

Kuntoutustulokset ja työhön paluu psykiatrisen työkykyarvion jälkeen

JOHDANTO. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatrisen työkykyarvion yhteydessä laadittujen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien toteutumista, työhönpaluuseen vaikuttavia tekijöitä, elämänlaatua ja muutosta itsearvioidussa toimintakyvyssä.

MENETELMÄT. Aineisto koostuu HYKS:n Työkyvyntutkimuspoliklinikassa vuoden aikana vaativassa työkykyarviossa käyneistä 69 potilaasta, jotka haastateltiin vuoden kuluttua.

TULOKSET. Vuoden seuranta-aikana työelämään osallistuminen lisääntyi, arvioitu muutos elämänlaadussa oli yleensä myönteinen ja itsearvioitu toimintakyky koheni. Suurin osa oli tyytyväisiä vakuutuslaitosten päätöksiin, ja lääkärillä käynnit olivat vähentyneet. Hoitosuosituksen toteutuivat hyvin. Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmat toteutuivat kuitenkin vain puolella potilaista.

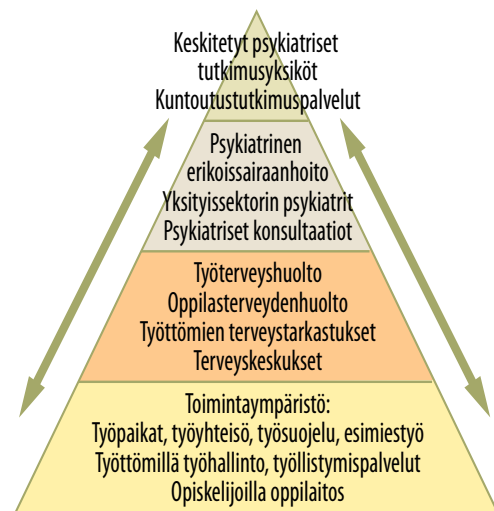
PÄÄTELMÄT. Työhönpaluun onnistumiseen näyttäisi vaikuttavan eniten lyhyehkö, alle kuuden kuukauden, poissaolo työstä, voimassa oleva työsuhde ja korkea koulutustaso. Aktiivisemmat työhönpaluusuunnitelmat työterveyshuolloissa yhteistyössä psykiatrien kanssa ja vaativien työkykyarvioiden aikaisempi ohjaaminen erityisosaamisyksikköön johtaisi todennäköisesti parempiin kuntoutustuloksiin.

Työkyvyn arvio ja tuki mielenterveyshäiriöissä edellyttää yhteistyötä toimintaympäristön kanssa. Jos työterveyshuollon ja konsultoivan psykiatrin tai hoitavan psykiatrisen työryhmän keinot eivät riitä työkyvyn selvittämiseen,

voidaan hyödyntää erityisosaamisyksiköitä (**KUVA**). HUS:n psykiatrian tulosyksikön Työkyvyntutkimuspoliklinikassa tehdään muun muassa vaativia psykiatrisia työkykyarvioita (**TAULUKKO 1**), joiden jatkoseurantatuloksia selvitimme tässä tutkimuksessa. Tutkimushankkeelle oli myönnetty HUS:n eettisen toimikunnan lupa.

Aineisto ja menetelmät

Kyseessä on kliininen seurantatutkimus, jossa potilaita haastateltiin vuoden kuluttua työkyvynarviosta. Aineisto koostuu 1.12.2010–30.11.2011 HUS:n työkyvyntutkimuspoliklinikassa vaativan työkykyarvion läpikäyneistä 81 potilaasta. Tutkimusluvan antoi 78 (96 %) potilasta, ja heistä tavoitettiin 69 (88 %) vuoden kuluttua. Tutkimusjakson sisältö kuvataan **TAULUKOSSA 2** ja potilaiden taustatiedot **TAULUKOSSA 3**.



KUVA. Psykiatrisen työkykyarvion porrastus.

