kausia. Vaikka vuoden 2012 lakimuutos koski 30 kalenteripäivän pituisia sairauspoissaoloa, tarkastelimme siis yhdenmukaisuuden vuoksi myös tämän tarkistuspisteen kohdalla sairauspäivärahapäivien kertymiä.

Tutkimuksemme kohdistui siihen, tapahtuiko sairauspoissaolon kestossa, kuntoutukseen ohjautumisessa ja työmarkkinatiloissa muutoksia lakimuutoksen tullessa voimaan. Keskeytetyllä aikasarja-analyysillä voidaan paremmin erottaa lakimuutoksen vaikutus pidemmän aikavälin muutostrendeistä, ja siinä voidaan huomioida myös esimerkiksi mahdollinen kausivaihtelu. Tässä tutkimuksessa poistimme säännöllisen kuukausitasoisen kausivaihtelun kuitenkin jo ennen aikasarjan analysointia muokkaamalla kutakin kuukausittaista havaintoarvoa alaspäin tai ylöspäin sen verran kuin kyseinen kuukausi keskimäärin poikkesi kaikkien kuukausien keskiarvosta. Tällä huomiointiin esimerkiksi se, että kesäkuukausina sairauspäiväraha-kauden aloittavat voivat poiketa muulloin sairauspäiväraha-kauden aloittavista. Lisäksi analyyseissa vakioitiin sukupuoli, ikä ja koulutustaso. Sairauspäiväraha-kauden keston muutoksia analysoitiin lineaarisella regressiolla ja kuntoutuksen ohjautumisen ja työmarkkinatilojen muutoksia Poisson-regressiolla.

Kuviossa 23 on esitetty sairauspäiväraha-kauden kesto kertymäpisteen ohittamista seuranneiden 12 kuukauden aikana sairauspäiväraha-kauden alkamiskuukauden mukaan niillä, joilla tarkasteluaikana alkoi vähintään 30, 60 tai 90 maksupäivää kestänyt sairauspoissaolojakso samalla enimmäisajalla. Sairauspäiväraha-kauden kestoä mitattiin maksukauden loppumispäivän ja alkamispäivän erotuksena laskien yhteen kaikki vuoden sisään osuneet sairauspoissaolojaksot.

Kuvio 23. Sairauspäivärahaikauden kesto sairauspäivärahaikertymän alkamisajankohdan mukaan kalenteripäivinä niillä, joilla alkoi vähintään 30, 60 tai 90 maksupäivää ylittänyt sairauspäivärahaikäsi korkeintaan kolme vuotta ennen lakimuutosta tai kaksi vuotta lakimuutoksen jälkeen.



1.6.2012 voimaan tullut lakimuutos on merkitty kuvioon pystyviivalla. Niillä, joiden sairauspoissaolo kesti vähintään 30 maksupäivää, oli seuraavan vuoden aikana kertymäpisteen ohittamisesta keskimäärin noin 120 sairauspoissaolopäivää, 60 päivää ylittäneillä noin 140 sairauspoissaolopäivää ja 90 päivää ylittäneillä noin 150 sairauspoissaolopäivää (kuvio 23). Sairauspoissaolopäivien lukumäärässä ei näkynyt selvää ajallista trendiä viiden tarkasteluvuoden aikana.

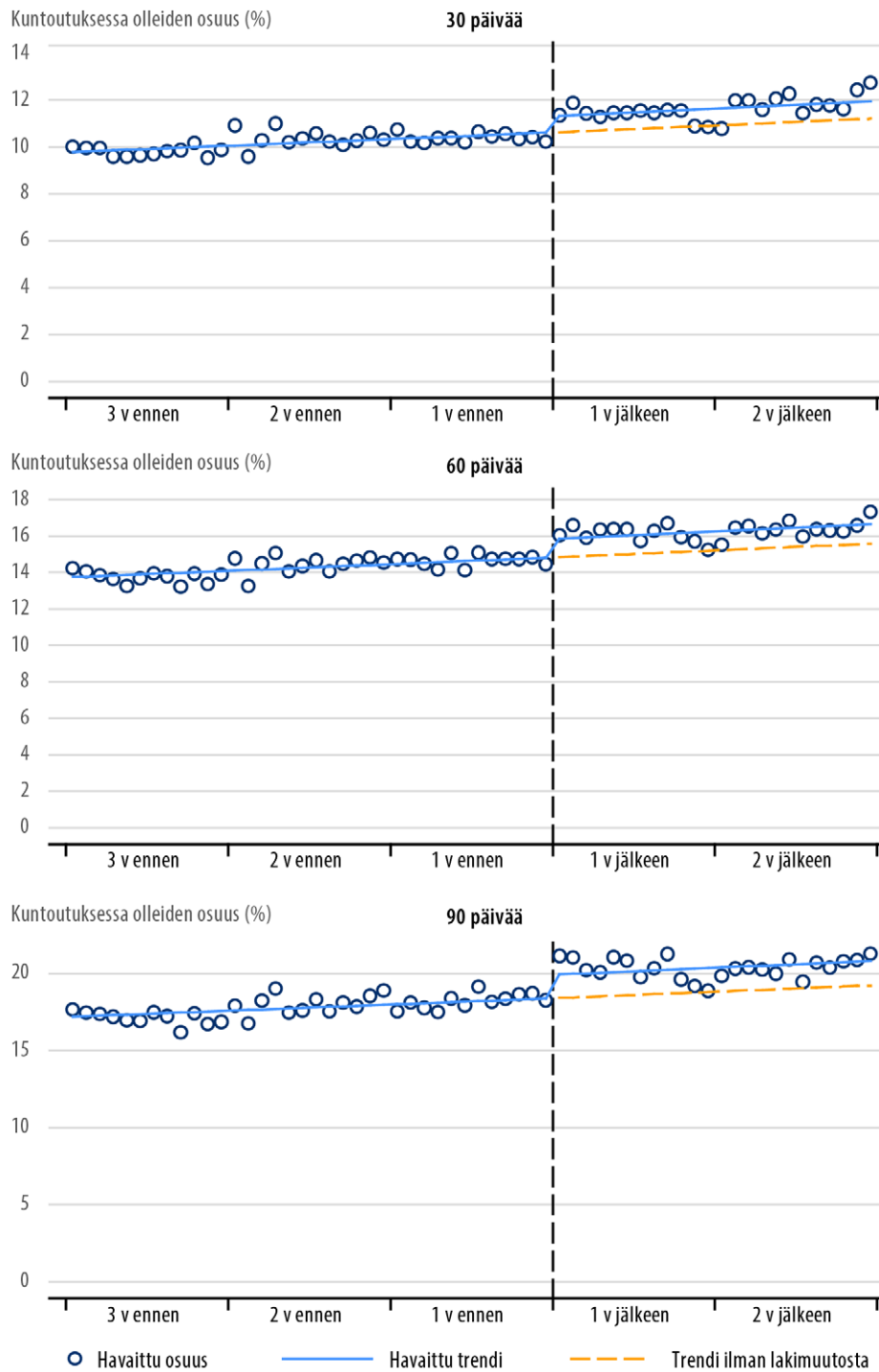
Kuvioon piirretty yhtenäinen viiva kuvaa tilastolliseen malliin perustuvaa sairauspäivärahauden kestoa. Katkoviiva puolestaan kuvaa lakimuutosta edeltäneen kolmen vuoden kehitykseen perustuvaa ennustetta lakimuutoksen jälkeiselle ajalle, jos lakimuutosta ei olisi tapahtunut. Yhtenäinen viiva ja katkoviiva eivät juuri poikkea toisistaan, mikä kertoo, ettei lakimuutoksella ollut vaikutusta poissaolon keston. Tilastollisen mallin mukaan 30 korvauspäivää ylittäneillä poissaolopäivien määrä väheni lakimuutoksen jälkeen keskimäärin 1,2 päivällä. Muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevää ($p=0,19$). Myöskään 60 ja 90 maksupäivää ylittäneillä ei nähty muutosta sairauspoissaolon kestossa lakimuutoksen jälkeen.

Kuviossa 24 on esitetty kuntoutukseen osallistumisen muutos lakimuutoksen tullessa voimaan. Mukaan on laskettu kaikki aineistossa oleva Kelan tai työeläkelaitosten korvaama kuntoutus, eli Kelan järjestämistä vastuulla oleva kuntoutus, muu kuntoutus, josta Kela maksaa kuntoutusrahaa, sekä työeläkekuntoutus. Kuntoutukseen osallistumista seurattiin sairauspäivärahauden alusta lähtien aina siihen saakka kunnes 30, 60 tai 90 päivän tarkistuspisteen ohittamisesta oli kulunut yksi vuosi.

Ajan myötä kuntoutukseen osallistuneiden määrä kasvoi. Lakimuutoksen kohdalla havaittu kausivakioitu trendi ja lakimuutosta edeltäneen kehityksen perusteella laskettu hypoteettinen trendi erkanivat toisistaan. Havaittu trendi on hypoteettista trendiä selvästi korkeammalla, eli kuntoutukseen osallistuminen lisääntyi lakimuutoksen voimaantumisen jälkeen. Mallin tulosten mukaan 30 sairauspäivärahapäivän kertymän ylittäneillä kuntoutukseen osallistuminen lisääntyi lakimuutoksen voimaantumisen jälkeen 6,5 prosenttia 60 päivän kertymän ylittäneillä 6,8 prosenttia ja 90 päivän kertymän ylittäneillä 8,1 prosenttia.

Kuntoutuksen osallistumisen muutosta tarkasteltiin myös kuntoutusmuodon mukaan (taulukko 9). Kaikki kuntoutusmuodot yhteen laskettuna Kelan järjestämä kuntoutus lisääntyi lakimuutoksen jälkeen noin 6–7 prosenttia. Kuntoutusmuodoittain tarkasteltuna muutos oli tilastollisesti merkitsevää harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa ja ammatillisessa kuntoutuksessa 60 ja 90 maksupäivän kertymän ylittäneillä. Myös lääkinnällinen kuntoutus näytti hieman lisääntyvän, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevää, mihin vaikuttaa lääkinnällisen kuntoutuksen harvinaisuus tarkasteltavassa joukossa (kts. luku 4.2.1). Kuntoutuspsykoterapiassa muutos oli vähäistä. Työeläkekuntoutus sen sijaan lisääntyi lakimuutoksen seurauksena selvästi.

Kuvio 24. Kuntoutukseen osallistuminen vuoden sisällä 30, 60 tai 90 maksupäivän ylittymisestä niillä, joilla alkoi kyseisen sairauspäivärahopäivien kertymän ylittänyt sairauspäiväraha-kausi korkeintaan kolme vuotta ennen lakimuutosta tai kaksi vuotta lakimuutoksen jälkeen.



Taulukko 9. Kuntoutukseen osallistumisen muutos lakimuutoksen voimaantulon jälkeen 30, 60 ja 90 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä. Kuntoutukseen osallistuneiden osuuden muutos vuoden sisällä kertymäpisteen ohittamisen prosentteina lakimuutosta edeltäneeseen tasoon verrattuna. ^a

Kuntoutusmuoto	Kertymä >30 pv	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv
Kaikki kuntoutus	6,5 ***	6,8 ***	8,1 ***
Kelan kuntoutus	6,0 ***	6,0 **	7,1 ***
Ammatillinen kuntoutus	5,8	8,2 *	9,3 *
Lääkinnällinen kuntoutus	5,2	5,5	8,6
Harkinnanvarainen kuntoutus	7,4 **	6,1 *	6,6 *
Kuntoutuspsykoterapia	1,5	3,9	5,4
Työeläkekuntoutus	11,1 **	10,9 **	12,8 ***

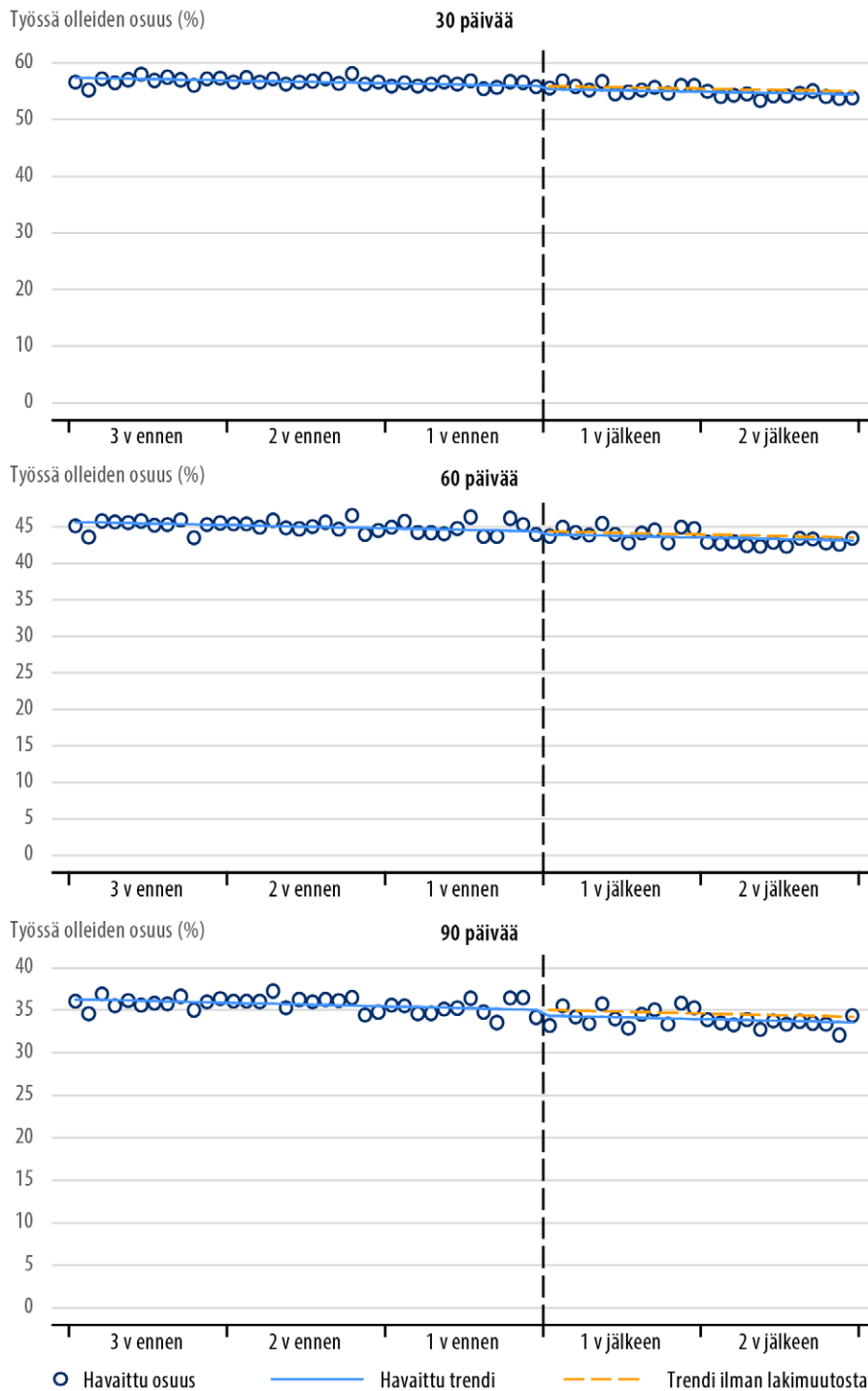
^a Tilastollinen merkitsevyys: *** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05.

Kuntoutus näyttää lisääntyneen lakimuutoksen seurauksena hieman sitä enemmän, mitä suuremman kertymäpisteen henkilö oli ohittanut. On kuitenkin huomattava, ettei kuntoutukseen osallistumisen lisääntymistä voida tulkita pelkästään kyseisen kertymäpisteen ohittamisen aikaansaamaksi muutokseksi, vaan esimerkiksi 90 päivän kertymäpisteen ohittaneet ovat hieman aikaisemmin ohittaneet myös 30 ja 60 päivän kertymäpisteet ja siten näihin kohtiin liittyvät uudet säännökset ovat myös voineet myötävaikuttaa kuntoutuksen lisääntymiseen. Toisaalta suuri osa esimerkiksi 30 päivän tarkistuspisteen ohittaneista ohitti hieman myöhemmin myös 60 ja 90 päivän tarkistuspisteen, joten 60 ja 90 päivän kohdalle tulleet uudet tarkistuspisteet vaikuttavat osin myös 30 päivää ylittäneiden ryhmään.

Kuntoutuksen lisäksi tarkasteltiin lakimuutoksen vaikutusta myös työssä ja muissa vaihtoehtoisissa työmarkkinatiloissa olemiseen. Kuviossa 25 on esitetty työssä olleiden osuus kolme vuotta ennen lakimuutosta ja kaksi vuotta lakimuutoksen jälkeen sairauspäivärahauden aloittaneilla. Työssäoloa mitattiin vuoden kuluttua 30, 60 ja 90 sairauspäivärahopäivän täyttymisestä. Työssä olleiden osuudessa ei havaittu merkittävää muutosta minkään tarkistuspisteen kohdalla lakimuutoksen jälkeen.

Muita työmarkkinatiloja tarkasteltaessa havaittiin, että vuoden kuluttua kertymäpisteen ohittamisesta sairauspäivärahalla olleiden osuus jonkin verran lisääntyi (taulukko 10). Työttömänä, työkyvyttömyyseläkkeellä tai ”muussa työmarkkinatilassa” olemisen muutokset olivat marginaalisia eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kuvio 25. Työssäolo vuoden kuluttua 30, 60 tai 90 maksupäivän ylittymisestä niillä, joilla alkoi kyseisen sairauspäivärahopäivien kertymän ylittänyt sairauspäiväraha-kausi korkeintaan kolme vuotta ennen lakimuutosta tai kaksi vuotta lakimuutoksen jälkeen.



Taulukko 10. Eri työmarkkinatiloissa olemisen muutos lakimuutoksen voimaantulon jälkeen 30, 60 ja 90 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä. Eri työmarkkinatiloihin vuoden kuluttua kertymäpisteen ohittamisesta kuuluneiden osuuden muutos prosentteina lakimuutosta edeltäneeseen tasoon verrattuna. ^a

Työmarkkinatila	Kertymä >30 pv	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv
Työssä	-0,9	-1,0	-2,0
Työttömänä	1,0	0,4	-1,2
Sairauspäivärahalla	5,0 *	4,7	8,9 *
Työkyvyttömyyseläkkeellä	0,1	0,0	0,3
Muussa tilassa	-0,2	0,7	3,4

^a Tilastollinen merkitsevyys: *** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05.

4.6.2 Lakimuutoksen vaikutukset sairauspäivärahaikauden alussa työssä ja työn ulkopuolella olleilla

Käytännössä 30 ja 90 päivän tarkistuspisteitä koskevat säännökset koskevat vain työssä olevia. 90 päivän tarkistuspisteen säännös on lisäksi eksplisiittisesti rajattu vain työntekijäasemassa oleviin. Tarkistuspisteiden lisäämisen vaikutusten voidaan muutenkin ajatella olevan erilaisia työssä olevilla ja työn ulkopuolella olevilla. Tämän takia tarkistuspisteiden lisäämisen vaikutuksia tarkasteltiin myös erikseen niillä, jotka olivat työssä tai työn ulkopuolella sairauspäivärahaikauden alkamista edeltävänä päivänä. Ennen sairauspäivärahaikauden alkua 78 prosenttia 30 päivän kertymän ylittäneistä oli työssä olevia. Sairauspäivärahaikauden pidentyessä aiemmin työssä olleiden osuus laski, ollen 69 prosenttia 90 päivän kertymän ylittäneillä.

