

# Ammatillisesti syvennettyyn lääketieteelliseen kuntoutukseen (ASLAK) pääsy 2000-luvulla

Onko sairaus- ja työkyvyttömyysriskien merkitys valinnassa muuttunut?

**JOHDANTO:** Tavoitteena oli selvittää, onko kulu-  
neen vuosikymmenen aikana tapahtunut muu-  
tosta siinä, kuinka hyvin ASLAKin valintaproses-  
sissa löydetään työntekijät, joiden työkyvyttö-  
myysriski on lisääntynyt.

**AINEISTO JA MENETELMÄT:** Asiaa selvitettiin ete-  
nevässä kysely- ja rekisteritutkimuksessa. Kyse-  
lyyn vastanneiden kuntasektorin työntekijöiden  
pääsyä ASLAKiin seurattiin kolmena ajankoh-  
tana (2000–2002, n = 44 980, 2004, n = 44 294,  
2008, n = 44 056) kolmen vuoden ajan. Keski-  
määrin kuntoutukseen valittiin vuosittain 313  
henkilöä. Logistisella regressioanalyysillä tutkit-  
tiin 19:n eri työkyvyttömyysriskitekijän yhteyttä  
ASLAKiin pääsyyn.

**TULOKSET:** ASLAKiin vuosina 2009–2011 valituil-  
la työntekijöillä oli hieman useammin yleisen  
terveyden ongelmia ja kroonisia sairauksia kuin  
niillä, jotka eivät olleet kuntoutuksessa. Terveys-  
käyttäytymisessä tai työhön liittyvissä vaarateki-  
jissä eroja ei kuitenkaan ilmennyt. Kolmen ko-  
hortin välillä oli vain vähäisiä eroja.

**PÄÄTELMÄT:** Vaikka valintaprosessi kymmenen  
vuoden seurannassa muuttui jonkin verran,  
ASLAKiin ei vielä vuosina 2009–2011 valikoitu-  
nut työntekijöitä, joille oli selvästi kasautunut  
ehkäistävässä olevia työkyvyttömyyden vaaraa li-  
sääviä riskitekijöitä.

**Työkyvyttömyyden** ja varhaisen eläköitymisen  
aiheuttamat kustannukset ovat kasvussa Eu-  
roopassa (OECD 2009). Suomessa työkyvyt-  
tömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä väheni  
jonkin verran vuoden 2009 jälkeen, kun se oli  
koko 2000-luvun ensimmäisen vuosikymme-

nen ajan pysynyt noin 25 000:n vuositasolla.  
Työkyvyttömyyseläkkeisiin käytetään Suo-  
messa vuosittain yli kolme miljardia euroa  
(Hiltunen ym. 2012), joten kiinnostus työky-  
vyn säilyttämiseen ja työurien pidentämiseen  
on suuri. Kuntoutustoimenpiteillä on oma  
merkittävä osansa työkyvyn tukemisessa.

Lääkinnällisiä ja ammatillisia toimenpiteitä  
yhdistäviä ohjelmia alettiin Suomessa kehittää  
1980-luvun alussa. Tästä kehitystyöstä syn-  
tyi nykypäivänä ”ammatillisesti syvennettyä  
lääketieteellisenä kuntoutuksena” tunnettu  
ASLAK, jonka primaaripreventiivinen luon-  
ne erottaa sen muista kuntoutusohjelmista.  
Ohjelman vuosikustannukset ylittävät 30 mil-  
joona euroa (Kela 2011). Pelkästään vuosina  
1990–2010 Kela on käyttänyt ASLAKiin yli  
puoli miljardia euroa.

Vaikka monen kuntoutusmuodon vai-  
kuttavuudesta sairauden aiheuttamien toi-  
minnallisten rajoitusten vähentämisessä on  
olemassa vankka tieteellinen osoitus (Pohjo-  
lainen 2005), ASLAKin osalta näyttö puut-  
tuu (Saltychev ym. 2012). Satunnaistetuissa  
asetelmissä ASLAKin vaikuttavuutta ei ole  
tutkittu. Juuri julkaistun systemoidun kirjalli-  
suuskatsauksen perusteella ASLAK ei ole vä-  
hentänyt kuntoutujien työkyvyttömyysriskiä  
tai parantanut heidän elintapojaan eikä se ole  
vaikuttanut myönteisesti koettuun terveyteen,  
työkykyyn tai psyykkiseen rasittuneisuuteen  
(Saltychev ym. 2012). ASLAKin ei ole myös-  
kään todettu johtavan olennaisiin muutoksiin  
työyhteisössä (Tirkkonen 2012) eikä sillä ole  
ollut vaikutusta toimintakykyyn käytettäessä  
RAND-36-mittaria (Pekkonen 2010).