Jatkoseurannassa potilailta kysyttiin strukturoidulla puhelinhaastattelulla hoidosta, kuntoutuksesta, työ- ja etuustilanteesta, elämänlaadusta ja toimintakyvystä Sheehan-asteikon mukaisesti kolmella eri elämänalueella, jotka olivat työ, koti ja sosiaalinen elämä (1). Vastauksia verrattiin vuoden takaisiin. Tilastolaskennat tehtiin SPSS-ohjelmalla käyttäen ristiintaulukointia, logistista regressioanalyysia ja parillista T -testiä.

Tulokset

Ammatillinen kuntoutus. Potilasasiakirjojen perusteella ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma oli kirjattu 26 potilaalle (38 %), kun jatkoseuranta-haastattelussa 30 (43 %) potilasta ilmoitti suunnitelmasta. Ero luvuissa selittyy, sillä kuntoutujat sisällyttivät tähän myös pienempiä tukitoimia kuten työjärjestelyt työpaikalla tai työhallinnon ammatinvalinnanohjaukseen hakeutumisen, joihin ei haettu etuisuuksia. Heistä noin puolet 16 (53 %) ilmoitti sen toteutuneen. Eläkevakuutusyhtiöt hyväksyivät kaikki työkokeiluhakemukset. Ammatillisen kuntoutuksen hakemuksista vain yksi, jolla haettiin työhönvalmennusta uuteen työhön suuntautumiseksi, hylättiin.

Lääkinnällinen kuntoutus. Asiakirjojen perusteella psykoterapiakuntoutusta oli suunniteltu 22 potilaalle (32 %), joista 21 raportoi kyseisen suunnitelman. Heistä yli puolella se oli toteutunut tai toteutumassa (12 potilasta, 57 %). Esteiksi kuntoutuksen toteutumiselle mainittiin vaikeudet terapiaan hakeutumisessa ja Kelan hylkäyspäätökset (kaksi potilasta, 5 %).

Hoitosuunnitelmat. Uusi hoitosuunnitelma oli kirjattu 49:lle (71 %) potilaalle, mutta potilaista jopa 64 (93 %) raportoi uuden hoitosuunnitelman tutkimusjaksolta. Heistä suurin osa, 60 (94 %) ilmoitti hoitosuunnitelman toteutuneen kokonaan tai osittain

Itsehoitosuositukset. Yli puolet muisti saaneensa itsehoitosuosituksia (esimerkiksi liikuntaan, vuorokausirytmiiin ja alkoholiin liittyen). Heistä kaksi kolmannesta ilmoitti toteuttaneensa ne täysin, kun taas vain kaksi potilasta (5 %) totesi jättäneensä ne toteuttamatta ja loput kertoivat toteuttaneensa ne osittain.

TAULUKKO 1. HYKS:n Työkyvyntutkimuspoliklinikan lähetekriteerit.

- Epäselvyys psykiatrisesta työkyvystä ja siihen vaikuttavista psykiatrisista sairauksista tai ristiinainen käsitys eri arviointitahojen kesken.
- Psykiatrisen hoidon tai työterveyshuollon ja konsultoivan psykiatrin palveluiden arviointikeinot hyödynnetty. Työterveyslääkäri ja psykiatri ovat toimineet yhteistyössä tai ainakin olleet yhteydessä toisiinsa työkyvynarvion suhteen.
- Hoitotasapaino ja motivaatio riittävät polikliinisen tutkimuksen suorittamiseen ja psykiatrin kuntoutusarvio on ajankohtainen.
- Hoitosuhteen jatkuminen, työkyvyntutkimuspoliklinikka ei tarjoa hoitoa.

Itsearvioitu toimintakyky. Jokainen toimintakyvyn osa-alue koheni merkittävästi seurannassa ja kaikkien kolmen osa-alueen yhteispisteissä oli myös merkitsevä ero parempaan. (TAULUKKO 4). Jokaisella kolmella osa-alueella erikseen muutos parempaan oli havaittavissa 26 potilaalla (38 %), kun taas jokaisella osa-alueella muutos huonompaan vain neljällä (6 %).