Suhteessa lakimuutosta edeltäneeseen tasoon, lakimuutoksen voimaantulon jälkeen kuntoutus näytti kaiken kaikkiaan lisääntyvän hieman enemmän ennen sairauspäivärahaikauden alkua työssä olleilla kuin työn ulkopuolella olleilla (taulukko 11). Tämä koski sekä Kelan kuntoutusta että työeläkekuntoutusta. Kelan järjestämän kuntoutuksen lisääntymisessä työssä ja työn ulkopuolella olleilla oli kuitenkin vaihtelua kuntoutusmuodon mukaan. Kelan ammatillinen kuntoutus lisääntyi selvästi niillä, jotka olivat työssä ennen sairauspäivärahaikauden alkua. Harkinnanvarainen kuntoutus sen sijaan lisääntyi työn ulkopuolella olleilla. Lääkinnällisessä kuntoutuksessa havaittiin korkeita kasvuprosentteja työn ulkopuolella olleilla kaikkien kertymäpisteiden ohittamisen jälkeen, mutta muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Kuntoutuspsykoterapia ei

lisääntynyt lakimuutoksen seurauksena kummassakaan ryhmässä. Työeläkekuntoutuksessa lakimuutoksen jälkeinen muutos oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan niillä, jotka olivat työssä ennen sairauspäivärahaikauden alkua, mutta myös työn ulkopuolella olleilla oli viitteitä kuntoutuksen lisääntymisestä lakimuutoksen jälkeen. Vaikka työeläkekuntoutus on tarkoitettu työelämään kiinnittyneille, mitattiin työssäoloa tässä sairauspäivärahaikauden alkua edeltäneeltä päivältä, joten työhön kiinnittymisen ehto voi helposti täytyä kummassakin osaryhmässä.

Taulukko 11. Kuntoutukseen osallistumisen muutos lakimuutoksen voimaantulon jälkeen 30, 60 tai 90 sairauspäivärahaikautta ylittäneillä jaoteltuna ennen sairauspäivärahaikauden alkua työssä ja työn ulkopuolella olleisiin. Kuntoutukseen osallistuneiden osuuden muutos vuoden sisällä kertymäpisteen ohittamisen prosentteina lakimuutosta edeltäneeseen tasoon verrattuna. ^a

Kuntoutusmuoto	Kertymä >30 pv	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv
TYÖSSÄ OLLEET			
Kaikki kuntoutus	8,3 ***	7,3 ***	9,6 ***
Kelan kuntoutus	7,8 ***	6,3 **	8,7 ***
Ammatillinen kuntoutus	22,3 ***	24,0 ***	30,5 **
Lääkinnällinen kuntoutus	-0,8	-1,9	-1,9
Harkinnanvarainen kuntoutus	5,9 *	3,5	4,7
Kuntoutuspsykoterapia	4,3	3,8	7,4
Työeläkekuntoutus	9,9 *	8,9 *	10,0 **
EI TYÖSSÄ OLLEET			
Kaikki kuntoutus	5,1	7,3 *	5,0
Kelan kuntoutus	6,7 *	9,0 **	6,4
Ammatillinen kuntoutus	1,0	3,7	1,9
Lääkinnällinen kuntoutus	24,0	25,7	33,6
Harkinnanvarainen kuntoutus	14,9 *	15,3 **	11,4 *
Kuntoutuspsykoterapia	-0,1	8,1	3,3
Työeläkekuntoutus	8,5	8,4	12,9

^a Tilastollinen merkitsevyys: *** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05.

Työssä oleminen vuoden kuluttua tarkistuspisteen ohittamisesta väheni hieman niillä, jotka olivat työssä ennen sairauspäivärahauden alkua (taulukko 12). Sen sijaan työttömänä oleminen lisääntyi. Myös työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen lisääntyi ennen sairauspäivärahauden alkua työssä olleilla, erityisesti 30 päivän kertymän ohittaneilla. Niillä, jotka olivat ennen sairauspäivärahauden alkua työn ulkopuolella, muutokset työmarkkinatiloissa olivat vähäisiä. Työssäolo väheni tilastollisesti merkitsevästi 60 päivän kertymän ohittaneilla. Muussa tilassa kuin työssä, työttömänä, sairauspäivärahalla tai työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen puolestaan lisääntyi kaikkien kertymäpisteiden ohittamisen jälkeen.

Taulukko 12. Eri työmarkkinatilojen muutos lakimuutoksen voimaantulon jälkeen 30, 60 tai 90 sairauspäivärahapäivää ylittäneillä jaoteltuna sairauspäivärahauden alussa työssä ja työn ulkopuolella olleisiin. Eri työmarkkinatiloihin vuoden kuluttua kertymäpisteen ohittamisesta kuuluneiden osuuden muutos prosentteina verrattuna lakimuutosta edeltävään aikaan. ^a

Työmarkkinatila	Kertymä >30 pv	Kertymä >60 pv	Kertymä >90 pv
TYÖSSÄ OLLEET			
Työssä	-2,6 **	-2,9 ***	-4,5 ***
Työttömänä	13,1 ***	10,4 ***	8,8 **
Sairauspäivärahalla	4,3	5,6	8,2
Työkyvyttömyyseläkkeellä	5,7 ***	3,6 *	2,6
Muussa tilassa	-0,2	-1,6	3,1
EI TYÖSSÄ OLLEET			
Työssä	-4,9	-8,0 *	-6,1
Työttömänä	-0,7	-1,0	-3,3
Sairauspäivärahalla	7,0	-2,1	5,2
Työkyvyttömyyseläkkeellä	-3,1	-1,5	-0,4
Muussa tilassa	5,0 *	7,5 **	6,5 *

^a Tilastollinen merkitsevyys: *** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05.

5 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, missä määrin sairauspäivärahaa vähintään 60, 90, 150 tai 230 päivää saaneet henkilöt olivat osallistuneet kuntoutukseen ja miten yksilön sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät olivat yhteydessä kuntoutukseen osallistumiseen. Lisäksi tutkittiin, millaisia olivat työmarkkinapolut eripituisten päivärahapäiväkertymien jälkeen sekä miten kuntoutukseen osallistuminen ja yksilöä kuvaavat taustatekijät olivat yhteydessä myöhempään työmarkkinatilaan. Tutkimus tuotti myös uutta tietoa siitä, vaikuttivatko kuntoutukseen osallistumiseen ja työmarkkinasiirtymiin vuoden 2012 lakimuutokset (niin sanottu 30–60–90-sääntö), joiden tavoitteena oli tehostaa kuntoutustarpeen selvittämistä ja työkyvyn varhaista tukea sairauspäivärahauden aikana.

Tutkimuksen taustana ovat sairauspoissaolojen pitkittymisen seurantaan säädetyt tarkistuspisteet, joiden kohdalla muun muassa selvitetään asiakkaan kuntoutustarvetta ja työhön paluun mahdollisuuksia. Sairausvakuutuslaissa ja työterveyshuoltolaissa on nykyisin työkyvyttömyyden pitkittymisen seurantaan, sairauspäivärahan hakuaikaan, kuntoutustarpeen selvittämiseen ja työhön paluun tukemiseen liittyviä säännöksiä 30 työkyvyttömyyspäivän, kahden kuukauden eli noin 60 kalenteripäivän sekä 60, 90, 150 ja 230 sairauspäivärahapäivän kertymien kohdalla (ks. luku 2.1.1). Tämä tutkimus perustui vuosilta 2008–2019 kerättyihin rekisteriaineistoihin. Uusimmat tarkistuspisteet 150 ja 230 sairauspäivärahapäivän kohdalle tulivat voimaan vasta vuonna 2022. Myös nämä uusimmat tarkistuspisteet olivat tutkimuksessa mukana, vaikka ne eivät olleet tutkimusajankohdalla vielä voimassa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää uusien tarkistuspisteiden toimivuuden myöhemmässä seurannassa.

Tutkimuksen keskeiset tulokset on tiivistetty taulukkoon 13, ja niiden merkitystä pohditaan jäljempänä.

Taulukko 13. Tutkimuksen keskeiset tulokset.

Teema	Keskeiset tulokset
Eripituisia sairauspäiväraahaker-tymiä ylittä-neet	<ul style="list-style-type: none"> • Vuonna 2014 alkaneista sairauspäiväraha-kausista runsas neljäsosa ylitti 60 maksupäivää, viidesosa 90 maksupäivää, seitsemäsosa 150 maksupäivää ja kymmenesosa 230 maksupäivää sairauspäivärahan enimmäisajan eli noin kahden vuoden aikana. Kahdella kolmasosalla edellä mainittuja kertymiä ylittäneistä sairauspäiväraha-kausi koostui yhdestä yhtenäisestä jaksosta. • Mitä enemmän sairauspäivärahopäiviä henkilölle kertyi, sitä todennäköisemmin hänellä oli matala sosioekonominen asema, vähän ansiotyöpäiviä ja paljon työttömyys-päiviä sairauspäiväraha-kauden alkamista edeltäneiden 12 kuukauden aikana.
Kuntoutuksen osallistuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Vuonna 2014 sairauspäiväraha-kauden aloittaneista 5 % osallistui Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen päiväraha-kauden alkamisen ja 60. sairauspäivärahopäivän välillä. 90. sairauspäivärahopäivään mennessä kuntoutukseen osallistuneita oli 7 %, 150. päivään mennessä 10 % ja 230. päivään mennessä 15 %. • Kuntoutukseen osallistuneiden kumulatiivinen osuus kasvoi 60, 90, 150 tai 230 päivärahopäivää ylittäneillä vähitellen kertymäpisteen täyttymisen jälkeen. Esimerkiksi 60 päivärahopäivää ylittäneillä kuntoutukseen osallistuneiden osuus kasvoi 12 kuukauden seurannassa 5 %:sta 17 %:iin. • Kuntoutukseen osallistuneiden osuus kasvoi myös kalenteriajassa: kuntoutuksessa olleiden kumulatiiviset osuudet olivat sitä suurempia, mitä myöhäisempänä vuotena sairauspäivärahakertymä oli alkanut. • Kelan kuntoutukseen osallistuminen oli kaikkiaan yleisempää kuin työeläkekuntoutukseen osallistuminen. Työeläkekuntoutukseen osallistuminen oli tutkimusväestössä kuitenkin yleisempää kuin Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen. Työeläkekuntoutus alkoi keskimäärin myöhemmin kuin Kelan kuntoutus. • Kuntoutuksen mittaamistapa vaikutti olennaisesti kuntoutukseen osallistumisen yleisyydestä saatavaan kuvaan. Kun Kelan ja työeläkelaitosten korvaaman kuntoutuksen lisäksi huomioitiin myös julkisen sote-palvelusektorin järjestämä kuntoutus sekä yksityinen ja työterveyshuollon järjestämä fysioterapia, kuntoutukseen osallistuneiden osuus 60. sairauspäivärahopäivään mennessä oli Oulun väestössä 35 %. Vain Kelan ja työeläkelaitosten korvaama kuntoutus huomioituna kuntoutukseen osallistuneiden osuus oli oululaisilla 9 %. • Kelan kuntoutukseen osallistumiseen olivat yhteydessä muun muassa naissukupuoli, nuorempi ikä, edeltävän ansiotyön vähäisyys sekä mielenterveyden häiriö sairauspäiväraha-kauden diagnoosina. Työeläkekuntoutukseen osallistuivat todennäköisimmin 25–54-vuotiaat ja koko sairauspäiväraha-kaudesta edeltävän vuoden ansiotyössä olleet. Tulokset heijastelevat Kelan ja työeläkekuntoutuksen kohderyhmien ja myöntökriteerien eroja. Kun kuntoutukseksi laskettiin myös eri sektoreiden järjestämä fysioterapia sekä muu julkisen sote-sektorin kuntoutus, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella sairauspäivärahaa saaneet osallistuivat muita todennäköisemmin kuntoutukseen.

(Jatkuu seuraavalla sivulla)

Teema	Keskeiset tulokset
Työmarkkinatilat eripituisten sairauspäivärahakertymien jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> Mitä enemmän sairauspäivärahopäiviä oli kertynyt, sitä epätodennäköisemmin sairauspäivärahakauden jälkeen palattiin ansiotyöhön ja sitä todennäköisemmin siirryttiin kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle. 230 päivärahopäivää ylittäneistä vain joka yhdeksäs oli vuoden kuluttua ansiotyössä ja lähes puolet kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Niistä, jotka seurannan lopussa olivat ansiotyössä, suurin osa ei siirtynyt suoraan sairauspäivärahakaudelta ansiotyöhön, vaan reitit olivat monivaiheisia. Nuorempi ikä ja korkeampi sosioekonominen asema sekä vahva ansiotyöhön kiinnittyneisyys sairauspäivärahakautta edeltävällä ajalla ennustivat ansiotyössä oloa pitkän sairauspäivärahakauden jälkeen. Mielenterveyden häiriön perusteella sairauspäivärahaa saaneet olivat muita epätodennäköisemmin ansiotyössä sairauspäivärahakauden jälkeen. Sairauspäivärahakauden alkamisen jälkeen kuntoutukseen osallistuneilla oli osallistumattomia pienempi todennäköisyys olla myöhemmin ansiotyössä.
Vuoden 2012 lakimuutosten vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> Vuonna 2012 voimaantulleella 30–60–90-säännöllä oli kuntoutukseen osallistumista lisäävä vaikutus. Lakimuutos ei lisännyt työhön osallistumista eikä vaikuttanut sairauspäivärahakauden pituuteen. Lakimuutoksen myötä sairauspäivärahalla oleminen kuitenkin lisääntyi, kun työmarkkinatilaa mitattiin vuoden kuluttua tarkistuspisteestä eteenpäin. Sairauspäivärahakauden alkaessa työssä olleilla lakimuutos lisäsi työeläkekuntoutukseen ja Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistumista. Työn ulkopuolella olleilla lakimuutos lisäsi erityisesti Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistumista. Sairauspäivärahakauden alkaessa työssä olleilla työssä oleminen vuoden kuluttua tarkistuspisteen täyttymistä vähentyi lakimuutoksen myötä ja työttömänä tai työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen lisääntyi.

5.1 Eripituisia sairauspäivärahakertymiä ylittäneet

Vuosina 2011–2017 uuden sairauspäivärahakauden aloittaneista runsaalla neljänneksellä – vajaalla kolmanneksella kertyi vähintään 60 sairauspäivärahan maksupäivää samalla enimmäisajalla eli kahden vuoden ajalla, jolta päivärahopäivien kertymää lasketaan yhteen. Noin kymmenesosalla sairauspäivärahakauden aloittaneista puolestaan ylittyi 230 maksupäivää. Tietyn tarkistuspisteen ylittäneet ylittivät todennäköisesti myös myöhempiä tarkistuspisteitä. Esimerkiksi vuonna 2014 uuden sairauspäiväraha-

kauden aloittaneista ja 60 päivärahopäivää ylittäneistä 73 prosenttia ylitti myös 90 päivärahopäivää, 90 päivärahopäivää ylittäneistä 70 prosenttia ylitti myös 150 päivärahopäivää, ja 150 päivärahopäivää ylittäneistä 73 prosenttia ylitti myös 230 maksupäivää. Jo aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että pitkät sairauspäivärahakaudet ennustavat myöhempää sairauspäivärahakausia ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä mm. Alexanderson ym. 2012; Kivimäki ym. 2007; Koopmans ym. 2008a, 2008b; Laaksonen ym. 2014, 2016a, 2016b; Perhoniemi ym. 2020a; Roelen ym. 2011; Salonen ym. 2018). Päivärahakausien pitkittymistä tulee siksi pyrkiä ehkäisemään. Toisaalta osalla henkilöistä kausien pitkittyminen johtuu vakavista työkykyongelmista ja työkyvyttömyyden pysyvyydestä, jolloin pitkän sairauspoissaolon voidaan arvioida olevan tarpeellinen, eikä esimerkiksi ansiotyöhön siirtyminen ole mahdollista.

Sairauspäivärahopäivien tarkistuspisteiden tausta-ajatuksena on kuntoutustarpeen selvittäminen, oikea-aikainen kuntoutukseen ohjaaminen ja työhön paluun tukeminen (HE 75/2011; HE 152/2021; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten mukaan varsin suuri osa pitkiä sairauspäivärahakertymiä ylittäneistä ei ole työhön kiinnittyneitä edes ennen sairauspäivärahakautta. Vain puolet niistä henkilöistä, jotka ylittivät 230 sairauspäivärahopäivää, oli ansiotyössä koko sairauspäivärahakauden alkua edeltävän vuoden. Viidennes oli ansiotyössä alle vuoden ja neljännes ei ollut ansiotyössä lainkaan.

Monet työkyvyn tukitoimet perustuvat työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyöhön. Myös lainsäädännössä sairauspäivärahakausien tarkistuspisteisiin liittyvistä toimista valtaosa liittyy työssä olevien tukemiseen. Työn ulkopuolelta sairauspäivärahakauden aloittaneet ovat työkyvyn seurannan ja tuen järjestelmissä osittain väliinputoajia. Työttömillä sairauspäivärahakausien onkin havaittu olevan pidempiä kuin palkansaajilla (Blomgren & Jäppinen 2021). Heidän päivärahakautensa saattavat pitkittyä osin siitä syystä, ettei työkyvyn tukitoimia ole tarjolla samalla tapaa kuin työterveyshuollossa. Voi olla myös hankalaa estää työkyvyttömyyden pitkittymistä, jos sairauspäivärahopäiviä on kertynyt paljon eikä työelämään ole ollut kontaktia ennen päivärahakauden alkamistakaan. Toisaalta työttömyystaustaiset työkyvyttömät voivat jäädä kokonaan sairauspäivärahaetuuteen kytkeytyvien seurantajärjestelmien ulkopuolelle, jos he eivät lainkaan hae sairauspäivärahaa. Sairauspäiväraha saatetaan jättää hakematta esimerkiksi tilanteessa, jossa siihen ei koeta olevan taloudellista tarvetta, kun toimeentulo jo järjestyy työttömyysetuuden kautta. Tämä tutkimuksemme ei kuitenkaan arvioinut sairauspäivärahaa käyttämättömien ryhmien erityistilanteita.

Erillinen keskustelunsa on se, ovatko yksittäiset sairauspoissaolajaksot aina optimaalisen pituisia. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitavilla lääkäreillä on hankaluuksia arvioida, mikä olisi potilaan tilanteeseen sopiva poissaolon kesto (Hinkka ym. 2019; Löfgren ym. 2007). Lääkäreillä voi myös olla esimerkiksi potilaskuorman tai

lääkäripalveluiden hankalan saavutettavuuden vuoksi paineita kirjoittaa kerralla pidempiä poissaolojaksoja kuin mikä olisi potilaan työkyvyn tiheän seurannan kannalta optimaalista. Lääkärintodistusten ja -lausuntojen kirjoittamisen käytäntöjen tiedetäänkin vaihtelevan sekä alueellisesti että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä (Kankaanpää ym. 2012).