Yhtenä syynä vähäiseen vaikuttavuuteen voi  
olla kuntoutuksen kohdentuminen työnteki-

1279

## YDINASIAT

- ▶ ASLAK on ollut laajassa käytössä 30 vuotta ilman selkeää tieteellistä näyttöä vaikuttavuudesta.
- ▶ ASLAKia on epäilty tehottomaksi, ja yhdeksi syyksi tähän on esitetty kuntoutuksen kohdentumista työntekijöihin, joiden työkyvyttömyysriski ei ole suurentunut.
- ▶ Vaikka ASLAKiin viime vuosina valituilla työntekijöillä on enemmän terveysongelmia kuin kymmenen vuotta sitten, heillä on vähemmän terveyskäyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä kuin työntekijöillä, jotka eivät olleet mukana kuntoutuksessa.
- ▶ Kuntoutettaville työntekijöille ei ole edelleenkaan kasautunut merkittävästi sairaus- ja työkyvyttömyyteen liittyviä vaaratekijöitä.

jöihin, joilla ei ole terveys- ja työkykyongelmia (Saltychev ym. 2012). Vaikka kuntoutettavien onnistunut valinta on ohjelman vaikuttavuuden kannalta kriittistä, ASLAKiin liittyvää valintaprosessia on tutkittu vain vähän. Aiempien selvitysten perusteella kuntoutukseen valitaan ensisijaisesti vakituisessa työsuhteessa olevia työntekijöitä (Suoyrjö ym. 2007), joiden edellytykset säilyttää toimintakykynsä ovat paremmat kuin väestössä keskimäärin (Pekkonen 2010). Toistaiseksi ainoassa etenevässä kohorttitutkimuksessa työkyvyttömyyden tunnetut työperäiset, terveyskäyttäytymiseen tai terveyteen liittyvät riskitekijät eivät ennustaneet pääsyä ASLAKiin vuoden 2005 loppuun mennessä (Saltychev ym. 2011). Vuoden 2005 jälkeen Kelan laitosten kuntoutuksen standardi on uudistunut, useita kehittämishankkeita käynnistetty ja ASLAKin pääsykriteereitä tarkennettu (Kela 2011, Kela 2011).

Tässä tutkimuksessa selvitimme, miten erilaiset tunnetut työkyvyttömyyden riskitekijät ennustivat ASLAKiin pääsyä kolmena eri ajankohtana 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Aineistona käytimme Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimuksen

kyselyihin vuosina 2000–2002, 2004 ja 2008 vastanneiden työntekijöiden kohortteja, joissa ASLAKiin pääsyä seurattiin kyselyä seuraavan kolmen vuoden ajan Kelan rekistereistä (seuranta-aikaa on yhteensä noin 400 000 vuotta). Tutkimuksen tavoitteina oli arvioida ensinnäkin sitä, kuinka hyvin valintaprosessissa on kuluneen vuosikymmenen aikana löydetty ne työntekijät, joilla on kuntoutustarvetta terveysriskien ja työkyvyttömyysvaaraa lisäävien tekijöiden vuoksi. Toiseksi tutkimuksessa verrattiin valintaprosessin onnistumista eri ajankohtina toteutuneiden ASLAK-kurssien yhteydessä.

## Aineisto ja menetelmät

Tämä tutkimus on osa Työterveyslaitoksen Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimusta. Vuodesta 1997 alkaen laaja kysely on tehty noin neljän vuoden välein. Työnantajien rekistereistä ja kyselyistä kertynyt tieto on yhdistetty kansallisiin terveysrekistereihin kaikkien työntekijöiden osalta, jotka ovat olleet työsuhteessa tutkittaviin organisaatioihin vuoden 2005 loppuun mennessä. Tutkimukselle saatiin puoltava lausunto Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta.

Tutkimukseen valittiin kyselyihin vuosina 2000–2002 (vastausosuus 68 %), vuonna 2004 (66 %) ja vuonna 2008 (70 %) vastanneet työntekijät. ASLAKiin pääsyä seurattiin kyselyvuotta seuraavien kolmen vuoden ajan. Lopullinen tutkimusaineisto muodostui kolmesta kohortista, joista ensimmäisessä (vuoden 2000 kohortti) oli 44 980, toisessa (vuoden 2004 kohortti) 44 294 ja kolmannessa (vuoden 2008 kohortti) 44 056 työntekijää. Tutkimusaineistoista poistettiin vastaajat, joille oli myönnetty pääsy ASLAKiin tai muuhun Kelan kustantamaan kuntoutukseen ensimmäisenä seurantavuonna tai sitä aikaisemmin tai jotka olivat kuolleet tai jääneet eläkkeelle ensimmäisenä seurantavuonna. Näin varmistettiin, että kyselyaineistot oli kerätty ennen kuntoutusprosessin alkamista ja että kaikki seurattavat olivat mahdollisia ASLAK-kuntoutujia.

## ASLAK

ASLAKia on kuvattu laajalti muualla (Kela 2007, Kela 2011, Tirkkonen 2012). Kuntoutujat valitaan työterveyshuollossa. He ovat useimmiten saman työnantajan palveluksessa tai heillä on sama ammatti. Kela ja työnantaja sopivat tavallisesti etukäteen kurssipaikkojen määrästä, ja työterveyshuolto tekee sitten ehdotuksen kuntoutukseen pääsijöistä Kelalle. Läheteenä toimii B-lausunto. Kuntoutushakemus hyväksytään Kelan paikallistoimistoissa. Kuntoutujien keski-ikä vuonna 2010 oli 50 vuotta (Kela 2011).

Vaikka ASLAK-kursseja toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa, Kelan standardi määrittää sisäänottokriteerit, kurssin ja moniammatillisen tiimin rakenteen sekä kuntoutuksessa käytettävät menetelmät ja testit (Kela 2011). Kurssin sisältö voi vaihdella kyseessä olevan kuntoutujaryhmän ammatillisten vaatimusten mukaan.