Elämänlaatu. Asteikolla 0–10 itseraportoitu elämänlaatu vaihteli välillä 0–9,5 seurannan päättyessä, keskiarvo 5,5 (keskihajonta 2,42). Suurin osa vastaajista (40 potilasta, 58 %) arvioi elämänlaatunsa muuttuneen paremmaksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Loput vastaajat ilmoittivat sen säilyneen ennallaan (12 potilasta, 17 %) tai huonontuneen (17 potilasta, 25 %).

Työelämäaktiivisuus. Suurin osa (40 potilasta, 58 %) osallistui tai suuntautui työelämään aktiivisesti vuoden kuluttua työkyky- ja kuntoutusarviosta. Ansiotyössä käyvien (19 potilasta) osuus suureni vuoden seuranta aikana 7 %:sta 28 %:iin. Loput olivat parhaillaan työkokeilussa, työnhakijana, freelancerina, vapaaehtoistyössä tai opiskelijana. Työelämän ja työmarkkinoiden ulkopuolelle oli jäänyt 29 potilasta (42 %). Pääasiallisena toimeentulona suurimmalla osalla heistä oli vuoden päästä kuntoutustuki tai työkyvyttömyyseläke. Toimeentulotuella eli kolme (4 %).

Tyytyväisyys etuuspäätöksiin. Etuuksia haettiin 54:lle (78 %), joista 40 (74 %) oli tyytyväisiä vakuutuslaitosten ratkaisuihin.

TAULUKKO 2. Vaativan psykiatrisen työkykyarviotutkimuksen sisältö.

Sairaanhoitaja	Motivointi- ja arviointihaastattelu, elämäntilannekartoitus	kaikille
Sosiaalityöntekijä	Selvitys ammattiurasta, työtilanteesta ja kuntoutuksista	kaikille
Psykiatri	Psykiatrinen diagnostiikka, sairauksien vaikutus toimintakykyyn, hoidon ja kuntoutuksen riittävyys	kaikille
Laboratoriotutkimukset	Seulat ja erotusdiagnostiikka	kaikille
Verkostotapaamiset (työpaikan ja työterveyshuollon edustajat, muut yhteistyötahot)	Havaintojen koonti toimintaympäristöstä ja kuntoutuksen suunnittelu	kun verkostoa on
Toimintaterapeutti	Toimintakyvyn tutkiminen, objektiiviset havainnot ja haastattelu	Kun potilaalla ei ole työpaikkaa, tai siellä tehdyt havainnot toimintakyvystä ovat ristiriitaisia tai vanhentuneita
Psykologi	Selvitys psyykkisestä oireenmuodotuksesta, stressinsietokyvystä ja kognitiivisista toiminnoista	tarvittaessa

Uusia etuisuusratkaisuja eivät kommentoineet ne 15 potilasta (22 %), joille ei ollut haettu etuisuuksia. Kuntoutushakemukset hylättiin harvemmin (3/21 siis 14 %) kuin työkyvyttömyysetuudet (9/49 siis 18 %). Myönnetty etuisuuslaji oli muutamassa tapauksessa erilainen kuin haettu; esimerkiksi osatyökyvyttömyyseläkkeen sijasta myönnettiin täysi eläke tai myönnetyn kuntoutustukijakson pituus ei ollut sama, kuin mitä B-lausunnolla haettiin.

Lääkärikäynnit. Vastaanottokäynnit olivat tutkimusjakson päättymisen jälkeen useammin vähentyneet (32 potilasta, 46 %) kuin lisääntyneet (13 potilasta, 19 %) tai säilyneet ennallaan (34 potilasta, 35 %).

Työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä. Ansiotyöhön paluu oli tavallisempaa 34 % (13/38) potilailla, joilla oli työsuhte tutkimusjaksolle tullessa ja harvinaisempaa 16 % (5/31) vailla työsuhdetta olleilla. Ero oli ristiintaulukoinnissa McNemarin testillä merkitsevä ($p = 0,001$). Alle vuoden pois työstä olleista 37 potilaasta ansiotyöhön palasi 14 (38 %), kun taas pidempään poissa olleista 32:sta palasi vain viisi (16 %). McNemarin testillä ero ei ollut merkitsevä. Tilastollisesti ero oli merkitsevä ($p < 0,001$) puolen vuoden

kohdalla. Alle puoli vuotta poissaolleista lähes kaikki palasivat (12/13), kun yli puoli vuotta poissaolleista 8/38. Logistisessa regressiossa merkitsevä ero oli puoli vuotta tai pidempään työstä poissaolleiden välillä ($p = 0,014$), mutta poissaolovuosien määrällä ei ollut enää merkitystä.

Alemman tai ylemmän korkeakoulututkinnon omaavista 24 potilaasta puolet palasi ansiotyöhön, kun taas ammattikoulu- tai opistokoulutuksen omaavista 39 potilaasta palasi vain 7 (18 %) ja vain peruskoulun käyneestä seitsemästä kukaan ei palannut ansiotyöhön seuranta-aikana. Koulutustason yhteys työhönpaluuseen oli merkitsevää logistisessa regressioanalyysissä ($p = 0,003$). Peruskoulu- ja opistotason koulutustaustalla riski olla palamatta työhön oli kuusinkertainen verrattuna korkeammin koulutettuihin.

Seurantahaastatteluissa keskeisinä työhön paluun esteinä nousivat esille vaikeudet työllistyä ja löytää sopivia työtehtäviä sekä kuntoutuksen koordinaation puute. Joskus myös toipuminen oli odotettua hitaampaa. Ne, joilla työpaikka ja työelämätaidot olivat säilyneet, palasivat varhaisemmassa toipumisen vaiheessa.

TAULUKKO 3. Tutkimusseurannassa tavoitettujen potilaiden taustatiedot. M = mediaani.

Taustatiedot	1.12.2010–30.11.2011 Tutkimusseurannassa tavoitetut 69 potilasta
Ikä	M = 49 (26–63)
Sukupuoli	
Naiset	39 (56 %)
Miehet	30 (44 %)
Koulutustausta	
Ylempi korkeakoulu- tutkinto	17 (25 %)
Alempi korkeakoulu- tutkinto	6 (9 %)
Lukio, ammattikoulu tai opistotutkinto	39 (56 %)
Peruskoulu	7 (10 %)
Toimeentulo	
Ajankohtaisesti työssä	5 (7 %)
Sairauspäiväraha	22 (32 %)
Kuntoutustuki tai määrä- aikaiseläke	20 (29 %)
Työttömyyskorvaus	10 (15 %)
Muu toimentulo	12 (17 %)
Viimeksi työssä	
Viimeisen vuoden aikana	37 (54 %)
1–5 vuotta sitten	23 (33 %)
Yli viisi vuotta sitten	9 (13 %)
Työsuhde voimassa	38 (55 %)
Ei työsuhdetta	31 (45 %)
Lähettävä taho	
Työterveyshuolto	25 (36 %)
Psykiatrinen erikois- sairaanhoito	24 (35 %)
Konsultoivat yksityis- psykiatrit	16 (23 %)
Muut	4 (6 %)
Diagnoosi	
Mielialahäiriöt F30–39	46 (67 %)
Ahdistushäiriöt F40–49	11 (16 %)
Psykoosit F20–29	7 (10 %)
Päihdehäiriöt F10–19	2 (3 %)
Persoonallisuushäiriöt F60–69, Kehitykselliset häiriöt F80–89 ja muu diagnoosi	3 (4 %)
Vähintään kaksi erilaista psykiatrista diagnoosia (2–5 diagnoosia)	49 (71 %)