5.2 Kuntoutukseen osallistuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Vuonna 2014 sairauspäivärahakauden aloittaneista viisi prosenttia oli osallistunut Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen 60. sairauspäivärahapäivään mennessä, seitsemän prosenttia 90. päivärahapäivään mennessä, kymmenen prosenttia 150. päivärahapäivään mennessä ja 15 prosenttia 230. päivärahapäivään mennessä. Kuntoutukseen osallistuneiden osuus kasvoi melko tasaisesti 12 kuukauden aikana seurattaessa henkilöitä aina kunkin sairauspäivärahakertymän täyttymisestä eteenpäin.

Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistuneiden osuuksia voidaan pitää melko pieninä sen valossa, että kyse on jo varsin pitkittyneesti työkyvyttömänä olleista henkilöistä. Toisaalta on luonnollista, että etenkin sairauspäivärahakauden alkuvaiheessa ja vielä esimerkiksi 60 päivärahapäivän ylittymisen kohdalla kuntoutukseen osallistuneiden osuus ei nouse korkeaksi. Kelan velvollisuuksiin kuuluu sairausvakuutuslain mukaan selvittää henkilön kuntoutustarve viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 60 päivältä. Suurella osalla henkilöistä ei tässä kohden ole kuntoutustarvetta, esimerkiksi jos henkilö on jo palaamassa sairauspäivärahakaudelta työelämään. Henkilöllä voi myös olla toimiva, työkykyä ylläpitävä hoitosuhde muualla terveydenhuollossa, jolloin Kelan tai työeläkelaitosten järjestämä kuntoutus ei ole henkilön tilanteessa välttämättä ajankohtaista tai tarpeellista.

Kuntoutukseen ohjaamiseen ja hakeutumiseen liittyvät prosessit aiheuttavat erilaista viivettä kuntoutuksen alkamiseen. Asiakkaan kuntoutustarvetta arvioi Kelassa sairauspäivärahan etuuskäsittelijä, tarvittaessa yhteistyössä asiantuntijalääkärin ja kuntoutuksen asiantuntijan kanssa. Arviointi tapahtuu ensisijaisesti asiakkaan hoitavan lääkärin laatiman B-lausunnon perusteella, mutta arvioissa voidaan hyödyntää myös muita Kelassa jo olevia tietoja, ja asiakkaalta voidaan myös pyytää lisätietoja. Kun kuntoutustarve on havaittu Kelassa, Kela tiedottaa sairauspäivärahalla olevaa kuntoutusmahdollisuuksista. Tarvittaessa sairauspäivärahaa hakevan kanssa voidaan käydä työkykykeskustelu. Työkykykeskustelu on puhelu, jonka Kelan sairauspäivärahan

etuuskäsittelijä soittaa tarvittaessa asiakkaalle saadakseen lisätietoa asiakkaan kuntoutustarpeen arviota varten sekä neuvoakseen asiakasta kuntoutukseen, hoitoon ja etuuksien hakemiseen liittyvissä asioissa. (Häkämies 2021; Kela 2023c.)

Kuntoutustarpeen havaitsemisen jälkeen sopivaa kuntoutusmuotoa täytyy etsiä, kuntoutusta hakea ja kuntoutushakemus käsitellä. Kuntoutuksen myöntöpäätöksen jälkeen henkilön tulee vielä osallistua kuntoutukseen ennen kuin hän näkyy rekisterissä kuntoutuspalvelun saajana. Lisäksi viivettä kuntoutuksen alkamiseen voi aiheuttaa se, että kuntoutuksen ei aina todeta olevan oikea-aikaista vielä 60. päivärahopäivän kohdalla vaan sen arvioidaan hyödyttävän sairauspäivärahalla olevaa paremmin vasta myöhemmässä vaiheessa. Välttämättä henkilö ei ole vielä sairauspäivärahakauden alkuvaiheessa riittävän terve osallistuakseen kuntoutukseen, vaan hänet ohjataan kuntoutukseen vasta toimintakyvyn kohennuttua. Voi riippua myös sairauspäivärahakauden perusteena olevasta sairaudesta, milloin kuntoutuksen voidaan katsoa olevan oikea-aikaista. Kaikkiaan kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen oikea-aikaisuuden tarkinta on monimutkaista. Ei ole helppoa arvioida, milloin kuntoutus on siitä saatavien hyötyjen näkökulmasta liian aikaista ja milloin toisaalta liian myöhäistä (vrt. Liukko 2020).

Emme pysty tutkimusaineiston perusteella arvioimaan, olisiko havaittua useammalla henkilöllä ollut kuntoutustarvetta ja olisiko kuntoutukseen osallistuminen hyödyttänyt niitä henkilöitä, jotka jäivät kuntoutuksen ulkopuolelle. Lisäksi on huomattava, että käytettävissä ollut rekisteriaineisto kertoo ainoastaan kuntoutukseen osallistumisesta. Aineisto ei kerro esimerkiksi siitä, missä määrin henkilöitä oli ohjattu kuntoutukseen mutta he eivät syystä tai toisesta olleet sinne hakeutuneet. Kuntoutukseen tai muuhun tarkoituksenmukaiseksi katsottuun palveluun osallistuminen on nykyjärjestelmässä sairauspäivärahakauden aloittaneille täysin vapaaehtoista (Sosiaaliturvakomitea 2023). Aineistossa ei myöskään ollut tietoa kuntoutuksen hylkäyspäätöksistä.

Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistuminen kasvoi hieman vuosi vuodelta, kun myöhempinä vuosina sairauspäivärahakauden aloittaneita verrattiin aikaisempina vuosina aloittaneisiin. Esimerkiksi vuonna 2017 päivärahakauden aloittaneista 17 prosenttia oli osallistunut kuntoutukseen 230 päivärahopäivään mennessä, kun vuonna 2014 aloittaneista vastaava osuus oli 15 prosenttia. Työkykyongelmiin puuttumisen näkökulmasta kuntoutukseen osallistumisen yleistymistä voidaan pitää positiivisena. Sairauspäivärahalla olleiden kuntoutustarve on saatettu vuosi vuodelta havaita paremmin, heitä on saatettu ohjata kuntoutukseen aiempaa tehokkaammin ja pääsy tarvittavien kuntoutuspalveluiden piiriin on voinut parantua. Kuntoutus on yleisemminkin lisääntynyt: Kelan tilastojen mukaan Kelan korvaamassa kuntoutuksessa olleiden määrät ovat lähes kaksinkertaistuneet vuosien 2012 ja 2022 välillä. Kasvu johtuu käytännössä siitä, että mielenterveyskuntoutujien määrä on aikavälillä 2012–2022 lähes kolminkertaistunut (Kela 2023a, 2023b). Osatekijänä kasvussa voi

olla se, että Kela on korvannut kuntoutuspsykoterapiaa lakisääteisesti vuodesta 2011 alkaen, ja ilman tätä muutosta kasvu olisi saattanut olla heikompa. Toisaalta myös Kelan ammatillista kuntoutusta tai vaativaa lääkinällistä kuntoutusta mielenterveyden häiriöiden perusteella saaneiden määrät ovat samalla aikavälillä selvästi kasvaneet (Kela 2023a, 2023b). Tässä tutkimuksessa emme kuitenkaan tarkastelleet kuntoutusta tarkemmin kuntoutuksen perusteena olleen sairauden mukaan. Myös työeläkekuntoutujien määrä on pidemmällä aikavälillä voimakkaasti kasvanut (Eläketurvakeskus 2023b).

Kelan järjestämä kuntoutus oli pitkillä sairauspäivärahakausilla olleilla yleisempää kuin työeläkekuntoutus. Työeläkekuntoutus oli kuitenkin yleisempää kuin Kelan ammatillinen kuntoutus. Valtaosa tutkitusta sairauspäivärahakauden aloittaneesta väestöstä oli vähintään osittain kiinnittynyt työelämään ennen sairauspäivärahakautta, jolloin he olivat ensisijaisesti työeläkekuntoutuksen piirissä. Työeläkekuntoutus on työeläkelaitosten korvaamaa ammatillista kuntoutusta työelämään kiinnittyneille, ja kriteerien täytyessä (ks. luku 2.1.3) työeläkekuntoutus on ensisijainen ammatillisen kuntoutuksen muoto. Kelan ammatillinen kuntoutus on puolestaan suunnattu työelämän ulkopuolisille tai vain vähän aikaa työelämässä olleille.

Henkilöillä, joilla ylittyi 60 sairauspäivärahapäivää ja jotka olivat siitä vuoden sisällä osallistuneet kuntoutukseen, kuntoutus alkoi keskimäärin 8,5 kuukauden kuluttua sairauspäivärahakauden alusta eli noin puolen vuoden kuluttua 60. sairauspäivärahapäivän täyttymisestä. Kelan järjestämä kuntoutus alkoi keskimäärin kahdeksan kuukauden kuluttua, työeläkekuntoutus vasta keskimäärin 12 kuukauden kuluttua sairauspäivärahakauden alkamisesta. Myös Kelan ammatillinen kuntoutus ja harkinnanvarainen kuntoutus (jonka sisällä osa toimenpiteistä on ammatillista kuntoutusta) käynnistyivät keskimäärin myöhemmin kuin esimerkiksi kuntoutuspsykoterapia. Ammatillisen kuntoutuksen myöhäistä käynnistymistä voi selittää muun muassa se, että sairauspäivärahalla olevan tulee ensin olla toipunut riittävän toimintakykyiseksi pystyäkseen aloittamaan kuntoutuksen ja hyötymään siitä. Työeläkekuntoutuksen myöhäiseen alkamiseen voivat lisäksi vaikuttaa muun muassa tiedonkulun haasteet (vrt. Malmström ym. 2018). Käytännössä työeläkelaitokset saattavat saada tiedon sairauspäivärahakauden pitkittymisestä vasta siinä vaiheessa, kun Kela vahvistaa 150 sairauspäivärahapäivän jälkeen sairauspäivärahan niin sanotun ensisijaisuusajan työkyvyttömyyseläkkeen alkamisajan määrittämistä varten (L 1224/2004). Työeläkekuntoutusta voidaan myöntää kuntoutushakemuksen perusteella tai työkyvyttömyyseläkehakemuksen yhteydessä annettuna ennakkopäätöksenä. Vuodesta 2015 alkaen työeläkelaitosten on pitänyt selvittää oikeus työeläkekuntoutukseen aina ennen työkyvyttömyyseläkepääätöksen tekemistä. Tämä selvittely kuitenkin tapahtuu myöhään, käytännössä vasta sairauspäivärahakauden jo pitkittyttyä ja eläkkeen hakemisen tultua ajankohtaiseksi.

Kuntoutuksen kenttä on hyvin moninainen ja kuntoutuksen mittaaminen on haastavaa. Hoidon ja kuntoutuksen raja on muutenkin epäselvä. Kuntoutukseen osallistumisesta saatava kuva riippuu vahvasti yhtäältä käytettävissä olevasta aineistosta ja toisaalta siitä, mitä terveyspalveluiden ja muiden sektoreiden toimintoja ylipäänsä määritellään kuntoutukseksi. Kun tässä tutkimuksessa kuntoutukseksi laskettiin Oulun erillisaineistoa hyödyntäen myös julkisen sektorin, työterveyshuollon ja yksityisen sektorin järjestämä fysioterapia sekä erilaiset julkisen sektorin muut terapiat, laitospäänto ja kuntouttava työtoiminta, kuntoutukseen osallistuneiden kokonaisosuudet olivat huomattavasti korkeammat kuin jos kuntoutukseksi määriteltiin vain Kelan tai työeläkelaitosten korvaama kuntoutus. Oulun aineistokaan ei kuitenkaan sisältänyt tietoa kaikesta mahdollisesta kuntoutuksesta tai kuntoutuksen kaltaisista palveluista. Esimerkiksi tiedot julkisen sektorin ostopalveluna hankkimista terapioiden kuten psykoterapiasta eivät sisällyneet aineistoon, eikä muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluista pystytty erottamaan kuntoutusta hoidosta (Rinne & Blomgren 2020).

Kaikkiaan vaikuttaa selvältä, että ainoastaan Kelan tai työeläkelaitosten korvaama kuntoutus mittaamalla kuntoutukseen osallistuneiden kokonaismäärä aliarvioidaan, vaikka toisaalta ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden osuus saadaan Kelan ja työeläkelaitosten kuntoutuksen kautta hyvin mitattua. Toisaalta on mahdollista, että jos kuntoutukseksi määritellään laajasti esimerkiksi erilaisia terapioiden, päädytään lopulta yliarvioimaan varsinaisessa kuntoutuksessa olleiden osuutta. Siten Oulun aineistosta lasketut laajasti määritellyssä kuntoutuksessa olleiden osuudet saattavat antaa liioitellun kuvan kuntoutuksessa olleiden osuuksista. Rekisteriaineistot ovat lähemmäs täydellisiä. Vaikka aineistot olisivat kattavia, ei ole yksiselitteisesti helppoa määritellä, mikä terveydenhuollon rekistereissä näkyvä toiminta pitäisi laskea kuntoutukseksi ja mikä sairauden hoidoksi. On siten mahdollista, että sairauspäivärahan tarkistuspisteitä ylittäneet ovat saaneet täysin asianmukaista ja riittävää hoitoa ja kuntoutusta, vaikka palvelut kokonaisuudessaan eivät näkyneet käytettävissä olevissa rekisteriaineistoissa ja vaikka Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistuminen oli jäänyt vähäiseksi.

Kuntoutukseen osallistumisessa oli eroja eri taustatekijöiden mukaan. Kun Kelan ja työeläkelaitosten korvaama kuntoutus laskettiin yhteen, naisilla oli keskimäärin suurempi todennäköisyys osallistua kuntoutukseen kuin miehillä. Alle 55-vuotiailla kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys oli suurempi kuin 55 vuotta täyttäneillä. Korkeampi koulutus ja korkeampi ammattiasema olivat yhteydessä suurempaan kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyyteen, mutta toisaalta todennäköisyys oli suuri myös niillä, jotka eivät olleet ansiotyössä ennen sairauspäivärahakautta. Samoin mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneet olivat muita sairausryhmiä todennäköisemmin osallistuneet kuntoutukseen. Kuntoutukseen osallistuminen oli todennäköisempää niillä, joilla oli epäyhtenäinen sairauspäivärahakausi, ja muualla kuin Helsinki-Uudenmaan alueella tai muualla Etelä-Suomessa asuneilla.

Eri pituisia sairauspäivärahakertymiä ylittäneillä (60, 90, 150 tai 230 sairauspäiväraha-päivää) taustatekijöiden yhteydet kuntoutukseen osallistumiseen olivat pääosin varsin samanlaisia. Joitakin erojakin oli; esimerkiksi niillä, joilla eivät olleet ansiotyössä ennen sairauspäivärahakautta, kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys oli muita suurempi 60 sairauspäivärahapäivää ylittäneillä, mutta 230 päivää ylittäneillä tulos oli päinvastainen. Tulos voi kertoa muun muassa siitä, että sairauspäivärahakertymässä pitkälle ehtineistä pyrittiin kuntouttamaan aktiivisemmin niitä, joilla katsottiin olevan työelämäyhteys ja siten mahdollisuus palata ansiotyöhön.

Taustatekijöiden yhteys oli osin erilainen, kun tarkasteltiin erikseen Kelan järjestämään kuntoutukseen ja työeläkekuntoutukseen osallistumista. Kelan kuntoutukseen osallistumiseen olivat yhteydessä muun muassa naissukupuoli, nuori ikä, edeltävän ansiotyön vähäisyys sekä mielenterveyden häiriö sairauspäivärahakauden diagnosoimissa. Toisaalta Kelan kuntoutusmuotojen välilläkin oli eroja: vanhempi ikä nosti Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyyttä, muissa Kelan kuntoutusmuodoissa tulos oli päinvastainen. Korkeampi sosioekonominen asema ennusti erityisesti kuntoutuspsykoterapiaan osallistumista. Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen todennäköisyys oli sen sijaan suurin kokonaan ansiotyön ulkopuolella olleilla. Edellä mainitun kaltaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa, vaikka tutkittavia väestöjä ei niissä ole rajattu edeltävän sairauspäivärahakauden perusteella (mm. Kokkinen ym. 2022; Rinne & Blomgren 2022, 2023).

Työeläkekuntoutukseen osallistuivat todennäköisimmin 25–54-vuotiaat, alemmat toimihenkilöt tai työntekijät sekä koko sairauspäivärahakautta edeltävän vuoden ansiotyössä olleet. Havaitut taustatekijöiden yhteydet olivat samansuuntaisia kuin aiemmassa yksityisen sektorin työntekijöitä koskevassa tutkimuksessa, jossa tutkittavia ei oltu rajattu sairauspäivärahakaudella olleisiin (Laaksonen ym. 2019). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella sairauspäivärahaa saaneiden todennäköisyys osallistua työeläkekuntoutukseen ei poikennut mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneista. Ansiotyöhön kiinnittyneisyyttä kuvaavat taustamuuttajat olivat eri tavalla yhteydessä Kelan kuntoutukseen ja työeläkekuntoutukseen osallistumiseen, mikä liittyy näiden kuntoutusmuotojen eri tarkoituksiin ja kohderyhmiin: työeläkekuntoutus on tarkoitettu pidempään työelämässä olleille ja Kelan kuntoutus heikommien tai ei lainkaan työelämään kiinnittyneille.

Kelan kuntoutukseen osallistumisessa oli alueellisia eroja, joiden mukaan Länsi-Suomessa tai Pohjois- tai Itä-Suomessa asuneet osallistuivat kuntoutukseen useammin kuin Helsinki-Uudenmaan alueella tai muualla Etelä-Suomessa asuneet. Työeläkekuntoutuksessa vastaavia eroja ei havaittu. Kelan kuntoutuksen osalta alue-erot johduivat käytännössä ammatillisesta tai harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta. Alue-eroja koskevat tulokset ovat yhdenmukaisia aiemman tutkimuksen kanssa (Miettinen ym. 2023a, 2023b). Kuntoutuksen alue-eroja voivat sairastavuuden ja kuntoutustarpeen

erojen lisäksi aiheuttaa muun muassa kuntoutuspalveluiden tarjontaan, kuntoutustarpeen tunnistamiseen, kuntoutusta koskevaan tietämykseen ja kuntoutukseen hakeutumiseen liittyvät tekijät (Miettinen ym. 2023a).

Kun kuntoutukseksi laskettiin myös eri sektoreiden järjestämä fysioterapia sekä julkisen sote-sektorin muut terapiat, laitospääntoutus ja kuntouttava työtoiminta, suurin ero taustatekijöiden yhteyksissä verrattuna vain Kelan tai työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistumiseen liittyi sairauspäivärahauden perusteena olevaan sairausryhmään. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksista kärsivillä laajasti mitattuun kuntoutukseen osallistumisen ennustettu todennäköisyys oli muita sairausryhmiä suurempi. Tätä selittää se, että huomioitu kuntoutus sisälsi suurelta osin erilaisia fysioterapiaita. Tuloksia ohjaakin vahvasti se, mitä kuntoutusmuotoja analyysissä huomioidaan – jos analyysiin olisi ollut mahdollista sisällyttää myös esimerkiksi julkisen sektorin psykoterapiat ja muu mielenterveyskuntoutus, tulokset myös taustatekijöiden yhteyksistä olisivat todennäköisesti olleet erilaisia.