Kurssi kestää vuoden. Se koostuu kolmesta tai neljästä laitosmuotoisesta jaksosta (yhteensä 15–21 päivää) sekä jaksojen välisestä itsenäisestä harjoittelusta. Laitosmuotoisten jaksojen aikana kuntoutujilla on päivittäin 4–6 tuntia ohjattua toimintaa. Ryhmä koostuu 8–10 henkilöstä. Kuntoutustiimiin kuuluvat aina lääkäri, fysioterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja työelämän asiantuntija. Sen lisäksi tiimiä täydennetään usein sairaanhoitajalla, toimintaterapeutilla, työterveysfysioterapeutilla ja ravitsemusterapeutilla. Kuntoutuksen sisältö jakautuu työhön liittyviin, psykososiaalsiin ja fyysisiin osa-alueisiin. Ohjelma sisältää erityisesti liikunnallista ja psykologista valmennusta, joka tähtää kuntoutujien fyysisen ja psyykkisen terveyden, stressin hallinnan ja terveellisten elintapojen vahvistamiseen. Kurssilla pyritään muun muassa ravitsemustottumusten parantamiseen, vapaa-ajan liikunnan tehostamiseen sekä tupakoinnin ja alkoholikäytön vähentämiseen. Kuntoutujaa motivoidaan fyysisen kunnon kohentamiseen yksilöllisellä tutkimuksella ja neuvonnalla, ryhmäliikunnalla ja ergonomianeuvonnalla sekä laatimalla koti- ja työpaikkavoimisteluohtelma. Ammatilliseen osuuteen kuuluu kuntoutujan työskentely-

tapojen tutkiminen ja kehittäminen. Tähän liittyy ohjausta, harjoittelua ja työympäristössä haitallisesti vaikuttavien tekijöiden selvittämistä ja käsittelyä ryhmissä. Ryhmäkeskusteluissa tiimin jäsenten kanssa pohditaan muun muassa työpaikalla esiintyviä ongelmia ja työstressiä sekä asetetaan yksilöllisiä tavoitteita. Kurssin aikana voidaan ehdottaa muutoksia kuntoutujan työpaikalle, yleensä työpisteen fyysiseen ympäristöön. Kurssin aikana pidettävään yhteistoimintapäivään osallistuvat yleensä esimies sekä työpaikan ja työterveyshuollon edustajat. Laitosmuotoisten jaksojen välillä kuntoutujien odotetaan jatkavan yksilöllistä harjoitteluohjelmaa, joka yleensä sisältää omaoimisia liikeharjoituksia, psykologisia tehtäviä sekä työhön liittyviä välitehtäviä.

## Työkyvyttömyyden riskitekijät

Tutkimukseen valittiin demografisia, terveyskäyttäytymiseen, työhön ja terveyteen liittyviä riskitekijöitä, joiden tiedetään ennustavan työkyvyn huonontumista tai työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista (Vahtera ym. 2010) ja joita käytettiin aiemmassa ASLAKiin valitsemista ennustavassa tutkimuksessa (Saltychev ym. 2011). Muuttujien määritelmät ja tietolähteet on koottu **INTERNETOHEISAINESTON TAULUKKoon 1**. Muuttujat ryhmiteltiin luokkiin: terveyskäyttäytymiseen liittyvät riskit (tupakointi, lihavuus, runsas alkoholin kulutus, liikunnan puute), yleisen terveyden ongelmat (huonoksi koettu terveys, heikentynyt työkyky, psyykkinen rasittuneisuus, sairauspoissaolot), todetut sairaudet (tuki- ja liikuntaelinsairaus, masennus, verenpainetauti, muu somaattinen pitkäaikaissairaus) ja työperäiset riskitekijät (ruumiillinen työ, määräaikaisuus, vuorotyö, eläkehakuisuus, vähäinen työnhallinta, työn suuret vaatimukset, ammattiasema). Yksittäisten riskitekijöiden lisäksi laskettiin riskitekijöiden kokonaismäärä yhteensä ja erikseen kussakin riskitekijäluokassa.

## Tilastomenetelmät

Riskitekijöiden ja niiden kasautumisen yhteyttä kuntoutuksen myöntämiseen tutkittiin



logistisella regressioanalyysillä. Useista työkyvyttömyysriskeistä kärsivien työntekijöiden ASLAKiin pääsyn todennäköisyyttä verrattuna riskittömien työntekijöiden valinnan todennäköisyyteen arvioitiin kerroinsuhteella (OR, odds ratio) ja sen 95 %:n luottamusvälillä (LV). Sukupuoli ja ikä vakioitiin kaikissa analyyseissä. Niissä käytettiin SAS 9.2 ohjelmistoa.

## Tulokset

Seurannan aikana ASLAKiin pääsi eri kohorteissa 297–327 työntekijää vuodessa. Naisten osuus oli kaikissa kohorteissa noin 80 % (INTERNETHEISAINESTON TAULUKKO 1). Terveyskäyttäytymiseen liittyvät riskitekijät tai niiden kasautuminen eivät missään kohortissa lisänneet todennäköisyyttä tulla valituksi kuntoutukseen (INTERNETHEISAINESTON TAULUKKO 2). Sekä vuoden 2004 että vuoden 2008 kohortissa ASLAKiin pääsi todennäköisimmin työntekijöitä, joilla ei ollut mitään elintapariskejä.