Pohdinta

Kuntoutus ja työhön paluu. Työhön kuntoutuminen ja sopivan työn löytäminen oli vaikeata yli puoli vuotta työstä poissaoleilla, työttömillä ja irtisanotuilla. Etääntymistä työelämästä jouduttavat irtisanomiset, työterveyshuollon ja esimiehen yhteydenpidon katkeaminen. Katkeroituminen irtisanomisiin ja eläkehylkypäätöksiin syö kuntoutujan voimavaroja ja kuormittaa hoitosuhteita, joissa painopiste siirtyy toimintakyvyn vajeiden ja oireiden vakavuuden todistamiseen.

Vajaalla puolella (47 %) ammatillinen kuntoutus ei toteutunut suunnitelmien mukaisesti. Haastatteluiden perusteella tämä johtui muun muassa odotettua hitaammasta toipumisesta, vaikeudesta löytää työpaikalla sopivia työtehtäviä, mihin palata, tai vaikeuksista työllistyä. Työkokeilusuunnitelmat eivät kenenkään kohdalla kariutuneet työeläkelaitosten hylkäyspäätöksiin.

Haastatteluissa tuli esille, että kuntoutusmotivaatio, sairauden lievittyminen tai siitä toipuminenkaan ei taannut työhön paluuta. Työhönpaluu oli odotetusti vaikeinta kuntoutujille, joilla ei ollut vakituista työpaikkaa minne palata, eikä työterveyshuoltoa tai muuta tahoja koordinoimassa työhönpaluuta. Työhönpaluun tukitoimien hyvä koordinaatio (2) ja koordinaation keskittäminen työterveyshuoltoon (3) ovat ratkaisevia. Myös osa potilaista, joilla oli työpaikka, kertoi, ettei työnantajalla ollut osoittaa heille työkykyarviossa sopivaksi todettuja työtehtäviä tai uudelleen sijoitusta. Työpaikkojen kyky vastaanottaa kuntoutujia näyttäisi olevan vaihteleva – osatyökykyisten työllistymisvaikeudet johtuvat osin työelämän ongelmista (4). Pitkittyvä psyykinen sairastaminen ja pitkittyvä työttömyys liittyivät kiinteästi toisiinsa; työsuhde oli voimassa vain 55 %:lla aineistomme potilaista. Työhönpaluu oli kaksi kertaa todennäköisempää, jos työsuhde oli vielä voimassa. Korkeammin koulutetut palasivat todennäköisemmin työhön, mikä on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (5, 6, 7).

Tutkimusjakson ajoitus. Ansiotyöhön paluun todennäköisyys oli lähes kolminkertainen, jos työstä poissaolo oli kestänyt alle puoli

TAULUKKO 4. Itsearvioitu toimintakyky Sheehanin asteikolla tutkimusjakson aikana ja vuoden kuluttua siitä.

Sheehanin toimintakykyarvio Asteikko 0–10 0 = ei lainkaan heikentynyt 10 = hyvin vakavasti heikentynyt	Tutkimus- jakson aikana M (SD)	Vuoden kuluttua	Muutosten keskiarvo M Vaihteluväli Min/Max (SD) Korrelaatio	Ero ennen ja jälkeen p-arvo
Toimintakyky työssä	7,9 (2,5)	7,2 (2,9)	-0,73 Min -7 Max 5 (2,2) 0,670 (p < 0,001)	0,008
Toimintakyky sosiaalisessa elämässä	6,7 (2,6)	5,2 (2,9)	-1,53 Min -8 Max 5 (2,6) 0,550 (p < 0,001)	< 0,001
Toimintakyky kotona ja per- heessä	6,4 (2,9)	4,7 (2,8)	-1,77 Min -7 Max 5 (2,8) 0 (p < 0,001)	< 0,001
Kaikkien toimintakyvyn osa- alueiden summa	21,1 (7,5)	17,1 (7,9)	-4,03 Min -22 Max 25 (6,4) 0,653 (p < 0,001)	< 0,001