Kuntoutukseen osallistumiseen yhteydessä olevia taustatekijöitä tarkastelemalla voi olla mahdollista löytää niitä ryhmiä, joiden kuntoutuksen toteutumisessa saattaa olla vajetta ja joiden osallistumisesta kuntoutukseen olisi siten syytä lisätä. Tarpeettomia eroja kuntoutuspalveluiden piiriin ohjautumisessa on syytä vähentää. Haastavaksi tämän tekee kuntoutuksen ulkopuolelle jäävien vaikeasti hahmotettava tilanne. Yhtäältä niissä väestöryhmissä, joissa osallistutaan kuntoutukseen muita harvemmin, saattaa myös olla keskimääräistä enemmän henkilöitä, joiden ei eri syistä katsota tarvitsevan kuntoutusta tai hyötyvän siitä. Esimerkkinä tällaisesta ryhmästä voivat olla pitkään sairauspäivärahalta olleet henkilöt, jotka eivät ole olleet ansiotyössä ennen sairauspäivärahaa, ja joiden työhön kuntoutumisen mahdollisuudet on katsottu vähäisiksi. Toisaalta osa jää ilman toimintakykyä vahvistavaa kuntoutusta, vaikka saattaisi hyötyä siitä.

5.3 Työmarkkinatilat eripituisten sairauspäiväraha-kertymien jälkeen

Mitä enemmän yksilölle oli kertynyt sairauspäiväraha-päiviä, sitä epätodennäköisemmin hän palasi kunkin sairauspäivärahan kertymäpisteen täyttymisen jälkeisessä kahden vuoden seurannassa ansiotyöhön ja sitä todennäköisemmin hän siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Tulokset vahvistavat aikaisempaa tietämystä pitkän sairauspoissaolon yhteyksistä työkyvyttömyyden pysyvyyteen (Alexanderson ym. 2012; Kivimäki ym. 2007; Salonen ym. 2018). Tämä tutkimuksemme toi aiheesta aiempaa tietämystä syventävää systemaattista lisätietoa tarkastellen lainsäädännössä määriteltyjen sairauspäiväraha-kertymien kautta määriteltyjen ryhmien tilannetta.

Sairauspäivärahakausien jälkeiset työmarkkinapolut olivat edeltävästä sairauspäivärahakertymästä riippumatta suurella osalla monivaiheisia. Valmiiksi tiedetään, että polut voivat olla erityisen rikkonaisia niillä, joilla ei ole työsuhdetta ennen sairauspäivärahakautta. Myös pidentyneen sairauspäivärahakauden jälkeen kuntoutukseen osallistuvilla eri työmarkkinatilojen vaihtelu seuraavina vuosina on keskimäärin runsasta (Perhoniemi ym. 2023). Erityisen hankalaa vakiintuneen ja itselle oikeaksi koetun toimeentulon muodon löytäminen on silloin kun sairauspäivärahan enimmäismäärä on käytetty ja työkyvyttömyyseläkehakemus on evätty (Perhoniemi ym. 2018, 2020b). Koska sairauspäivärahapäivien enimmäismäärän täyttymisen jälkeen ei ole vuoteen oikeutta saman sairauden perusteella myönnettyyn sairauspäivärahaan, vaan välissä täytyy olla niin sanottu työkykyisaika, on osalla itsensä työkyvyttömäksi kokevilla työttömyystaustaisista myös havaittavissa vuorottelua sairauspäivärahan ja työttömyysetuuden välillä.

Myöskään niillä henkilöillä, jotka kahden vuoden kuluttua kertymän täyttymisestä olivat ansiotyössä, ansiotyöhön siirtyminen ei yleensä tapahtunut suoraviivaisesti sairauspäivärahakaudelta. Sen sijaan ansiotyökauden jälkeen saatettiin vielä palata uudestaan sairauspäivärahalle, tai ansiotyöhön siirryttiin osasairauspäivärahan, kuntoutuksen tai työttömyyden kautta. Mitä suurempi oli sairauspäivärahakertymä, sitä harvinaisempaa suoraviivainen ansiotyöhön siirtyminen oli.

Ansiotyöhön siirtymiseen eri pituisten sairauspäivärahakertymien jälkeen olivat yhteydessä muun muassa nuorempi ikä, korkeampi sosioekonominen asema sekä ansiotyössä olo ennen sairauspäivärahakauden alkamista. Kaikkiaan tulokset taustatekijöiden yhteyksistä pitkän sairauspäivärahakauden jälkeisiin työmarkkinatiloihin ovat yhteensopivat aiemman tietämyksen kanssa (esim. Madsen 2020; Perhoniemi ym. 2023). Tutkimuksessamme erityisesti ansiotyön puute sairauspäivärahakauden alkamista edeltävän vuoden aikana ennusti vahvasti sitä, ettei ansiotyössä oltu myöskään, kun työmarkkinatilaa tarkasteltiin puolen vuoden tai vuoden kuluttua kunkin sairauspäivärahakertymän täyttymisestä.

Mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneet olivat muita epätoiminnaisemmin ansiotyössä puoli vuotta ja vuosi 60 sairauspäivärahapäivän kertymän jälkeen. Mielenterveyden häiriöiden tiedetään aiheuttavan pitkiä sairauspäivärahajaksoja (Pedersen ym. 2016) ja nostavan erityisesti työkyvyttömyyseläkkeen riskiä (mm. Alexanderson ym. 2012; Kivimäki ym. 2007). On mahdollista, että yhä vaativammaksi käyneen työelämän myötä mielenterveyden häiriön kanssa on vaikeaa pärjätä työssä, vaikka häiriön vaikutus toimintakyvylle olisikin muuten saatu hyvälle tasolle. Näin saattaa olla erityisesti vanhemmilla työntekijöillä (Laaksonen ym. 2021). Mielenterveyspalvelujen saatavuus on tällä hetkellä Suomessa valtava haaste, vaikkakin osa työnantajista on viime aikoina tunnistanut haasteen ja lähtenyt tarjoamaan työntekijöilleen työterveyshuollon kautta matalamman kynnyksen palveluita, kuten lyhytterapiaa.

Kuntoutukseen osallistumattomat siirtyivät kuntoutukseen osallistuneita todennäköisemmin ansiotyöhön sairauspäivärahaikauden jälkeen. Tulos saattaa tuntua yllättävältä sen valossa, että kuntoutuksella usein tavoitellaan nimenomaan työhön paluun tukemista. Tulosta kuitenkin selittää kuntoutukseen valikoituminen: kuntoutukseen ohjataan niitä henkilöitä, joiden työkyvyttömyys on vaarassa pitkittyä ja joiden katsotaan olevan kuntoutuksen tarpeessa. Heillä on siten lähtökohtaisesti kuntoutukseen osallistumattomia suurempi työkyvyn pysyvän heikentymisen riski, mistä seuraa myös pienempi todennäköisyys palata työhön – kuntoutuksesta huolimatta. Osalle kuntoutus on voinut myös olla liian myöhäistä. Toisaalta kuntoutuksen aikana on voinut käydä selväksi, että työhön paluu ei onnistu, ja työkyvyttömyyseläkkeen hakemisen on katsottu olevan ajankohtaista.

Kuntoutukseen osallistumattomista sen sijaan suurella osalla työkyky on riittänyt suhteellisen nopeaan työllistymiseen ilman kuntoutustakin. Kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien lähtökohtaiset erot heijastuvat tämän tarkastelun tuloksiin, vaikka monimuuttujamallilla vakioitiinkin melko monipuolisesti erilaisia taustatietoja, jotka ovat yhteydessä myös kuntoutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien työkykyeroihin. Emme kuitenkaan pystyneet aineistollamme ja kuvailevalla analyysillä tavoittamaan kaikkia tekijöitä, jotka liittyvät näiden kahden ryhmän välisiin eroihin.

Kuntoutukseen osallistuneita ja osallistumattomia vertailevan tarkastelun tulokset eivät myöskään kerro mitään kuntoutuksen vaikuttavuudesta, sillä havaitsemattomat taustatekijät vaikuttavat tuloksiin. Tarkastelun perusteella saatiin kuitenkin uutta tietoa siitä, miten yleisiä myöhemmät työmarkkinatilat olivat kuntoutukseen osallistuneilla ja osallistumattomilla.

5.4 Vuoden 2012 lakimuutosten vaikutukset

Vuoden 2012 muutoksilla sairausvakuutuslakiin ja työterveyshuoltolakiin (ns. 30–60–90-sääntö; ks. luku 2.1.1) tavoiteltiin muun muassa sairauspäivärahaikausien lyhentämistä, kuntoutustarpeen tunnistamisen tehostamista, työhön paluun edistämistä sekä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisemistä. 30 päivän sääntö määrää työnantajan ilmoittamaan työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun työntekijälle on kertynyt yhtäjaksoisesti tai pidemmällä aikavälillä 30 poissaolopäivää. Uusi 60 päivän sääntö lyhensi sairauspäivärahan hakuaikaa kahteen kuukauteen, jotta Kela voisi tehokkaammin arvioida kuntoutustarvetta 60 sairauspäivärahapäivän jälkeen. 90 päivän sääntö puolestaan velvoittaa toimittamaan Kelaan työterveyshuollon lausunnon työssä jatkamisen mahdollisuuksista 90. sairauspäivärahapäivään mennessä, jotta etuuden maksu voi jatkua. Uudet säännökset koskivat 1.6.2012 jälkeen alkaneita työkyvyttömyyskausia.

Aikaisemmat tutkimukset vuoden 2012 lakimuutosten vaikutuksista ovat perustuneet kahden ajankohdan vertailuun ennen ja jälkeen lakimuutoksen, eivätkä niissä käytetyt tutkimusmenetelmät ole huomioineet mahdollisia muita samanaikaisia muutoksia (Halonen ym. 2016, 2018; Viikari-Juntura ym. 2017). Tässä tutkimuksessa hyödynsimme katkaistun aikasarja-analyysin menetelmää, jonka avulla lakimuutoksen vaikutukset on paremmin mahdollista erottaa pidemmän aikavälin muutostrendeistä. Tulosten mukaan vuoden 2012 lakimuutoksilla oli välitön kuntoutukseen osallistumista lisäävä vaikutus: muutos lisäsi kuntoutukseen osallistumista noin 7–8 prosenttia, kun mitattiin kuntoutukseen osallistumista vuoden kuluessa 30, 60 tai 90 sairauspäivärahopäivän täyttymisestä. Kuukausittaisesta kausivaihtelusta puhdistetuissa analyysissä kuntoutuksen tasomuutos ajoittuu varsin tarkasti juuri lakimuutoksen voimaantulon ajankohtaan. Tämä tukee vahvasti sitä, että havaittu kuntoutuksen lisääntyminen liittyy nimenomaan lakimuutokseen eikä kuntoutuksen volyymin pidemmän aikavälin kasvuun tai muihin mahdollisiin kuntoutukseen osallistumiseen vaikuttaviin tekijöihin. On epätoimennäköistä, että juuri samanaikaisesti kesäkuun 2012 alussa olisi tullut voimaan jokin toinen muutos, joka selittäisi havaittuja tuloksia.

Sekä Kelan järjestämä että työeläkekuntoutus lisääntyivät lakimuutoksen jälkeen. Kuntoutusmuodoittain tarkasteltuna Kelan kuntoutusmuodoista lisääntyivät ammatillinen kuntoutus ja harkinnanvarainen kuntoutus. Sen sijaan lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja kuntoutuspsykoterapiassa ei havaittu muutoksia. Tulokset ovat melko johdonmukaisesti samanlaisia kaikkien tarkistuspisteiden kohdalla. Vaikka tarkastelimme erikseen kunkin tarkistuspisteen ohittamista, koko lakipaketti tuli voimaan samalla kertaa, joten sen vaikutuksia onkin parasta arvioida kokonaisuutena eikä yksittäisten osioiden näkökulmasta.

Sen sijaan lakimuutoksilla ei havaittu merkittäviä vaikutuksia sairauspoissaolon keston tai työssäoloon minkään tarkistuspisteen ylittymisen perusteella määriteltyä ryhmää tarkasteltaessa. Tarkastelluista työmarkkinatiloista sairauspäivärahalta oleminen kuitenkin lisääntyi, kun mittauskohta oli vuoden kuluttua tarkistuspisteen ohittamisesta. Tämä havainto voi liittyä edellä havaittuun kuntoutuksen lisääntymiseen. Saattaa olla, että sairauspoissaolo on jatkunut aikaisempaa pidempään kuntoutuksen siihen aiheuttamien taukojen vuoksi. Kuntoutuksen lisääntymisestä huolimatta näyttää siis siltä, että lakimuutos ei onnistunut saavuttamaan sairauspäiväraha-kausien lyhentämistä ja työhön paluun edistämistä koskevia tavoitteitaan.

Tuloksissa oli jonkin verran vaihtelua, kun lakimuutosten vaikutusta tarkasteltiin erikseen ennen sairauspäiväraha-kauden alkua työssä ja työn ulkopuolella olleilla. Kaikkiaan kuntoutus näytti lisääntyvän enemmän ennen sairauspäiväraha-kauden alkua työssä olleilla. Sairauspäiväraha-kauden aikana työsuhteessa olevia henkilöitä koskivat kaikki lakipaketin osaset, kun taas työn ulkopuolella olleita koski ainoastaan 60 päivän sääntö. Lakimuutoksen voisikin siis olettaa vaikuttaneen kokonaisuutena

enemmän työsuhteessa oleviin kuin työn ulkopuolella oleviin henkilöihin. Työn ulkopuolella olleiden ryhmä oli myös kooltaan selvästi työssä olevia pienempi, mikä vaikuttaa tulosten tilastolliseen merkitsevyyteen. On myös huomattava, että työssäolon mittaus perustui sairauspäivärahaikauden alkua edeltäneen päivän tilanteeseen, ja siinä on voinut tapahtua muutoksia sairauspäivärahaikauden aikana.

Kuntoutusmuodoittain tarkasteltuna ennen sairauspäivärahaikauden alkua työssä olleilla lisääntyi erityisesti Kelan ammatillinen kuntoutus. Myös työeläkekuntoutus lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi ainoastaan ennen sairauspäivärahaikauden alkua työssä olleilla. Sen sijaan työn ulkopuolella olleilla lisääntyi erityisesti Kelan harkinnanvarainen kuntoutus, ja heillä oli merkkejä myös Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lisääntymisestä. Näyttää siis siltä, että näitä kuntoutusmuotoja on pidetty sopivimpina vastaamaan työn ulkopuolella olevien tarpeisiin, kun taas ammatillinen kuntoutus on suunnattu työssäkäyville. Myös harkinnanvarainen kuntoutus voi sisältää ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä. Harkinnanvaraista kuntoutusta voi saada myös silloin, kun kriteerit Kelan järjestämään muuhun kuntoutukseen eivät täyty.

Ennen sairauspäivärahaikauden alkua työssä olleilla lakimuutosten voimaantulo jopa hieman vähensi työssä olemista vuoden kuluttua tarkistuspisteen ohittamisesta. Työttömyys sen sijaan lisääntyi, samoin kuin työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen erityisesti 30 sairauspäivärahapäivää ohittaneilla. Yksi mahdollinen selitys tälle on se, että lisääntyneen kuntoutuksen ansiosta työkyvyn tehostettu tarkastelu on paljastanut useammin päteviä syitä työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle. Työn ulkopuolella olleilla muussa tilassa kuin työssä, työttömänä, sairauspäivärahalla tai työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen lisääntyi.

Tässä esitettyjen tulosten lisäksi teimme analyysit myös ilman säännöllisen kuukausivaihtelun etukäteistä poistamista ja hallitsimme kausivaihtelua sen sijaan mallintamalla. Päätulokset kuntoutuksen lisääntymisestä ja lakimuutosten vähäisistä vaikutuksista työmarkkinatiloihin säilyvät ennallaan. Joitakin eroja oli kuitenkin havaittavissa: lakimuutosten vaikutus Kelan ammatillisen kuntoutuksen lisääntymiseen (erityisesti ennen sairauspäivärahaikauden alkua työssä olleilla) ja vaikutus työttömyyden lisääntymiseen työssä olleilla näyttäytyvät vaihtoehtoisissa analyyseissa hieman heikommina. (Laaksonen ym. 2023.)

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset poikkeavat kahdesta aikaisemmasta tutkimuksesta, joissa työhön osallistumisen havaittiin lisääntyneen lakimuutoksen jälkeen (Halonen ym. 2016, Halonen ym. 2018). Sen sijaan tulokset ovat samankaltaisempia kolmannen tutkimuksen kanssa (Viikari-Juntura ym. 2017), jossa vakiintuneen työhön paluun havaittiin hieman vähentyneen lakimuutosten jälkeen vähintään 60 sairauspäivärahapäivää kerryttäneillä henkilöillä (sisältäen vähintään 30 korvauspäivän yhtäjak-

soisen kauden). Viimeksi mainitun tutkimuksen tutkimusjoukko oli rajattu hiljattain työsuhteessa olleisiin, joten sen tulokset ovat parhaiten vertailukelpoisia tässä tutkimuksessa ennen sairauspäiväraha-kauden alkua työssä olleita koskeviin tuloksiin. Kuntoutuksessa vietetyn ajan havaittiin lisääntyneen yli 50 prosenttia 10 kuukauden seuranta-ajan kuluessa. Vaikka tulokset eivät ole täysin yhteismitallisia tämän tutkimuksen kanssa erilaisesta mittaustavasta johtuen, vaikuttaa kuntoutuksen lisääntyminen Viikari-Junturan ja kumppaneiden tutkimuksessa selvästi suuremmalta kuin mitä tässä tutkimuksessa havaittiin. Tätä voi selittää se, että lakimuutoksen vaikutusta mitattiin kyseisessä tutkimuksessa yksikertaisella ennen–jälkeen-asetelmalla, jolloin kuntoutuksen lakimuutoksesta riippumaton yleistymisen voi selittää osan muutoksesta. Tutkimuksessa havaittiin myös täydellä sairauslomalla ja täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä olemisen vähentyneen mutta vastaavilla osatyökyvyttömyysetuuksilla olemisen lisääntyneen. Tässä tutkimuksessamme täysiä ja osatyökyvyttömyysetuuksia ei eroteltu.