Yleiseen terveydentilaan liittyvät riskitekijät eivät ennustaneet ASLAKiin pääsyä vuoden 2000 kohortissa, mutta vuoden 2008 kohortissa kaikki tavalliset terveysongelmat olivat yleisempiä kuntoutukseen valituilla kuin, niillä, jotka eivät olleet kuntoutuksessa. Ainoa poikkeus oli heikentynyt koettu työkyky, joka ei ollut yhteydessä kuntoutukseen. Vuoden 2004 kohortissa huonoksi koettu terveys ennusti ASLAKiin pääsemistä. Vuoden 2008 kohortissa mainittujen tekijöiden lisäksi psyykinen rasittuneisuus ja sairauspoissaolojen suuri määrä kasvattivat todennäköisyyttä tulla valituksi ASLAKiin. Kerroinsuhteet olivat kuitenkin verraten pieniä (1,20–1,50).

Somaattiset ja psyykkiset sairaudet olivat melko heikosti yhteydessä ASLAKiin pääsyyn kaikissa kohorteissa. Ainoastaan TULE-sairaus vuoden 2000 kohortissa (OR 1,25) ja masennus vuoden 2008 kohortissa (OR 1,31) olivat yleisempiä kuntoutukseen päätyneillä. Verenpainetaudin tai muun somaattisen kroonisen sairauden diagnoosi ei lisännyt todennäköisyyttä päästä kuntoutukseen yhdessäkään kohortissa.

Työperäisistä riskitekijöistä työn korkea vaatimustaso (vuosien 2004 ja 2008 kohortit)

oli yhteydessä suurempaan todennäköisyyteen päästä kuntoutukseen (OR 1,29–1,40), samoin vuorotyö (OR 1,18), mutta vain kohortissa 2004. Merkittävästi pienentynyt todennäköisyys päästä kuntoutukseen kaikissa kolmessa kohortissa oli ruumiillisen työn työntekijöillä, määräaikaissa työsuhteissa olevilla ja työntekijöillä, joilla työn hallinta oli heikkoa.

Kaikkien 19 tutkitun riskitekijän kasautuminen kuntoutuksen suhteen on esitetty **KUVASSA 1**. Kaikissa kohorteissa kuntoutettujen riskiprofililit olivat riskien lukumäärän osalta lähellä niiden riskiprofileja, jotka eivät olleet mukana kuntoutuksessa. **KUVASSA 2** esitetään riskien kasautuminen luokittain vuoden 2008 kohortissa. Enemmistöllä kuntoutuista (59 %) ei ollut yhtään elintapariskeja (muilla osuus oli 54 %) ja 24 %:lla ei todettu yhtään työperäistä riskitekijää (muilla osuus oli 24 %). Kuntoutuista 46 %:lla ei ollut ainoatakaan yleiseen terveyteen liittyvää riskitekijää (muilla osuus oli 58 %) ja 36 %:lla ei ilmennyt tutkimuksen piirissä tarkasteluja sairauksia (muilla osuus oli 45 %).