M = mediaani, SD = keskihajonta, Min = minimi, Max = maksimi. Muutos parempaan --merkkinen, muutos huonompaan +-merkkinen

vuotta ja yli kaksinkertainen, jos poissaolo oli kestänyt alle vuoden. Poissaolovuosien määrällä ei enää ollut merkitystä. Varhaisempi työkyvynarvion ajoitus auttaa hyödyntämään ammatillista kuntoutusta oikea-aikaisesti. Aiempien tutkimusten mukaan sairauspäivärahaudella (8, 9) tai sen ensi kolmanneksella (10) alkanut ammatillinen kuntoutus on tuloksellisempaa työhönpaluun kannalta masennuspotilailla kuin myöhemmin alkanut kuntoutus. Mielenterveyspotilailla ammatillinen kuntoutus alkaa usein liian myöhään (11).

Kuntoutustulosten valossa ajoissa, ennen sairauspäivärahaudon päättymistä toteutuneita tutkimusjaksoja oli tässä aineistossa alle puolet. Tiukemmin kriteerein alle puolen vuoden työstä poissaolon perusteella ajoissa toteutuneita tutkimusjaksoja oli vain kolmanes. (TAULUKKO 3).

Välittykö tieto B-lausunnon kautta etuuspäätösten perusteeksi? Näkökulmaerot työkykylausuntoja laativien kliinikoiden ja vakuutuslääkäreiden välillä, lisääntyneet hylkäyspäätökset ja vakuutuslääkärijärjestelmän kehittämistarve ovat olleet julkisen keskustelun aiheena (12, 13, 14, 15). Työkyvyttömyyseläkelausuntojen yleisessä laadussa näyttäisi olevan kehittämisen varaa, erityisesti objektiivisiin havaintoihin perustuvat toimintakykykuvaukset puuttuvat suurimmasta osasta lausuntoja (16).

Tässä hankkeessa työkyvyntutkimukset toteutuivat lähetekriteerien mukaisesti työkyvyn kannalta epäselkeissä ja ristiriitaisissa tilanteissa ja tutkimukseen tullessa osa (12, 17 %) oli jo hylkäyspäätöskierteessä ja toimeentulotuella.

Silti potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä tutkimusjakson jälkeen saamiinsa uusiin etuisuusratkaisuihin, eikä etuisuuksia hylätty enempää kuin keskimäärin. Samasta aineistosta erillisenä tehdyn B-lausuntojen laatuselvityksen mukaan toimintakykyä oli objektiivisesti kuvattu kaikissa työkyvyntutkimuspoliklinikan työkyvyttömyysetuisuuslausunnoissa (17). Hylkäyksen saaneita lausuntoja tarkasteltiin erikseen ja niissä havaittiin yhteisinä piirteinä somaattisten tekijöiden merkittävä osuus toimintakykyvajeissa sekä vaikeudet löytää soveliaista lääkehoitoa.

Monihäiriöisen, vaikeahoitoisen potilaan etuisuuslausunnot ja niiden tulkinta ovat vaikea taitolaji. Objektiivisesti todettujen toimintakykyvajeiden yksiselitteinen liittäminen yksittäisiin diagnooseihin on vaikeaa oirekuvan muodostuessa toinen toistaan pahentavista erilaisista sairauksista, jotka vaikeuttavat myös toistensa hoitoa. Potilaiden väsyminen ja pettymys lukuisiin lääkehoitoyrityksiin voivat näyttäytyä lausunnon lukijan näkökulmasta asianmukaisen hoidon tai hoitomotivaation puutteena.