5.5 Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimustarpeet

Tutkimus perustui rekisteriaineistoihin, joita voidaan pitää luotettavina ja sisältämiensä tietojen osalta kattavina tietolähteinä. Puuttuvaa tietoa on vähän, eikä rekisteriaineistoissa ole itseraportoinnista johtuvaa harhaa. Koko maan työikäisestä väestöstä kootulla aineistolla saatiin määriteltyä kattavasti ja luotettavasti uuden sairauspäiväraha-kauden aloittaneet henkilöt. Monipuolisella aineistolla tutkittiin ensimmäistä kertaa Kelan ja työeläkelaitosten korvaamaan kuntoutukseen osallistumista ja kuntoutuksen ajoittumista eripituisilla sairauspäiväraha-kausilla olleilla. Sairauspäiväraha-kausilla olleiden kuntoutukseen osallistumista sekä myöhempiä työmarkkinatiloja pystyttiin seuraamaan jopa päivämäärätasolla. Tutkimus tuotti ensimmäistä kertaa systemaattista tietoa myös työmarkkinatiloista sairauspäivärahan eri tarkistuspisteitä ylittäneillä henkilöillä. Lisäksi aineisto mahdollisti vuoden 2012 lakimuutosten tutkimisen kvasiko-keellisellä menetelmällä, jollaista ei ole aiemmin hyödynnetty kyseisten lakimuutosten vaikutusten tutkimisessa.

Rekisterit kuitenkin sisältävät vain rajallisesti työkykyyn ja terveyteen liittyviä tietoja. Käytettävissä ei ollut esimerkiksi tietoja henkilöiden koetusta työkyvystä, työoloista tai elintavoista eikä esimerkiksi työpaikkatason tietoja. Lisäksi kuntoutusta koskevat tiedot jäivät puutteelliseksi etenkin koko maan käsittävässä aineistossa, joka sisälsi vain Kelan tai työeläkelaitosten korvaaman kuntoutuksen. Myös oululaisia koskeva erillistarkastelu oli kuntoutuksen kokonaisuuden kannalta puutteellinen, vaikka se sisälsikin laajasti julkisten sote-palveluiden kuntoutustietoja. Esimerkiksi sosiaalinen kuntoutus

ja lääkinnällinen kuntoutus pystyttiin mittaamaan Oulun aineistosta vain puutteellisesti. Oulun aineisto ei sisältänyt julkisen sektorin ostopalveluna hankittuja terapioiden kuten psykoterapiaa eikä liikenne- tai tapaturmavakuutuksen korvaamaa kuntoutusta. Lisäksi muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluista ei pystytty erottamaan kuntoutusta hoidosta. Kuntoutukseen osallistuneiden osuus olisi tuloksissa noussut vielä korkeammaksi, jos aivan kaikki jollakin tavalla kuntoutukseksi määriteltävissä oleva toiminta olisi pystytty tunnistamaan aineistoista – toisaalta hyvin laaja määrittely olisi saattanut johtaa yliarvioon kuntoutukseen osallistuneiden osuudesta. Järjestelmän hajanaisuuden vuoksi kaikkia kuntoutustietoja on vaikea koota kattavasti rekisteriaineistoon, minkä takia tieto kuntoutukseen osallistumisesta jää rekisteriaineistojen välillä väistämättä vajavaiseksi.

Tässä tutkimuksessa kuntoutukseen osallistumista tarkasteltiin varsin yleisellä tasolla, eikä tutkimukseen sisällytetty esimerkiksi erillisten kuntoutustoimenpiteiden yksityiskohtaisempaa tarkastelua. Jatkotutkimuksissa olisi syytä tarkastella tarkemmin eri kuntoutustoimenpiteisiin osallistumista. Etenkin kuntoutuksen eri toimenpiteisiin osallistumisen vaikuttavuudesta samoin kuin kuntoutuksen ajoittumisen vaikutuksista tulisi saada lisää tutkimustietoa. Tutkimuksemme tulokset kertoivat pääosin eri tekijöiden välisistä yhteyksistä, eikä tulosten perusteella voida tehdä päätelmiä kausaalisuhteista eikä esimerkiksi kuntoutukseen osallistumisen vaikuttavuudesta. Vuoden 2012 lakimuutoksen vaikutusten analyysissä sen sijaan käytettiin menetelmää, jolla voitiin luotettavammin arvioida kyseisten lakimuutosten vaikutuksia sairauspäivärahalla olleiden kuntoutukseen osallistumiseen ja myöhempään työmarkkinatiloihin.

Jatkossa, kun rekisteriseurantatietoa vähitellen kertyy, on syytä tutkia myös sitä, onko 150 ja 230 sairauspäivärahopäivän tarkistuspisteiden lisääminen sairauspäivärahan seurantajärjestelmään vaikuttanut kuntoutukseen osallistumiseen ja työhön paluuseen. Tämän tutkimuksen aineistot ulottuivat vain vuoteen 2019, joten tutkimuksessa voitiin tuottaa tietoa ainoastaan lakimuutosta edeltävästä tilanteesta 150 ja 230 päivärahopäivää ylittäneillä. Valtaosa analyyseista keskittyi vuonna 2014 uuden sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän aloittaneisiin, jotta tutkittavia voitiin käytettävissä olleiden aineiston puitteissa seurata riittävän kauan ajassa eteenpäin niin päivärahopäivien kertymisen, kuntoutukseen osallistumisen kuin myöhempien työmarkkinatilojen suhteen. Myöhemmin sairauspäivärahauden aloittaneilla kuntoutukseen osallistuminen on hieman lisääntynyt, mutta tämä tuskin suuresti vaikuttaa esimerkiksi eri taustatekijöiden yhteyksiin kuntoutukseen osallistumiseen tai sairauspäivärahausien jälkeisten työmarkkinatilojen yleisyyteen. Uudemmissa aineistoilla päätulokset olisivat todennäköisesti hyvin samanlaisia.

5.6 Suosituksia

Tutkimuksemme perusteella voidaan arvioida, että Kelan tai työeläkelaitosten järjestämään kuntoutukseen osallistuminen on pitkäänkin sairauspäivärahaa saaneilla suhteellisen vähäistä. Lisäksi tutkimus osoitti, että mitä pidemmälle sairauspäivärahaudella edetään ja mitä korkeampia sairauspäivärahakertymiä ylittyy, sitä epätodennäköisemmin palataan myöhemmin ansiotyöhön.

Mitä varhemmin ja tehokkaammin työkykyä tuetaan ja työkyvyn heikkenemiseen puututaan, sitä todennäköisemmin työkyvyn ongelmia kokeva henkilö voi kuntoutua työelämäänsä. Tehokkainta on terveyden ja työkyvyn edistäminen ja työkykyongelmien ennaltaehkäisy monipuolisin keinoin (ks. esim. Ervasti ym. 2022). Sairauspoissaolojen pitkittymisen ennaltaehkäisy ja erityisesti mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen vähentäminen on kirjattu myös Orpon hallituksen ohjelmaan (Valtioneuvosto 2023). Hallitusohjelman mukaan jatketaan myös kuntoutuksen uudistamista kuntoutuskomitean ehdotusten (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017) sekä kuntoutuksen uudistamisesta laadittujen suunnitelmien (mm. Sosiaali- ja terveysministeriö 2020) pohjalta monikanavarahoitus säilyttäen. Osin työkyvyttömyyden pitkittymisen ehkäisemistä voidaan tavoitella nykyistä tehokkaammalla työkyvyn seurannalla, tuella ja oikea-aikaisilla palveluilla. Keinoja ovat ainakin kuntoutukseen ja muihin työkykyä tukeviin vaikuttavaksi todettuihin palveluihin ohjaamisen vahvistaminen, eri toimijoiden yhteistyön ja koordinaation parantaminen, työttömien työkyvyn tuen prosessien parantaminen sekä tiedon liikkuvuuden ja yhteisen tietopohjan kehittäminen. Vastaavan kaltaisia keinoja on esitetty aiemminkin, mutta tämän tutkimuksen tulokset edelleen vahvistavat näiden keinojen tärkeyttä.

Kuntoutukseen ohjaamisen vahvistaminen. Kuntoutustarpeen arviointia olisi syytä terävöittää, ja kuntoutukseen tai muihin työkykyä tukeviin palveluihin ohjaamista sekä palveluihin osallistumista pitkään sairauspäivärahaudella olleilla olisi syytä lisätä. Tutkimustieto eri kuntoutustoimenpiteiden vaikutuksista työhön paluuseen on vielä vähäistä. Tässä tutkimuksessa emme selvittäneet kuntoutuksen vaikuttavuutta, mutta viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että esimerkiksi työeläkekuntoutuksella on ainakin pieni työhön paluuta edistävä vaikutus (esim. Leinonen ym. 2019). Keskeistä olisi nimenomaan vaikuttaviksi osoitettuihin kuntoutus- ja muihin palveluihin ohjaamisen lisääminen. Tätä vaikeuttaa se, että eri palveluiden vaikuttavuudesta sekä esimerkiksi kuntoutuksen ajoittumisen vaikutuksista on kuitenkin toistaiseksi vain vähän tutkimustietoa.

Kuntoutustarpeen arviointia tehdään Kelassa viimeistään sairauspäivärahaajärjestelmään rakennettujen tarkistuspisteiden kohdalla. Tulostemme perusteella näyttää siltä,

että edes sairauspäivärahalla pitkään olevat eivät kovin suurelta osin seuloudu kuntoutukseen sairauspäivärahakauden aikana. Kuntoutustarpeen arviointiin liittyy aina harkintaa, joka on luonnollisesti hankalaa yksilöllisten tilanteiden moninaisuuden sekä käytettävissä olevien dokumenttien ja resurssien vähäisyyden vuoksi. Harkinnassa kriteereinä ovat muun muassa pitkittyvän työkyvyttömyyden uhka ja toisaalta se, arvioidaanko kuntoutukseen osallistumisen olevan henkilölle tarkoituksenmukaista. Oman haasteensa tuo se, että suurella osalla sairauspäivärahakaudet kertyvät sirpaleisesti, jolloin oikeaa hetkeä kuntoutukseen ohjaamiselle on hankalaa havaita. Osalla kuntoutuksen ulkopuolelle jäävistä ei aidosti ole kuntoutustarvetta; osalla kuntoutustarvetta taas saattaa jäädä havaitsematta. Kuntoutustarvetta joudutaan arvioimaan usein vain suppean lääkärintodistuksen ja muiden dokumenttien perusteella. Kuntoutuksen ensisijainen tavoite voi myös vaihdella henkilöstä toiseen: esimerkiksi osalla tavoitteena voi olla aiempaan työhön palaaminen lääkinällisen kuntoutuksen avulla, kun osalla tavoitteena voi olla pikemminkin osaamisen päivittäminen ja työmarkkinoille sijoittuminen esimerkiksi kuntoutuksena myönnetyn ammatillisen koulutuksen avulla. Toisilla sen sijaan kuntoutuksen tavoite voi liittyä etupäässä toimintakyvyn parantamiseen ilman ensisijaista työmarkkinoille siirtymisen tavoitetta.

Sairauspäivärahaa hakevan kanssa on mahdollista käydä Kelassa myös työkykykeskustelu, jonka tarkoituksena on muun muassa kartoittaa henkilön tilannetta ja kuntoutusmahdollisuuksia (Kela 2023c). Työkykykeskustelujen toimivuutta käsittelevän selvityksen (Häkämies 2021) mukaan Kelan etuuskäsittelijät arvioivat työkykykeskustelut hyödyllisiksi, mutta niiden toteutumista usein estää toimintaan käytettävissä olevien resurssien vähäisyys. Lisäksi etuuskäsittelijät kokevat, että heillä on liian vähän tietämystä erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista (Häkämies 2021). Tulostemme perusteella vaikuttaa kaikkiaan siltä, että kuntoutustarpeen arviointia tulee entisestään terävöittää ja kuntoutukseen liittyvää osaamista tulee lisätä. Työkykykeskusteluihin tulee resursoida riittävästi aikaa.

Sama kuntoutustarpeen harkinnan monimutkaisuus koskee myös työeläkelaitoksia, kun tehdään päätöksiä kuntoutuksen myöntämisestä (Liukko 2020). Sairauspäivärahalla olevien työeläkekuntoutukseen ohjaamista olisi myös jatkossa hyvä terävöittää ja mahdollisuuksien mukaan aikaistaa. Tutkimuksemme osoitti, että työeläkekuntoutus alkoi erityisen myöhään – keskimäärin vasta vuoden kuluttua 60 sairauspäivärahapäivän ylittymisestä. Tähän vaikuttaa se, että työeläkelaitokset saavat tiedon sairauspäivärahakauden pitkittymisestä käytännössä vasta 150 maksupäivän kohdalla. Kelan ja työeläkelaitosten välillä olisi liikuttava ajankohtaisempi tieto asiakkaan tilanteesta, jotta työeläkelaitoksilla olisi mahdollisuus tarjota työeläkekuntoutuksen eri muotoja nykyistä varhaisemmin.

Kuntoutustarpeen havaitsemisen ja vaikuttavaksi todettuun kuntoutukseen ohjaamisen vahvistamisen lisäksi kuntoutuksen tai muihin palveluihin osallistumisen varsinaista toteutumista olisi syytä edistää ja asiakaskohtaisesti seurata. Nykyisessä etuusjärjestelmässä sairauspäivärahaetuutta saavalla ei ole velvollisuutta osallistua kuntoutukseen, vaikka hänellä olisi todettu kuntoutustarve ja vaikka hän olisi saanut kuntoutukseen myönteisen päätöksenkin. Sairauspäivärahaa saavan kannustimet haakeutua kuntoutukseen ovat nykyjärjestelmässä heikkoja (Malmström ym. 2018). Sosiaaliturvaa uudistava komitea on välimietinnössään (Sosiaaliturvakomitea 2023) ehdotanut työkyvyttömyysetuuksia saaville velvoitteita osallistua tarkoituksenmukaiseksi katsottuihin palveluihin. Ehdotus on peruseriaaiteeltaan kannatettava, koska pitkät sairauspäiväraha-kaudet helposti passivoittavat ja etäännyttävät työelämästä. Työkyvyttömiä yksilölliset tilanteet ovat kuitenkin erilaisia, joten järjestelmään on syytä jättää harkinnanvaraa. Huomiota on kiinnitettävä myös kuntoutustarpeessa olevien motivoimiseen ja tulevaisuuden näkymien luomiseen puhtaasti järjestelmästä tulevien velvoitteiden sijaan. Tutkimusten mukaan keskeistä kuntoutuksen onnistumiselle on kuntoutujan oma motivaatio (Carlsson ym. 2019; Härkäpää ym. 2014). Lisäksi palveluihin osallistumisen velvoite tarkoittaisi sitä, että palvelut olisi resursoitava riittävästi.

Eri toimijoiden yhteistyön, koordinaation ja palveluohjauksen lisääminen. Sairauspäivärahalla olevien kuntoutustarpeen arviointi ja oikea-aikainen kuntoutukseen ohjaaminen vaatii eri tahojen saumatonta yhteistyötä toteutuakseen tehokkaasti. Etuus- ja palvelujärjestelmämme – erityisesti kuntoutusjärjestelmä – on hajanainen. Kuntoutuksen kentällä toimii Kelan ja työeläkelaitosten lisäksi useita muitakin toimijoita. Kuntoutuspalveluita ja muita terveystalvueluita tuottavat myös esimerkiksi hyvinvointialueet ja erikoissairaanhoido, mutta näiden palveluiden merkitys työkyvyn tuen kokonaisprosessissa jää usein irralliseksi. Tarvitaan asiakasprosesseja koordinoiva vastuutaho, joka varhaisessa vaiheessa aktiivisesti tukee ja seuraa pitkittyneesti sairauspäivärahalla olleiden kuntoutukseen ja muihin palveluihin osallistumista, kuntoutuksen edistymistä ja tavoitteiden saavuttamista, selvittää jatkoaskeleita kuntoutuksen jälkeen sekä luo henkilölle näkymää siitä, miten hän pääsisi jäljellä olevalla työkyvyllään kiinni ansiotyöhön. Tämä tukisi osaltaan myös Orpon hallituksen ohjelman tavoitetta vaikuttavammista sosiaali- ja terveystalvueluista (Valtioneuvosto 2023).

Parempaa koordinoitua ja yhteistyötä sairautta hoitavien tahojen, kuntoutus- ja muiden palveluiden järjestäjien ja etuuksien maksajien välillä sekä näitä yhdistävää prosessivastuutahoa on peräänkuulutettu jo pitkään – myös esimerkiksi kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksissa (Sosiaali- ja terveystalveministeriö 2017, 2020). Myös sosiaaliturvaa uudistavan komitean mukaan palveluiden ja etuuksien yhteensovittamisessa on tunnistettu nykyjärjestelmässä monenlaista kitkaa (Sosiaaliturvakomitean työ- ja toimintakykyjaosto sekä tutkimus- ja arviointijaosto 2022). Kuitenkaan esimerkiksi usein ehdotettua systemaattista asiakasvastaavatoimintaa (case manager) ei ole toistaiseksi saatu vakiinnutettua työkyvyttömiä tulleiden henkilöiden palvelupolkujen

koordinointiin ja seurantaan. Sosiaalivakuutus- ja kuntoutusjärjestelmän eri toimijoiden toimenpiteet ovat usein pistemäisiä, ja välttämättä mikään taho ei aktiivisesti seuraa ja tue henkilön tilannetta esimerkiksi kuntoutuksen jälkeen. Asiakasvastaavamallia voisi kehittää esimerkiksi Kelan toteuttamien työkykykeskustelujen pohjalta. Tätä jossain määrin vastaavan työkykykoordinaattorimallin toimivuudesta on jonkin verran tutkimustietoa, jonka mukaan mallilla on vaikuttavuutta ainakin somaattisten sairauksien kohdalla (Ervasti ym. 2022). Asiakasvastaavamallin toimivuudesta tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa, mutta malli voisi olla erityisen hyödyllinen esimerkiksi työttömyystaustaisten henkilöiden tilanteen ja palvelutarpeen selvittämisessä. Tehokkaan asiakasvastaavamallin järjestämiseen tarvittaisiin resursseja, mutta toisaalta kustannuksia voisi säästyä, jos työkykyongelmista kärsivät näin pääsisivät tehokkaan kuntoutuksen, seurannan ja ohjauksen ansiosta nopeammin työelämään.

Työttömien työkyvyn tuen prosessit kuntoon. Työttömille ja muille työelämän ulkopuolella oleville työkäisille tulee luoda nykyistä selkeämmät ja vahvemmat työkyvyn tuen prosessit. Sairausvakuutuslain mukaisia sairauspäivärahakaudelle asetettuja tarkistuspisteitä koskevat säännökset sisältävät etupäässä työsuhteessa olevia koskevia toimenpiteitä. Esimerkiksi 90 päivärahopäivän tarkistuspiste koskee ainoastaan työterveyspalveluiden piirissä eli työsuhteessa olevia. Myös uusissa 150 ja 230 päivärahopäivän kohdalle säädettyissä tarkistuspisteissä edellytetyt toimenpiteet koskevat vahvimmin niitä henkilöitä, jotka ovat työterveyshuollon piirissä.