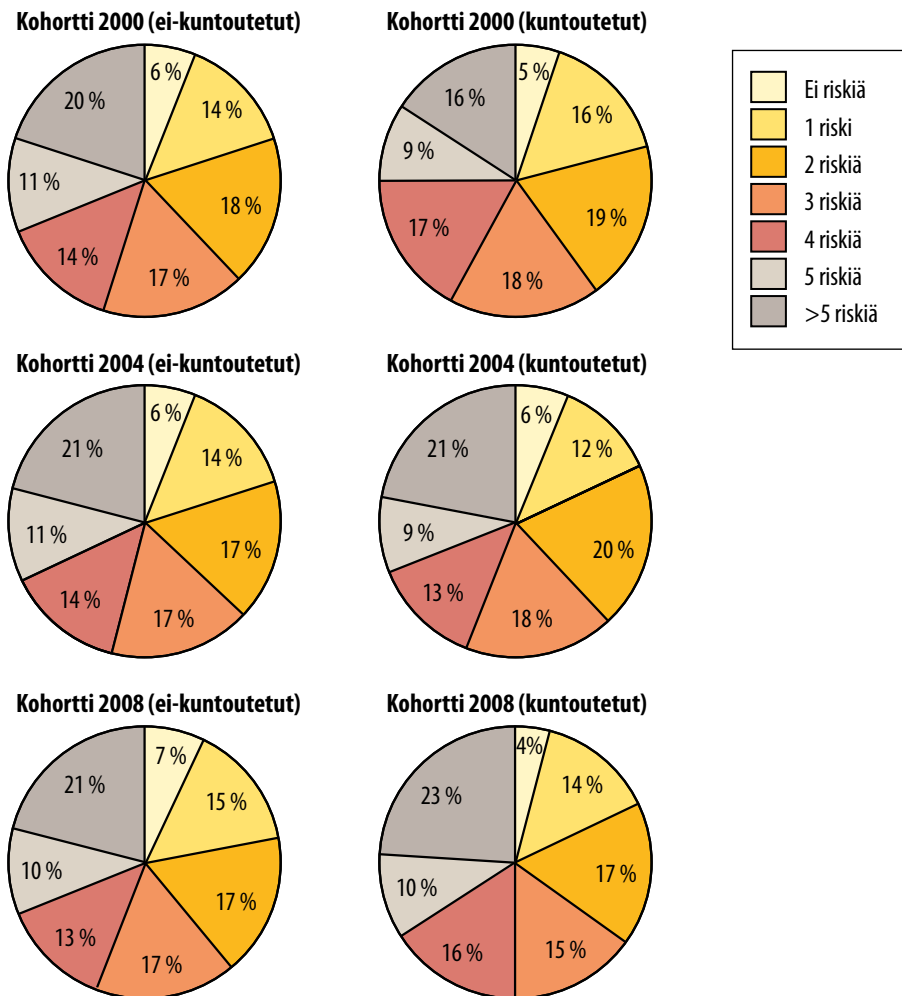
## Pohdinta

Tämän laajan seurantatutkimuksen perusteella ASLAKin valintaprosessi ei vielääkään onnistu tavoittamaan kuntoutustarpeessa olevia työntekijöitä, vaikka Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardin uudistamisella ja ASLAKiin pääsyn kriteerien tarkentamisella tähän on pyritty. Työhön, terveystietämiseen ja terveyteen liittyvät työkyvyttömyyden riskitekijät olivat heikosti yhteydessä todennäköisyyteen tulla valituksi ASLAKiin niin viime vuosikymmenen alkupuolella kuin viime vuosinakin. Esiintyvyytstarkastelussa työkyvyttömyyden riskitekijät kasautuivat lähes samalla tavalla kuntoutetuille ja muille kaikkina kolmena tutkittuna kuntoutusajankohtana. Kuntoutustarpeen tunnistaminen ei siten tutkimusaineistossa parantanut systemaattisesti vuosien 2002 ja 2011 välillä.

Koska ASLAKin tärkein tavoite on työkyvyn säilyttäminen ja parantaminen, voisi olettaa, että ohjelmaan valitsemisen ja tunnettujen työkyvyttömyyden ja sairauksien riskitekijöi-

den välillä olisi vahva yhteys. Tästä huolimatta monet työkyvyttömyyteen liittyvät seikat eivät ennustaneet lainkaan ASLAKiin pääsyä tai ennustivat sitä vain heikosti. Elintaparis-  
 kit, kuten tupakointi, alkoholin suurkulutus, fyysinen passiivisuus ja ylipaino, ovat monien kroonisten sairauksien taustalla, ja ne ennustavat työkyvyttömyyttä (Kouvonen ym. 2005, Albertsen ym. 2007, Ferrie ym. 2007, Skillgate ym. 2009, Robroek ym. 2010, Vahtera ym. 2010). Suuri sairauspoissaolojen määrä liittyy vahvasti tulevaan työkyvyttömyyseläkkeeseen (Kivimäki ym. 2004). Työperäisistä vaarate-

kijöistä esimerkiksi vuorotyö on yhteydessä sydänsairauksien ja diabeteksen ilmaantumiseen (Kivimäki ym. 2006, 2011). Huonoon työn hallintaan ja työn suuriin vaatimuksiin liittyvä työstressi kytkeytyy sydän- ja psyykkisiin sairauksiin, tuki- ja liikuntaelimestön sairauksiin, työkyvyttömyyseläkkeisiin ja sairauspoissaoloihin (Hoogendoorn ym. 2000, Kivimäki ym. 2006, 2012, Stansfeld ja Candy 2006, Virtanen ym. 2007, Bonde 2008). Myös heikentynyt koettu työkyky ja aikomus luopua työstä ovat ennustaneet työkyvyn heikkene-  
 mistä (Harkonmäki ym. 2009).