Jatkohoidon toteutuminen ja terveystalvaiden käyttö. Suurimmalle osalle oli laadittu uusi hoitosuunnitelma, ja jatkoseurannassa potilaat ilmoittivat sen toteutuneen hyvin. Silti vastaavaa lisäystä lääkäriillä käyntien määrissä ei raportoitu. Tämä voi selittyä käyntien uudelleen kohdentumisella ja myös toipumisella. Suurimmalla osalla lääkäriissäkäynnit vähenivät.

Itsearvioitu toimintakyky ja elämäntalvaidu. Tutkimusjakson jälkeen suurin osa koki vuoden kuluttua elämäntalvaidunsa ja toimintakykynsä kohentuneen kaikilla kolmella osaluueella. Suurin itse raportoitu toimintakyvyn muutos oli kotona ja pienin työssä. Työllistymisen, taloustilanteen korjautumisen ja sairaudesta toipumisen koettiin lisänteen elämäntalvaidua.

Tutkimuksen puutteet. Aineisto on valikoitunut johtuen Työkyvyntutkimuspoliklinikan lähetekriteereiden vuoksi (TALUKKO 1) ja edustaa työkyvyn kannalta epäselkeimpiä tai ristiriitaisimpia tapauksia. Aineistosta putosi yhdeksän potilasta, joita ei tavoitettu jatkoseurannassa. Pudonneet eivät taustatiedoiltaan oleellisesti eronneet jatkoseurannassa tavoitettua potilaista.

Päätelmät perustuivat strukturoituun jatkoseurantahaastatteluun, jossa koottua tietoa verrattiin vuoden takaisiin kliinisiin asiakirjatietoihin. Seurantatieto jäi siten potilaan subjektiivisen raportoinnin varaan, jonka luotettavuutta lisää kuitenkin se, että haastattelija oli neutraali tutkija eikä etuuslausuntoja laativa tai niistä päättävä viranomainen. Psykiatrinen sairaus voi värittää kokemusta omasta toimintakyvystä negatiiviseen suuntaan, etenkin kun aineiston diagnoosijakauma huomioidaan. Toisaalta juuri kuntoutujan subjektiivinen kokemus, osallisuus ja kuulluksi tuleminen ovat keskeisiä kuntoutuksessa (18).

SUSANNE HEIKINHEIMO, LL, vastaava työterveyslääkäri
Kesko Oyj Työterveyshuolto, Hakkilan työterveysasema
Projektisuunnittelija
HYKS:n psykiatrian tulosyksikkö,
työkyvyntutkimuspoliklinikka

KATINKA TUISKU, LT, psykiatrian erikoislääkäri,
apulaislääkäri
HYKS:n psykiatrian tulosyksikkö,
työkyvyntutkimuspoliklinikka
PL 442, 00029 HUS

YDINASIAI

- ▶ Hoitosuunnitelmat toteutuivat hyvin, elämäntalvaidu ja itsearvioitu toimintakyky kohenivat vaativan työkykyarvion jälkeen.
- ▶ Onnistunutta työhönpaluuta ennustivat eniten lyhyt alle kuuden kuukauden poissaolo, pysyvä työpaikka ja hyvä koulutustaso.
- ▶ Tehokkaammat työhönpaluutoimenpiteet työterveyshuolloissa ja vaativan työkykyarvion varhaisempi ajoitus antaisivat todennäköisesti parempia kuntoutustuloksia.

Lopuksi

Hyvin toimivaan palveluketjuun psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa kuuluvat alkuvaiheen nopeat kohdennetut konsultaatiot ennen ongelmien pitkittymistä, verkostoyhteistyö erikoissairaanhoidon potilailla ja vaikeimmissa arvioissa erityisosaamisyyksikköön ohjaaminen jo hyvissä ajoin ennen sairauspäivärahakauden päättymistä. Sen jälkeen työhön paluun todennäköisyys heikentyy useista eri syistä ja ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet kaventuvat.