Tulostemme mukaan työttömyystaustaiset ja ennen sairauspäivärahakautta ilman ansiotyötä olleet osallistuivat muita useammin erityisesti Kelan ammatilliseen kuntoutukseen, mutta harva kuitenkaan siirtyi sairauspäivärahakauden jälkeisessä seurannassa ansiotyöhön. Vaikka emme tässä tutkimuksessa selvittäneet kuntoutuksen vaikuttavuutta, voidaan arvioida, ettei ansiotyön ulkopuolelta sairauspäivärahakaudelle tulneiden kuntoutus suurelta osin onnistu lisäämään työllistymistä. Toisaalta on huomattava, että työllistymistä ei voida aina pitää ensisijaisena tavoitteena kaikissa asiakasryhmissä. Esimerkiksi työttömyystaustaisilla pitkään sairauspäivärahalla olleilla työllistyminen on vääjäämättä epätodennäköistä ja keskeinen tavoite voi olla pikemminkin yleinen toimintakyvyn kohentaminen.

Työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen prosesseja tulee kuitenkin vahvistaa. Työsuhteessa olevien työkykyprosessia ja työhön palaamisen mahdollisuuksia seurataan työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Työttömyystaustaiset jäävät tässä suhteessa väliinpuotoajiksi: välttämättä mikään taho ei koordinoi heidän työkykyasioitaan, vaikka TE-palveluilla tällainen velvoite periaatteessa onkin. Osin tämä voi johtua siitä, että viranomaisten huomio on usein nimenomaan työttömän työllistymisessä ja työpaikan löytämisessä, vaikka osalla työllistymisen esteenä olisivat nimenomaan hoitamattomat työkykyongelmat. Järjestelmää kehitettäessä olisi jatkossa kiinnitettävä erityistä huomiota niiden henkilöiden tilanteeseen, joilla ei ole työnantajan ja työterveyshuollon

tukea sairauspäiväraha-aikana. Käytännössä se tarkoittaa työkykypalveluiden vahvistamista sekä kuntoutusosaamisen vahvistamista hyvinvointialueilla. Niiden tulisi perusterveydenhuollon palveluiden lisäksi huolehtia saumattomasta työkyvyn tukeen liittyvistä palveluketjuista erityisesti työttömille. Työterveyshuollon erityisosaamista työkyvyn edistämiseksi ja tukemiseksi kannattaisi nykyistä enemmän hyödyntää myös muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työllisyyspalveluiden tulisi linkittyä läheisesti terveystalouteen. Tätä tukisi se, että myös TE-palveluiden järjestäminen olisi linkitetty hyvinvointialueiden toimintaan. Vastuu TE-palveluista on siirtymässä kunnille 1.1.2025 alkaen. Vuosina 2019–2023 käynnissä olleen työkykyohjelman arviointi- ja seuranta-tutkimuksessa havaittiin, että monialaiset työkyvyn tuen tiimit onnistuivat tuomaan ratkaisuja työttömien monimutkaisiin ja useita samanaikaisia ongelmia sisältäviin elämäntilanteisiin (Saikku ym. 2023).

Toisaalta työstään irtisanottujen työttömien oikeutta laadukkaaseen terveydenhuoltoon olisi mahdollista laajentaa. Nykyisin työnantajan tulee järjestää irtisanotulle, vähintään viisi vuotta työsuhteessa olleelle työntekijälle työterveyshuolto kuuden kuukauden ajan työsuhteen päättymisen jälkeen. Tällaisen oikeuden merkitys korostuisi heikkojen taloussuhdanteiden aikana.

Tietotopohjan ja tiedonkulun parantaminen. Tiedon liikkumista eri organisaatioiden välillä tulee parantaa, ja työ- ja toimintakykyyn liittyvää yksilötason tietoa tulee koota tietojärjestelmiin yhtenäisiksi kokonaisuuksiksi, jotta asiakkaiden palvelupolkuja pystytään seuraamaan ja ohjaamaan nykyistä helpommin yhteisen tietopohjan kautta. Edellä mainittu koordinaation ja yhteistyön lisääminen eri etuuksia ja palveluita järjestävien organisaatioiden välillä voi käytännössä toimia tehokkaasti vain yhteisen tietopohjan kautta. Tiedon kulku eri organisaatioiden välillä vaikuttaa hiljalleen tehostuneen 2000-luvulla (esim. Liukko & Kuuva 2015), mutta asiakastiedon liikkumista olisi edelleen parannettava ja tietojärjestelmiä yhdenmukaistettava. Työkykyongelmista kärsivän henkilön palvelupolun seuraamiseksi tarvittaisiin eri tahojen käytössä olevat ajantasaiset tiedot siitä, millaiseksi toiminta- ja työkyky on eri vaiheissa arvioitu, mitä etuuksia ja kuntoutus- ja muita palveluita henkilö on käyttänyt, missä työmarkkinatilassa hän on milloinkin ollut ja miten tämä polku on edennyt.

Tulee myös selvittää, olisiko mahdollista tunnistaa jo aiemmin koottuja tietoja hyödyntämällä ne henkilöt, joilla on riskinä työkyvyttömyyden pitkittyminen. Aikaisemmin on ehdotettu myös seulonta-algoritmia, jonka avulla seulottaisiin sairauspäivärahaa olleista henkilöistä kuntoutukseen ohjattavat henkilöt, joilla arvioidaan olevan muita suurempi työkyvyttömyyden pitkittymisen riski (esim. Malmström 2018). Työpaikoilla voitaisiin laajaa tietopohjaa hyödyntäen arvioida työntekijöiden työkyvyttömyysohjeita ja suunnitella ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Eri organisaatioiden tietoja hyödyntävä henkilöiden profilointi ja seulonta ei ole nykyisessä lainsäädäntöympäristössä käytän-

nössä mahdollista erilaisten tietosuojasäännösten vuoksi. Yhteisen tietopohjan kehittämistä tulisi joka tapauksessa selvittää lainsäädännön mahdollistamissa puitteissa (vrt. Heinäsenaho ym. 2023). Aiempaa järjestelmällisempää tiedonkeruuta on peräänkuuluttanut myös muun muassa kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen asiantuntijafoorumi (Salminen ym. 2023). Yhtenäinen tietopohja ja tiedon toisiokäytön sujuvasti mahdollistavat tietokannat sekä monipuoliset, eri rekisterinpitäjien tietoja yhdistävät ajantasaiset tutkimusrekisterit helpottaisivat ja nopeuttaisivat myös tutkimus- ja selvitystoimintaa. Tällöin esimerkiksi erilaisia lakimuutoksia koskevat etukäteis- ja jälkikäteisarviointit nopeutuisivat ja esimerkiksi kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus helpottuisi.

Liite 1. Aineistojen tarkempi kuvaus

Tutkimuksessa hyödynnettiin kahta toisiaan täydentävää rekisteriaineistoa: kansalista, koko 16–67-vuotiaan väestön sisältävää aineistoa vuosilta 2008–2019 sekä Oulun työikäisen väestön sisältävää aineistoa vuosilta 2013–2018.

Koko työikäisen väestön kattava aineisto sisälsi Kelan, Eläketurvakeskuksen ja Tilastokeskuksen rekisteritietoja. Aineistossa oli tietoja Kelan korvaamista sairauspäiväraha-kausista, kansaneläke- ja työeläkejärjestelmästä maksetuista työkyvyttömyys- ja muista eläkkeistä, Kelan järjestämästä kuntoutuksesta ja kuntoutusrahasta, työeläkekuntoutuksesta, ansaintajaksoista, palkattomista jaksoista kuten työttömyysjaksoista, sekä sosiodemografisia taustatietoja kuten tiedot iästä, sukupuolesta, siviilisäädystä, asuinkunnasta, koulutusasteesta ja ammattiin perustuvasta sosioekonomisesta asemasta (ks. tarkemmin Laaksonen ym. 2021, Blomgren ym. 2022). Oulun työikäisestä väestöstä muodostettu aineisto sisälsi edellä mainitut koko työikäisen väestön aineiston sisältämät tiedot sekä lisäksi tietoja muun muassa julkisen sektorin ja työterveyshuollon järjestämistä sosiaali- ja terveystalvistusta (ks. tarkemmin Blomgren & Jäppinen 2020; Rinne & Blomgren 2020).

Sairauspäivärahatiedot

Lukujen 4.1–4.2 analyysit keskittyvät aikavälillä 2011–2017 uuden sairauspäivärahan enimmäisaikakertymän aloittaneisiin. Tietyn vuoden aikana ensimmäisen sairauspäiväraha-kauden aloittaneiden seurantaan hyödynnettiin usean peräkkäisen vuoden tietoja. Kelan korvaamien sairauspäiväraha-kausien jaksotiedoista poimittiin kunakin vuonna uuden sairauspäiväraha-kauden aloittaneet henkilöt, joille ei ollut edeltävän vuoden aikana maksettu sairauspäivärahaa, osasairauspäivärahaa, täyttä kuntoutustukea eikä täyttä työkyvyttömyyseläkettä, toisin sanoen henkilöt, joilla sairauspäiväraha-kautta edelsi niin sanottu työkykyinen vuosi. Näistä uuden sairauspäiväraha-kauden aloittaneista eriteltiin henkilöt, joille oli samalla sairauspäivärahan enimmäisajalla korvattu vähintään 60, 90, 150 ja/tai 230 sairauspäivärahapäivää. Tarkasteltavat ryhmät ovat päällekkäisiä siten, että jäljempänä listalla olevassa ryhmässä olevat kuuluvat luonnollisesti myös kaikkiin edeltäviin ryhmiin. Jos erillisten kausien välillä oli vähintään yhden kalenterivuoden mittainen työkykyisyysaika, kertymän laskenta päätettiin sitä edeltävään jaksoon.

Sairausvakuutuslain mukaan enimmäisaikakertymää seurataan takautuvasti: samaan enimmäisaikaan lasketaan kaikki päivät, jotka on maksettu viimeisimmän työkyvyttömyyskauden alkua edeltävien kahden vuoden aikana. Tutkimusaineistosta päivien kertymää laskettiin kuitenkin eteenpäin, sillä vuoden työkykyisyysajan vaatimus ennen

ensimmäisen huomioitavan kauden alkua varmisti sen, että kyse on samasta ensimmäisajasta. Osalla henkilöistä sairauspäivärahakertymät tulivat täyteen jo yhdestä yhtäjaksoisesta kaudesta, mutta sairauspäivärahakertymiin liittyvästä laskusäännöstä johtuen kukin kertymä saattoi käytännössä tulla täyteen vielä hieman yli kahden vuoden kuluttua ensimmäisen kauden alkamisesta.

Analyyseissa hyödynnettiin myös sairauspäivärahakauden perusteena ollutta diagnoosia. Rekisteri sisältää tiedot ainoastaan sairauspäivärahakauden päädiagnoosista, joten tietoja mahdollisia lisädiagnooseja ei ollut käytettävissä. Samalla sairauspäivärahakertymän ensimmäisajalla voidaan maksaa sairauspäivärahaa usean eri päädiagnoosin perusteella. Analyyseissa hyödynnettiin diagnoositietoa siitä päivärahakaudesta, jonka aikana kulloinkin tarkasteltavana ollut tarkistuspiste täyttyi.

Lukujen 4.2–4.5 tarkemmissa analyyseissa tarkastelut tarkennettiin vuonna 2014 sairauspäivärahan ensimmäisajan aloittaneisiin. Tarkasteltavaksi vuodeksi valittiin aineiston rajoitteiden ohjaamana myöhäisin mahdollinen aloitusvuosi, jonka jälkeen oli kuitenkin riittävästi aikaa kuntoutukseen osallistumisen ja työmarkkina-aseman kehityksen seurantaan.

Luvun 4.6 analyysit vuoden 2012 lakimuutoksen vaikutuksista perustuivat ennen ja jälkeen lakimuutoksen voimaantulon sairauspäivärahakertymän aloittaneisiin. Alkaen uudet sairauspäivärahakertymät määriteltiin kullekin henkilölle samalla tavoin kuin edellä, huomioiden mm. edeltävä työkykyisyysvuosi. Analyyseissa tarkasteltavat joukot muodostettiin kuukausitasolla tunnistaen kolmen vuoden aikana ennen lakimuutosta (1.6.2012) ja kahden vuoden aikana sen jälkeen sairauspäivärahakertymän aloittaneet. Näitäkin analyyseja varten tunnistettiin henkilöt, joilla kertyi 30, 60 ja/tai 90 sairauspäivärahapäivää samalla ensimmäisajalla. Tarkasteltaessa sairauspoissaolojen keston muutosta lakimuutoksen jälkeen, kaikkien kertymäpisteen ohittamisen jälkeisten sairauspäivärahakausien kestot laskettiin yhteen seuraavan 12 kuukauden ajalta. Sairauspäivärahajaksojen kestoa mitattiin maksukauden loppumispäivän ja alkamispäivän erotuksena.

Kuntoutustiedot

Kuntoutukseen osallistumista pyrittiin tunnistamaan aineistojen puitteissa mahdollisimmin laajasti. Koko työikäisen väestön sisältävän aineiston analyyseissa kuntoutuksesta eroteltiin Kelan korvaamaan kuntoutukseen ja työeläkekuntoutukseen osallistuminen sekä lisäksi kuntien ja kuntayhtymien järjestämään kuntoutukseen ja työterveyshuoltolain perusteella järjestettyyn kuntoutukseen osallistuminen siltä osin kuin

viimeksi mainituista maksettiin toimeentuloa korvaavana etuutena Kelan kuntoutusrahaa. Kuntoutukseen osallistumisesta ja kuntoutusrahasta oli käytettävissä kuntoutuksen ja kuntoutusrahan maksujen alkamis- ja päättymispäivätiedot.

Kelan järjestämä kuntoutus jakautuu ammatilliseen, vaativaan lääkinnälliseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen sekä kuntoutuspsykoterapiaan. Kelan ammatillinen kuntoutus sisälsi tämän tutkimuksen kohdejoukossa yleisimmin kuntoutustarveselvityksiä, työkokeiluja, kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja, ammatillisesti syvennettyä lääkinnällistä kuntoutusta, työhönvalmennusta, työkykyä ylläpitävää ja parantavaa valmennusta sekä koulutusta. Kelan vaativa lääkinnällinen kuntoutus oli yleisimmin fysioterapiaa, toimintaterapiaa, psykoterapiaa, puheterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta ja yksilöllisiä kuntoutusjaksoja. Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena myönnetty kuntoutus oli yleisimmin sopeutumisvalmennuskursseja, ammatillisesti syvennettyä lääkinnällistä kuntoutusta sekä yksilöllisiä kuntoutusjaksoja. Kelan kuntoutuksesta huomioitiin myös kuntoutuspsykoterapia, ja lisäksi huomioitiin nuoren kuntoutusrahan saaminen. Kelan kuntoutusta ei kuitenkaan tarkasteltu tämän raportin puitteissa erikseen toimenpiteittäin vaan ainoastaan kuntoutusmuodoittain lakiperustetasolla eli eritellen ammatillinen, vaativa lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus sekä kuntoutuspsykoterapia.

Työeläkekuntoutukseen osallistumisesta saatiin tieto työeläkekuntoutusrahan kautta. Koko työikäisen väestön aineistossa myös kuntien ja kuntayhtymien järjestämä kuntoutus tunnistettiin Kelan kuntoutusrahamaksujen kautta: henkilö määriteltiin kunnan tai kuntayhtymän järjestämän kuntoutuksen saajaksi, jos kuntoutusrahatietoihin oli merkitty kuntoutuksen lakiperusteeksi erikoissairaanhoidolaki, terveydenhuoltolaki, päihdehuoltolaki lastensuojelulaki tai vammaispalvelulaki. Vastaavasti työterveyshuoltolain perusteella järjestetty kuntoutus tunnistettiin sitä kautta, että henkilön kuntoutusrahatietoihin oli merkitty maksuperusteeksi työterveyshuoltolaki.

Oulun aineistoon perustuvissa analyyseissa pystyttiin edellä mainittujen lisäksi huomioidaan myös julkisen sote-palvelujärjestelmän kuntoutus, johon osallistumisen ajankohtaa mitattiin käyntipäivätietojen avulla. Julkisen sote-palvelujärjestelmän kuntoutus sisälsi aineistossa pääasiassa erilaisia terapioita: Oulun kaupungin käyntitiedoista sekä Hilmo- ja Avohilmo-hoitoilmoitusrekistereistä tunnistettiin perusterveydenhuollon järjestämään fysioterapiaan, toimintaterapiaan, puheterapiaan sekä muuhun terapiaan osallistuneet, erikoissairaanhoidon kuntoutukseen osallistuneet tai kuntoutuslaitosjaksolla olleet sekä kuntouttavassa työtoiminnassa olleet. Lisäksi työterveyshuollon palveluntuottajien aineistoista tunnistettiin työterveyshuollon kautta järjestetty fysioterapia sekä Kelan sairaanhoidokorvausten aineistoista yksityinen Kela-korvattu fysioterapia. Oulu-aineistokaan ei sisältänyt kaikkea mahdollista kuntoutusta (ks. tarkemmin Rinne & Blomgren 2020). Sosiaalinen kuntoutus pystyttiin mittaamaan aineistosta vain hyvin rajallisesti. Myös lääkinnällisen kuntoutuksen mittaamisessa oli puutteita.

Aineisto ei sisältänyt ostopalveluna hankittuja terapioiden kuten psykoterapiaa eikä liikenne- ja tapaturmavakuutuksen kuntoutusta. Lisäksi hoidon ja kuntoutuksen erottaminen toisistaan ei onnistunut mm. mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Kuntoutusta koskevien tietojen osalta on huomattava, että kuntoutukseen osallistumisesta aiheutuvien ansionmenetysten korvaamisessa ensisijainen etuus on kuntoutusraha. Henkilö ei myöskään voi samaan aikaan olla sairauspäivärahalla ja kuntoutusrahalla. Siten kuntoutusjaksot lähtökohtaisesti katkaisevat sairauspäivärahajaksot, jos kuntoutuksen ajalta on maksettu kuntoutusrahaa. Sen sijaan erilaisten vain osan päivästä vievien terapioiden osalta ei makseta kuntoutusrahaa, ja siksi niitä voi olla myös samanaikaisesti sairauspäivärahakauden aikana. Erillisistä lyhyemmistä jaksoista muodostuvien sairauspäivärahakertymien kertymisaikana voi olla kuntoutusrahalla korvattavaa kuntoutusta niinä aikoina, joilta ei ole maksettu sairauspäivärahaa.

Vuoden 2012 lakimuutoksen vaikutuksia käsitelleessä osiossa kuntoutukseen osallistumisen mittaaminen aloitettiin sairauspäivärahakertymän alkamispäivästä. Kuntoutukseen osallistuneiksi katsottiin ne, joiden kuntoutus oli alkanut viimeistään vuoden kuluttua 30, 60 tai 90 maksupäivän ylittymisestä.

Työmarkkinatilat

Koko työikäisen väestön aineistoa hyödyntävässä työmarkkinatilojen seurannassa eriteltiin sairauspäivärahakaudet, osasairauspäivärahakaudet, ansiotyössä oleminen, työttömyysetuuden saaminen, kuntoutuksessa oleminen, kuntoutustuella eli määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen sekä toistaiseksi voimassa olevalla työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen. Osassa analyyseistä eriteltiin myös osakuntoutustuet ja osatyökyvyttömyyseläkkeet sekä täydet kuntoutustuet ja täydet työkyvyttömyyseläkkeet, sekä hyödynnettiin tietoja vanhuuseläkkeellä olemisesta. Sairauspäivärahoja ja kuntoutusta kuvaavat tiedot poimittiin edellä kuvatuista rekistereistä. Ansiotyötiedot saatiin Eläketurvakeskuksen ansaintarekisteristä, ja ne sisälsivät henkilöiden ansaintajaksot alkamis- ja päättymispäivineen. Työttömyyttä koskevat tiedot sisälsivät sekä ansiosidonnaiset työttömyysjaksot että Kelan korvaamat peruspäiväraha- ja työmarkkinatukijaksot. Nämä tiedot saatiin Eläketurvakeskuksen palkattomien aikojen rekisteristä. Tiedot eläkkeistä kerättiin Eläketurvakeskuksen ja Kelan eläkerekistereistä.

Vuoden 2012 lakimuutoksen vaikutuksia käsitelleessä osiossa mahdolliset työmarkkinatilat olivat työssä, työttömänä, työkyvyttömyyseläkkeellä, sairauspäivärahalla ja ”muussa tilassa”. Näissä tiloissa olemisen muutoksia tarkasteltiin vuoden kuluttua 30, 60 tai 90 maksupäivän ylittymisestä

Sosiodemografiset tekijät ja terveyteen liittyvät muuttajat

Sosiodemografisia taustatekijöitä muodostettiin Kelan, Tilastokeskuksen ja Eläketurvakeskuksen rekisteritiedoista. Tiedot poimittiin pääosin sairauspäivärahakertymän alkamisvuotta edeltävän vuoden lopun tilanteena, jos seuraavassa ei muuta kerrota. Kelan aineistoista poimittiin tiedot sukupuolesta, iästä, siviilisäädystä ja asuinalueesta (suuralue- ja hyvinvointialuejako). Tilastokeskuksen rekisteristä poimittiin tiedot koulutuksesta ja ammattiasemasta. Eläketurvakeskuksen ansaintarekisterin ja palkattomien aikojen rekisterin perusteella laskettiin tiedot sairauspäivärahakautta edeltävästä ansiotyöstä ja työttömyydestä. Edeltävän ansiotyön ja edeltävän työttömyyden tiedot laskettiin sairauspäivärahakauden alkamispäivästä vuoden ajalta taaksepäin. Kelan rekistereistä poimittiin kroonisia sairauksia kuvaavaksi tiedoksi tieto lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien määrästä sairauspäivärahakauden alkamisvuonna. Lisäksi Kelan sairauspäivärahatiedoista poimittiin tieto sairauspäivärahakauden diagnoosista sairauspäryhmätasolla erikseen kunkin sairauspäivärahan tarkistuspuheen täyttymisen kohdalla, sekä muodostettiin tieto sairauspäivärahakertymän yhtenäisyydestä. Sairauspäivärahakertymä määriteltiin yhtenäiseksi, jos erillisten kausien välissä oli korkeintaan kahden kalenteripäivän katkos.

Liite 2. Liitetaulukot

Taulukko 1. Kuntoutukseen^a osallistuneiden osuus taustatekijöiden mukaan vuonna 2014 sairauspäivärahaikauden aloittaneilla 60 maksupäivää ylittäneillä koko työikäisen väestön aineistossa. Kuntoutukseen osallistuneet sairauspäivärahaikauden alkamisen jälkeen viimeistään 6 kuukauden kuluessa 60 päivärahopäivän ylittymisestä.

Taustatekijä	Kelan tai työeläkekuntoutus (%)	Kelan kuntoutus yhteensä (%)	Kelan ammatillinen kuntoutus (%)	Työeläkekuntoutus (%)
YHTEENSÄ	11,4	9,0	1,9	2,3
SUKUPUOLI				
Naiset	13,6	11,0	2,1	2,5
Miehet	8,8	6,6	1,7	2,1
IKÄ				
16–24	15,3	14,6	5,3	0,4
25–34	12,1	9,8	1,9	2,3
35–44	12,7	9,3	1,6	3,2
45–54	12,3	9,2	1,7	3,0
55–67	7,9	6,2	1,0	1,6
SIVILISÄÄTY				
Naimaton	12,2	10,1	2,8	1,9
Naimisissa	10,9	8,4	1,3	2,5
Eronnut/leski	10,9	8,1	1,5	2,5
KOULUTUSASTE				
Perusaste	9,1	7,3	2,6	1,5
Keskiaste	11,4	8,5	1,9	2,7
Korkea-aste	13,4	11,4	1,2	2,1
AMMATTIASEMA				
Ylempi toimihenkilö	13,8	12,3	0,9	1,7
Alempi toimihenkilö	12,9	9,7	1,1	3,2
Työntekijä	9,6	6,1	1,2	3,5

(Jatkuu seuraavalla sivulla)

Taustatekijä	Kelan tai työeläke- kuntoutus (%)	Kelan kuntoutus yhteensä (%)	Kelan ammattillinen kuntoutus (%)	Työeläke- kuntoutus (%)
Yrittäjä	6,3	5,7	0,6	0,5
Työtön	10,2	8,9	3,3	0,8
Muu	16,0	14,8	5,6	0,8
EDELTVÄ ANSIOTYÖ				
Koko vuosi ansiotyötä	10,9	8,0	0,9	3,0
Alle vuosi ansiotyötä	10,8	9,3	1,8	1,2
Ei lainkaan ansiotyötä	13,6	12,4	5,4	0,7
EDELTVÄ TYÖTTÖMYYS				
Ei lainkaan työttömyyttä	11,5	8,8	1,4	2,6
Alle puoli vuotta työttömyyttä	10,6	8,4	2,0	2,1
Yli puoli vuotta työttömyyttä	11,4	10,0	3,7	0,9
ERITYISKORVAUSOIKEUKSIA				
0	11,6	9,0	1,8	2,5
1	10,9	8,8	2,0	2,0
2+	10,8	8,9	2,3	1,9
SAIRAUSPÄÄRYHMÄ				
Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	11,2	7,9	1,8	3,3
Mielenterveyden häiriö	19,2	17,1	3,4	2,0
Vamma	5,1	3,3	0,6	1,4
Muut pääryhmät	7,7	5,7	1,2	1,8
KAUDEN YHTENÄISYYS				
Yhtenäinen	10,1	8,1	1,9	1,9
Epäyhtenäinen	14,1	10,8	1,9	3,1
SUURALUE				
Helsinki–Uusimaa	10,2	7,6	1,1	2,4
Etelä-Suomi	9,9	7,7	1,4	2,4
Länsi-Suomi ja Ahvenanmaa	12,2	9,9	2,1	2,0
Pohjois- ja Itä-Suomi	12,8	10,3	2,8	2,4
<i>(Jatkuu seuraavalla sivulla)</i>				

Taustatekijä	Kelan tai työeläkekuntoutus (%)	Kelan kuntoutus yhteensä (%)	Kelan ammatillinen kuntoutus (%)	Työeläkekuntoutus (%)
HYVINVOINTIALUE (HVA) ^b				
01 Itä-Uudenmaan HVA	7,5	4,3	0,4	3,4
02 Keski-Uudenmaan HVA	8,9	6,3	1,0	2,9
03 Länsi-Uudenmaan HVA	9,9	7,5	1,2	2,3
04 Vantaan ja Keravan HVA	11,1	8,4	1,2	2,7
05 Varsinais-Suomen HVA	11,1	8,9	1,7	2,3
06 Satakunnan HVA	11,1	8,1	1,7	1,9
07 Kanta-Hämeen HVA	10,1	7,5	1,4	3,2
08 Pirkanmaan HVA	13,4	11,0	2,7	2,4
09 Päijät-Hämeen HVA	7,8	5,7	1,0	2,0
10 Kymenlaakson HVA	7,9	6,0	1,3	1,9
11 Etelä-Karjalan HVA	11,4	8,9	1,2	2,6
12 Etelä-Savon HVA	11,5	9,7	1,7	1,6
13 Pohjois-Savon HVA	11,9	9,5	2,7	2,4
14 Pohjois-Karjalan HVA	15,1	12,1	2,5	3,2
15 Keski-Suomen HVA	13,7	11,8	2,5	2,1
16 Etelä-Pohjanmaan HVA	11,3	8,8	1,3	1,5
17 Pohjanmaan HVA	10,8	8,8	1,2	1,4
18 Keski-Pohjanmaan HVA	11,2	7,9	1,6	3,2
19 Pohjois-Pohjanmaan HVA	14,6	12,2	3,5	2,1
20 Kainuun HVA	11,6	8,7	2,8	2,4
21 Lapin HVA	10,6	8,1	2,9	2,7
90 Helsingin kaupunki	11,0	8,5	1,1	2,1
91 Ahvenanmaa	2,5	2,5	0,3	0,0

^a Huomioitu kuntoutus: Kelan kuntoutus, työeläkekuntoutus ja Kelan kuntoutusraha kunnan/kuntayhtymien kuntoutuksen tai työterveyshuoltolain mukaisen kuntoutuksen ajalta.

^b Tutkittavien asuinkunnat luokiteltuna vuoden 2023 hyvinvointialueiksi.

Taulukko 2. Viisi yleisintä työmarkkinatilojen yhdistelmää (%) eri kertymien jälkeisten 24 kuukauden aikana seurannan lopussa ansiotyössä olleilla. KUTU = Kuntoutustuki.

Yleisimmät työmarkkinatilojen yhdistelmät 60 ja 90 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä	%	Yleisimmät työmarkkinatilojen yhdistelmät 150 ja 230 sairauspäivärahopäivää ylittäneillä	%
60 sairauspäivärahopäivää ylittäneet		150 sairauspäivärahopäivää ylittäneet	
Sairauspäiväraha–Ansiotyö	45	Sairauspäiväraha–Ansiotyö	31
Sairauspäiväraha–Ansiotyö–Sairauspäiväraha–Ansiotyö	8	Sairauspäiväraha–Osasairauspäiväraha–Ansiotyö	7
Sairauspäiväraha–Osasairauspäiväraha–Ansiotyö	7	Sairauspäiväraha–Ansiotyö–Sairauspäiväraha–Ansiotyö	5
Sairauspäiväraha–Työttömyys–Ansiotyö	3	Sairauspäiväraha–Kuntoutus–Ansiotyö	4
Sairauspäiväraha–Ansiotyö–Muu–Ansiotyö	2	Sairauspäiväraha–Työttömyys–Ansiotyö	4
Yhteensä	65	Yhteensä	51
90 sairauspäivärahopäivää ylittäneet		230 sairauspäivärahopäivää ylittäneet	
Sairauspäiväraha–Ansiotyö	38	Sairauspäiväraha–Ansiotyö	20
Sairauspäiväraha–Osasairauspäiväraha–Ansiotyö	8	Sairauspäiväraha–KUTU–Ansiotyö	5
Sairauspäiväraha–Ansiotyö–Sairauspäiväraha–Ansiotyö	7	Sairauspäiväraha–Työttömyys–Ansiotyö	5
Sairauspäiväraha–Työttömyys–Ansiotyö	3	Sairauspäiväraha–Osasairauspäiväraha–Ansiotyö	4
Sairauspäiväraha–Kuntoutus–Ansiotyö	3	Sairauspäiväraha–Kuntoutus–Ansiotyö	4
Yhteensä	59	Yhteensä	38

Lähteet

- Alexanderson, K., Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Westerlund, H., Vahtera, J., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Zins, M., Goldberg, M., & Head, J. (2012). Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: A 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(2), 155–159. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.126789>
- Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J., & Rajavaara, M. (Toim.). (2013). Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kela. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/42325>
- Blanchard, P., Bühlmann, F., & Gauthier, J.-A. (Toim.). (2014). *Advances in Sequence Analysis: Theory, Method, Applications*. Springer.
- Blomgren, J. (2023). Sairauspäivärahat jatkavat kasvu-uralla – vuonna 2022 koronavirus näkyi aiempaa selvemmin sairauspäivärahaa saaneiden määrässä. Kelan tutkimusblogi 9.2.2023. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/553967/sairauspaivarahat-jatkavat-kasvu-uralla>
- Blomgren, J., & Jäppinen, S. (2020). Sosiaali- ja terveystieteiden ja etuuksien käyttö Oulussa 2013–2018. Tutkimushankkeen aineiston yleiskuvaus. Työpapereita 154. Kela. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/316726>
- Blomgren, J., & Jäppinen, S. (2021). Incidence and Length of Sickness Absence among Hierarchical Occupational Classes and Non-Wage-Earners: A Register Study of 1.6 Million Finns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020501>
- Blomgren, J., & Perhoniemi, R. (2022). Increase in sickness absence due to mental disorders in Finland: Trends by gender, age and diagnostic group in 2005–2019. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(3), 318–322. <https://doi.org/10.1177/1403494821993705>
- Blomgren, J., Laaksonen, M., & Perhoniemi, R. (2022). Työhön paluu ja sosiaaliturvatuudet osasairauspäivärahan enimmäisajan jälkeen. Työpoliittinen aikakauskirja, 65(2), 45–59. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164226>

- Bryngelson, A. (2009). Long-term sickness absence and social exclusion. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(8), 839–845. <https://doi.org/10.1177/1403494809346871>
- Carlsson, L., Lytsy, P., Anderzén, I., Hallqvist, J., Wallman, T., & Gustavsson, C. (2019). Motivation for return to work and actual return to work among people on long-term sick leave due to pain syndrome or mental health conditions. *Disability and Rehabilitation*, 41(25), 3061–3070. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1490462>
- Craig, P., Katikireddi, S. V., Leyland, A., & Popham, F. (2017). Natural Experiments: An Overview of Methods, Approaches, and Contributions to Public Health Intervention Research. *Annual Review of Public Health*, 38, 39–56. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044327>
- Eläketurvakeskus. (2023a). Eläketurvakeskuksen tilastotietokanta. <https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK>
- Eläketurvakeskus. (2023b). Työeläkekuntoutus vuonna 2022. Eläketurvakeskuksen tilastoja 4/2023. Eläketurvakeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146639>
- Ervasti, J., Kausto, J., Leino-Arjas, P., Turunen, J., Varje, P., & Väänänen, A. (2022). Työkyvyn tuen vaikuttavuus: Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista. *Valtioneuvoston kanslia*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163779>
- Fadyl, J. K., Anstiss, D., Reed, K., Khoronzhevych, M., & Levack, W. M. M. (2020). Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(10), e039699. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039699>
- Gjesdal, S., & Bratberg, E. (2003). Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multi-register based and prospective study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(4), 246–254. <https://doi.org/10.1080/14034940210165154>
- Gjesdal, S., Ringdal, P. R., Haug, K., & Maeland, J. G. (2004). Predictors of disability pension in long-term sickness absence: Results from a population-based and prospective study in Norway 1994–1999. *European Journal of Public Health*, 14(4), 398–405. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.4.398>

Halonen, J. I., Solovieva, S., Pentti, J., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Viikari-Juntura, E. (2016). Effectiveness of legislative changes obligating notification of prolonged sickness absence and assessment of remaining work ability on return to work and work participation: A natural experiment in Finland. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(1), 42–50. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103131>

Halonen, J. I., Solovieva, S., Virta, L. J., Laaksonen, M., Martimo, K.-P., Hiljanen, I., Lallukka, T., Autti-Rämö, I., & Viikari-Juntura, E. (2018). Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(19_suppl), 65–73. <https://doi.org/10.1177/1403494817732445>

Handley, M. A., Lyles, C. R., McCulloch, C., & Cattamanchi, A. (2018). Selecting and Improving Quasi-Experimental Designs in Effectiveness and Implementation Research. *Annual Review of Public Health*, 39, 5–25. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014128>

HE 75/2011. (2011). Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muuttamisesta. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2011/20110075>

HE 152/2021. (2021). Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 8 luvun 5 a §:n ja 12 luvun 6 §:n muuttamisesta. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2021/20210152>

Heinäsenaho, M., & sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä (2023). Digitalisaatio työllistymisen ja osallistumisen tukena: Työ- ja toimintakykyä edistävien palvelujen digitalisoinnin tiekartta 2023–2027. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164570>

Helgesson, M., Johansson, B., Nordqvist, T., Lundberg, I., & Vingard, E. (2015). Sickness absence at a young age and later sickness absence, disability pension, death, unemployment and income in native Swedes and immigrants. *European Journal of Public Health*, 25(4), 688–692. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku250>

Helgesson, M., Johansson, B., Wernroth, L., & Vingard, E. (2016). Exposure to different lengths of sick leave and subsequent work absence among young adults. *BMC Public Health*, 16, 51-015-2679–0. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2679-0>

Henderson, M., Glozier, N., & Holland Elliott, K. (2005). Long term sickness absence. *BMJ*, 330(7495), 802–803. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.802>

- Hinkka, K., Niemelä, M., Autti-Rämö, I., & Palomäki, H. (2019). Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(8), 859–866. <https://doi.org/10.1177/1403494818758817>
- Häkämies, H. (2021). Työkykykeskustelu osana työkyvyn tukemista. Opinnäytetyö, LAB-ammattikorkeakoulu. <http://www.theseus.fi/handle/10024/511081>
- Härkäpää, K., Järvikoski, A., & Gould, R. (2014). Motivational Orientation of People Participating in Vocational Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 658–669. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9496-z>
- Juvonen-Posti, P., Pesonen, S., Toivio, P., Sallmén, M., Himanen, A.-K., Hannu, T., Takala, E.-P., Niiranen, K., Autti-Rämö, I., Hinkka, K., & Uitti, J. (2014). Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Työterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-328-8>
- Kankaanpää, A. T., Franck, J. K., & Tuominen, R. J. (2012). Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *European Journal of Public Health*, 22(1), 92–96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr031>
- Karinkanta, S., & Reiterä, T. (2023). Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointi 2020. Kela. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/356396>
- Kausto, J., Pentti, J., Oksanen, T., Virta, L. J., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2017). Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: A cohort study of public sector employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(4), 358–366. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3643>
- Kela. (2023a). Kelasto-tietokanta. <https://www.tietotarjotin.kela.fi/tilasto-data/2051231/tilastotietokanta-kelasto>
- Kela. (2023b). Kelan kuntoutustilasto 2022. <http://hdl.handle.net/10138/357680>
- Kela. (2023c). Sairauspäivärahan etuusohje 31.8.2023. <https://www.kela.fi/etti/Sairauspaivara.pdf?version=1693530373519>

- Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Hagberg, J., Head, J., Westerlund, H., Vahtera, J., & Alexanderson, K. (2007). Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(10), 915–920. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.055426>
- Kokkinen, L., Gluschkoff, K., Kausto, J., Selinheimo, S., & Väänänen, A. (2022). Occupational class, gender, mental distress and use of psychotherapy. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement_3), ckac129.685. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.685>
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A., & Groothoff, J. W. (2008a). Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 494–499. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.034322>
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A. M., & Groothoff, J. W. (2008b). Risk of future sickness absence in frequent and long-term absentees. *Occupational Medicine*, 58(4), 268–274. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn040>
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., & Koskinen, S. (2018). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa—FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Koskenvuo, K., Laaksonen, M., Blomgren, J., Pösö, R., Seppänen-Järvelä, R., & Näsi, E. (2021). Selvitys kuntoutustukea saaneista. Aiempi tutkimus ja rekisteriseuranta vuonna 2015 kuntoutustuen aloittaneista. *Työpapereita* 163, 2021. Kela. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/331601>
- Kuuva, N. (2011). Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle? Työkykyä palauttavat prosessit. Eläketurvakeskus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015112620021>
- L 626/1991. (1991). Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 27.3.1991/626. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19910626>
- L 55/2001. (2001). Työsopimuslaki 26.1.2001/55. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055>
- L 189/2001. (2001). Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2.3.2001/189. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010189>

- L 1383/2001. (2001). Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>
- L 1224/2004. (2004). Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>
- L 566/2005. (2005). Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>
- L 767/2005. (2005). Vankeuslaki 23.9.2005/767. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050767>
- L 395/2006. (2006). Työntekijän eläkelaki 19.5.2006/395. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060395>
- L 1272/2006. (2006). Yrittäjän eläkelaki 22.12.2006/1272. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061272>
- L 1280/2006. (2006). Maatalousyrittäjän eläkelaki 22.12.2006/1280. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061280>
- L 1290/2006. (2006). Merimieseläkelaki 22.12.2006/1290. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061290>
- L 568/2007. (2007). Kansaneläkelaki 11.5.2007/568. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568>
- L 1326/2010. (2010). Terveystuottolaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- L 19/2012. (2012). Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 20.1.2012/19. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224#a20.1.2012-19>
- L 20/2012. (2012). Laki työterveyshuoltolain muuttamisesta 20.1.2012/20. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383#a20.1.2012-20>
- L 916/2012. (2012). Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta 28.12.2012/916. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120916>
- L 1301/2014. (2014). Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

- L 459/2015. (2015). Työtapaturma- ja ammattitautilaki 24.4.2015/459. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150459>
- L 81/2016. (2016). Julkisten alojen eläkelaki 29.1.2016/81. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20160081>
- L 612/2021. (2021). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/612. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210612>
- L 1075/2021. (2021). Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 3.12.2021/1075. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224#a3.12.2021-1075>
- L 1027/2022. (2022). Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 9.12.2022/1027. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224#a9.12.2022-1027>
- Laaksonen, M. (2021). Work Resumption after a Fixed-Term Disability Pension: Changes over Time during a Period of Decreasing Incidence of Disability Retirement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4618. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094618>
- Laaksonen, M., Blomgren, J., & Gould, R. (2014). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. *Eläketurvakeskuksen raportteja 5/2014*. Eläketurvakeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/129040>
- Laaksonen, M., Blomgren, J., & Gould, R. (2016a). Sickness allowance trajectories preceding disability retirement: A register-based retrospective study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 1050–1055. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw081>
- Laaksonen, M., Blomgren, J., & Perhoniemi, R. (2021). Mielenterveyssyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. *Suomen Lääkärilehti*, 76(36), 1889–1897.
- Laaksonen, M., Blomgren, J., Rinne, H., & Perhoniemi, R. (2023). Impact of a Finnish reform adding new sickness absence checkpoints on rehabilitation and labor market outcomes: an interrupted time series analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4122>

Laaksonen, M., Blomgren, J., & Tuulio-Henriksson, A. (2016b). Sick leave histories among disability retirees due to mental disorders: A retrospective case-control study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(3), 291–299.

<https://doi.org/10.1177/1403494815618314>

Laaksonen, M., Ilmakunnas, I., & Tuominen, S. (2022). The impact of vocational rehabilitation on employment outcomes: A regression discontinuity approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(6), 498–506.

<https://doi.org/10.5271/sjweh.4038>

Laaksonen, M., Rantala, J., Liukko, J., Polvinen, A., Varis, J., Kesälä, M., & Kuivalainen, S. (2019). Individual- and company level determinants of vocational rehabilitation: A multilevel study. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_4), ckz186.311.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.311>

Lappo, S., & Risku, I. (2023). Työkyvyttömyyseläkkeiden kustannus. *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, 119(2), 134–146. https://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/wp-content/uploads/2023/05/32212353_KAK_2_2023_NETTI_23_05_25-8-20.pdf

Leinonen, T., Solovieva, S., Laaksonen, M., & Viikari-Juntura, E. (2020a). Työeläkuntoutukseen osallistumisen vaikutus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. *Duodecim*, 136(19), 2173–2182. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15801>

Leinonen, T., Solovieva, S., & Viikari-Juntura, E. (2020b). Työkyvyttömyyteen ja osatyökyvyttömyyteen liittyvät etuudet ja järjestelmät. Teoksessa J. Alasalmi, H. Busk, A. Kauhanen, T. Leinonen, S. Solovieva, T. Valkonen, & E. Viikari-Juntura (Toim.), *Työpolitiikka ja työllisyysaste: Tutkimukseen perustuvia johtopäätöksiä* (s. 117–154). Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:33. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-951-6>

Leinonen, T., Viikari-Juntura, E., Husgafvel-Pursiainen, K., Juvonen-Posti, P., Laaksonen, M., & Solovieva, S. (2019). The effectiveness of vocational rehabilitation on work participation: A propensity score matched analysis using nationwide register data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(6), 651–660.

<https://doi.org/10.5271/sjweh.3823>

Leppänen, H., Kampman, O., Autio, R., Karolaakso, T., Näppilä, T., Rissanen, P., & Pirkola, S. (2022). Socioeconomic factors and use of psychotherapy in common mental disorders predisposing to disability pension. *BMC Health Services Research*, 22(1), 983. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08389-1>

Lie, S. A., Eriksen, H. R., Ursin, H., & Hagen, E. M. (2008). A multi-state model for sick-leave data applied to a randomized control trial study of low back pain. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(3), 279–283.

<https://doi.org/10.1177/1403494807086979>

Lindholdt, L., Labriola, M., Nielsen, C. V., Horsbøl, T. A., & Lund, T. (2017). Sequence analysis to assess labour market participation following vocational rehabilitation: An observational study among patients sick-listed with low back pain from a randomised clinical trial in Denmark. *BMJ Open*, 7(7), e015661. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015661>

Liukko, J., & Kuuva, N. (2015). Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa: Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 3/2015. Eläketurvakeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/129017>

Liukko, J. (2020). Työeläkekuntoutuksen ratkaisukäytännöt sekä kuntoutuksen toimitavuus ja vaikuttavuus. Asiantuntijahaastatteluihin ja kirjallisuuteen perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen raportteja 6/2020. Eläketurvakeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140022>

Lund, T., Kivimäki, M., Labriola, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2008). Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: The prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(1), 28–31. <https://doi.org/10.1136/oem.2006.031393>

Löfgren, A., Hagberg, J., Arrelöv, B., Ponzer, S., & Alexanderson, K. (2007). Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(3), 178–185. <https://doi.org/10.1080/02813430701430854>

Madsen, A. Å. (2020). Return to work after first incidence of long-term sickness absence: A 10-year prospective follow-up study identifying labour-market trajectories using sequence analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(2), 134–143.

<https://doi.org/10.1177/1403494818821003>

Malmström, T., Leskelä, R.-L., Lindh, M., Kajova, M., Niemelä, P., Rissanen, A., & Salmisaari, T. (2018). Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018. Valtioneuvosto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-510-5>

- McLeod, C. B., Reiff, E., Maas, E., & Bültmann, U. (2018). Identifying return-to-work trajectories using sequence analysis in a cohort of workers with work-related musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(2), 147–155. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3701>
- Miettinen, S., Pulkki, J., Ukkola, I., Paavonen, A.-M., Rinne, H., Heino, P., & Poikkeus, L. (2023a). Alueellisen yhdenvertaisuuden tukeminen Kelan kuntoutukseen ohjautumisessa. Tutkimuksesta ratkaisuehdotuksia. Kela. <http://hdl.handle.net/10138/357542>
- Miettinen, S., Rinne, H., Pulkki, J., Heino, P., & Poikkeus, L. (2023b). Alueelliset erot Kelan kuntoutukseen osallistumisessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä. *Kuntoutus*, 46(2), 5–20. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.130986>
- Nevala, N., Pehkonen, I., Koskela, I., Ruusuvaasi, J., & Anttila, H. (2015). Workplace Accommodation Among Persons with Disabilities: A Systematic Review of Its Effectiveness and Barriers or Facilitators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 432–448. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9548-z>
- Nukari, J. (2023). Effectiveness of individual and group-based neuropsychological interventions for young adults with dyslexia. Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-9157-1>
- OECD. (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>
- OECD. (2023). *Public spending on incapacity (indicator)*. <https://doi.org/10.1787/f35b71ed-en>
- Padkapayeva, K., Posen, A., Yazdani, A., Buettgen, A., Mahood, Q., & Tompa, E. (2017). Workplace accommodations for persons with physical disabilities: Evidence synthesis of the peer-reviewed literature. *Disability and Rehabilitation*, 39(21), 2134–2147. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1224276>
- Pedersen, J., Bjorner, J. B., Burr, H., & Christensen, K. B. (2012). Transitions between sickness absence, work, unemployment, and disability in Denmark 2004-2008. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(6), 516–526. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3293>

Pedersen, J., Gerds, T. A., Bjorner, J. B., & Christensen, K. B. (2014). Prediction of future labour market outcome in a cohort of long-term sick-listed Danes. *BMC Public Health*, 14, 494. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-494>

Pedersen, P., Lund, T., Lindholdt, L., Nohr, E. A., Jensen, C., Søgaard, H. J., & Labriola, M. (2016). Labour market trajectories following sickness absence due to self-reported all cause morbidity—A longitudinal study. *BMC Public Health*, 16, 337. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3017-x>

Pedersen, P., Nielsen, C. V., Jensen, O. K., Jensen, C., & Labriola, M. (2018). Employment status five years after a randomised controlled trial comparing multidisciplinary and brief intervention in employees on sick leave due to low back pain. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(3), 383–388. <https://doi.org/10.1177/1403494817722290>

Perhoniemi, R., Blomgren, J., & Laaksonen, M. (2018). Mitä hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen jälkeen? Työttömyys-, sairauspäiväraha- ja kuntoutusrahaetudet sekä uudet eläkepäätökset neljän vuoden seurannassa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 83(2), 117–131. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201804196717>

Perhoniemi, R., Blomgren, J., & Laaksonen, M. (2020a). Determinants of disability pension applications and awarded disability pensions in Finland, 2009 and 2014. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(2), 172–180. <https://doi.org/10.1177/1403494819843778>

Perhoniemi, R., Blomgren, J., & Laaksonen, M. (2020b). Sources of income following a rejected disability pension application: A sequence analysis study. *Disability and Rehabilitation*, 42(15), 2161–2169. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555619>

Perhoniemi, R., Blomgren, J., & Laaksonen, M. (2021). Mitä sairauspäivärahan ensimmäisajan täytyttyä? Toimeentulon lähteet kahden vuoden seurannassa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 58(1), 16–30. <https://doi.org/10.23990/sa.89604>

Perhoniemi, R., & Blomgren, J. (2022a). Outpatient healthcare use before and during a long-term sickness absence spell: A register-based follow-up study comparing healthcare use by the length of sickness absence and transition to disability pension in Finland. *BMJ Open*, 12(2), e053948. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053948>

Perhoniemi, R., & Blomgren, J. (2022b). Use of Health Services and Rehabilitation before and after the Beginning of Long-Term Sickness Absence—Comparing the Use

by Employment and Disability Pension Transition after the Sickness Absence in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 9.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19094990>

Perhoniemi, R., Blomgren, J., & Laaksonen, M. (2023). Identifying labour market pathways after a 30-day-long sickness absence –a three-year sequence analysis study in Finland. *BMC Public Health*, 23, 1102. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15895-2>

Peutere, L., Ravaska, T., Böckerman, P., Väänänen, A., & Virtanen, P. (2022). Effects of rehabilitative psychotherapy on labour market success: Evaluation of a nationwide programme. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(6), 882–893.

<https://doi.org/10.1177/14034948221074974>

Pruett, S. R., Swett, E. A., Chan, F., Rosenthal, D. A., & Lee, G. K. (2008). Empirical evidence supporting the effectiveness of vocational rehabilitation. *The Journal of Rehabilitation*, 74(2), 56–65.

Rajavaara, M., & Lehto, J. (2013). Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Teoksessa U. Ashorn, I. Autti-Rämö, J. Lehto, & M. Rajavaara (Toim.), *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* (s. 6–16).

Kela. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/42325>

Rinne, H., & Blomgren, J. (2020). Kuntoutukseen osallistuminen ja eri osajärjestelmien ristikkäiskäyttö – rekisteritarkastelu Oulun väestössä vuonna 2018. *Kuntoutus*, 43(3), 6–20. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.100163>

Rinne, H., & Blomgren, J. (2022). Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomiset erot – rekisteritutkimus oululaisista vuonna 2018. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 59(1), 16–33. <https://doi.org/10.23990/sa.98606>

Rinne, H., & Blomgren, J. (2023). Kelan kuntoutukseen osallistuminen vaihtelee etenkin ammattiaseman mukaan. Kelan tutkimusblogi 10.3.2023. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721231/kelan-kuntoutukseen-osallistuminen-vaihtelee-etenkin-ammattiaseman-mukaan>

Rissanen, P., Kallanranta, T., & Suikkanen, A. (2008). Kuntoutus. *Duodecim*.

Rissanen, M., & Kaseva, E. (2014). Menetetyn työpanoksen kustannus. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/documents/1271139/1332445/Menetytyn+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+%28%29+%28%29.pdf/63af9909-0232-474d-bf2e-aa4c50936c33>

Rissanen, P., & Pulkki, J. (2013). Kuntoutus lukuina. Kuntoutuspalvelujen käyttö yhden sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa U. Ashorn, I. Autti-Rämö, J. Lehto, & M. Rajavaara (Toim.), *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* (s. 78–91). Kela. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/42325>

Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Schreuder, J. A. H., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. *Occupational Medicine*, 61(2), 96–101. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq181>

Saikkua, P., Joensuu, M., Männistö-Inkinen, V., & Poutanen, J. (Toim.). (2023). ”Täällä ei sanota, että ei kuulu meille”: Työkykyohjelman arviointi- ja seurantatutkimuksen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146472>

Salminen, A.-L., Töytäri, A., & kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuorumi. (2023). Kuntoutuksen koulutus ja tutkimus: Asiantuntijafoorumien näkökulmia koulutuksen kehittämiseen ja ehdotus kuntoutuksen tutkimuksen strategiaksi. *Valtioneuvoston julkaisuja 2023:64*. Valtioneuvosto. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165105>

Salonen, L., Blomgren, J., & Laaksonen, M. (2020). From long-term sickness absence to disability retirement: Diagnostic and occupational class differences within the working-age Finnish population. *BMC Public Health*, 20, 1078. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09158-7>

Salonen, L., Blomgren, J., Laaksonen, M., & Niemelä, M. (2018). Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: A register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. *BMJ Open*, 8(5), e020491. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020491>

Saltychev, M., Laimi, K., El-Metwally, A., Oksanen, T., Pentti, J., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2012). Effectiveness of multidisciplinary primary prevention in decreasing the risk of work disability in a low-risk population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(1), 27–37. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3169>

Saltychev, M., Laimi, K., Oksanen, T., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2013). Does perceived work ability improve after a multidisciplinary preventive program in a population with no severe medical problems? The Finnish Public Sector Study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(1), 57–65. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3298>

Schelvis, R. M. C., Oude Hengel, K. M., Burdorf, A., Blatter, B. M., Strijk, J. E., & van der Beek, A. J. (2015). Evaluation of occupational health interventions using a randomized controlled trial: Challenges and alternative research designs. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(5), 491–503.

<https://doi.org/10.5271/sjweh.3505>

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Stapelfeldt, C. M., Nielsen, C. V., Andersen, N. T., Krane, L., Borg, V., Fleten, N., & Jensen, C. (2014). Sick leave patterns as predictors of disability pension or long-term sick leave: A 6.75-year follow-up study in municipal eldercare workers. *BMJ Open*, 4(2), e003941-2013–003941. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003941>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). Kuntoutuksen uudistaminen. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:39. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8443-1>

Sosiaaliturvakomitea. (2023). Sosiaaliturvakomitean välimietintö. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:26. Valtioneuvosto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-503-0>

Sosiaaliturvakomitean työ- ja toimintakykyjaosto sekä tutkimus- ja arviointijaosto. (2022). *Palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen: Sosiaaliturvakomitean ongelma-
raportti*. Sosiaaliturvakomitean julkaisuja 2022:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8448-6>

Sutela, H., Pärnänen, A., & Keyriläinen, M. (2019). *Digiajan työelämä—Työolotutkimuksen tuloksia 1977–2018*. Suomen Virallinen Tilasto. Tilastokeskus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-244-634-3>

Tuomala, J. (2012). Vaikuttaako kuntoutus työssä jatkamiseen? Teoksessa R. Gould, K. Härkäpää, & A. Järvikoski (Toim.), *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012*. (Vsk. 2012, s. 163–192). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-160-4>

Valtioneuvosto. (2019). Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. Valtioneuvosto.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>

Valtioneuvosto. (2023). Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023: Vahva ja välittävä Suomi. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. Valtioneuvosto.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>

Viikari-Juntura, E., Virta, L., Leinonen, T., Husgafvel-Pursiainen, K., Autti-Rämö, I., & Solovieva, S. (2017). Kuntoutus- ja osittaisten työkyvyttömyysetuuksien käyttö lisäänty—Miten työssäolo? *Duodecim*, 133(18), 1655–1663. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo13899>

Vilsteren, M. van, Oostrom, S. H. van, Vet, H. C. de, Franche, R.-L., Boot, C. R., & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>

Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Sund, R., Virtanen, P., & Ferrie, J. E. (2006). Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(3), 212–217.
<https://doi.org/doi:10.1136/oem.2005.020297>

Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Bültmann, U., Beekman, A. T. F., van Mechelen, W., Hoedeman, R., & Anema, J. R. (2012). Predicting Return to Work in Workers with All-Cause Sickness Absence Greater than 4 Weeks: A Prospective Cohort Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 118–126.
<https://doi.org/10.1007/s10926-011-9326-0>

Wallman, T., Wedel, H., Palmer, E., Rosengren, A., Johansson, S., Eriksson, H., & Svardsudd, K. (2009). Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years. *BMC Public Health*, 9, 104. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-104>

Weerdesteijn, K. H. N., Schaafsma, F., Bonefaas-Groenewoud, K., Heymans, M., Van der Beek, A., & Anema, J. (2020). Predicting return to work after long-term sickness absence with subjective health complaints: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 20, 1095. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09203-5>

Wong, J., Kallish, N., Crown, D., Capraro, P., Trierweiler, R., Wafford, Q. E., Tiema-Benson, L., Hassan, S., Engel, E., Tamayo, C., & Heinemann, A. W. (2021). Job Accommodations, Return to Work and Job Retention of People with Physical Disabilities: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(3), 474–490.
<https://doi.org/10.1007/s10926-020-09954-3>

Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M., & Eriksen, H. R. (2012). Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. - A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. *BMC Public Health*, 12, 748.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-748>

Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M., & Eriksen, H. R. (2014). Prognostic factors for return to work, sickness benefits, and transitions between these states: A 4-year follow-up after work-related rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 199–212. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9466-5>

tietokayttoon.fi

ISBN PDF 978-952-383-091-2
ISSN PDF 2342-6799