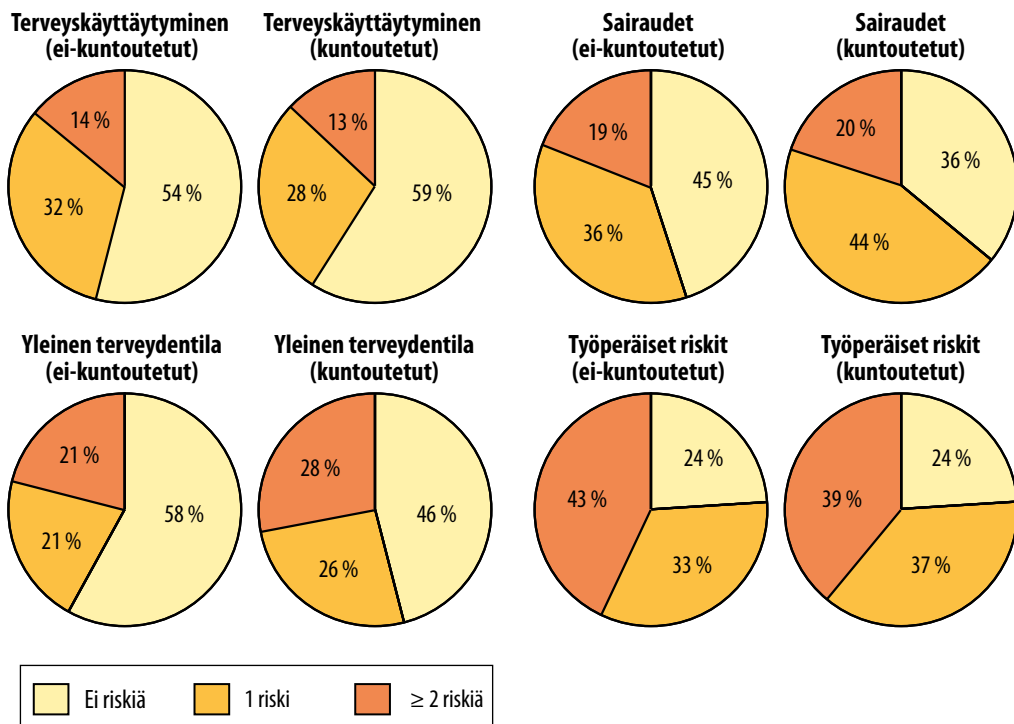


**KUVA 1.** Riskisummien (mikä tahansa riskitekijäryhmä) esiintyvyydet eri kohorteissa\*.  
 \*Vuoden 2000 kohortti (n = 44 980): riskitekijät arvioitu 2000–2002, ASLAK 2003–2005  
 \*Vuoden 2004 kohortti (n = 44 294): riskitekijät arvioitu 2004, ASLAK 2006–2007  
 \*Vuoden 2008 kohortti (n = 44 056): riskitekijät arvioitu 2008, ASLAK 2010–2011

Tutkimuksessamme jotkut riskitekijät enustivat jopa epätodennäköisempää pääsyä kuntoutukseen. Näitä olivat esimerkiksi ruumiillisen työn tekeminen, työsuhteen määräaikaisuus, vähäinen työnhallinta, tupakointi ja fyysinen passiivisuus. Esimerkiksi heikko ammattiasema on selvästi yhteydessä kroonisten sairauksien ja ennenaikaisen kuoleman riskiin ja työsuhteen määräaikaisuus pitkäaikaisiin terveysongelmiin ja suurentuneeseen kuoleman riskiin (Kivimäki ym. 2003, Matthews ym. 2010)

Työterveyshuoltoa valintaprosessissa ohjaava, tutkimuksen aikana voimassa ollut Kelan standardi on muuttunut useamman kerran. Kuitenkin esimerkiksi vuosina 2001 ja 2008 voimaan astuneet ja ASLAK-toimintaa koskevat Kelan standardit (myös uusin standardi vuodelta 2012) määrittelevät ASLAKin kohderyhmän melko yhtenevästi, joskin kohderyhmän kuvaus oli uudemmissa standardeissa aiempaa laajempi (Kela 2000, 2007, 2011)

(TAULUKKO). ASLAKin muuttuneiden valintaperusteiden mukaan kuntoutukseen pitäisi ohjata aiempaa iäkkäämpiä henkilöitä, joilla jo todetaan toimintakyvyn heikentymisen riskitekijöitä. Samalla pitäisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota kuntoutujien yksilöllisten tarpeiden selvittämiseen ja henkilökohtaisten tavoitteiden asetteluun. Tämä tutkimus ei pysty vastaamaan kysymykseen siitä, miksi ASLAKin valintaprosessissa ei onnistuttu johdonmukaisesti löytämään työkyvyttömyyden vaarassa olevia työntekijöitä. Puutteita voi olla työterveyshuollossa tapahtuvassa osallistujien valintaprosessissa tai ASLAKin valintakriteereissä. Standardien mukaisesti työterveyshuolto on joutunut etsimään ennalta päätehtyn määrän suhteellisen terveitä työntekijöitä ASLAK-kurssille ennalta määrättynä ajankohdantana. Ei ole mitään näyttöä, että tämänkaltaisella ryhmä- ja laitostuotoisella ehkäisevällä ohjelmalla voitaisiin pienentää tulevaa sairastumisen ja työkyvyttömyyden riskiä.



**KUVA 2.** Eri riskitekijäryhmiin kuuluvien riskisummien esiintyvyydet vuoden 2008 kohortissa (riskitekijät arvioitu 2008, pääsy ASLAKiin myönnetty 2010–2011).

Koska työnantaja ja Kela sopivat ASLAKin paikkojen määrän yleensä etukäteen, ei kuntoutus perustu yksilölliseen tarveharkintaan vaan työterveyshuollossa ”jälkeenpäin” tapahtuvaan kuntoutettavien etsintään. Tämänkaltaisen valintaprosessi jättää helposti huomiotta todellisen kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen oikean ajoituksen. Kuntoutustarve perustuu yksilön kokemuksiin vaikeuksiin selviytyä arkielämän (myös työelämän) vaatimuksista. Ei tiedetä, voitaisiinko ASLAKista hyötyvät työntekijät löytää paremmin valintakriteereitä ja valintaprosessia edelleen kehittämällä.

Vakinaisessa työsuhteessa ja hyvässä ammattiasemassa olevat toimihenkilöt saattavat pitää parempaa huolta itsestään ja hakeutua herkemmin työterveyshuoltoon ja sitä kautta ASLAKiin, vaikka eivät olisikaan kuntoutuksen tarpeessa. Määräaikaisen työntekijän kontakti työterveyshuoltoon saattaa olla heikompi tai hänen voi olla vaikeampi saada järjestettyä vapaata työstä kuntoutuksen ajaksi.