Vaativa psykiatrinen työkykyarvio valikoituneelle joukolle selkein lähetekriteerein on hyödyksi potilaille toimintakyvyn, elämäntalvaidun, työelämäaktiivisuuden ja asianmukaisten etuuksien kannalta. Ratkaisevinta näyttäisi kuitenkin työhön paluun kannalta olevan kuntoutujan oma työtilanne ja työpaikkojen kyky vastaanottaa tai työllistää kuntoutujia. ■

SIDONNAISUUDET

Susanne Heikinheimo: Ei sidonnaisuuksia
Katinka Tuisku: Luentopalkkio (PHSOTEY, Helsingin yliopisto, Professio)

KIRJALLISUUTTA

1. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11 Suppl 3:89–95.
2. Joensuu M, Kivistö S, Malmelin J, Lindström K. Pitkä sairausloma ja työhön-paluu. Helsinki: Työterveyslaitos, 2008.
3. Liira J, Juvonen-Posti P, Viikari-Juntura E, ym. Työhön paluun tuki. Työterveys-huollon hyvät käytännöt. 18.4.2012 (päiv-itetty 14.12.2012). www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00401&p_haku=työhön%20paluun%20tuki, vii-tattu 31.5.2012.
4. Lehto M. Osatyökykyisten työllisty-misen suurimmat esteet ovat luottamuk-sen puute ja ennakkoluulot. STM tiedote 09.02.2011. www.stm.fi/c/document_li-brary/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-14646.pdf
5. Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil* 2008;18:27–34.
6. Cornelius LR, van der Klink JLL, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2011;2:259–74.
7. Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, ym. Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occup Environ Med* 2011;68:791–8.
8. Kivekäs J, Gould R, Pellinen M. Mieli-alahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kan-nattaa. *Suom Lääkäril* 2008;63:2815–9.
9. Saarnio L. Eläketurvakeskuksen ti-lastoraportteja 2012. Eläketurvakeskus, Helsinki 2012.
10. Lind J, Tuulio-Henriksson AM, Autti-Rämö I. Kuntoutus parantaa masennus-potilaiden työkykyä. *Suom Lääkäril* 2011; 66:3213–9.
11. Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (toim.) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2012.
12. Lääkärilehden uutisia: Työkyvyttö-myyshakemuksista hylätään joka neljäs (julkaistu 25.1.2013). www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=12996/type=1
13. Lakemiesuutiset. Sosiaaliturvan karval-akkioikeus kuriin. 2012;3:8–13.
14. Toimenpideohjelma vakuutuslääkä-rinjärjestelmän kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 2.2.2013. www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-23310.pdf
15. Juntunen J. Hoitava lääkäri, vakuu-tuslääkäri ja työkyvyn arviointi. *Suom Lääkäril* 2010;65:278.
16. Kivekäs J, Hannu T, Rokkanen T, Rop-ponen T. Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden arviointi kannattaa keskittää työterveysh-uoltoon. *Suom Lääkäril* 2012; 67:2229–33.
17. Kostamo T, Heikinheimo S, Tuisku K. Työkyvynarvioinnin laadun seuranta asiakkaiden ja työryhmän näkökulmasta. Julkaisussa: Kostamo T (toim.). B-lausun-tojen laatu. Helsinki: HUS 2013, s. 12–3.
18. Tuisku K, Juvonen-Posti P, Härkäpää K, Heilä H, Vainiemi K, Ropponen T. Ammatillinen kuntoutus mielenterveys-häiriöissä. *Duodecim* 2013;129:2623–32.

Summary

Rehabilitation outcomes and return to work after psychiatric examination of work ability

The aim of the study was to find out the rehabilitation outcomes and predictors of return to work after psychiatric examination of work ability. Methods. The examination and one-year follow-up were performed at Helsinki University Central Hospital Psychiatric outpatient unit for the assessment of function and capacity. Results. The occupational activity, self-reported functional capacity and quality of life were enhanced. Half of the vocational rehabilitation plans were successful. Conclusions. An absence of less than 6 months and active return to work strategies at occupational health care in co-operation with psychiatrists lead to better outcomes.