Tämän tutkimuksen vahvuuksia ovat laaja kysely- ja rekisteritietoja hyödyntävä pitkitäisaineisto kolmelta eri ajankohdalta sekä kuntoutustapahtuman luotettava mittaaminen. Vaikka kaikki tutkimusaineistoon kuuluvat henkilöt työskentelivät kunta-alalla, työntekijöiden laaja ammatillinen kirjo puoltaa mahdollisuutta, että tuloksemme ovat yleistettävissä myös muille toimialoille. On myös muistettava, että vaikka tutkittujen riskitekijöiden spektri oli laaja, joitakin tärkeitä tekijöitä on voinut jäädä huomioimatta. Tämä ei kuitenkaan ole todennäköistä, koska aikaisemmissa tutkimuksissamme kuntoutuksessa olleiden terveys, työkyky tai elintavat eivät muuttuneet seurannassa parempaan suuntaan kaltaistettuihin verrokkeihin nähden (Saltychev ym. 2012).

## Lopuksi

Vastauksessa ASLAKia koskevaan kirjalliseen kysymykseen hallitukselle sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko korosti että ”tällä hallituskaudella on tarkoitus varmistaa oikea-aikaisen ja viivytyksettömän kuntoutuksen toteutuminen kuntoutuksen vaikuttavuuden

**TAULUKKO.** ASLAKin kohderyhmien määrittely eri vuosina voimassa olleissa Kelan standardeissa.

### 2001

Kuntoutujat ovat työssä sellaisilla ammattialoilla, joissa työstä johtuvat kuormitustekijät sijoittuvat fyysisen, henkisen ja sosiaalisen toiminnan alueelle siinä määrin, että niistä seuraa terveysongelmien kasautuminen. Kuntoutujan työkyvyn heikkenemisen riskit ovat jo selvästi todettavissa, mutta sairauksireet ovat vielä lieviä. Kurssi voi olla työpaikka- ja/tai ammattialakohtainen.

### 2008

Kohderyhmänä ovat henkilöt, joiden työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen riskit ovat jo selvästi todettavissa, mutta sairauksireet ovat vielä lieviä. Kuntoutujan terveysongelmien kasautuminen voi johtaa kuntoutustarpeeseen. Kuntoutus kohdistuu työssä oleviin, eri ammattialoilla työskenteleviin henkilöihin. Kuntoutujat voivat olla samasta työpaikasta tai eri työpaikoista tai samalta ammattialalta tai eri ammattialalta. Kurssi voi olla siten työpaikka- ja/tai ammattialakohtainen.

### 2012

Kohderyhmänä ovat työssä olevat (vakiintuneet, määräaikaiset työsuhteet) henkilöt, joiden työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen riskit ovat jo selvästi todettavissa. Kuntoutujan sairauksireet ovat vielä lieviä ja korjautuvia, ja hänen sairauspäiväraha-päiviensä määrä on vähäinen. Kuntoutujalla on selkeästi työvuosia jäljellä. Kuntoutukseen valitaan henkilöitä, joilla esiintyy työstä johtuvaa fyysistä, henkistä ja sosiaalista kuormittumista. Tämä johtaa helposti terveysongelmien kasautumiseen ja työkyvyn heikkenemiseen. Kuntoutuja on halukas tekemään muutoksia. Kurssi on työpaikka- tai ammattialakohtainen. Kursseja järjestetään alueellisesti ja valtakunnallisesti. Kuntoutujilla tulee olla ennen kuntoutukseen ohjausta hoitosuhde julkisessa terveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai yksityisessä terveydenhuollossa.

parantamiseksi. Erityishuomio suunnataan varhaisvaiheen ennakoivan kuntoutustarpeen tunnistamiseen” (Risikko 2012). Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että verrattuna kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen ASLAKin valintaprosessissa on viime vuosina onnistuttu hieman aiempaa paremmin löytämään työntekijöitä, joilla on yleisen terveydentilan ongelmia. Useimmat keskeiset työkyvyttömyyden riskitekijät jäävät kuitenkin valinnassa edelleen huomiotta, vaikka Kelan kuntoutuksen standardeja on uudistettu ja ASLAKin pääsykriteerejä tarkennettu. Kokonaisuutena katsottuna ASLAKiin valittiin niin

2000-luvun alussa kuin aivan viime vuosina työntekijöitä, joiden riskiprofiilit olivat lähes samanlaisia kuin niillä, jotka eivät osallistuneet kuntoutukseen. Enemmistöllä vuosina 2010–2011 kuntoutetuista ei ollut yhtään elintapa-riskitekijää ja lähes puolella ei todettu yhtään yleiseen terveyteen liittyvää riskitekijää. On oletettavaa, että ASLAKin vähäisen vaikutta-

vuuden taustalla on yhtenä syynä terveiden ja työkykyisten työntekijöiden valitseminen kuntoutukseen. Tämän tutkimuksen perusteella pelkkä valintaprosessin hiominen ei riitä oikeuttamaan tätä laajassa käytössä olevaa kallista kuntoutusmuotoa. Tarvittaisiin myös huolella tehtyjä satunnaistettuja tutkimuksia siitä, onko ASLAK ylipäättään vaikuttavaa. ■

**KIRJALLISUUTTA**

- Aalto L, Hinkka K. Uudenaista työikäisten kuntoutusta. Nettityöpapereita. Helsinki: Kela 2011.
- Albersen K, Lund T, Christensen KB, Kristensen TS, Villadsen E. Predictors of disability pension over a 10-year period for men and women. *Scand J Public Health* 2007;35:78–85.
- Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008;65:438–45.
- Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, Kivimäki M. BMI, obesity, and sickness absence in the Whitehall II study. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:1554–64.
- Harkonmäki K, Martikainen P, Lahelma E, ym. Intentions to retire, life dissatisfaction and the subsequent risk of disability retirement. *Scand J Public Health* 2009;37:252–9.
- Hiltunen M, Nyman H, Kiviniemi M. Katsaus eläketurvaan vuonna 2011. Helsinki: Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 4/2012.
- Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:2114–25.
- Kela. Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK) palvelulinja 2011(a) (voimassa 1.1.2012 alkaen).
- Kela. Kelan kuntoutustilasto 2010. Helsinki: Kela 2011(b).
- Kela. Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 6. 24.3.2000 (voimassa 1.1.2001 alkaen).
- Kela. Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 14. 2.4.2007 (voimassa 1.1.2008 alkaen).
- Kivimäki M, Batty GD, Hublin C. Shift work as a risk factor for future type 2 diabetes: evidence, mechanisms, implications, and future research directions. *PLoS Med* 2011;8:e1001138.

- Kivimäki M, Forma P, Wikström J, ym. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:710–1.
- Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, ym. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012;380:1491–7.
- Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2003;158:663–8.
- Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Väänänen A, Keltikangas-Järvinen L, Vahtera J. Prevalent cardiovascular disease, risk factors and selection out of shift work. *Scand J Work Environ Health* 2006;32:204–8.
- Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46,190 employees. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:63–9.
- Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? *Ann N Y Acad Sci* 2010;1186:146–73.
- OECD. Sickness, disability and work, keeping on track in the economic downturn. High-level forum, 14–15 May 2009, Stockholm. Organisation for Economic Co-operation and Development Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- Pekkonen M. Terveyteen liittyvä elämänlaatu laitospuotoisuuden vaikutavuuden arvioinnissa. Helsinki: University of Helsinki 2010.
- Pohjolainen T. Kuntoutuksen vaikutavuus – mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? *Suom Lääkäril* 2005;60:3399–405.
- Risikko P. Vastaus eduskunnan puhe-miehelle koskien kirjallista kysymystä KK 552/2012. Aslak-kuntoutuksen kohdentaminen uudella tavalla. Suomen eduskunnan istuntopöytäkirja 5.9.2012 PTK 74/2012 vp.

- Robroek SJ, van den Berg TI, Plat JF, Burdorf A. The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occup Environ Med* 2010;68:134–9.
- Saltychev M, Laimi K, El-Metwally A. Effectiveness of multidisciplinary early rehabilitation in reducing behaviour-related risk factors. *J Rehabil Med* 2012(a); 44:370–77.
- Saltychev M, Laimi K, Oksanen T, ym. Predictive factors of future participation in rehabilitation in the working population: the Finnish public sector study. *J Rehabil Med* 2011;43:404–10.
- Saltychev M, Laimi K, Vahtera J. Ammatillisesti syvennetyn lääkinällisen kuntoutuksen (ASLAK) vaikuttavuus: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2012(b);67:3303–8h.
- Skillgate E, Vingård E, Josephson M, Holm LW, Alfreðsson L. Is smoking and alcohol consumption associated with long-term sick leave due to unspecific back or neck pain among employees in the public sector? Results of a three-year follow-up cohort study. *J Rehabil Med* 2009;41:550–6.
- Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006;32:443–62.
- Suoyrjö H, Hinkka K, Kivimäki M, Klaukka T, Pentti J, Vahtera J. Allocation of rehabilitation measures provided by the Social Insurance Institution in Finland: a register linkage study. *J Rehabil Med* 2007;39:198–204.
- Tirkkonen M. ASLAK-kuntoutus vahvistaa työhyvinvointia valikoivasti. Tampere: University Press 2012.
- Vahtera J, Laine S, Virtanen M, ym. Employee control over working times and risk of cause-specific disability pension: the Finnish Public Sector Study. *Occup Environ Med* 2010;67:479–85.
- Virtanen M, Vahtera J, Pentti J, Honkonen T, Elovainio M, Kivimäki M. Job strain and psychologic distress influence on sickness absence among Finnish employees. *Am J Prev Med* 2007;33:182–7.



## Summary

### **Has participants' selection in an early VOMR changed in 2000's?**

The purpose of this prospective study was to investigate how well the selection process to vocationally oriented medical rehabilitation (VOMR) has succeeded in 2000's to identify persons under an elevated risk of work disability. Data were collected from responses to survey and national health registers. There were only small or no associations between studied risk factors and employees' chances to be selected to VOMR without significant differences between three sub-cohorts (N=44 056–44 980) which were formed based on the time of response to survey. Apparently failed selection may weaken the effectiveness of this common Finnish rehabilitation.

**MIKHAIL SALTICHEV, LT, fysiatrian ylilääkäri**

**KATRI LAIMI, LT, fysiatrian erikoislääkäri**

TYKS, fysiatrian yksikkö

**JAANA PENTTI, LuK, tilastoasiantuntija**

**MIKA KIVIMÄKI, PsT, professori**

Työterveyslaitos

**JUSSI VAHTERA, LT, kansanterveystieteen professori**

Turun yliopisto, kliininen laitos, kansanterveystiede

### **SIDONNAISUUDET**

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia