



Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä

Aila Järvikoski, Esa-Pekka Takala,
Pirjo Juvonen-Posti ja Kristiina Härkäpää



Kirjoittajat

Aila Järvikoski, YTT, professori emerita
Lapin yliopisto
etunimi.sukunimi@ulapland.fi

Esa-Pekka Takala, LKT, dosentti, ylilääkäri
Työterveyslaitos
etunimi.sukunimi@ttl.fi

Pirjo Juvonen-Posti, LT, vanhempi asiantuntija
Työterveyslaitos
etunimi.sukunimi@ttl.fi

Kristiina Härkäpää, FT, professori emerita
Lapin yliopisto
etunimi.sukunimi@ulapland.fi



© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-056-1 (pdf)

ISSN-L 2343-2780

ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018121050326>

Julkaisija: Kela, Helsinki, 2018

KELAN TUTKIMUS

julkaisut@kela.fi
www.kela.fi/tutkimus
www.fpa.fi/forskning
www.kela.fi/research

Tiivistelmä

Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K. **Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 13, 2018. 86 s. ISBN 978-952-284-056-1 (pdf).

Työkyvyn käsite ja sen tulkinnat vaihtelevat, ja käytössä olevat työkykymallit heijastuvat myös kuntoutuksen käytäntöihin. Tässä kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin selvittämään, millaisia ovat kuntoutuksessa ja työkykyä edistävässä toiminnassa käytetyt työkyvyn käsitukset ja mallit. Kirjallisuutta haettiin systemaattisesti kotimaisista ja kansainvälisistä tutkimustietokannoista vuosilta 2000–2016. Koottua aineistoa täydennettiin erilaisin lisähauin. Tulokset raportoidaan kolmessa osassa. Ensiksi kuvataan aikaisempia kirjallisuuskatsauksia, jotka koskevat työkyvyn käsitettä ja sen määrittelyjä sekä työkyvyn malleja ja tutkimuksen teorioita. Toiseksi tarkastellaan työkyvyn arviointia varten kehitettyjä menetelmiä ja niiden viitekehyksiä. Kolmanneksi aineistosta on nostettu esiin kahdeksan kuntoutuksen kannalta oleellista työkyvyn mallia: 1) lääketieteellinen malli, 2) työkyky yhteiskunnan tai organisaation sosiaalisena konstruktiona, 3) työkyvyn tasapaino-malli, 4) psykososiaaliset mallit, 5) työllistyvyyteen perustuvat mallit, 6) integroidut ”yksilö työyhteisössä” -mallit, 7) biopsykososiaaliset mallit, erityisesti ICF-malli, sekä 8) muut monialaiset ja -ulotteiset työkykymallit. Monialaisten mallien käyttö kuntoutuksessa on yleistynyt samalla kun erilaiset työkykyyn liittyvät ja vaikuttavat tekijät tunnetaan aiempaa paremmin. Kehityshaasteita ovat yksilön toimijuuden ja työkyvyn prosessimaisuuden sekä päätöksenteon taustalla olevien järjestelmätasoisien tekijöiden huomioon otto. Kuntoutuksessa olisi keskityttävä työstä irrallaan tapahtuvan työkyvyn arvioinnin sijasta realisoituvaan työkykyyn, toimintaan ja suoriutumiseen konkreettisessa työssä sekä työhön osallistumisen mahdollisuuksiin ja esteisiin. Työkykymallien ei tulisi korostaa sairauden tai vamman asemaa, vaan huomioida yksilö- ja kontekstitekijöiden sekä työttömyyden ja sosiaalisten ongelmien merkitys.

Avainsanat: työkyky, käsitteet, mallit (tuotokset), käsiteanalyysi, arviointimenetelmät, kuntoutus

Sammandrag

Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K. **Begreppet arbetsförmåga och modeller för arbetsförmåga inom rehabiliteringsforskning och -praxis.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 13, 2018. 86 s. ISBN 978-952-284-056-1 (pdf).

Tolkningarna av begreppet arbetsförmåga varierar och de modeller gällande arbetsförmåga som används återspeglas också i rehabiliteringspraxis. Syftet med den här litteraturöversikten är att ta reda på vilka begrepp och modeller för arbetsförmåga som används inom rehabilitering och verksamhet som främjar arbetsförmågan. Materialet hänför sig till åren 2000–2016 och det samlades systematiskt in genom sökningar i nationella och internationella forskningsdatabaser. Materialet utökades genom olika kompletterande sökningar. Resultatet presenteras i tre delar. I den första delen beskrivs tidigare litteraturöversikter av begreppet arbetsförmåga och definitioner av det samt modeller och forskningsteorier inom området arbetsförmåga. I den andra delen behandlas metoder som utvecklats för bedömning av arbetsförmågan samt deras referensramar. Den tredje delen tar upp åtta modeller för arbetsförmåga som är relevanta med tanke på rehabilitering: 1) den medicinska modellen, 2) modell som ser arbetsförmåga som en social konstruktion skapad av samhället eller en organisation, 3) balansmodellen, 4) psykosociala modeller, 5) modeller som utgår från anställningsbarhet, 6) integrerade modeller som ser individen som en del av arbetsgemenskapen), 7) biopsykosociala modeller, särskilt ICF-modellen samt 8) övriga multidisciplinära och flerdimensionella modeller. Användningen av multidisciplinära modeller inom rehabilitering har ökat samtidigt som man har bättre kunskap än tidigare om faktorer som har samband med och påverkar arbetsförmågan. En utvecklingsutmaning är att kunna beakta det processlika i en individs agerande och arbetsförmåga samt sådana faktorer på systemnivå som ligger till grund för beslutsfattandet. Inom rehabilitering borde man i stället för att bedöma arbetsförmågan separat från arbetet mera fokusera på arbetsförmågan, aktiviteten och prestationen i samband med det konkreta arbetet samt på möjligheterna respektive hindren för att delta i arbetet. Modellerna för arbetsförmåga borde inte framhäva sjukdomen eller funktionsnedsättningen, utan i stället beakta betydelsen av individ- och kontextrelaterade faktorer samt arbetslöshet och sociala problem.

Nyckelord: arbetsförmåga, begrepp, modeller (resultat), begreppsanalys, bedömningsmetoder, rehabilitering

Abstract

Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K. **The concept of work ability in the research and practice of rehabilitation.** Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 13, 2018. 86 pp. ISBN 978-952-284-056-1 (pdf).

The concept of work ability varies and different concepts obviously affect the implementation of rehabilitation. The aim of this review was to systematically analyze how the concepts of work ability have been used in the scientific literature and guidelines of rehabilitation. Data were retrieved systematically in Finnish and international databases for the period of 2000–2016. The results are reported in three sections. First, we describe previous reviews that have discussed the concepts and theories related to work ability. Secondly, we review the methods developed to evaluate work ability and the underlying frameworks. The third section offers the content analysis of the literature, where we identified eight different models of work ability related to rehabilitation: 1) the traditional medical model, 2) interpretation of work ability as a social construction, 3) the balance model, 4) psychosocial models, 5) employability models, 6) models integrating the worker and the work community, 7) bio-psycho-social models, especially the ICF model, and 8) other multidimensional models. The use of multidimensional models has increased in rehabilitation in parallel with the increase of knowledge of issues related to work ability. One challenge in rehabilitation seems to be seeing individuals as actors whose work ability is an enablement process in their multilevel societal environmental system, where decisions made on each level can affect the process. In rehabilitation, work ability should not be evaluated independently of the obstacles and promoting factors of concrete work performance and participation to work. The models of work ability should not emphasize the role of diseases or impairments, but rather handle more individual and contextual factors, including unemployability and other social problems.

Key words: ability to work, concepts, models (objects), philosophical analysis, evaluation methods, rehabilitation

Alkusanat

Tässä kirjallisuuskatsauksessa selvitetään, millaisina työkyvyn käsite, työkykyä koskevat tulkinnat ja työkykyä kuvaavat mallit ilmenevät työkykyä edistävää toimintaa ja kuntoutusta koskevassa kirjallisuudessa. Raportissa selvitetään myös, johtavatko käsitteen erilaiset määritelmät ja tulkinnat erilaisiin käytäntöihin työkykyä edistävässä kuntoutuksessa. Työmme lähtökohtana on ollut systemaattinen tiedonkeruu ja analyysi, joskin raportti perustuu paljolti kokeneen tutkijaryhmän konsensusarvioihin.

Kiitämme Kelaa mahdollisuudesta paneutua tähän kiinnostavaan aiheeseen. Kiitämme myös Työterveyslaitoksen tutkimus- ja palvelukeskuksen johtajaa Jorma Mäkitaloa osallistumisesta hankkeen suunnitteluun sekä Kelan asettamia hankkeen valvojia, asiantuntijalääkäri Kirsi Vainiemeä ja professori Marketta Rajavaaraa heidän tutkijaryhmälle antamistaan ideoista ja suuntaviivoista.

Helsingissä marraskuussa 2018

kirjoittajat

Sisältö

1 Johdanto	8
1.1 Työkyky ja sen lähikäsitteet.....	8
1.2 Kuntoutus työkykyä edistävänä toimintana.....	10
1.3 Raportin sisältö.....	12
2 Tavoitteet ja menetelmä	14
3 Aikaisemmat katsaukset työkyvyn käsitteeseen ja työkykymalleihin	17
3.1 Työkyvyn käsite ja sen määrittelytavat	18
3.2 Työkykymallit ja työkykyä koskevat teoriat	21
3.2.1 Eri tutkimusperinteitä edustavat työkykymallit.....	21
3.2.2 Työkykytutkimuksen teoriat	25
4 Työkyvyn arviointi- ja mittaamismenetelmistä ja niiden viitekehysistä ...	28
5 Kuntoutuksen erilaiset työkykykäsitykset ja niiden viitekehukset	36
5.1 Lääketieteellinen työkykykäsitys	38
5.2 Työkyky yhteiskunnan tai organisaation sosiaalisena konstruktiona	39
5.3 Työkyvyn tasapainomalli	40
5.4 Psykososiaaliset työkykymallit	42
5.5 Työllistyvyteen perustuva työkyvyn käsitys	45
5.6 Integroitu ”yksilö työyhteisössä” -malli	48
5.7 Biopsykososiaaliset mallit ja ICF	50
5.7.1 Ydinlistojen kehittäminen.....	52
5.7.2 ICF-viitekehys työkykymallina	52
5.8 Työkykytalo ja muut moniulotteiset työkykymallit.....	55
5.9 Keskustelua työkyvyn ytimestä	59
6 Yhteenvedo ja pohdinta	63
Lähteet	71

1 Johdanto

1.1 Työkyky ja sen lähikäsitteet

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää, millaisin eri tavoin työkyvyn käsitettä on käytetty ja tulkittu kuntoutuksen ja työkykyä edistävän toiminnan piirissä. Työkyky on käsite, jota käytetään arkikielessä, virallisissa dokumenteissa ja tieteellisessä kirjallisuudessa monin eri tavoin. Työkyvyn ja sen vastaparin työkyvyttömyyden käsitteitä tulkitaan monin eri tavoin ja erilaisista viitekehyksistä. Onkin todettu, että työkyvylle on käytännössä vaikea löytää sellaista yhtenäistä tulkintaa, jonka eri toimijatahot, esimerkiksi vakuutuslaitokset, työterveyshuolto, kuntoutuslaitokset, työntekijät, työnantajat tai eri tieteenaloja edustavat tutkijat, voisivat yksimielisesti hyväksyä (esim. Ilmarinen ym. 2006).

Yksinkertaisimmillaan työkyky tarkoittaa ihmisen kykyä tehdä työtä tai suoriutua omassa työtehtävässään. Tavallisimmat tavat määritellä työkykyä ja työkyvyttömyyttä ovat perustuneet ihmisen ja työn yhteensopivuuteen tai ihmisen kykyyn vastata toiminnallaan työn tavoitteisiin ja suorittaa niitä työtehtäviä, joita hänen työhönsä kuuluu. Koskinen (2006) toteaa työoikeuden näkökulmasta, että työntekijän työkykyä arvioidaan jatkuvasti eri syistä ja monen arvioijan toimesta. Työkyvyn arvioinnin tilanteet vaihtelevat työsuhteen alkaessa tehdystä soveltuvuuden arvioinnista tai työsuhteen aikana tehdystä työn tulosten ja työntekijän kehitystarpeiden arvioinnista sosiaalivakuutuksen kriteerien mukaisen työkyvyttömyyden arviointiin esimerkiksi sairauspäiväraha- tai eläke-etuuksia selvitetessä.

Suurimmaksi osaksi työntekijän työkykyä arvioivat esimies tai muut ”ei-asiantuntijat” käytännön työelämän paineissa. Koskinen (2006) arvioi, että tällaiset työkyvyn arvioinnit ovat edelleen lisääntymässä ja kokonaisvaltaistumassa. Sosiaalivakuutuksen etuuksiin liittyvissä työkyvyn arvioinneissa näkökulma on sen sijaan selvästi lääketieteellinen. Tässä kirjallisuuskatsauksessa työkyvyn käsitettä ja sitä koskevia, empiiriseen tutkimukseen perustuvia tulkintoja tarkastellaan ensi sijassa kuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävän toiminnan näkökulmasta.

Työkyvyn monimerkityksisyyden on katsottu perustuvan osittain siihen, että työkyvyn ja työkyvyttömyyden käsitteitä käytetään kahdessa toisistaan poikkeavassa kontekstissa: työkyvyn arvioinnissa ja työkyvyn edistämisessä (ks. Mäkitalo ja Palonen 1994; Mäkitalo 2010).

Arvioinnin kontekstissa työkyky tulkitaan ensi sijassa yksilölliseksi, ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn liittyväksi ominaisuudeksi, jota voidaan parhaiten arvioida kliinisin keinoin. Arvioinnin konteksti on tavanomainen sosiaalivakuutuksen piirissä, jolloin työkykyä arvioidaan sen ratkaisemiseksi, kuuluuko henkilölle jokin tietty etuus (esimerkiksi eläke, kuntoutusetuus tai sairauspäiväraha). Tämä arviointi keskittyy ensi sijassa työkyvyttömyyden arviointiin ja perustuu vahvasti lääketieteelli-

seen tietoon. Esimerkiksi kansaneläkelaiissa (L 568/2007) työkyvyttömänä pidetään henkilöä, joka on sairauden, vian tai vamman takia kykenemätön tekemään tavallista työtään tai muuta siihen verrattavaa työtä, jota on pidettävä ikä, ammattitaito ja muut seikat huomioon ottaen hänelle sopivana ja kohtuullisen toimeentulon turvaavana.

Työkyvyttömyyden lääketieteellinen perusta on kuitenkin muotoutunut melko myöhään, sillä vielä vuoden 1937 kansaneläkelaiissa puhuttiin yleisesti mm. voimien heikkenemisestä työkyvyttömyyden syynä (Gould 1985). Sairauden tai vamman nousu keskeiseen asemaan arvioinnissa perustuu historiallisesti siihen, että sairautta tai vammaa katsottiin voitavan arvioida objektiivisesti, riippumatta arvioitavan omista tavoitteista ja aikomuksista. Objektiivisten löydösten avulla katsottiin voitavan erotella ne, jotka eivät pysty työhön, niistä, jotka eivät halua työhön, ts. ”todellinen” työkyvyttömyys työhaluttomuudesta. (Esim. Stone 1984.)

Toisessa eli työkyvyn edistämisen kontekstissa kiinnostus on niissä tekijöissä tai olosuhteissa, joihin vaikuttamalla henkilön työssä selviytymistä voidaan parantaa. Työkyvyn edistämisen ja kuntoutuksen toimintaotteeseen kuuluu, että pyritään samanaikaisesti toisaalta kohentamaan yksilön voimavaroja, toisaalta vaikuttamaan hänen työhönsä sekä toimintamahdollisuuksiinsa työssä ja työ- ja elinympäristössä (Ilmarinen ym. 2006). Arvioinnin kontekstissa käytetty työkyvyn tulkinta voi kuitenkin vaikuttaa työkyvyn sisältöön myös edistämisen kontekstissa, sillä edistämisen kontekstiin usein siirrytään arvioinnin kontekstin kautta (Mäkitalo 2010).

Viime vuosikymmeninä on työkyvyn edistämistä ja kuntoutusta koskevassa suomalaisessa keskustelussa erottunut useita toisistaan poikkeavia työkyvyn viitekehyksiä (Mäkitalo ja Palonen 1994; Ilmarinen ym. 2006; Mäkitalo 2010; Takala ja Seitsamo 2015). *Lääketieteellinen tai sairauslähtöinen viitekehys* rinnastaa työkyvyn terveyteen, joka ymmärretään sairauksien, vikojen ja vammojen puuttumisena. Se ohjaa kuntoutuksen ja työkyvyn edistämisen toimet ensi sijassa sairauksien tunnistamiseen ja niiden hoitoon. Tämän viitekehysten taustalla ovat alun perin olleet arvioinnin konteksti sekä biomedisiiniset ja psykofyysiset sairausteooriat. *Työkyvyn tasapainomalli* laajentaa työkyvyn tarkastelun yhtäältä henkilön yksilöllisen toimintakyvyn ja toisaalta hänen ulkopuoleltaan tulevien työn vaatimusten välisen suhteeseen. Tasapainomalli on ollut sekä kuntoutuksessa että työterveyshuollossa keskeinen viitekehys työkyvyn edistämisen kontekstissa. Sen perusteella työkyvyn edistäminen edellyttää yksilön kykyjen ja työn vaatimusten sovittamista yhteen ja voi merkitä sekä yksilöllistä toimintakykyä lisääviä että työn vaatimuksia vähentäviä toimia. 2000-luvulla ovat nousseet voimakkaasti esiin erilaiset *integroidut, monialaiset ja biopsykososiaaliset työkykymallit*, joissa korostetaan eri painotuksin yksilön tavoitteiden, yksilöllisten ominaisuuksien, työn ja työssä tapahtuvan toiminnan, työyhteisön sekä fyysisten ja sosiaalisten ympäristötekijöiden asemaa työkyvyssä, työkyvyn edistämisessä, kuntoutuksessa sekä työllistymisessä ja työhön palaamisessa.

Ylisassi ym. (2016) huomauttavat, että viime vuosina on työn organisoimisen muotona yleistynyt lyhytkestoinen, tulostavoitteinen projektityö. Samalla epäjatkuvuus ja tilapäisyys on alkanut korvata työpaikoilla aikaisemmin vallinnutta pysyvyyttä ja jatkuvuutta. Sen vuoksi työssä jaksamista, työkykyä ja työhyvinvoinnin ongelmia on nykyisin pystyttävä lähestymään työn jatkuvan muutoksen näkökulmasta: työntekijöiden jaksamisongelmat heijastavat sekä toimijuuden ja työtoiminnan muutoksia että muutoksiin liittyviä jännitteitä. Kirjoittajien lähestymistapa on ns. *työtoimintalähtöinen työkyvyn käsitys*, jossa työkykyä tarkastellaan ihmisen toimijuudesta ja työn muutoksesta käsin. Siinä kuntoutuksen kohteena on yksilö toimijana ja yhteisön jäsenenä muuttuvassa toiminnassa ja toimintaympäristössä, sekä välillisesti myös työyhteisö.

Työkyvyllä on useita lähikäsitteitä¹, joilla on yhteisiä piirteitä työkyvyn käsitteen kanssa. Niihin kuuluvat muun muassa työsuoriutuvuus (*work performance*) ja työllistyvyys (*employability*). Työsuoriutuvuus on lähinnä organisaatiopsykologian ja henkilöstöhallinnon käsite, joka tarkoittaa työntekijän onnistumista työroolinsa toteuttamisessa ja organisaation tavoitteiden saavuttamisessa (esim. Campbell ym. 1990; Viswesvaran ja Ones 2000). Työsuoriutuvuutta on kuvattu muun muassa sillä, pystyykö työntekijä saattamaan loppuun vaikeat tehtävät, keskittymään työn tavoitteiden saavuttamiseen tai keskittymään ratkaisun löytämiseen odottamattomien ongelmien tullessa vastaan (Collins ym. 2005). Työllistyvyys puolestaan on sosiologinen käsite, joka viittaa ihmisten mahdollisuuteen saada työtä ja selviytyä työssä. Se on yhdistelmä yksilöllisiä ja rakenteellisia tekijöitä, jotka mahdollistavat yksilön työllistymisen, pysymisen työllistyneenä ja etenemisen työuran aikana (CEDEFOP 2008). Sitä on käytetty erityisesti maahanmuuttajien, vammaisten työnhakijoiden ja pitkään työttöminä olleiden henkilöiden työllistymistoimien yhteydessä.

1.2 Kuntoutus työkykyä edistävänä toimintana

Kuntoutus on yhteiskunnan arvoihin perustuvaa toimintaa (Ståhl ym. 2014; Skempes ym. 2015). Kuntoutuksella pyritään parantamaan tai ylläpitämään ihmisten toiminta- ja työkykyä sekä edistämään heidän mahdollisuuksiaan jatkaa työssä, saada työtä tai palata työhön tilanteessa, jossa heidän mahdollisuutensa selviytyä työssä ovat heikentyneet tai uhattuina. Kuntoutusjärjestelmä on monimutkainen, sillä se koostuu useista kuntoutuksen järjestäjistä ja toteuttajista. Kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö määrittelee henkilön oikeuden kuntoutukseen. Kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö sekä kuntoutukseen pääsyn kriteerit – esim. työkyvyn heikentymisen tai työkyvyttömyyden kriteerit – vaihtelevat järjestelmän eri osissa (Autti-Rämö ym. 2016a ja b; Juvonen-Posti ym. 2016). Kuntoutumista on kuvattu prosessina, joka edellyttää kun-

1 Näihin käsitteisiin kuuluu myös työhyvinvointi, jota on 2000-luvulla esitetty myös työkyvyn käsitettä korvaavaksi käsitteeksi. Sosiaali- ja terveysministeriön (2005) asiantuntijaryhmän mukaan työhyvinvointi on yksilön selviytymistä työtehtävistään, mihin vaikuttavat hänen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen kuntonsa, työyhteisön toimivuus sekä työympäristön eri tekijät. Tässä raportissa ei tarkastella työkyvyn ja työhyvinvoinnin yhteyksiä.

toutujan sitoutumisen ohella ”oikea-aikaisia, usein organisaatiosta toiseen saumattomasti jatkuvia kuntoutustoimenpiteitä” (Autti-Rämö ja Salminen 2016).

Työkyvyn käsitettä käytetään kuntoutuksessa kuntoutustarpeen arvioinnissa, toimintatapojen ja -keinojen suunnittelussa sekä kuntoutuksen toteutuksessa ja arvioinnissa. Kuntoutumisen edistymisen ja kuntoutuksen lopputuloksen arvioinnissa tarkastellaan usein toiminta- ja työkyvyn lisääntymistä erilaisten mittareiden avulla.

Sosiaalivakuutuksen kustantamassa kuntoutuksessa oikeus kuntoutukseen määrittyy yleensä työkyvyn olennaisen heikentymisen tai sen uhan perusteella. Esimerkiksi Kela järjestää lakisääteistä ammatillista kuntoutusta ihmisen työ- ja ansiokyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi taikka työkyvyttömyyden estämiseksi, jos asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma on sen aiheuttanut tai sen arvioidaan aiheuttavan lähivuosina vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen. Vastaavasti Kela korvaa ihmisen työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa vakuutetun työ- tai opiskelukykyä. (L 566/2005.) Ratkaistaessa hakijan oikeutta työeläkekuntoutukseen harkinta liittyy ennen muuta työkyvyttömyyden uhkaan ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuteen: hakemus hylätään, jos uhkaa ei pidetä riittävän suurena tai kuntoutusta tarkoituksenmukaisena (Gould ym. 2012a).

Kelan kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaa koskevaan lakiin vuonna 2014 tehtyjen muutosten jälkeen (L 1236/2014) työkyvyn olennaisen heikentymisen uhkaa ja kuntoutustarvetta koskevaan arvioon vaikuttavat lääketieteellisten perusteiden (sairaus, vika tai vamma) ohella henkilön kokonaistilanne ja sosiaaliset perusteet: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, elämäntilanne, taloudelliset ja sosiaaliset seikat, asumisolosuhteet, koulutus, ammatti, aikaisempi toiminta ja ikä sekä muut vastaavat tekijät. Lakimuutos antaa mahdollisuuden painottaa erilaisia sosiaalisia tekijöitä aikaisempaa enemmän työkyvyn ja kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa. Lain voimaantulon jälkeen tehdyn selvityksen mukaan erityisesti nuorten ja työttömien pääsy Kelan kuntoutukseen oli parantunut (Hinkka ja Koskenvuo 2016).

Perinteisen lääketieteellisen ajattelun mukaan ihmisen työkyky palautuu ja kehittyy sitä mukaa kuin terveys ja toimintakyky parantuvat hoidon ja harjoitteiden avulla. Sama sairaus tai vamma asettaa kuitenkin eri työtehtävissä ja elämäntilanteissa oleville erilaisia tuen tarpeita työkyvyn kohentamiseksi, palautumiseksi tai ylläpitämiseksi. Suuri osa työikäisille tyypillisistä vaivoista on erilaisten oireiden ja kroonisten tilojen yhdistelmiä, joihin ei löydy parantavaa lääketieteellistä hoitoa. Viime vuosikymmenten tutkimuksissa on havaittu, että oireiden pitkittyessä työhön paluun todennäköisyys pienenee ja työkyvyn heikentymiseen vaikuttavat yhä enemmän muut kuin lääketieteelliset syyt. Esimerkiksi American College of Occupational and Environmental Medicine on antanut vajaakuntoisten työntekijöiden työssä pysymisestä ja

työhön paluusta suosituksen, jossa korostetaan muiden kuin lääketieteellisten seikkojen merkitystä haittojen ehkäisyssä ja kuntoutuksen varhaistamisessa (Preventing needless work ... 2006). Viime vuosina on saatu runsaasti tutkimustietoa sosiaalisten tekijöiden merkityksestä kuntoutustarpeen muodostumisessa: esimerkiksi monet työssä selviytymistä vaikeuttavat tekijät liittyvät alun perin muihin tekijöihin kuin sairauteen tai vammaan.

Kansainvälisen työjärjestön mukaan ammatillinen kuntoutus on toimintaa, jolla pyritään parantamaan kuntoutujien ammatillisia valmiuksia, kohentamaan heidän työkykyisyyttään, edistämään heidän työmahdollisuuksiaan ja vähentämään heihin kohdistuvaa syrjintää (ILO 1998). Se on prosessi, jonka avulla terveysongelmaiset henkilöt saavat tai säilyttävät heille sopivan työn ja voivat edetä työurallaan ja joka siten edistää heidän integroitumistaan yhteiskuntaan (ILO 2002). Waddell ym. (2008) lukevat ammatilliseksi kuntoutukseksi kaiken sen toiminnan, joka auttaa terveysongelmaista henkilöä pysymään työssä taikka työllistymään tai palaamaan työhön. Tällaisissa määrittelytavoissa keskeistä on tavoite, johon pyritään, eivät ne toimenpiteet ja toimintamuodot, joilla siihen pyritään. Monialaisten toimintamallien soveltaminen on kuitenkin vaativaa ja edellyttää eri tahojen yhteistyötä (esim. Briand ym. 2008). Kansainvälisen tutkijaryhmän (Escorpizo ym. 2011a) mukaan työhön sitoutuminen on ammatillisessa kuntoutuksessa toiminnan keskipiste ja tavoiteltu tulos. Kuntoutuksen tulisi myös olla asiakaslähtöistä ja perustua tutkittuun tietoon. Työryhmä korosti edelleen, että ammatillisen kuntoutuksen interventiot ovat WHO:n ICF-viitekehysten mukaisesti luonteeltaan monitieteisiä ja moniammatillisia.

Voidaan olettaa, että vallitsevat työkyvyn käsitteet ja työkykyä koskevat tulkinnat ohjaavat omalta osaltaan sitä, millaisin toimenpitein ja toimintamuodoin pyritään mahdollistamaan kuntoutuminen. Sairauslähtöinen viitekehys ohjaa todennäköisesti painottamaan toisenlaisia työskentelytapoja ja toimintamuotoja kuin laaja-alainen työolojen merkitystä painottava tai sosiaaliset tekijät huomioon ottava viitekehys. Kuntoutus voi vaikeutua, jos siihen osallistuvien yhteistyökumppanien viitekehykset poikkeavat olennaisesti toisistaan – varsinkin silloin, kun käsityseroista ei keskustella.

1.3 Raportin sisältö

Tässä raportissa selvitetään työkyvyn käsitettä ja työkykyä koskevia tulkintoja sekä niiden merkitystä kuntoutuksessa. Kiinnostuksen kohteena ovat siten työkyvyn käsitteen ohella työkykyä koskevat tulkinnat ja työkyvyn käsitykset sekä työkykykäsitysten taustalla olevat viitekehykset, mallit ja teoriat.

Tässä raportissa *käsitteellä* tarkoitetaan ilmiöstä luotua abstraktiota, ilmiölle ominaisten piirteiden kokonaisuutta, joka ohjaa ajattelua ja havaintoja. Käsitteellä on usein vakiintunut merkitys: sitä voidaan pitää suhteellisen valmiina muotona, vaikka sen merkitysisältö voi jonkin verran vaihdella kontekstin mukaan (vrt. Varto 1992; Lalumera 2014). *Käsityksellä* puolestaan viitataan tässä jonkin viitekehysten tai em-

piirisen tiedon pohjalta muodostettuun tulkintaan kyseisestä ilmiöstä. Silloinkin, kun olemme melko yksimielisiä itse käsitteestä, meillä voi olla erilaisia, eri tutkimus-suuntiin tai viitekehyksiin perustuvia käsityksiä ilmiöstä (Lalumera 2014) – tässä tapauksessa siis työkyvystä. Termillä *malli* tai *käsitteellinen malli* (*model*, *conceptual model*) tarkoitetaan ilmiön kannalta keskeisistä käsitteistä muodostuvaa kokonaisuutta ja kuvausta niiden välisistä suhteista (vrt. Salminen ym. 2016). Usein, mutta ei aina, mallia kuvataan visuaalisesti ja käsitteiden välisiä suhteita osoitetaan niiden välisin nuolin. Kansainvälisessä kirjallisuudessa termin *model* käyttöalue on ollut varsin laaja (esim. Engel 1977; Schultz ym. 2007; Costa-Black ym. 2013). Vaikka eri käsitteet voidaan teoreettisella tasolla erottaa toisistaan, käytännössä niiden väliset rajat ovat usein liukuvat ja veteen piirretyt, kuten myös tässä raportissa.

Raportti käsittää kuusi lukua. Johdannon jälkeen kuvataan lyhyesti kirjallisuuskatsauksen laadinnassa käytetty menetelmä. Tulosa jakautuu kolmeen päälukuun. Luvussa 3 tarkastellaan aikaisempia kirjallisuuskatsauksia työkyvystä, työkykymalleista ja työkykytutkimuksen taustateorioista. Luvussa 4 kuvataan työkyvyn arviointi- ja mittausmenetelmiä ja niiden perustana olleita viitekehyksiä. Pääosa menetelmistä on suunniteltu käytettäväksi joko osana työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointia ja kuntoutuksen suunnittelua tai kuntoutuksen tulosten seurannassa. Luvussa 5 esittelemme kirjallisuuskatsauksen tuloksena kahdeksan toisistaan poikkeavaa työkyvyn mallia tai käsitystä sekä tarkastelemme esimerkkien avulla eri työkykykäsitysten pohjalta toteutettavaa ammatillista kuntoutusta ja työkykyä edistävää toimintaa. Luvun lopussa pohditaan kolmen esimerkin valossa kysymystä siitä, milloin laaja-alaisissa työkyvyn malleissa on kyse työkyvyn ydinolottuvuuksista ja milloin työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Viimeisessä luvussa tarkastellaan tuloksia ja pohditaan lyhyesti niiden hyödyntämistä kuntoutuksessa.

2 Tavoitteet ja menetelmä

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteina oli selvittää, 1) miten työkyvyn käsitettä on tarkasteltu ja tulkittu kuntoutusta ja työkykyä edistävää toimintaa koskevassa kirjallisuudessa, 2) millaisia työkykymalleja ja viitekehyksiä on sovellettu sekä 3) ovatko käsitteen erilaiset tulkinnat ja erilaiset työkyvyn käsitykset johtaneet erilaisiin käytäntöihin kuntoutuksen toteutuksessa.

Katsausta varten tehtiin systemaattinen haku 2000-luvulla ilmestyneistä julkaisuista. Haku tehtiin suomalaisista ja kansainvälisistä tietokannoista sekä internetistä. Vaikka systemaattinen haku rajattiin 2000-luvun kirjallisuuteen, aikaisempaa kirjallisuutta ei suljettu kokonaan tarkastelun ulkopuolelle. Edellisten vuosikymmenten julkaisuja käytettiin hyväksi erityisesti silloin, kun niihin oli viitattu haun piiriin kuuluvassa kirjallisuudessa.

Yleiskuvan saamiseksi tehtiin ensiksi alustavia hakuja Google Scholar -sivustolta suomenkielisillä hakusanoilla ”työkyky” ja ”kuntoutus”, ruotsinkielisillä ”arbetsförmåga” ja ”rehabilitering” ja englanninkielisillä ”work ability”, ”working capacity”, ”disability”, ”work performance” ja ”rehabilitation”. Alustava haku tehtiin myös suomalaisesta kuntoutusalan julkaisuja ja artikkeleita sisältävästä tutkimus- ja hanketietokannasta Kuntoutusportista hakusanalla ”työkyky”. Alustavien hakujen perusteella todettiin, että 2000-luvulla oli ilmestynyt useita kansainvälisiin tietokantoihin pohjautuvia systemaattisia tai kartoittavia katsauksia työkyvystä yleensä, työkykyyn tai sen alenemiseen liittyvistä teorioista sekä työhön paluuta tukevien interventoiden taustalla olevista viitekehysistä. Näitä katsauksia ja niiden sisältämiä julkaisuja päätettiin käyttää katsauksessa yhtenä tietolähteenä.

Eri hakusanoilla tehtyjen kokeilujen jälkeen toteutettiin systemaattinen haku suomalaisista tietokannoista 23.2.–5.3.2016 välisenä aikana. Haussa käytettiin yliopistokirjastojen Melinda-tietokantaa, suomalaista lääketieteen Medic-tietokantaa sekä kuntoutusalan julkaisuja ja artikkeleita sisältävää tutkimus- ja hanketietokantaa Kuntoutusporttia. Haut rajattiin vuosiin 2000–2016. Melindassa käytettiin hakusanoina jotakin sanoista ”kuntoutus”, ”kuntoutuminen” TAI ”ammattillinen kuntoutus” yhdistettynä (AND) sanaan ”työkyky?”. Haku tuotti 357 viitettä. Medicissä hakusanoina olivat ”kuntoutus” ja (AND) ”työkyky*”. Haku tuotti 132 viitettä. Kuntoutusportissa haku tehtiin käyttäen vapaatekstin hakua ”työkyky”. Hakutuloksia saatiin 510.

Kansainvälistä kirjallisuutta koskeva systemaattinen haku päätettiin tehdä ainoastaan PubMed-tietokannasta hankkeen rajallisten resurssien vuoksi. Haku tehtiin erilaisilla hakusanojen yhdistelmien kokeiluilla 11.–18.4.2016 käyttäen rajauksena aikuisväestöstä (”adults”). Lopullinen haku tehtiin seuraavan koodin mukaisesti, ja se tuotti 2 019 viitettä: Search ((”work ability” OR workability OR ”ability to work” OR ”work disability” OR ”work capacity” OR ”working capacity” OR ”work performance” OR ”working performance”)) AND (rehabilitation OR ”Return to Work” OR employabi-

lity OR "supported employment") Filters: Adult: 19+ years; Publication date from 2000/01/01 to 2016/04/30.

Systemaattisten hakujen tulokset tallennettiin EndNote-ohjelmaan, jonka avulla poistettiin eri tietokannoista valitut päällekkäiset viitteet. Suomenkielisiin julkaisuihin löytyi kaikkiaan 859 viitettä. Näihin lisättiin alustavien hakujen yhteydessä tunnistetut viitteet, jonka jälkeen hankkeen vetäjä Esa-Pekka Takala valitsi näistä otsikoiden ja tiivistelmien perusteella viitteet, jotka näyttivät olevan mahdollisesti tärkeitä aiheen kannalta (228 viitettä). Näistä hankittiin täydelliset raportit mahdollisuuksien mukaan sähköisessä muodossa, joista valittiin silmäilemällä tarkempaan lukemiseen 122 viitettä. Pois jätettiin sellaiset julkaisut, joissa työkyky oli mainittu mutta joihin ei sisällynyt työkykyä koskevaa käsitteellistä pohdintaa tai työkyvyn eri osatekijöiden empiiristä analyysia.

Kansainvälisistä PubMed-haun viitteistä (2 019 kpl) yksi tutkijoista (Esa-Pekka Takala) karsi aluksi otsikoiden perusteella aihepiiriin kuulumattomat viitteet, jolloin mahdollisesti relevanttien viitteiden määräksi jäi 564 viitettä. Näistä karsittiin abstraktien lukemisen avulla ne, joissa mitään ilmeisimmin ei käsitelty työkyvyn ja kuntoutuksen välisiä suhteita. Samoin jätettiin pois tutkimusraportit, joissa työkyky oli määritelty yksinomaan sairauspoissaolojen avulla. Lopuista (92 viitettä) hankittiin sähköisessä muodossa luettavaksi koko raportti.

Sekä suomenkielisten että kansainvälisten artikkeleiden joukkoa täydennettiin Google- ja Google Scholar -sivustoilta tehdyissä alustavissa hauissa löytyneillä artikkeleilla ja väitöskirjoilla. Raporttia laadittaessa käytettiin hyväksi sekä alustavissa että systemaattisissa hauissa löydettyjä julkaisuja, näiden julkaisujen lähdeluetteloihin sisällyneitä julkaisuja sekä myöhempiä julkaisuja, joilla oli yhteys edellä mainittuihin julkaisuihin. Systemaattisella haulla tavoitettiin vain osa tutkittavan teeman kannalta relevantteina pidetyistä julkaisuista. Samanlaisen arvion tekivät Ludvigsson ym. (2006) tutkiessaan työkyvyn käsitettä.

Aineiston analyysi alkoi julkaisujen tai niiden abstraktien lukemisella. Koska kirjallisuushaussa löytyi joukko työkykykäsitettä ja -malleja koskevia katsauksia, niitä päätettiin tarkastella erikseen omassa luvussaan. Erillisenä osa-alueena päätettiin esitellä myös kuntoutuksen piirissä sovellettuja työkyvyn arviointi- ja mittausmenetelmiä ja niiden taustalla olevia käsityksiä työkyvystä.

Alustavan lukemisen yhteydessä julkaisuja luokiteltiin tutkimusstrategian, työkykykäsitteen tai -käsitteksen, ennakoitujen tai todettujen vaikutustekijöiden sekä kuntoutusmuodon ja toimeenpanotavan suhteen. Julkaisut vaihtelivat sisällöltään paljon: alustava lukeminen osoitti, että julkaisuja, joissa työkykyä tarkasteltiin erityisesti kuntoutuksen näkökulmasta, oli melko vähän. Alkuvaiheen jälkeen päätettiin laajentaa tarkastelu myös työkykyä yleisemmin käsitteleviin julkaisuihin. Julkaisuissa

esiintyviä työkykykäsityksiä analysoitiin aluksi käyttäen lähtökohtana aikaisempia luokitteluja, ja siltä osin voidaan puhua teoriaohjaavasta sisällönanalyysistä. Esiin nousi myös sellaisia käsityksiä työkyvystä, jotka eivät suoranaisesti sisältyneet aikaisempiin luokituksiin. Tältä osin analyysia voidaan kuvata pikemminkin aineistolähtöiseksi. Analyysin tuloksena muodostettiin kahdeksan erilaisen työkykykäsityksen kokonaisuus, jota koskevat valinnat tehtiin kokeneen tutkijaryhmän konsensusarviona. Lopuksi julkaisuista etsittiin vielä potentiaalisia yhteyksiä työkykykäsitysten ja kuntoutustoimintaa koskevien kuvausten välillä.

Kirjallisuuskatsauksia on luokiteltu monin eri tavoin (esim. Salminen 2011; Paré ym. 2015). Tässä raportissa kyse on lähinnä *deskriptiivisestä tai kartoittavasta katsauksesta* työkykykäsityksiä ja kuntoutusta (työkyvyn kohentamista ja ylläpitoa, työllistymistä ja työhön paluuta) sekä niiden välisiä yhteyksiä koskevaan kirjallisuuteen. Raportissa on piirteitä myös ns. *integroivasta kirjallisuuskatsauksesta*, jolle on tyypillistä teoreettisen tutkimuksen käyttö analyysin perusteena empiirisen tutkimuksen rinnalla (Whittemore ja Knafl 2005). Analysoitavaksi valitut julkaisut ovat joko teoreettisia tai empiirisiä, ja empiirisissä tutkimuksissa on voitu käyttää niin kvantitatiivista kuin kvalitatiivista tai monimenetelmällistä lähestymistapaa. Integroiva kirjallisuuskatsaus on usein valittu strategiaksi, kun on pyritty analysoimaan jonkin käsitteen sisältöä ja tulkintaa (esim. García-Sierra ym. 2016). Siihen kuuluu kriittinen tarkastelu, mutta se ei ole yhtä valikoiva tutkimusaineistonsa suhteen kuin systemaattiset katsaukset (Salminen 2011). Vaikka kirjallisuushaku ja alkuvaiheen analyysi toteutettiin systemaattisesti, lopullisessa raportissa tutkijaryhmän konsensusarvioinnilla oli merkittävä osuus.

3 Aikaisemmat katsaukset työkyvyn käsitteeseen ja työkykymalleihin

Kirjallisuushaku tuotti useita työkykyyn liittyviä katsauksia. Tässä luvussa tarkastellaan katsauksia, joissa on analysoitu ja vertailtu kirjallisuudessa käytettyjä työkyvyn käsitteitä, erilaisia työkykymalleja sekä työkykykirjallisuudessa käytettyjä teorioita (taulukko 1). Jätimme tarkastelun ulkopuolelle katsaukset, jotka kohdistuvat esimerkiksi työkykyä edistävien interventoiden vaikuttavuuteen (esim. Kuoppala ja Lamminpää 2008) tai työkyvyn muutoksia ennakoiviin tekijöihin (esim. Pasternack ym. 2015).

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksia työkyvyn käsitteeseen ja työkykymalleihin.

Tekijät	Kohde	Menetelmät
Ludvigsson ym. (2006)	Työkykykäsitteen käyttö tieteellisessä kirjallisuudessa	Systemaattinen kirjallisuushaku: julkaisujen luokittelu, merkityssisältöjen etsiminen
Fadyl ym. (2010)	Tekijät, jotka kuvaavat ihmisen työkykyä ja yleensä kykyä toimia työympäristössä	Kirjallisuuskatsaus: systemaattinen haku, analyysia ei raportoitu
Lederer ym. (2014)	Työkyvyn ja työkyvyttömyyden käsitteellistämistavat ja niiden muutokset 30 vuoden aikana	Kartoittava katsaus (scoping review): systemaattinen kirjallisuushaku, määritelmien vertaileva analyysi
Schultz ym. (2007); Knauf ja Schultz (2016)	Työhön paluuta koskevien tutkimusten työkykykäsitteet ja niiden teoreettiset viitekehykset	Kriittinen kirjallisuuskatsaus: systemaattinen haku, analyysi ja synteesi tutkijoiden konsensuksen pohjalta (ei-systemaattinen)
de Rijk (2013)	Työkykyä ja työkyvyttömyyttä koskevan tutkimuksen teorit; työkyvyn ja työkyvyttömyyden käsitteellistäminen teorialähtöisessä tutkimuksessa	Menetelmää ei ole kuvattu; taustalla aikaisempia kirjallisuuskatsauksia

Luvun 3.1 katsauksissa on analysoitu työkyvyn käsitettä ja määrittelytapoja. Ruotsalaisen työryhmän (Ludvigsson ym. 2006) tavoitteena oli selvittää, millä tavoin työkykykäsitettä on käytetty tieteellisessä kirjallisuudessa. Toisessa katsauksessa (Fadyl ym. 2010) tutkijat analysoivat työkykyä ja sen osatekijöitä selvittäviä tutkimuksia. Kolmannessa katsauksessa (Lederer ym. 2014) selvitettiin, miten työkykyä ja työkyvyttömyyttä on määritelty kolmen vuosikymmenen aikana ilmestyneissä julkaisuissa. Pääosa katsauksiin sisältyneistä julkaisuista on luonteeltaan empiirisiä. Luvun lopussa viitataan katsausten ongelmiin ja esitetään joitakin esimerkkejä työkyvyn määrittelyistä.

Luvun 3.2 katsaukset ovat edellisiä teoreettisempia: niiden kohteena ovat työkykyä käsittelevien tutkimusten teorit ja työkykykäsitteiden viitekehykset. Ensimmäisessä katsauksessa (Schultz ym. 2007) tutkijat analysoivat eri työkykykäsitteiden viitekehystä ja teoreettista taustaa lähinnä työhön paluuta koskevissa, eri tieteenalojen tutki-

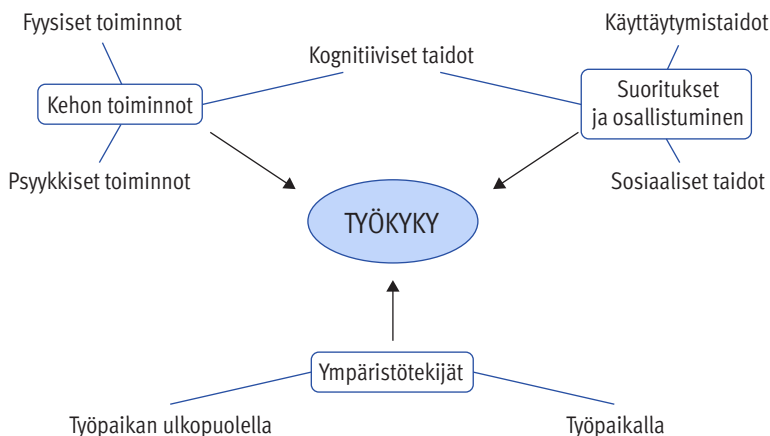
musperinteitä edustavissa tutkimuksissa. Toisessa katsauksessa (de Rijk 2013) tutkija luo taksonomiaa teorioista, jotka käsittelevät työkykyä, työkyvyttömyyden syntyä, työkyvyttömyyden pitkittymistä tai työhön paluun todennäköisyyttä.

3.1 Työkyvyn käsite ja sen määrittelytavat

Ruotsalaisen tutkijaryhmän (Ludvigsson ym. 2006) tavoitteena oli selvittää, miten työkyvyn käsitettä käytetään tieteellisessä kirjallisuudessa. Katsausta varten haettiin julkaisuja kymmenestä tietokannasta käyttäen ruotsin-, norjan- ja englanninkielisiä hakusanoja ”työkyky” ja ”työkyvyttömyys”. Näin saatua luetteloa täydennettiin eri julkaisujen lähdeluetteloiden ja asiantuntijaviihjeiden perusteella. Tutkijat totesivat työkyvyn käsitettä määriteltävän julkaisuissa sekä suoraan että epäsuorasti ja sekä käsitteellisesti että operationaalisesti. Tutkijaryhmä identifioi työkyvyn käsitteestä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden, joita oli kirjallisuudessa kuvattu toisaalta yksilöllisten, toisaalta ympäristötekijöiden avulla. Fyysisiä tekijöitä koskevia kuvauksia oli runsaasti, kun taas psyykkiset tekijät oli otettu huomioon selvästi harvemmin. Sosiaalista ulottuvuutta oli käsitelty erittäin harvoin ja lähes pelkästään tutkittaessa henkilöitä, joilla oli ollut mielenterveyden ongelmia. Tutkijat kiinnittivät huomiota myös siihen, millä tavoin eri tekijät kietoutuivat yhteen: esimerkiksi fyysisellä ulottuvuudella kuvatuilla tekijöillä oli usein nähty olevan psyykkisiä ja sosiaalisia syitä.

Toinen, brittiläisistä, uusiseelantilaisista ja australialaisista tutkijoista koostuva tutkijaryhmä (Fadyl ym. 2010) analysoi katsauksessaan työkykyä nimenomaan kuntoutuksen ja kuntoutusmahdollisuuksien näkökulmasta. Tutkijat määrittelivät työkyvyn yleisesti työn ja yksilön yhteensopivuudeksi, jossa yhteensopivuus määräytyi työn fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, ympäristöön liittyvien ja organisatoristen vaateiden ja vastaavasti yksilön kykyjen ja mahdollisuuksien pohjalta. Tutkijaryhmä totesi jonkinlaisen yksimielisyyden vallitsevan siitä, että kyky toimia työssä on monenlaisen tekijäryhmien yhteisvaikutuksen tulos. Yhteinen käsitys puuttuu kuitenkin siitä, mitkä ovat työkyvyn osatekijät ja mitkä rajat työkyvyn käsitettä määrittävät. Työkyvyn määrittelyä he pitivät erityisen tärkeänä siksi, että ihmisiä ei suljettaisi pois työelämästä kyvyttömyyden vuoksi silloin, kun heidän olisi mahdollista suoriutua työstään tyydyttävästi sopivilla ja oikein ajoitetuilla tukitoimilla ja interventioilla.

Katsausta varten haettiin tutkimuksia, joissa tutkimuskohteena olivat työkyky ja sen osatekijät sekä ihmisen kyky toimia työympäristössä. Artikkelit, joissa tutkittiin demografisten tai vammaan liittyvien tekijöiden vaikutuksia työkykyyn, jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Katsauksen synteesinä laadittu kaavakuva työkykyyn vaikuttavista tekijöistä perustui Maailman terveysjärjestön ICF-mallin (WHO 2001) rakenteeseen. Pääosa analysoiduissa julkaisuissa esiintyneistä työkyvyn osatekijöistä voitiin sijoittaa siinä fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn, suoritusten sekä osallistumisen ja sosiaalisten taitojen luokkiin. Havaitut kontekstitekijät luokiteltiin työpaikan sosiaalisiin ja fyysisen ympäristön tekijöihin sekä työpaikan ulkopuolisiin tekijöihin. (Kuvio 1, s. 19.)

Kuvio 1. Työkyvyn osatekijät ja vaikutustekijät.

Lähde: Fadyl ym. 2010.

Kirjoittajat korostivat, että eri tekijöiden merkitys ihmisen työkyvyille todennäköisesti vaihtelee sekä yksilön että työn ominaisuuksien mukaan. Katsauksen pohjalta kehitettiin mittari (Work-Ability Support Scale, Fadyl ym. 2015), jonka avulla arvioidaan työhön palaavan kuntoutujan tuen ja ohjauksen tarvetta kuntoutusprosessin aikana (ks. luku 4).

Kanadalainen tutkijaryhmä (Lederer ym. 2014) selvitti puolestaan, miten työkykyä ja työkyvyn heikentymistä on käsitteellistetty kolmen vuosikymmenen aikana ja miten määrittelytavat ovat tänä aikana muuttuneet. Tutkijat nimittivät menetelmäänsä karsoittavaksi katsaukseksi (*scoping review*). Analyysiin valikoitui viime vaiheessa 115 julkaisua, joissa työkykyä tai työkyvyttömyyttä oli määritelty. Kukin julkaisu analysoitiin sen mukaan, millaisia tekijöitä työkyvyn määrittelyssä on otettu huomioon.

Analyyseihin lähtökohtana oli Loiselin tutkijaryhmän (Loisel ym. 2005) työkyvyttömyyden ehkäisyn areenoita kuvaava malli. Kehikko muodostui mikro-, meso- ja makrotasoisista tekijöistä. Yksilötason ulottuvuudet käsittivät yleiskunnan ja terveydentilan lisäksi fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, demografisen, taloudellisen, kasvatuksellisen-ammattillisen sekä kulttuurisen ulottuvuuden. Organisaatiotason ulottuvuuksia olivat työorganisaation mesosysteemi (yleisesti sekä erikseen työn fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, taloudelliset, rakenteelliset ja organisaatiokulttuurin ulottuvuudet) sekä vakuutusjärjestelmän, terveydenhuollon ja asuinyhteisön mesosysteemit. Yhteiskunnan tasolla arvioitiin mm. lainsäädännöllisten, taloudellisten ja kulttuuristen ulottuvuuksien esiintymistä työkyvyn määrittelyssä.

Julkaisujen työkykymääritelmät ryhmiteltiin viiteen eri ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä työkyvyttömyyden (tai työkyvyn heikentymisen) syyksi määritellään sai-

raus tai vamma. Toisessa ryhmässä työkyvyttömyyden (tai työkyvyn heikentymisen) syynä nähdään sairauden ja vamman lisäksi työn vaatimukset, ja kolmannessa otetaan huomioon edellisten lisäksi myös sairauteen tai vammaan liittyvät toiminnalliset rajoitukset. Neljännessä ryhmässä huomio on koko ihmisessä, hänen ominaisuuksissaan ja hänen ympäristöissään: työkyvyttömyys tai työkyvyn heikentyminen tulkitaan siinä erilaisten biopsykososiaalisten tekijöiden ja meso- ja makrotasoisien järjestelmien vuorovaikutuksen tulokseksi. Viides ryhmä poikkeaa neljännestä siinä, että se perustuu positiiviseen työkyvyn käsitteeseen. Siinä työkyky ymmärretään prosessina, joka vaihtelee elämänsä eri vaiheissa, ja kiinnostus on myös työkyvyn ylläpitämisessä, ei vain heikentynyttä työkykyä korjaavassa toiminnassa.² (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Työkyvyn pääasialliset määrittelytavat.

Työkyvyn ja sen heikentymisen perusta	Päähuomion kohde	Kuvaus
1 Fyysinen vaurio = heikentynyt työkyky TAI Fyysinen vaurio → heikentynyt työkyky	Yksilön fyysinen vaurio	Kyvyttömyys tehdä työtä sairauden vuoksi
2 Yksilön sairaus tai vamma + yksilön työn vaatimukset → heikentynyt työkyky (Työkyvyn määrittely perustuu yksilön terveydentilan ja työn vaatimusten ja työympäristön väliseen suhteeseen)	Yksilön fyysinen ja psyykinen vaurio sekä työn vaatimukset	Työkyvyn heikentyminen määrittyy työntekijän terveyden suhteesta työn ja työympäristön vaatimuksiin
3 Yksilön sairaus tai vamma → toiminnanrajoitukset → työkyvyn heikentyminen TAI Yksilön sairaus tai vamma + työn vaatimukset → toiminnanrajoitukset → heikentynyt työkyky	Toiminnalliset rajoitukset ja työkyvyn heikentymisen prosessi	Työkyvyn heikentyminen merkitsee vaurion aiheuttamien toiminnanrajoitusten tuottamaa kyvyttömyyttä vastata ansiotyön vaatimuksiin
4 Yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet + organisaatioympäristöt/ mesosysteemit (työpaikka, terveydenhuolto jne.) + yhteiskunta/makrosysteemit (lainsäädäntö, makrotaloudelliset tekijät jne) → heikentynyt työkyky	Yksilön ja ulkoisen ympäristön vuorovaikutus, työkyvyn alenemisen prosessi, mahdollisuudet työkyvyttömyyden ehkäisyyn	Työkyvyttömyys/työkyvyn heikentyminen on sosiaalisesti kehittyvä käsite, joka on yhteydessä siihen, miten yhteiskunta ja työntekijät ottavat huomioon yksilön tarpeet. Siihen vaikuttaa myös yksilön halukkuus jatkaa suhdetta työelämään, ja siten siihen voivat vaikuttaa myös taloudelliset olosuhteet.
5 Yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet + organisaatioympäristöt/ mesosysteemit (työpaikka, terveydenhuolto jne.) + yhteiskunta/makrosysteemit (lainsäädäntö, makrotaloudelliset tekijät jne) → heikentynyt työkyky	Työkyvyn kehitys elämänsä aikana, työkyvyn edistäminen, vahvistumisprosessi (enablement process)	Työkyky on yksilön resurssien (terveys, toimintakyky, koulutus, tiedot ja taidot), arvojen, asenteiden ja motivaation sekä työn, työolosuhteiden ja työyhteisön vuorovaikutuksen tulosta. Työkyky on elinikäinen prosessi, ja se on sidoksissa ympäröivään yhteiskuntaan ja sen mikro- ja mesotasoihin verkostoihin.

Lähde: Lederer ym. 2014.

2 Viidennen mallin kuvauksessa viitataan erityisesti Ilmarisen (1999) työkykykäsitteeseen.

Tutkijat toteavat, että tieteellisen kirjallisuuden heijastama kuva työkyvyn tai -kyvyttömyyden luonteesta ja ulottuvuuksista ei ole yhtenäinen. Työkyvyn määrittely on kuitenkin muuttunut aikaisempaa monialaisemmaksi. Ne julkaisut ovat harvinaisia, joissa työkyky on tulkittu yksinomaan yksilölliseksi ilmiöksi tai joissa yksilöllisten tekijöiden lisäksi mainitaan vain vakuutus- tai eläkejärjestelmän säädökset tai käytännöt. Useissa julkaisuissa työkykyä kuvataan sekä mikrotasoisilla että meso- ja makrotasoisilla tekijöillä. Näyttää kuitenkin vallitsevan melko suuri yksimielisyys siitä, että työkyky (työkyvyttömyys) on suhteellinen ja vuorovaikutuksellinen ilmiö. Se kehittyy useiden tekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena, ja sen eri ulottuvuudet vaikuttavat toisiinsa erilaisten ekologisten tasojen välityksellä. Vähitellen kiinnostus on myös alkanut siirtyä työkyvyttömyydestä ja työkyvyn heikentymisestä positiivisen työkyvyn käsitteeseen ja työkyvyn edistämiseen. Työkykyä on alettu määritellä jatkuvana, läpi elämän ulottuvana dynaamisena prosessina, ja työkyvyn muutokset on alettu tulkita ihmisen normaaliin elämäntilanteeseen kuuluviksi. Toisaalta on alettu kiinnittää enemmän huomiota ihmisen vahvuuksiin myös työkyvyttömyystilanteissa. (Lederer ym. 2014.)

Määritelmät eroavat tutkijoiden mukaan toisistaan myös siinä, viitataaneko niissä menneisyyteen, nykyisyyteen vai tulevaisuuteen. Vakuutusjärjestelmän etuuksiin perustuvassa orientaatioissa määritelmät suuntautuivat usein menneeseen, menetyksiin, kun taas kuntoutusorientoituneissa määritelmissä huomio oli useammin tulevaisuudessa: työllistyvyydessä, työllistymisen mahdollisuuksissa ja ansaintakyvyssä.

Lederer ym. (2014, 243) huomauttavat, että viitekehyksen valinnalla on monenlaista merkitystä alan tutkimuksen ja saavutettavien tulosten kannalta. He toteavat myös, että käsitteellisellä tasolla jää kuitenkin avoimeksi, kuuluvatko työkykykäsitteeseen lisätyt ulottuvuudet varsinaisesti työkyvyn (työkyvyttömyyden) konstruktion. Ne voivat olla myös työkyvyn (työkyvyttömyyden) determinantteja (esim. työkyvyn heikkenemiseen vaikuttavia tekijöitä) tai työkyvyn (työkyvyttömyyden) seurausvaihtokuituksia. Tähän kysymykseen palataan raportin luvussa 5.9.

Tässä alaluvussa esitellyt katsaukset ovat keskittyneet ensi sijassa työkykykäsitettä suoraan tai epäsuorasti määritteleviin julkaisuihin. Alaluvun 3.3 katsauksissa kohteena ovat eri tieteenaloilta peräisin olevat työkykymallit (Schultz ym. 2007; Knauf ja Schultz 2016) ja työkykytutkimuksessa käytetyt teoriat työkyvystä (de Rijk 2013).

3.2 Työkykymallit ja työkykyä koskevat teoriat

3.2.1 Eri tutkimusperinteitä edustavat työkykymallit

Schultz ym. (2007) selvittivät kirjallisuuden avulla työhön paluuta tukevien interventioiden pohjana olevia työkykykäsitteitä. Tutkijat nimesivät tutkimuksensa kriittiseksi kirjallisuuskatsaukseksi. Kirjallisuutta haettiin systemaattisesti keskeisistä tie-

tokannoista. Siitä ei kuitenkaan tehty systemaattista analyysia, vaan lopputuloksena esitettiin synteesi, joka perustui kirjallisuuden kriittiseen läpikäyntiin ja kokeneiden tutkijoiden konsensukseen sen keskeisistä piirteistä. Tarkastelu päivitettiin kymmenisen vuotta myöhemmin (Knauf ja Schultz 2016).

Schulz ym. (2007) luokittelivat työkykykäsitteykset aluksi teoreettisiin perusteisiin kuuteen pääryhmään, joista he käyttivät nimitystä ”malli” (*model*). Biolääketieteellinen malli perustuu lääketieteelliseen tutkimustraditioon, ja sen mukaan työkyky määritellään ensi sijassa kliinisesti todetun vaurion pohjalta. Psykososiaalinen malli on kehittänyt terveys- ja kuntoutuspsykologian piirissä, ja siinä työhön paluuta määräävinä tekijöinä tarkastellaan erilaisia työhön liittyviä uskomuksia, kokemuksia ja odotuksia. Vakuutus oikeudellinen malli perustuu vakuutuslääketieteelliseen ja vakuutus oikeudellisia kysymyksiä käsittelevään psykologiseen tutkimukseen; siinä näkökulmana ovat työhön paluuseen tai eläkkeelle siirtymiseen liittyvät hyödyt ja menetykset. Ekologiset ja palvelusohjaukselliset mallit nojaavat ekologiseen ja työelämäsuhteiden tutkimukseen. Niiden perusta on sosiaalitieteellisessä ja työ- ja organisaatiopsykologisessa tutkimustraditiossa, jossa työkykyä ja työhön paluuta tarkastellaan myös erilaisten työhön paluuta tukevien politiikkojen ja toimintakäytäntöjen kautta. Taloudellinen viitekehys nojaa terveystaloustieteeseen, jossa tarkastelukulmana ovat myös makrojärjestelmään rakennetut sosiaaliset kannustimet. Biopsykososiaalisen viitekehysten perusta on monitieteisessä tutkimustyössä, ja työkyvyn ja työhön paluun tulkitaan perustuvan lääketieteellisten, psykososiaalisten ja systeemisten tekijöiden vuorovaikutukseen.

Tutkijat totesivat, että on vaikea määritellä eri mallien välisiä rajoja. 2000-luvulla tapahtunut kehitys on heidän mukaansa johtanut siihen, että eri tutkimustraditioihin perustuvat mallit ovat alkaneet lähentyä toisiaan. Mallien välillä on kuitenkin edelleen eroja niiden käsitteellisen tason ja empiirisen perustan suhteen. Tutkijat valitsivat tarkempaan analyysiin viisi ryhmää: biolääketieteelliset ja vakuutus oikeudelliset mallit, psykososiaaliset mallit, ekologiset ja taloudelliset mallit sekä biopsykososiaaliset mallit. (Schultz ym. 2007.) Knauf ja Schultz (2016) täydensivät luokitusta ergonomisilla malleilla. Taulukkoon 3 (s. 23) on koottu keskeisiä tekijöitä kustakin mallista. Tutkijat nimesivät myös eri näkökulmia yhdistävät monialaiset mallit, jotka olivat kuitenkin vasta kehittymässä.

Taulukko 3. Eri tutkimusperinteitä edustavien työkykymallien kuvaus.

Mallit	Työkyvyn tulkinta	Arvot	Fokus	Orientaatio interventioiden valinnassa
Biolääketieteelliset ja vakuutus-oikeudelliset	Työkyky suorassa suhteessa vaurioon	Tieteellinen evidenssi ja objektiivisuus	Yksilössä	Hoito-orientaatio; intervention määrittäminen ongelmien perustana olevan patologian mukaan; fyysiset hoitomuodot
Psykososiaaliset	Psykososiaaliset yksilö- ja ympäristötekijät työkyvyssä ja työhön paluussa, tavoitteissa ja motivaatiossa	Tieteellinen totuus; psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksen ymmärtäminen	Aluksi yksilössä (odotukset, pystyvyys, asenteet, coping), myöhemmin myös eri systeemeissä (työpaikka, terveydenhuolto, vakuutusjärjestelmä)	Psykososiaaliset tekijät arvioidaan kaikissa vaiheissa; työhön paluun valmiuden vaihe määritellään (esim. pystyvyys, päätöksentekobalanssi); kuntoutuksessa hyödynnetään mm. kognitiivis-behavioristisia menetelmiä Ehkäisevät toimet kohdistuvat psykososiaalisiin tekijöihin mutta usein monitieteellisessä kontekstissa Myös työpaikan psykososiaalisten tekijöiden muutostarpeisiin kiinnitetään huomiota
Ekologiset, palveluuhajukselliset ja taloudelliset	Työkyky systeemisenä ilmiönä, makro-, meso- ja mikrosysteemien vuorovaikutuksen tuloksena; eri osapuolilla erilaiset paradigmat ja tulosodotukset	Ehkäisyn, kuntoutuksen ja työhön paluun integrointi; työntekijän suojeleminen; yhteistyösuhteiden harmonisointi	Makrotasoisissa tekijöissä muita viittekehyksiä selvemmin (vrt. Loisel ym. 2005)	Makro- ja mesosysteemien vuorovaikutuksen merkityksen arviointi (myös vastakkaiset intressit); fokus toiminnallisessa työkyvyssä, ”in vivo”-tilanteissa; samalla työolosuhteiden, työllistymisen esteiden ja sitä tukevien tekijöiden arviointi Painotus työpaikalla tapahtuvassa toiminnassa (disability management); työn ymmärtäminen terapiaksi; hoito integroituna työhön paluun prosessiin; työhön paluu siirtymävaiheena, työn mukauttaminen sen osana Integroidut case management-lähestymistavat

Taulukko 3 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 3.

Mallit	Työkyvyn tulkinta	Arvot	Fokus	Orientaatio interventioiden valinnassa
Ergonomiset	Työkyky perustuu yksilö- ja järjestelmätekijöiden vuorovaikutukseen	Työn riskitekijöiden havaitseminen ja vähentäminen; ongelmien ehkäisy ja työhön paluu	Makroergonomia: politiikat, prosessit, asenteet Mikroergonomia: yksilö ja hänen työnsä ja työvälineensä	Ehkäisevät toimet keskeisessä asemassa; kuntoutus yksilön ja järjestelmän yhteistyönä
Biopsykosiaaliset	Työkyky moniulotteisena käsitteenä, holistinen näkökulma	Tavoiteltuja tuloksia kuntoutujan hyvinvointi ja toimintakyvyn paraneminen; asiakas aktiivisena toimijana	Aluksi yksilöllisissä monialaisissa tekijöissä; sittemmin myös monialaisissa ympäristöön ja työhön liittyvissä tekijöissä	Arvioinnin fokus funktionaalinen; hyvä selviytyminen on tavoiteltava tulos, jos paraneminen ei ole mahdollista Työntekijä aktiivisena osallistujana prosessissa, omalta osaltaan vastuussa tuloksesta Koordinoituidet ryhmä- ja case management -lähestymistavat, työhön paluun valmiuteen perustuvat joustavat toimintatavat Yhteydet työnantajaan, työpaikkaan ja perheeseen

Lähde: Schultz ym. 2007 sekä Knauf ja Schultz (2016), mukaillen.

Biolääketieteellis-vakuutusoikeudellisten mallien merkitys on kirjoittajien mukaan viime vuosina selvästi vähentynyt. Niissä interventiot perustuvat pääasiassa itse sairauden tai vamman tai sen fyysisten haittojen hoitamiseen. Psykososiaalisissa malleissa painopiste oli aluksi yksilön metakognitioissa, asenteissa ja motivaatiossa, mutta viime vuosikymmeninä huomio on siirtynyt myös työpaikan ja työympäristön sosiaalisiin ja psykologisiin tekijöihin. Interventiot ovat perustuneet paljolti erilaisiin kognitiivisiin oppimis- ja käyttäytymisteorioihin sekä organisaatiopsykologisiin teorioihin. Huomion kohteena ovat olleet yksilön tavoitteet, metakognitiot, motiivit, asenteet ja coping-keinot sekä myöhemmin myös erilaiset työyhteisöön liittyvät tekijät.

Ekologisissa malleissa korostetaan erityisesti meso- ja makrotasoisten järjestelmien merkitystä yksilön työkyvyn realisoitumisessa ja työhön paluussa. Niissä työkykyä tarkastellaan yleensä funktionaalisesta näkökulmasta eli työssä suoriutumisen ja työn tuottavuutena. Huomio on kohdistunut paljolti funktionaaliseen työkykyyn ja eri organisaatioympäristöihin sekä työkyvyn realisoitumista ja työssä selviytymistä tukeviin tai estäviin tekijöihin työpaikoilla. Ergonomisissa malleissa huomio on ensi-

sijassa yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Makroergonomiassa kyse on järjestelmästä, poliittisista ratkaisuista, asenteista ja prosesseista. Mikroergonomiassa tarkastellaan yksilön ja työn välisiä suhteita, jolloin työhön paluun onnistumisen katsotaan yleensä edellyttävän paitsi yksilöön myös työhön ja työvälineisiin kohdistuvia interventioita.

Biopsykososiaalisista malleista vanhimmissa näkökulma on ensi sijassa yksilössä, mutta myöhemmin työorganisaation ja erilaisten meso- ja makrotasoisten tekijöiden asema on vahvistunut. Monialaisissa malleissa interventio perustuu moniammatilliseen lähestymistapaan ja erilaisten toimenpiteiden yhdistämiseen. Biopsykososiaalisten mallien ongelmana tutkijat näkevät niiden yleisyyden, geneerisen luonteen, ja yhtenä kehityskohtana he pitävät työhön liittyvien tekijöiden tarkentamista.

Knauf ja Schultz (2016) katsovat, että uusista tutkimustuloksista huolimatta työkyvyn ja työhön paluun käsitteellistäminen on säilynyt pääosin ennallaan. Heidän mukaansa tarvetta on edelleen sellaiselle poikkitieteelliselle ja monialaiselle työkyky- tai työkyvyttömyysmallille, joka ottaisi huomioon sekä työkyvyn moniulotteisuuden että sen ajalliset muutokset. Kehitteillä olevissa integratiivisissa malleissa pyrkimyksenä on luoda kokonaisuus, joka yhdistää eri lähestymistapoja ja jossa tunnistetaan työntekijän tai asiakkaan aktiivinen rooli.

3.2.2 Työkykytutkimuksen teorit

Teoriat ovat de Rijk (2013) mukaan viitekehyksiä, jotka auttavat ymmärtämään todellisuutta: ne antavat mahdollisuuden tulkita yksittäisiä havaintoja ja ennustaa ilmiöiden esiintymistä. Teoriat voivat siten myös auttaa meitä ymmärtämään työkykyä ja työkyvyttömyyttä sekä tukea alan tutkimusta. Vaikka työkykyä on tutkittu paljon, ei ole olemassa yhtenäistä näkemystä siitä, millaiset teoriat kuvaisivat parhaiten työkyvyn tai työkyvyttömyyden ilmiötä. Tutkija painottaa eroa selittävään paradigmaan nojaavien (realististen, positivististen ja essentialististen) ja ns. ymmärtävään paradigmaan perustuvien teorioiden välillä. Jälkimmäisissä pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan työkyvyn ongelmien muodostumiseen johtavia prosesseja, ja ne perustuvat yleensä laadullisiin menetelmin tehtyyn tutkimukseen.

Artikkelissaan de Rijk (2013) selvittää, millä tavoin työkykyä ja työkyvyttömyyttä käsitteellistetään teorialähtöisessä tutkimuksessa ja mikä ylipäänsä on teorian rooli työkyvyn tutkimuksessa ja alan käytännöissä. Hän pitää käsitteellisesti tärkeänä erottaa toisistaan 1) teoriat, jotka selittävät työkyvyn alenemista tai työkyvyttömyksi tulemistä, 2) teoriat, jotka selittävät tai ennustavat työkyvyttömyyden kestoa sekä 3) teoriat, joiden avulla pyritään ymmärtämään tai tulkitsemaan työhön paluun prosessia. Eri tekijöiden yhteydet työkykyyn ja työkyvyttömyyteen voidaan tulkita monesta teoreettisesta viitekehuksesta käsin.

Taulukossa 4 on yksinkertaistettu kuvaus de Rijkin (2013) työkykyä koskevien teorioiden taksonomiasta. Tutkija etsi katsausta varten myös teorioita, joissa tarkastellaan alentunutta työkykyä työssä realisoituvana ilmiönä (*decreased on-the-job performance*) mutta arvioi alan tutkimuksen olevan vielä epäteoreettista ja keskittyvän etupäässä taloudellisiin kysymyksiin.

Taulukko 4. Tiivistys työkykyä koskevista teorioista.

Työkyvyn alenemista selittävät teoriat	Terveyteen liittyvät teoriat	Huonoa terveyttä selittävät teoriat	Työkytkennät eivät sisälly malliin
		Huonoa terveyttä työolojen kautta selittävät teoriat	Mm. fyysisten työolojen, työstressin, hallinnan puutteen jne. vaikutukset terveyteen
	Persoonallisuuteen liittyvät teoriat		
	Päätöksentekoa koskevat teoriat (esim. päätös ilmoittautua työkyvyttömäksi)	Proksimaaliset teoriat	Esim. päätöksentekohetkeen keskittyvät
		Distaaliset teoriat	Esim. asenteiden vähittäistä muutosprosessia koskevat
Työstressiä ja päätöksentekoa yhdistävät teoriat			
Työkyvyttömyyden keskeisten selittävät teoriat	Terveyspainotteiset teoriat	Esim. löydösten ja koetun terveydentilan vaikutukset	
	Vaihemallit	Sosiaalipsykologiset vaihemallit; palveluprosessia koskevat vaihemallit	Esim. työhön paluun vaihemalli, muutosvalmiusmalli
	Työstressiin perustuvat lähestymistavat	Esim. työn vaatimukset, työn hallinta ja esimiestuki työhön paluun selittäjinä	
	Työvoima- ja sosiaaliturvapolitiittisia ratkaisuja koskevat teoriat	Eri maiden erilaiset politiikat eläkelukujen selittäjinä	
	Eri teorioiden yhdistelmät		
Työkykyä/työhön paluun prosessia tulkitsevat teoriat	Välittömään sosiaaliseen kontekstiin liittyvät teoriat	Rooliteoriat (sairaana rooli), valtaistumisteoriat (empowerment)	
	Organisaatiokontekstiin liittyvät teoriat	Yksilön valintojen yhteys organisaation tapoihin ja kulttuuriin	
	Paikallisiin toimijoihin (intresitahot) liittyvät teoriat	Erot paikallisten toimijoiden työkyvyttömyyteen liittyvissä käsityksissä ja käytännöissä	
	Institutionaaliseen kontekstiin tai yhteiskuntaan liittyvät teoriat	Esim. työkyvyttömyyspäätösten ratkaisukäytäntöjen tutkimus	

Taulukon 4 vasemmassa reunassa on karkea kolmiosainen yleisluokitus teorioiden kohdentumisesta, ja oikealle siirryttäessä kuvaus täsmentyy. Työkyvyn alenemista koskeva tutkimus sitoutuu lähinnä terveyttä, persoonallisuutta tai päätöksentekoa koskeviin sekä työstressiä ja päätöksentekoa yhdistäviin teorioihin. Työkyvyttömyyden kesto ja pitkittymistä selitetään usein myös terveys- ja stressiteorioilla. Osa tämän alueen tutkimuksesta perustuu yleisiin sosiaalipsykologisiin tai palveluprosessia kuvaaviin vaihemalleihin. Erilaisiin työvoimapolitiittisiin ja sosiaaliturvapoliittisiin ratkaisuihin kohdistuva tutkimus perustuu sosiologisiin teorioihin.

Työkykyä ja työhönpaluuprosesseja tulkitsevien ja ymmärtävien teorioiden kohteena ovat de Rijkien (2013) mukaan erityisesti välitön sosiaalinen konteksti (mm. rooliteoriat ja valtaistumisteoriat), organisaatiokonteksti, paikalliset toimijatahot (esimerkiksi erot niiden työkykykäsityksissä) sekä yhteiskunta ja institutionaaliset kontekstit.

4 Työkyvyn arviointi- ja mittaamismenetelmistä ja niiden viitekehysistä

Pääosa työkykyyn liittyvästä tutkimuksesta on perustunut tieteenteoreettisesti realistisiin tai positivistisiin lähtökohtiin; konstruktivistiseen ja ymmärtävään paradigmaan nojaavaa tutkimusta on vielä vähän (vrt. de Rijk 2013). Epidemiologisessa tutkimuksessa ja kuntoutuksen vaikutuksia tutkittaessa työkykyä on usein selvitetty henkilön itsearviointiin ja omaan kokemukseen perustuvien kysymysten ja kyselyjen avulla (ks. Gould ym. 2015). Työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnissa sekä kuntoutuksen suunnittelussa käytetään myös erilaisia menetelmiä, jotka perustuvat asiantuntijan haastatteluun ja työn yhteydessä tapahtuvaan havainnointiin. Käytetyt menetelmät ja niiden viitekehukset perustuvat erilaisiin oletuksiin tai tutkimukselliseen näyttöön siitä, millaiset tekijät ovat yhteydessä työssä selviytymiseen tai sairauspoissaoloihin.

Kirjallisuushaku tuotti suuren määrän 2000-luvun julkaisuja, joissa työkykyä on operationalisoitu henkilön itsearviointiin tai asiantuntijan arvioihin perustuvan menetelmän tai mittarin avulla. Pääosassa niistä on mainittu myös, millaiseen tausta-ajatteluun, työkykykäsitykseen tai viitekehukseen asianomaisen mittarin tai menetelmän laadinta on perustunut. Osassa julkaisuja viitekehys käy ilmi vain epäsuorasti. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Työkyvyn arviointi- ja mittaamismenetelmiä: viitekehukset ja käyttö kuntoutuksessa.

	Arviointimenetelmän kuvaus	Menetelmän viitekehys	Käyttö kuntoutuksessa
Work Capability Assessment (WCA 2016)	Lääkärin asiantuntija-arvio, jonka pohjana yksilön oma arvio toimintakyvystään eri osa-alueilla	Lääketieteellinen viitekehys	Tarkoitettu ensi sijassa systematisoimaan sosiaalisia etuuksia koskevaa arviointia
Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) (Marfeo ym. 2013 ja 2015; Marino ym. 2015; Meterko ym. 2015)	Yksilön itsearviointi fyysisen ja psykososiaalisen toiminnan eri osa-alueilla Ei työtä koskevia arvioita	Työkyky vuorovaikutuksena ICF-viitekehysten mukaan: suoritusten ja osallistumisen osa-alueet	Tarkoitettu ensi sijassa työkyvyttömyyden arviointiin sosiaaliturvaetuksia varten
Työkykyindeksi (Tuomi ym. 1997a ja b; Ilmarinen ja Tuomi 2004; Ilmarinen 2009)	Yksilön itsearviointi yksilön ja työn yhteensopivuudesta sekä psyykkisestä hyvinvoinnista Sairauksien esiintymistä ja sairauspäiviä koskevat tiedot	Työkyvyn tasapainomalli, osin lääketieteellinen viitekehys	Tarkoitettu työkyvyn ja sen heikentymisen uhan arviointiin Soveltuu myös mm. kuntoutuksen seurantaan
Work-Ability Support Scale (Fadyl ym. 2010; Turner-Stokes ym. 2014; Fadyl ym. 2015)	Asiantuntijan arvio työssä suoriutumisesta ja työkontekstista havainnoinnin ja esimiehen haastattelujen pohjalta.	ICF-viitekehys, osallistumisen tason ja yksilö- ja ympäristötekijöiden osa-alueet Reaalinen työssä selviytyminen	Suunniteltu kuntoutuksen välineeksi

Taulukko 5 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 5.

	Arviointimenetelmän kuvaus	Menetelmän viitekehys	Käyttö kuntoutuksessa
Work Role Functioning Questionnaire, WRFQ (esim. Abma ym. 2013a,b; Ramada ym. 2013, 2014)	Työntekijän tai kuntoutusasiakkaan itsearviointi työssä suoriutumisen esiintyvistä vaikeuksista eri osa-alueilla (esiintyvien vaikeuksien ajallinen määrä)	Terveyteen liittyvää työssä suoriutumista koskeva käsitteellinen malli (Abma 2012)	Yleinen työssä suoriutumisen arvioinnin menetelmä, jota voi käyttää myös kuntoutusinterventioiden kehittämisessä
Assessment of Work Performance (Sandqvist 2007)	Asiantuntijan havainnointiin perustuva arvio suoriutumisesta todellisessa tai simuloitussa työssä	Kielhofnerin MOHO-malli (Kielhofner 2002)	Tarkoitettu ammatillisen kuntoutuksen suunnittelun välineeksi
MELBA (Kleffmann ym. 1997; Laurinkari ym. 2010)	Haastattelun, työkokeiden ja työssä suoriutumisen havainnoinnin perusteella tehtävä asiantuntija-arvio selviytymisestä työssä tarvittavan psykososiaalisen toimintakyvyn eri osa-alueilla	ICIDH-2 (WHO 1999) ja työkyvyn tasapainomalli (työntekijän ominaisuudet työn vaatimusten kannalta)	Tarkoitettu käytettäväksi työtoiminnan ja ammatillisen kuntoutuksen yhteydessä
Occupational Functioning Scale (OFS) (Hannula ym. 2006)	Haastatteluun perustuva asiantuntija-arvio mielenterveyden ongelmiin liittyvistä työssä suoriutumisen vaikeuksista	Ei mainittu	Tarkoitettu kliinisen työn ja tutkimuksen välineeksi
Worker Role Interview (Ekbladh ym. 2010)	Haastatteluun perustuva arviointi niistä psykososiaalisista ja ympäristötekijöistä, jotka vaikuttavat kykyyn palata työhön vamman tai sairauden jälkeen	Kielhofnerin MOHO-malli (Kielhofner 2002)	Tarkoitettu toimintaterapian ja kuntoutuksen välineeksi
Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ; Finger ym. 2014)	Kuntoutujan itsearviointi ja erikseen asiantuntijan haastatteluun perustuva arvio nykytilanteesta (mm. työn luonne), työssä suoriutumisesta ja työhön liittyvästä toimintakyvystä viimeksi kuluneen viikon perusteella	ICF-mallin suoritusten ja osallistumisen ulottuvuudet	Tarkoituksena työssä suoriutumisen arviointi ammatillisen kuntoutuksen eri vaiheissa
DOA (Dialog om Aktivitetsformåga, DOA-Riktad mot Arbete)	Kuntoutuja ja terapeutti arvioivat kuntoutuksen tavoitteita koskevan dialogin yhteydessä työkykyä viidellä osa-alueella	Kielhofnerin (2002) MOHO-mallin kehitemä: osa-alueina arvot ja kiinnostukset; roolit ja tavat; fyysinen toimintakyky; organisointi ja ongelmanratkaisu; yhteistyö ja kommunikointi	Työterapian ja kuntoutuksen väline, tarkoituksena vahvistaa samalla kuntoutujan osallisuutta kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyssä
Haastattelulomake työkyvyn arvioimiseksi (Tengland 2013)	Puolistrukturoitu haastattelu, jossa käsitellään työkykyongelman taustoja ja ratkaisuvaihtoehtoja	Tenglandin (2011 ja 2013) filosofiseen käsiteanalyysiin perustuva spesifistä työkykyä koskeva malli	Tarkoitettu työkyvyn arviointiin ja kuntoutusvaihtoehtojen etsimiseen kuntoutustilanteissa

Work Capability Assessment (WCA 2016) on brittiläinen arviointimenetelmä lääkärin tekemän työkyvyn arvioinnin tueksi. Tavoitteena on arvioida, keillä kyky työhön tai työhön liittyvään toimintaan on rajoittunut, ja vastaavasti, keiden kunto on riittävä työssä jatkamiseen. Menetelmällä pyritään saamaan aikaisempaa oikeudenmukaisempi ja tarkempi kuva ihmisen toimintakyvystä suhteessa työssä suoriutumiseen työpaikalla. Menetelmä perustuu lääkärin tekemään asiantuntija-arvioon, jonka pohjana on henkilön oma arvio toimintakyvystään eri osa-alueilla (mm. siirtyminen istuvasta asennosta toiseen istuimeen; esineen poimiminen ja siirtäminen; käden kätevyys; verbaalisen tai ei-verbaalisen kommunikaation ymmärtäminen; oppiminen; uhkan havaitseminen; toiminnan aloittaminen ja toteuttaminen; käyttäytyminen muiden ihmisten seurassa). Muiden ammattiryhmien, esimerkiksi työvalmentajien, katsotaan voivan käyttää arvioinnin tuloksia hyväksi omassa työssään.

Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) on kaksiosainen mittari työkykyyn tai työkyvyttömyyteen liittyvän fyysisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn arviointiin. Se kehitettiin alun perin sosiaalivakuutuksen tarpeisiin mutta soveltuu myös yleisemmin työntekijän työ- ja toimintakyvyn arviointiin. (Marfeo ym. 2013 ja 2015; Marino ym. 2015; Meterko ym. 2015.) Mittarin laadinnassa viitekehystenä oli ICF-malli. Toimintakyvyn keskeiset osiot valittiin systemaattisen kirjallisuushaun analysoinnin ja asiantuntijoille suunnattujen Delfoi-kyselyjen perusteella. Fyysiset asteikot sisälsivät mobiliteetin, ylävartalon hallinnan, hienomotoriikan ja asentokontrollin osa-alueet, ja psykososiaaliset asteikot puolestaan mielialan ja emootioiden, käyttäytymisen kontrollin, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja pystyvyyden osa-alueet. Validointitutkimuksessa todettiin mittareiden tulosten selvästi jakautuvan eri tavoin työssä olevan ja työkyvyttömäksi arvioidun joukon välillä.

Työkykyindeksi ja sen eri muunnokset. Työterveyslaitoksen työkykyindeksi (Tuomi ym. 1997a; Tuomi ym. 1997b) perustuu seitsemään osaan: 1) koettu nykyinen työkyky verrattuna elinikäiseen parhaimpaan työkykyyn, 2) työkyky työn ruumiillisten/henkisten vaatimusten kannalta, 3) lääkärin toteamien sairauksien määrä, 4) sairauksien arvioitu haitta työssä, 5) sairauspoissaolot viimeisen vuoden (12 kk) aikana, 6) oma arvio kykenemisestä työhön terveyden puolesta 2 vuoden kuluttua ja 7) psyykkiset voimavarat. Indeksien osioiden valinta ja summan laskemisessa käytetyt painokertoimet perustuvat kokeellisiin tuloksiin kunta-alan seurantatutkimuksessa, eikä painokertoimia ole päivitetty myöhemmissä tutkimuksissa.

Indeksissä kartoitetaan yksilön ja työn yhteensopivuutta yksilön kokemusten perusteella, yksilön arvioita psyykkisestä hyvinvoinnistaan sekä tietoja sairauksista ja sairauspoissaoloista. Se on ollut hyvin toistettava, ja sitä on 2000-luvulla käytetty erittäin laajasti sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Sitä on käytetty myös työpaikkojen työterveyshuolloissa työntekijöiden työhyvinvoinnin indikaattorina ja kuntoutuslaitoksissa asiakasseurannoissa. Sitä on erilaisin sovelluksin käytetty myös

ilman työtä olevien koetun työkyvyn seurantaan (esim. psykoterapian vaikutukset: Knekt ym. 2008).

Joidenkin tutkimusten mukaan työkykyindeksi sisältää kaksi erillistä ulottuvuutta, joista toinen on sairausperusteinen, toinen yksilön kokemukseen perustuva (esim. Martus ym. 2010). Indeksistä on tehty myös erilaisia muunnoksia. Schoutenin ym. (2016) mukaan indeksi, josta lääkärin toteamat sairaudet on jätetty pois, toimi yhtä hyvin kuin kokonaisindeksi tulevien sairauspoissaolojen ennakoinnissa ja oli käyttäjäystävällisempi. Osioista ensimmäistä eli omaa arviota työkyvystä (ns. työkykypistemäärä) on käytetty myös yksinään työkyvyn mittarina (esim. Ahlstrom ym. 2010).

McGonagle ym. (2014 ja 2015) ovat puolestaan käyttäneet muunnosta, joka sisältää kolme työkykyindeksin osiota (koettu työkyky verrattuna elinikäiseen parhaimpaan, työkyky työn fyysisten vaatimusten kannalta ja työkyky työn psyykkisten vaatimusten kannalta) ja neljännen osion, jossa vastaaja arvioi työkykyään työn vuorovaikutuksellisten vaatimusten kannalta.

Work-Ability Support Scale (Fadyl ym. 2010; Turner-Stokes ym. 2014; Fadyl ym. 2015) on asteikko, jonka avulla pyritään arvioimaan työntekijän työkykyä, selviytymismahdollisuuksia ja tuen tarpeita työssä ja työympäristössä hänen sairastumisensa tai vammautumisen yhteydessä. Työkykyä arvioidaan spesifisesti tietyn työn kontekstissa, ja arvioinnin tarkoituksena on antaa pohjaa sopivien kuntoutustoimenpiteiden suunnittelulle. Sen suunnittelussa on käytetty viitekehyksenä ICF-mallia, ja huomio on pyritty kohdistamaan erityisesti osallistumisen (*participation*) ja kontekstitekijöiden alueille (Fadyl ym. 2015).

Menetelmän ensimmäisessä osassa arvioidaan toimintakykyä suhteessa työhön: tämä osa tarkastelee fyysistä toimintaa (esim. fyysiset ja motoriset taidot), ajattelua ja kommunikointia sekä sosiaalista toimintaa ja käyttäytymistä työpaikalla. Menetelmän toinen osa kohdistuu kontekstitekijöihin: siinä arvioidaan henkilökohtaisista tekijöistä mm. halua, itseluottamusta ja realismia sekä ympäristötekijöistä mm. työtoverien tukea, kontaktia työnantajaan, työnantajan joustavuutta ja ammatillista tukea. Erikseen arvioidaan työhön paluun esteitä. Arviointi tapahtuu asiantuntijan (esimerkiksi toimintaterapeutin) havainnoinnin ja esimiehen tai työtoverin haastattelujen avulla osana ammatillista arviointijaksoa.

Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ, esim. Abma ym. 2013a ja b; Ramada ym. 2013 ja 2014) on 2000-luvulla kansainvälisenä yhteistyönä laadittu kysely, jonka avulla pyritään selvittämään ihmisen kokemusta suoriutumisestaan päivittäisissä työtehtävissä terveydellisten ongelmien yhteydessä. Viitekehyksenä on työssä suoriutumista koskeva malli (Abma 2012), johon sisältyy ajatus, että työssä suoriutuminen on ulottuvuus, joka vaihtelee työn ja työntekijän täydellisestä yhteensopivuudesta työstä pois jäämiseen. Ramada ym. (2014) katsovat kyselyn painottavan realisoituvaa

työssä suoriutumista työkyvyttömyyden ja työkyvyn alenemisen sijasta ja katsovat sen siten toimivan välineenä myös kuntoutusinterventioiden kehittämiseksi.

Kyselystä on toisistaan hieman poikkeavia versioita eri kielillä. Esimerkiksi Hollannissa kehitetyssä kyselyssä 27 osiota jakautuvat neljään ala-asteikkoon: aikataulutukseen ja tuotokseen liittyvät vaatimukset, fyysiset vaatimukset, psyykkiset ja sosiaaliset vaatimukset sekä joustavuusvaatimukset. Kussakin osiossa vastaajaa pyydetään arvioimaan, kuinka suuressa osassa työaikaa hänellä on ollut suoriutumisen vaikeuksia tällä alueella. Ala-asteikkojen toistettavuudet olivat erinomaisia (Abma ym. 2013b).

Hollantilainen tutkijaryhmä (Abma ym. 2016) on myöhemmin laatinut toisen kyselyn (Capability set for work), jonka viitekehys nojaa Amartya Senin toimintavalmiuksien teoriaan ja kestävästä työllistyvyyden käsitteeseen ja jossa pääpaino on työn ominaisuuksissa (arviot siitä, miten tärkeitä eri piirteet ovat, onko niihin mahdollista ongelmatilanteissa vaikuttaa ja onko mahdollisia korjauksia käytännössä toteutettu).

Assessment of Work Performance (Sandqvist 2007) on arviointimenetelmä, joka perustuu Kielhofnerin MOHO-malliin (Model of Occupational Performance) (Kielhofner ym. 1999; Kielhofner 2002). Siinä arvioidaan havainnoinnin perusteella työntekijän suoriutumista kolmella eri osa-alueella: motoriset valmiudet (esim. liikkuvuus, koordinaatio), prosessitaidot (esim. henkinen energia, tiedot ja tiedonhankinta, ajan hallinta, työtilanteen suunnittelu, sopeutuminen) sekä kommunikaatio- ja vuorovaikutustaidot (mm. tiedonvälitys, sosiaaliset taidot). Arviointi perustuu asiantuntijan, yleensä toimintaterapeutin, tekemään havainnointiin todellisessa työssä tai simuloidussa tilanteessa. Sandqvist (2007) korostaa työssä suoriutumisen arviointimenetelmien tarpeellisuutta nimenomaan ammatillisen kuntoutuksen suunnittelun kannalta. Menetelmä soveltuu hänen mukaansa myös työympäristön mukauttamisen apuvälineeksi.

MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) on Saksassa kehitetty menetelmä yksilön työkykyyn liittyvien ominaisuuksien arviointiin (Kleffmann ym. 1997). Arvioinnin tekee asiantuntija haastattelujen, työkokeiden ja/tai työssä tapahtuvan havainnoinnin perusteella. Arvioinnin kohteena on 29 toimintaa viideltä eri alueelta: 1) kognitiiviset toiminnat, 2) sosiaaliset toiminnat, 3) psykomotoriset toiminnat, 4) työssä suoriutumiseen liittyvät toiminnat ja 5) kommunikointiin liittyvät toiminnat.

Menetelmää on käytetty ammatillisen kuntoutuksen tarpeiden kartoittamiseen ja kuntoutuksen seurantaan. Mittarin psykometrisista ominaisuuksista on tutkittu testaajien välistä toistettavuutta, joka osoittautui hyväksi erityisesti kognitiivisten osioiden arvioinnissa, ja siten menetelmää voidaan pitää käyttökelpoisena psykososiaalisten rajoitusten arvioinnissa (Achterberg ym. 2013). MELBA-menetelmää käytetään usein yhdessä IMBA-menetelmän (Integration von Menschen mit Behinderungen

in die Arbeitswelt) kanssa, jonka avulla arvioidaan työn edellyttämiä fyysisiä vaatimustekijöitä, ympäristön olosuhteita ja työturvallisuustekijöitä. Suomessa on arvioitu MELBA- ja IMBA-menettelmien käyttöönottoa (Nevalainen ja Pietiläinen 2008) ja selvitetty menetelmän käyttäjäkokemuksia (Laurinkari ym. 2010).

Occupational Functioning Scale (Hannula ym. 2006) on yksinkertainen mittari, jonka avulla asiantuntija arvioi haastattelutilanteessa mielenterveysongelmia potevan asiakkaan työhön liittyvää toimintakykyä. Sen osioita ovat asennoituminen työhön (ilo, huolet, epätoivo), työhön liittyvä stressi ja voimattomuus, työstä palautuminen, työsuoriutuvuus, potilaan rooli työpaikalla, sairauspoissaolot, eläkkeellä oleminen, toiveet aktiivisemmän työroolin saavuttamisesta sekä terveydenhuollon rooli terveysongelmissa. Osioiden perusteella saadaan arvio kokonaistyökyvystä asteikolla 0–100.

Worker Role Interview -menetelmän (Ekbladh ym. 2010) avulla ei arvioida suoraan työkykyä tai työssä suoriutumista, vaan sellaisia psykososiaalisia ja ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen kykyyn palata työhön vamman tai sairauden jälkeen. Menetelmän teoreettisena perustana on Kielhofnerin MOHO-malli (Kielhofner 2002). Arviointi perustuu haastatteluun ja kohdistuu kuuteen osa-alueeseen: 1) henkilökohtaiset vaikuttamisen mahdollisuudet (kompetenssin tunteet, tehokkuus ja haasteisiin vastaaminen, 2) arvot (mm. työn merkitys), 3) kiinnostukset, 4) roolit (työntekijän identiteetti, muiden roolien vaikutus), 5) tavat (työtavat, päivittäiset rutiinit) ja 6) ympäristö (työympäristö, perhe, esimies, työtoverit). Kussakin osiossa arvio suoritetaan asteikolla 1–4 (4 = tukee vahvasti työhön paluuta).

Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ, Finger ym. 2014) on ammatillisen kuntoutuksen työvälineeksi suunniteltu menetelmä, jolla pyritään arvioimaan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden työssä suoriutumista. Lomakkeesta on olemassa toisaalta haastatteluun perustuva ja haastattelijan täyttämä, toisaalta kuntoutujan itse täyttämä ja itsearviointiin perustuva versio sekä laajana että suppeana kokonaisuutena. Lomakkeen laadinnan viitekehystenä on ollut ICF-malli, ja lomakkeen osiot pyrkivät kattamaan ensi sijassa suoritusten ja osallistumisen ulottuvuudet.

Laajan version ensimmäinen osa sisältää 17 sosiodemografista ja työhön liittyvää osiota (esim. nykyinen työtilanne; millaista työtä tekee tai on tehnyt; millaista työtä tavoittelee; saako hoitoa; saako ammatillista kuntoutusta; saako tukea perheeltä; saako tukea esimieheltä). Toinen osa sisältää 36 kysymystä, joilla pyritään arvioimaan työhön liittyvää toimintakykyä (onko esim. univaikeuksia, muistiongelmia tai depressiota, vaikeuksia uusien asioiden oppimisessa, päätöksenteossa tai päivittäisten rutiinien toteuttamisessa). Osiot kuvaavat ensi sijassa erilaisia oireita tai vaikeuksia erilaisissa toiminnoissa ilman että niitä suhteutetaan jonkin spesifisen työn tehtäviin tai vaatimuksiin.

DOA (Dialog om Aktivitetsförmåga, DOA-Riktad mot Arbete) on Linköpingissä kehitetty, Kielhofnerin MOHO-malliin (Kielhofner 2002) pohjautuva mittari, joka on tarkoitettu asiakkaan työkyvyn arviointiin erityisesti psyykkisten ongelmien yhteydessä. Menetelmän tavoitteena on saada aikaan dialogi asiakkaan ja toimintaterapeutin välillä kuntoutuksen tavoitteita suunniteltaessa. Menetelmään kuuluu 36 kysymystä, joista jokaisesta sekä kuntoutuja että terapeutti tekevät arvionsa järjestysasteikolla. Kysymykset on jaettu viiteen alueeseen, jotka ovat 1) arvostukset, kiinnostukset ja itsetuntemus, 2) tavat ja roolit, 3) fyysinen toimintakyky, 4) organisointi- ja ongelmanratkaisuvalmiudet sekä 5) yhteistyö- ja kommunikaatiovalmiudet.

Psykometrisista ominaisuuksista on testattu muun muassa asiakkaan ja työntekijän arviointien yhtenevyyttä (Linddahl ym. 2003) sekä arviointien toistettavuutta (Norrby ja Linddahl 2006). Menetelmän osioista on myös tehty siltaaminen ICF:n soveltuviin kohtiin (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter 2012).

Tenglandin työkyvyn arviointihaastattelussa (2013) selvitetään työntekijän käsityksiä selviytymisestään omassa työssään. Haastattelijana on työtä ja työelämää hyvin tunteva henkilö (esim. toimintaterapeutti), ja haastateltavana on työntekijä yksin tai joidenkin kysymysten osalta yhdessä esimiehen tai työnantajan edustajan kanssa.

Työkykyä ja sen kehittämistä koskeva arviointi etenee kuntoutustilanteessa seuraavasti:

1. ongelman identifiointi (nykyinen/viimeisin työ ja arvio jatkamismahdollisuudesta; työn tavoitteet ja saavuttamisen mahdollisuudet; onko ongelmia joissakin tehtävissä/tavoitteiden saavuttamisessa; onko työoloissa tekijöitä, jotka estävät normaalin suorituksen)
2. henkilökohtaisen tilanteen hallinta (terveydentila/tarvittavat toimenpiteet; osaa-minen ja ammattitaito / tarvittavat toimenpiteet; motivaatio; työn sopivuus oman persoonallisuuden ja kiinnostusten kannalta)
3. ongelmien kompensointi omaa työtä ja työtapoja muuttamalla (muiden kompetenssien käyttö, muut menetelmät tai välineet, uudet työtavat tai joustavat työajat, työpaikan muut tehtävät)
4. ongelman hoitaminen työjärjestelyjä tai työolosuhteita muuttamalla (fyysiset työolot, psykososiaaliset työolot, organisointi ja johtaminen, etätöet), ongelmaan vaikuttaminen työn ulkopuolisia olosuhteita muuttamalla (mm. kotitilanne).

Merkille pantavaa on, että vaikka Tenglandin (2011) spesifistä työkykyä koskeva malli määrittelee työolosuhteet ja muut elinolot vain toiminnan alustaksi eikä työkyvyn osa-alueeksi, kuntoutustilanteissa selvitetään myös työkyvyn alustaa ja tehdään sitä koskevia muutosehdotuksia.

Kaikissa esitellyissä menetelmissä lähtökohtana on työkyky, ja kukin menetelmä heijastaa sen taustalla olevaa käsitystä työkyvystä. Osassa menetelmistä työkyvyn operationalisointi perustuu yleiseen toimintakykyyn eikä työhön tai työstä suoriutumiseen ole kiinnitetty huomiota. Selvimmin toimintakyvyn arviointiin painottuvat brittiläinen Work Capability Assessment (WCA) ja Yhdysvalloissa kehitetty Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB), jotka molemmat on kehitetty alun perin sosiaaliturvan etuuksien arviointia varten. Niistä edellisessä (WCA) lääkäri arvioi asiakkaan työkykyä asiakkaan itsearviointin ja lääkärin tutkimuksen ja haastattelun perusteella. Jälkimmäinen (WD-FAB) puolestaan sisältää lomakkeiston asiakkaan itsearviointia varten.

Monet menetelmistä ovat kehittäjiensä mukaan perustuneet ICF-viitekehukseen. Toinen yleisesti mainittu viitekehys on ollut Kielhofnerin (2002) kehittämä Inhimillisen toiminnan malli (MOHO) ja sen eri sovellukset. Työ sisältyy kumpaankin viitekehukseen, mutta vain yhtenä osana ihmisen monimuotoista toimintaa. Käytetyllä viitekehyksellä ei näytä olevan erityistä merkitystä sen kannalta, millainen asema työllä tai konkreettisella työsuorituksella on menetelmässä.

5 Kuntoutuksen erilaiset työkykykäsitteet ja niiden viitekehykset

Tutkimuksemme lähtöoletuksena oli, että kuntoutusta toteuttavien toimijoiden käsitteet työkyvystä vaikuttavat siihen, millaista toimintaa toteutetaan ja millaisia toimenpiteitä ja toimintatapoja valitaan. Luvussa 3 kuvattiin työkykykäsitteen määrittelyä ja siinä tapahtuneita muutoksia, tutkimuskirjallisuudessa esiintyviä työkykymalleja ja työkykytutkimuksen taustateorioita 2000-luvulla tehtyjen kirjallisuuskatsausten pohjalta. Tämä luku perustuu systemaattisessa kirjallisuushaussa ja sitä täydentäneissä hauissa löydettyihin teoreettisiin ja empiirisiin julkaisuihin. Julkaisujen perusteella identifioitiin kahdeksan työkykymallia tai -käsitettä, joita konsensusarvioinnissa pidettiin relevantteina tutkimustehtävän näkökulmasta. Tässä luvussa esitetään kustakin työkykymallista keskeiset piirteet ja kuvataan esimerkkien avulla, millaiset seikat kunkin työkykykäsitteen mukaisessa kuntoutuksessa korostuvat. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kahdeksan työkykymallin pääkohdat.

Malli	Kuvaus	Sairauden/ vamman asema	Kuntoutus	Kommenteja
Lääketieteellinen työkyvykkäsitys	Vaurion aste TAI fyysinen ja psyykinen toimintakyky määrittää työkyvyn heikentymisen asteen	Keskeinen	Ensi sijassa sairauden tai vamman hoitoa TAI fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn parantamista erilaisen harjoitteiden avulla	Lähtökohtana lääketieteellinen arvio vaurion asteesta ja/tai toimintakyvystä
Työkyky sosiaalisenä konstruktiona	Työkyvyn heikentymisen kriteerit muotoutuvat kussakin sosiaalitaloudellisessa kontekstissa Yhteiskunnan tai organisaation normit ja arvot vaikuttavat yksilön työkykyä koskevaan arvioon	Sairauden/ vamman merkitys vaihtelee organisaation mukaan	Edellyttää neuvottelua eri osapuolten välillä eri näkökulmien yhteensovittamiseksi	
Työkyvyn tasapainomalli	Työkyky tarkoittaa yksilön voimavarojen (toimintakyvyn ja ammatillisten valmiuksien) ja työn tai työympäristön vaatimusten (fyysinen ja psyykinen kuormittavuus, työn kvalifikaatiot) tasapainoista suhdetta	Sairauteen tai vammaan liittyvät toiminnan rajoitukset keskeisessä asemassa	Tavoitteena tasapainoisen suhteen palauttaminen: toimintakyvyn ja/tai ammatillisten valmiuksien parantaminen, työn tai työympäristön sovittaminen, toimintakyvyn ja valmiuksien kannalta paremmin soveltuvan työn löytäminen	Lähtökohtana monialainen (lääketiede, fysioterapia, psykologia, työtieteet) arvio työkyvystä ja muutostarpeista

Taulukko 6 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 6.

Malli	Kuvaus	Sairauden/ vamman asema	Kuntoutus	Kommenteja
Psyko- sosiaaliset työkyky- mallit	Psykososiaaliset yksilöä ja työtä koskevat teoriat ja tekijät keskeisiä työkyvyn, työhön palaamisen tai työkyvyttömyyden jatkumisen selittäjiä	Terveydentilaan liittyvät kokemukset (esim. kivun pelko/välttäminen, tulevaisuusoptimismi) keskeisessä asemassa	Huomio erityisesti yksilön toimijudessa ja pystyvyydessä, odotuksissa ja asenteissa sekä työpaikan psykososiaalisissa tekijöissä (stressitekijät, ilmapiiri, oikeudenmukaisuus, sosiaalinen tuki)	Huomio ensisijassa työhön palaamisessa tai eläkkeelle siirtymisessä, ei työkyvyn arvioinnissa
Työllisty- vyysläh- töinen työkykykä- sitys	Kestävä työllistyvyys merkitsee 1) kykyä ja mahdollisuutta saada työtä, säilyttää työ ja edetä työuralla ja 2) olosuhteita, joissa työntekijällä on mahdollisuus antaa täysipainoinen työpanos ja samalla turvata terveytensä ja hyvinvointinsa	Ei erityisen kiinnostuksen kohteena Varmistetaan, että yhteys terveydenhuoltoon toimii silloin, kun siihen on tarvetta	Lähtökohtana se, että jokainen työtä haluava on työkykyinen johonkin työhön, jos se suunnitellaan hänen tarpeidensa mukaan ja annetaan riittävä tuki Yksilö ymmärretään toimijana, jonka tavoitteet määrittävät ratkaisuja Huomio erityisesti työkyvyn realisoitumista estävissä työmarkkina-tekijöissä ja työorganisaatioiden käytännöissä	Huomio työkyvyn realisoitumisessa käytännön tilanteissa: työntekijän suoriutumises- sa ja työuran kehittymisen mahdollisuuksissa
Integroitu ”yksilö työyhteisössä” -malli	Työkyky rakentuu työn ja työorganisaation jatkuvassa muutoksessa ja on aina yksilön, työn ja työorganisaation suhteen ominaisuus	Terveyden- tila on osa kokonaisuutta, ei erityisen kiinnostuksen kohde	Yksilön työkykyä parantavat toimet yhdistyvät työyhteisön toiminnan organisointiin, töiden suunnitteluun ja henkilöstön koulutukseen Pyritään huolehtimaan siitä, että työntekijöiden osaaminen ja toimintakyky ovat riittäviä suhteessa työhön	Työkyvyn arviointi on tarkoituksenmukaista vain tosielämän tilanteissa, joissa yksilö toimii osana työyhteisöään
Biopsyko- sosiaaliset mallit (esim. ICF)	Työkyky ei erityisenä fokuksena; se voidaan tulkita terveydentilan, toimintakyvyn ja fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten yksilö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tulokseksi	Terveydentilalähtöinen viitekehys, joka painottaa enemmän toimintakykyä kuin sen taustalla olevia sairauksia ja vammoja	Toimenpiteet kohdistuvat erityisesti suorituksiin ja osallistumiseen mutta myös yksilö- ja ympäristötekijöihin	Lähtökohtana monialainen (biopsykososiaalinen) arviointi, joka voi sisältää sekä suorituskyvyn että suoritustason arvioinnin
Muut laaja- alaiset työkyky- mallit	Työkyky tulkitaan yksilön voimavarojen, työn ja työolojen sekä ulkoisten olosuhteiden vuorovaikutuksen tulokseksi	Terveys sisälty viitekehukseen	Toimenpiteet voivat kohdistua mallin kaikkiin osatekijöihin	Eroa biopsykososiaalisesta mallista siinä, että työkyky on fokuksena

5.1 Lääketieteellinen työkykykäsitys

Perinteinen lääketieteellinen työkykykäsitys, jota muun muassa Mäkitalo ja Palonen (1994) ja Schultz ym. (2007) kuvaavat, voidaan jakaa kahteen päätyyppiin. *Vaurioon perustuvassa mallissa* työkyvyn heikentyminen on suorassa suhteessa vaurion asteeseen, ja työkyvyn edistämisen ja kuntoutuksen katsotaan edellyttävän ensi sijassa hyviin käytäntöihin perustuvaa lääketieteellistä tutkimusta ja sairauden tai vamman hoitoa. *Toimintakykyyn perustuvassa mallissa* työkyvyn katsotaan olevan suorassa suhteessa fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, jolloin työkyvyn arviointi tarkoittaa etupäässä vaurion ja toimintakyvyn arviointia. Työkykyä edistävä kuntoutus kohdistuu silloin toimintakyvyn kohentamiseen tai palauttamiseen, ja huomio on yleensä ensi sijassa fyysisessä toimintakyvyssä. Vaille huomiota jäävät ihmisen yksilölliset ominaisuudet, hänen toimintansa työssä sekä työ- ja elinympäristön piirteet.

Kanadalaisten toimintaterapeuttien tekemän kartoittavan kirjallisuuskatsauksen (Cronin ym. 2013) mukaan työkyvyn arviointi painottuu edelleen ensi sijassa ihmisen fyysisen tilan ja toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyky yhdistetään harvoin ammattiin ja työn piirteisiin niin, että tällä menettelyllä voitaisiin suunnitella laaja-alaista kuntoutusta tai arvioida sen tuloksia. Syöpää sairastavien työhön paluuta koskevassa systemaattisessa katsauksessa (de Boer ym. 2015) puolet valintakriteerit täyttäneiden tutkimusten interventioista kohdistui pelkästään hoitoon ja yhdessä tutkimuksessa fyysiseen valmennukseen. Psykkisiä, psykososiaalisia ja monialaisia interventioita oli vähemmän, ja tutkijat kiinnittivät erityisesti huomiota siihen, että mihinkään interventioon ei sisällynyt suoranaisia työhön liittyviä toimenpiteitä. Myös Kerätär (2016) arvioi väitöskirjatutkimuksessaan biomedikaalisen lähestymistavan terveyteen olevan edelleen vallitseva.

Kuten luvussa 4 todettiin, esimerkiksi 2000-luvulla kehitetty kuntoutujan itsearviointiin perustuva Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB, Meterko ym. 2015) on käytännössä toimintakyvyn mittari, joka on tarkoitettu työkyvyn arvioinnin välineeksi. Vastaavasti Britanniassa 2000-luvulla kehitetty Work Capability Assessment -menetelmä (2016), jota käytetään arvioitaessa henkilön työkykyä ja oikeutta sosiaalietuuksiin, on standardoitu toimintakyvyn arviointimenetelmä, johon ei sisälly työn tai työssä selviytymisen arviointia. Menetelmän edeltäjä Personal Capability Assessment -menetelmä kehitettiin samoin periaattein systematisoimaan sosiaalietuuksien päätöksenteon pohjaksi tehtävää työkyvyn arviointia. Sitä kokeiltiin myös Suomessa 2000-luvun alussa osana kuntoutustarpeen arviointia (Virta ja Lahtela 2005; Virta 2006). Tällaisten menetelmien peruseriaatteita kohtaan on esitetty voimakasta kritiikkiä, jonka mukaan työkykyä ei pitäisi koskaan arvioida irrallaan ”reaalimaailmasta”, erillään työstä ja työympäristöstä (esim. Baumberg ym. 2015).

Lääketieteellisen työkykykäsitteen käytön yleisyys perustunee siihen, että pääosa alkavista työkyvyttömyysjaksoista (sairauslomista) on lyhyitä ja työhön paluu tapahtuu niiden jälkeen ilman erillisiä kuntoutuksen toimenpiteitä. Myös eräissä vaikeis-

sa sairauksissa, kuten syövässä, todennäköisyys työstä pois jäämiseen vaihtelee syöpätyypin ja vaurion vaikeusasteen mukaan (ks. Taskila ja Lindbohm 2007; Taskila 2007). Monissa tutkimuksissa esimerkiksi työyhteisöön palaamista tukevia sosiaalisia tekijöitä ei ole operationalisoitu, mikä estää niiden merkityksen havaitsemisen (Taskila ja Lindbohm 2007).

Kuntoutuksen työkykymallina lääketieteellinen malli on kapea eikä anna pohjaa kuntoutustarpeiden laaja-alaiseen tarkasteluun. Siihen tukeutuvan kuntoutuksen tulokset ovat osoittautuneet heikoiksi erityisesti silloin, kun sairausloma on kestänyt pitkään ennen kuntoutusjakson alkua; tästä syystä laaja-alaisempaan viitekehukseen perustuva kuntoutus suositellaan aloitettavaksi riittävän ajoissa ennen sairausloman pitkittymistä (esim. Preventing needless work ... 2006; de Boer ym. 2015). Kerättären (2016) mukaan lääketieteellisen mallin soveltaminen johtaa vaikeuksiin muun muassa pitkäaikaistyöttömien toimintakykyongelmien tunnistamisessa.

5.2 Työkyky yhteiskunnan tai organisaation sosiaalisena konstruktiona

Työkyvyn yksilöllistä ja medikalistista tulkintaa vastaan asettuvat erilaiset sosiaaliset tulkinnat. Työkyky voidaan tulkita sosiaalisesti konstruktioksi, joka perustuu yhteiskunnan tai järjestelmän normeihin, arvoihin ja tavoitteisiin. Esimerkiksi Stone (1984) painotti työkyvyn olevan aina yhteiskunnallisesti konstruoitu ilmiö. Eri maissa työkykyä ja työkyvyttömyyttä koskevat käytännöt muodostuvat erilaisten yhteiskunnallisten kehitysprosessien tuloksena ja niiden pohjalta tehdään erilaisia kansalaisten elämää koskevia ratkaisuja. Työkyvyn ja työkyvyttömyyden kriteerit muuttuvat yhteiskunnan muutoksen myötä sen sosiaalis-taloudellisessa kontekstissa, ja yhteiskunnan normit ja arvot säätelevät yksilön työkykyä koskevia arvioita. Työssä jatkaminen ja eläkkeelle siirtyminen ovat siten riippuvaisia tietynä ajankohtana vallitsevasta yhteiskunnallisesta tilanteesta. Sen vuoksi eri maissa tehdyt työkyvyttömyyden esiintymistä koskevat tutkimukset eivät ole vertailukelpoisia keskenään, eikä ole myöskään olemassa yleismaailmallisesti sovittua standardia työkyvyn arviointiin (esim. Anner 2013).

Työkyvyn tulkinta yhteiskunnallisena konstruktiona painottaa työkyvyn ja työkyvyttömyyden käsitteiden ja työkykyä koskevien arvioiden suhteellisuutta. Työkyvyn tulkintatavat voivat vaihdella myös eri organisaatioiden ja palvelujärjestelmien välillä. Ei ole yhtä oikeata tapaa määritellä ja arvioida työkykyä ja sen edellytyksiä, vaan kyse on aina eri yhteiskuntien tai eri palvelujärjestelmien erilaisista tulkinnoista (esim. Ståhl 2010; Seing ym. 2012; Jansson 2014; Seing 2014). Se tarkoittaa, että työkykyä koskevat ratkaisut ja työkykyä edistävä kuntoutus edellyttävät useimmiten eri osapuolten neuvottelua ja eri näkökulmien yhteen sovittamista.

Hinkka ja Autti-Rämö (2015) toteavat analysoidessaan työhönkuntoutusta ja Kelan toteuttamaa työhönkuntoutuksen kehittämishanketta, että työkyky näyttää eri toimijoiden näkökulmasta erilaiselta ja sen sisältö vaihtelee myös kuntoutusprosessin eri

vaiheissa. Eri toimijoilla on erilaisia tulkintoja työkyvystä ja samalla soveltuvista kuntoutuksen, työllistymisen ja työhön paluun menetelmistä. Tutkiessaan ammatillisen kuntoutuksen taustalla vallitsevia eettisiä periaatteita Ståhl ym. (2014) havaitsivat eri toimijoiden valtasuhteiden vaikuttavan siihen, miten eettiset kysymykset tulevat näkyviin prosessin aikana. Eri organisaatioiden edustajien käsityksiä määrittävät toisistaan poikkeavat logiikat ja säännöt, jotka selvästi vaikeuttavat kuntoutusta koskevien ratkaisujen löytämistä. Yhteisneuvottelussa eri osapuolet näyttävät pelaavan kukin omilla säännöillään, jolloin kyseessä on myös eräänlainen valtapeli. Tässä eri toimijatahojen neuvotteluprosessissa voi työnantajalla olla valttikortti, sillä jos henkilö ei työpaikan näkökulmasta pysty työhön, muut eivät voi ratkaisuun vaikuttaa. (Esim. Seing ym. 2012.)

Jos hyväksytään se lähtökohta, että eri organisaatiot konstruoivat omien periaatteidensa perusteella omat työkykykäsityksensä, edellyttää ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen parempien yhteistyömuotojen kehittämistä terveys- ja sosiaalipalvelujen välille. Yhteistyömuotoja koskeva kirjallisuuskatsaus (Andersson ym. 2011) tuotti seitsemän erilaista yhteistyön mallia: 1) tietojen vaihto, 2) yhteistyö jonkin organisaation palveluohjaajan välityksellä, 3) organisaatioiden edustajien yhteiset kokoukset, 4) moniammatilliset työryhmät, joissa on mukana työntekijöitä eri organisaatioista, 5) kumppanuusmallit, jotka perustuvat organisaatioiden välisiin sopimuksiin, 6) yhteisten tilojen käyttö, joka mahdollistaa mm. yhteisen asiakkaiden vastaanoton sekä 7) yhteinen projektien budjetointi. Joustavuus ratkaisuihin pyrittäessä oli tutkijoiden mukaan välttämätöntä hyvien tulosten saavuttamiseksi.

5.3 Työkyvyn tasapainomalli

Työkyvyn tasapainomallissa työkyvyn katsotaan perinteisesti merkitsevän ihmisen ominaisuuksien ja työn vaatimusten välistä tasapainotilaa (esim. Mäkitalo ja Palonen 1994; Ylisassi ym. 2016). Malli soveltuu parhaiten työssä olevan tai tietyssä ammatissa toimivan henkilön työkyvyn kuvaamiseen, ja sen fokuksena on ihmisen kykyjen ja taitojen ja hänen työnsä tai ammattinsa yhteensopivuus.

Mallin perustana on ollut funktionaalinen näkökulma sairauteen: esimerkiksi Purola (1979) tulkitsi työkyvyn olevan ihmisen sisäisen järjestelmän tilan sekä hänen ammattinsa, työnsä ja työolojensa häiriötön suhde, ja työkyvyttömyys on vastaavasti tämän suhteen häiriötila. Tulkinta korosti sitä, että sairaus ja sen aiheuttama toiminnan vajavuus tuottavat ihmiselle erilaisen haitan riippuen siitä, millaisissa tehtävissä ja työolosuhteissa hän tekee työtään. Samalla Purola kuitenkin huomautti, että työkyvyttömyydessä on aina kyse myös työstä ja työelämän normistosta. Siksi työpaikoilla ja yleisemmin elinkeinoelämässä toteutettavat keinot muodostavat tärkeän osan työkyvyttömyyden ongelmien ratkaisua.

Kapein tulkinta tasapainomallista perustuu niin sanottuun kuorma–kuormittumisen-malliin, jonka mukaan työkuorma aiheuttaa ihmisen kuormittumisen, mut-

ta kuormittumiseen vaikuttavat myös ihmisen ominaisuudet (esim. Ilmarinen ym. 2006). Knauf ja Schultz (2016) nimittävät tällaista työkykymallia mikroergonomiseksi. Kuntoutuksen yhteydessä käytetty tasapainomalli on ollut tätä jonkin verran laajempi. Yksilön ominaisuuksina on kuvattu fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lisäksi myös kykyjä, ammatillisia valmiuksia ja sosiaalisia taitoja. Vastaavasti työn vaatimuksia on kuvattu paitsi työn fyysisen ja psyykkisen kuormittavuuden myös työn tiedollisten ja taidollisten vaatimusten pohjalta (esim. Järvikoski ja Härkäpää 2011).³ Joitain kokeiluja on tehty tasapainomallin yhteensopivuusperiaatteen laajentamiseksi työyhteisön toimintaan (Järvikoski ym. 2001) ja vastaavasti lähityöyhteisöön, johtamiseen ja ulkopuolisiin tekijöihin (Sinisammal ym. 2011).

Tasapainomallia on sovellettu sekä työkyvyn arvioinnissa että työkykyä edistävässä toiminnassa ja kuntoutuksessa. Tasapainomallin mukaan yksilön ja työn välistä tasapainoista suhdetta tavoitellaan pääasiassa yksilön resursseja vahvistamalla tai työtä ja työolosuhteita muuttamalla. Yksilön resurssien vahvistaminen viittaa toisaalta fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kohentamiseen, toisaalta erilaisten ammatillisten ja sosiaalisten valmiuksien kehittämiseen. Työhön kohdistuvat toimet voivat olla ergonomisia ratkaisuja, työtehtävien sovittamista ja keventämistä, työaikojen muutoksia tai työympäristön haittatekijöiden vähentämistä. Jos tasapainoa ei tällaisin keinoin saavuteta, turvaudutaan uuden, sopivamman työn etsintään ja uuteen työhön kouluttautumiseen.

Työeläkejärjestelmän kuntoutusta on usein kuvattu tasapainomallin avulla (esim. Saari ja Forma 2003). Kuntien eläkevakuutuksen kuntoutujia koskevassa tutkimuksessa (Grönfors ja Forma 2003; Saari ja Forma 2003) selvitettiin työeläkekuntoutuksena toteutetun uudelleen koulutuksen tuloksia ja yksilöllisiä prosesseja työkyvyn tasapainomallin viitekehysten avulla. Uudelleen koulutuksen avulla pyrittiin saavuttamaan tasapaino työn kuormittavuuden ja yksilön resurssien välillä. Yksilön ammatillisten valmiuksien ja osaamisen parantamisen katsottiin luovan mahdollisuuksia toimintakyvyn kannalta sopivamman työn löytymiseen joko omalta työpaikalta tai sen ulkopuolelta. Tutkijat kiinnittivät huomiota kuntoutuksen ajoituksen ja kuntoutustarpeen varhaisen havaitsemisen ongelmiin, työterveyshuollon hitaaseen reagointiin, eri tahojen yhteistyön ongelmiin sekä ongelmiin uuden, tavoitellun työn löytämisessä. Kaikilla koulutus ei johtanut uuteen työhön, ja monet entiseen – huonosti sopivaan – työhönsä päätyneet tai työttömäksi jääneet pohtivat turhautuneina saamansa koulutuksen hyödyllisyyttä. Asiakkaat raportoivat yhteistyön ongelmia eri tahojen kanssa, erityisesti työpaikalla ja työterveyshuollossa, mutta toisinaan myös vakuutuslaitoksen kanssa. Tutkijat totesivat, että kuntoutujan on oltava itse aktiivinen, mutta hän tarvitsee lisäksi monen eri tahon tukea kuntoutusprosessinsa aikana. (Grönfors ja Forma 2003.)

3 Jo 1980-luvun tulkinnoissa katsottiin, että yksilön ja työn suhteen häiriöihin vaikuttavat myös työn ulkopuoliset tekijät, sosiaaliset kytkennät ja yhteiskunta normeineen ja asenteineen (Melkas 1980; Järvikoski 1984a; Gould 1985).

Työeläkekuntoutusta koskevan tutkimuksen (Härkäpää ym. 2011) mukaan vain pieni osa ammatilliseen kuntoutukseen osallistujista koki saaneensa työpaikalta tukea kuntoutusprosessinsa aikana. Esimies ja työpaikka näyttivät olleen useimmiten sivussa niin kuntoutussuunnitelman teon aikana kuin myös kuntoutuksen toteutuksen eri vaiheissa. Osallistujat kaipasivat työpaikalle sellaista henkilöä, joka auttaisi työkykyyn liittyvien asioiden ratkomisessa prosessin aikana. Gould ym. (2012b) arvioivat, että työeläkekuntoutuksessa olisikin paneuduttava aktiivisemmin yhteistyöhön työpaikkojen kanssa, kuunneltava kuntoutujien tavoitteita sekä huolehdittava aikaisempaa paremmin lähiohjauksesta ja tiiviimmästä seurannasta kuntoutuksen toteutuksen aikana. Myös työllistymisen tuki olisi liitettävä osaksi ammatillista kuntoutusta.

Tasapainomallin perustana on käsitys työkyvystä yksilön ja työn yhteensopivuutena. Perusmalli johdattaa käyttäjänsä yksilön kykyjen ja työn vaatimusten väliseen mekaaniseen vertailuun. Huomio on yksilön toimintakyvyssä ja osaamisessa ja vastaavasti työn edellyttämässä kvalifikaatioissa sekä työn ja työympäristön fyysisessä ja psyykkisessä kuormittavuudessa. Työn muut ominaisuudet ja työyhteisön toiminnalliset piirteet jäävät helposti vaille huomiota. Tasapainomalli ei perinteisessä muodossaan sisällä myöskään ajatusta kuntoutujasta aktiivisena, omia tavoitteita ja elämänsuunnitelmia omaavana toimijana. Kuntoutusverkoston eri osapuolten erilaisiin intresseihin ja niiden yhteensovittamisen edellyttämään yhteistyöhön ei tasapainomallissa ole kiinnitetty huomiota.

5.4 Psykososiaaliset työkykymallit

Psykososiaalisia teorioita on alettu soveltaa etsittäessä vastausta kysymyksiin, miksi sairaus tai vamma selittää huonosti työkykyä ja miten voidaan selittää työhön paluun viivästyminen, vaikka ihmisen toimintakyky näyttää korjaantuneen ja mahdollistavan työhön paluun. Keskeinen kysymys on ollut, mitkä tekijät selittävät työhön paluuta tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä, kun sairauden aiheuttamat haitat eivät näytä selittävän sitä riittävän hyvin. Huomio on kohdistunut kuntoutujan psyykkiseen ja sosiaaliseen tilanteeseen ja psykososiaaliseen työympäristöön (ks. Schultz ym. 2007).

Psykososiaalisten teorioiden mukaan ihmisen henkilökohtaiset kokemukset, käsitykset, uskomukset ja asenteet ovat tärkeitä ihmisen toimintaa selittäviä tekijöitä. Kun psykososiaalisia malleja sovelletaan ammatilliseen kuntoutukseen ja työhön paluun tukemiseen, kiinnitetään huomio kuntoutujan kokemuksiin, käsityksiin ja asenteisiin mutta myös tavoitteisiin, voimavaroihin, pystyvyyden tunteeseen, selviytymiskeinoihin (*coping*) ja ongelmien ratkaisutaitoihin. Työtä ja eläkettä koskevat odotukset ja niiden taustatekijät vaikuttavat yksilöllisiin ratkaisuihin. Työpaikkaan liittyviä tekijöitä ovat tyypillisten stressitekijöiden ohella muun muassa työpaikan ilmapiiri, palkitsemisen käytännöt (esim. *effort-reward-imbalance*), oikeudenmukaisuuden kokemukset ja esimieheltä ja työtovereilta saatu tuki (esim. Kivimäki ym. 2007).

Työhön paluun prosessia on usein tarkasteltu erilaisten vaihemallien avulla. Esimerkiksi Franche ja Krause (2002) tarkastelevat työhön paluun prosessia käyttäen taustateorioina työkyvyttömyyden vaihemalleja sekä ns. transteoreettista muutosvaihemallia. Prosessi kohti työhön paluuta etenee esiharkinnasta harkintaan, toimintaan valmistautumiseen, aktiivisen toiminnan vaiheeseen ja saavutetun tuloksen ylläpitoon. Kutakin vaihetta kuvataan neljällä psykososiaalisella ulottuvuudella, jotka ovat 1) kyky tehdä päätöksiä (muutosta puoltavat ja estävät tekijät), 2) pystyvyyden tunne, 3) muutosta valmistelevat prosessit (kokemukselliset ja toiminnalliset) sekä 4) sitoutuminen työhön paluuseen (motivaatio).

Tutkijat tarkastelivat erityisesti terveydenhuollon, vakuutusjärjestelmän sekä työelämään ja työpaikkaan liittyvien tekijöiden merkitystä päätöksenteon, toiminnan ja sitoutumisen eri vaiheissa. Päätöksentekoon vaikuttavat muun muassa saatu tieto ja henkilökohtaiset odotukset siitä, millaisia vaikutuksia saatavissa olevalla työllä on sairauteen tai oireisiin, miten pysyvä mahdollinen työ voisi olla, miten työnantaja ja työtoverit suhtautuvat työhön paluuseen, sekä työssä ja työoloissa mahdollisesti tarvittaviin järjestelyihin. Eri tahojen asennoituminen ja yhteistyöhalukkuus vaikuttavat myös yksilöllisen prosessin etenemisen edellytyksiin, ja siksi niihin on pyrittävä vaikuttamaan. (Franche ja Krause 2002.)

Työhön paluuta on tarkasteltu myös prosessina, joka käynnistyy lyhyenkin sairauspoissaolon jälkeen (Young ym. 2005a ja b). Keskeisiä tekijöitä harkintavaiheessa ovat arvioitu työkyky, työhön liittyvät tavoitteet, paluusuunnitelman teko sekä työllistymisvalmiuden määrittely. Palata voi joko aikaisempaan tai uuteen työhön: kyse on sopivan työn löytämisestä, paluun edellyttämisestä muutoksista työssä tai kokonaan uusien vaihtoehtojen etsimisestä. Työn ylläpidon vaiheessa arvioidaan yksilön sopeutumista organisaation kulttuuriin. Samalla voidaan asettaa uusia tavoitteita työuralla etenemisen, nykyisen tilanteen ylläpitämisen tai mahdollisesti työmarkkinoilta vetäytymisen suhteen. Neljännessä, edistymisen vaiheessa, kyse on hyvän suoritustason ylläpitämisestä, uralla etenemisen suunnittelusta ja uusien mahdollisuuksien löytämisestä. Aina prosessi ei etene systemaattisesti vaiheesta toiseen, vaan siinä voidaan myös joutua palaamaan takaisin aikaisempaan vaiheeseen ja asettamaan toisenlaisia tavoitteita.

Psykososiaalisten yksilötekijöiden merkitystä työhön paluun onnistumiselle on tutkittu muun muassa työhön paluun vaihemallin, suunnitellun käyttäytymisen teorian ja kipututkimuksesta tutun pelon välttämisen käsitteen avulla. Tutkimuksen kohteena ovat olleet muun muassa kipua ja toiminnan rajoituksia koskevat pelot sekä työhön paluuta ja organisaation antamaa tukea koskevat odotukset, joilla on perustansa organisaation toiminnassa (Besen ym. 2015.) Työhön paluuta on mallinnettu myös käyttäen taustateorioina Antonovskyn koherenssin tunnetta, Ajzenin suunnitellun käyttäytymisen teoriaa ja Banduran sosiokognitiivista teoriaa (Jensen 2013). Työkyvyn dynaamisia vaikuttajia on tutkittu muun muassa Kielhofnerin MOHO-mallin,

yksilön häpeän ja omanarvon tunteiden ja koherenssin tunteen pohjalta (Svensson ym. 2006; Svensson ja Björklund 2010).

Työkyky on psykososiaalisiin malleihin perustuvissa tutkimuksissa operationalisoitu useimmiten realisoituvana työkykynä, ts. työssä selviytymisenä ja työhön paluuna, toisinaan myös koettuna työkykynä ja luottamuksena työuran etenemisen mahdollisuuksiin. Psykososiaalisiin malleihin perustuvassa kuntoutuksessa pyritään vahvistamaan työntekijän pystyvyyttä, itseluottamusta ja tulevaisuuden odotuksia sekä valmentamaan häntä selviytymiskeinojen käytössä. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi sovelletaan muun muassa kognitiivisiin oppimisteorioihin perustuvia menetelmiä tai psykoterapiaa (esim. Hätinen ja Kinnunen 2002; Hätinen ym. 2010; Svensson ja Björklund 2010; Besen ym. 2015). Kuntoutuksen ja terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamista psykososiaalisten tekijöiden havaitsemiseen ja käsittelyyn on pidetty tärkeänä; esimerkiksi liikuntaelinten sairauksia potevien kuntoutuksessa tällaisten lähestymistapojen on katsottu lisänneen työhön palaamisen todennäköisyyttä (esim. Sullivan ym. 2005). Yhtä tärkeää on pyrkiä vaikuttamaan organisaation toimintaan, erityisesti organisaation antamaan tukeen, joka on keskeinen tekijä työhön paluuta ja tulevaisuuden mahdollisuuksia koskevan luottamuksen kehittämisessä.

Psykososiaalinen malli on taustalla myös työuupumuksesta kuntoutumista ja sen kuntoutusta (*burn-out rehabilitation*) koskevissa tutkimuksissa⁴, joissa seurataan työuupumuksen lisäksi muun muassa kuntoutujien selviytymiskeinoja ja työtyytyväisyyttä (esim. Hätinen ym. 2007 ja 2013; Hätinen 2008). Hätinen ym. (2010 ja 2013) toteavat, että joidenkin kuntoutujien kohdalla pelkkä voimavaroja ja selviytymiskeinoja tukeva kuntoutus jopa ilman kytkentää työyhteisöön näyttää riittävän uupumusoireiden vähenemiseen. He korostavat kuitenkin, että työhön, työympäristöön tai työyhteisöön kohdistuvien toimenpiteiden tulisi silti kuulua oleellisena osana työuupumuksen hoitoon kuntoutuksessa. Kuntoutujien valinnassa tulisi ottaa huomioon sekä työuupumuksen laatu että käytössä olevat selviytymiskeinot.

Myös Valkosen (1997) kuvaama narratiivinen työkykykäsite on perusluonteeltaan psykososiaalinen. Valkonen erottaa työkyvyssä kontekstuaalisen ja dialogisen ulottuvuuden. Kontekstuaalisuus merkitsee työkyvyn ymmärtämistä historiallisena tapahtumana, joka kytkeytyy aina ajalliseen ja paikalliseen kontekstiinsa. Dialoginen ulottuvuus viittaa työkykyyn ihmisen ja hänen ympäristönsä välisenä, jatkuvasti neuvoteltavana ja uudelleen arvioitavana ilmiönä. Toimintaansa suunnitteleva ihminen arvioi tilannettaan sen mukaan, millaisen tarinan hän omaksuu itsestään työntekijänä. Tarina viittaa silloin ihmisen elämänkulun aikana muokkautuneeseen sisäiseen malliin, joka perustuu hänen sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristönsä aineksiin ja joka sitoo hänen nykyiset kokemuksensa menneisyyteen ja tulevaisuuteen.

4 Vaikka tutkimuksissa huomio on ensi sijassa ollut psykososiaalisissa tekijöissä, tutkittavat interventiot ovat olleet luonteeltaan pitkälle monialaisia ja täyttäneet myös Kelan ASLAK- ja TYK-kursseille asettamat kriteerit.

5.5 Työllistyvyyteen perustuva työkyvyn käsitys

Työllistyvyys (*employability*) on eräänlainen työkyvyn rinnakkaiskäsite, jolla tarkoitetaan yleensä ihmisten mahdollisuutta saada työ ja selviytyä työssä.⁵ Työllistyvyys voidaan tulkita yhtä lailla politiikkatasoiseksi tavoitteeksi kuin kapeasti yksilön ominaisuudeksi (Garsten ja Jacobsson 2013; Saikku 2013). Usein työllistyvyudessa kuitenkin painotetaan – samaan tapaan kuin työkyvyssä – yksilön ominaisuuksia: hänen kuntoaan, valmiuksiaan, työhistoriaansa ja työasenteitaan. Työllistyvyyden laaja tulkinta sisältää yksilöllisten tekijöiden lisäksi myös henkilökohtaiset olosuhteet ja sellaiset ulkoiset tekijät kuin rekrytointikäytännöt, työvoimapolitiittiset toimet, tukipalvelut, työvoiman kysynnän ja makrotaloudelliset tekijät (taulukko 7).

Taulukko 7. Laaja työllistyvyyskäsite.

Yksilölliset tekijät	Sosiaaliset tekijät	Ympäristötekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Taidot ja ominaisuudet (esim. työhalu, koulutus, työskentelytaidot, työkokemus, työmarkkina-asema) • Ikä, sukupuoli • Terveys ja hyvinvointi • Työnhakutaidot • Sopeutuvuus ja joustavuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Perhetilanne (esim. hoitovastuut, asuntotilanne) • Työkulttuuri • Resurssit (esim. liikenneyhteydet, taloudellinen tilanne, sosiaaliset verkostot) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kysyntätekijät (esim. paikallisten työmarkkinoiden rakenne ja koostumus, valtiontalous, erilaisten työsuhteiden mahdollisuus, rekrytointikäytännöt) • Tukirakenteet (esim. työvoimapalvelujen saatavuus ja laatu, aktivointipalvelut, koulutuspalvelut, sosiaali- ja terveystalvet)

Lähde: McQuaid ja Lindsay 2005; Saikku 2013.

Saikku (2013) katsoo työkyvyn ja työllistyvyyden käsitteillä olevan selviä yhtymäkohtia. Työllistyvyudessa painotetaan kuitenkin henkilön tietoja, taitoja ja asenteita vahvemmin kuin perinteisessä työkyvyn käsitteessä, jossa terveyteen liittyvä toimintakyky on usein keskeisessä asemassa. Kun työkyvyssä otetaan yleensä huomioon työ ja työtehtävät, työllistyvyudessa huomio painottuu työmarkkinoihin. Erityisesti pitkäaikaistyöttömien tilanteissa ammatillinen osaaminen, arjessa selviytyminen ja terveydelliset ongelmat kietoutuvat toisiinsa; samalla välitön tieto työssä selviytymisestä puuttuu (Rajavaara ym. 2000; Saikku ja Kokko 2012).

Ruotsalaiset tutkijat painottavat, että vaikka työkyky perustuu työvoimaviranomais-tenkin näkökulmasta yksilöllisten ominaisuuksien ohella myös työn tarjontaan ja työnantajan valmiuteen tarjota työntekijälle sopivaa työtä, työllistyvyudessa työnan-

5 Suomessa on käytetty jo 1980-luvulla työllistymiskyvyn käsitettä vammaisten ihmisten kuntoutukselta käydyin syrjäytymiskeskustelun yhteydessä (esim. Järvikoski 1984b): katsottiin, että työllistymiskykyyn vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden ohella muun muassa työnantajien asenteet ja tiedot, lainsäädännön tarjoamat työllistymisen esteet ja kannustimet sekä työmarkkinoilla vallitseva tilanne, elinkeino- ja ammattirakenne ja teknologinen kehitys. Suikkanen (1992) esitti 1990-luvulla työkyvyn käsitteen korvaamista työllistyvyttä vastaavalla työmahdollisuuksien realisoinnisen käsitteellä, koska käytetyt työkykymallit eivät ottaneet huomioon työnantajien työvoiman valikointikäytäntöjen merkittävää vaikutusta (ks. myös Kerätär 1995).

tajan näkökulma on vielä selvemmin läsnä (Jacobsson ja Seing 2013). Työllistyvyys on käsitteenä työkyvyn tapaan liukuva ja suhteellinen. Toimintarajoitteiden lisääntyminen työelämässä heijastaa myös työelämän muuttuvia vaatimuksia, suurempia tuottavuuden vaatimuksia ja vähän koulutusta vaativien töiden vähentymistä. Kerätär (2016) kuvaa pitkäaikaistyöttömien työkykyä koskevassa väitöskirjassaan työkyvyn ja työllistyvyyden läheistä suhdetta todeten muun muassa, että arvioinnissa tulisi huomioida yhtä aikaa työkykyä, työllistymiskykyä ja työkyvyttömyyttä.

Saikku (2013) arvioi, että muissa Pohjoismaissa työkyvyn arvioinnissa otetaan entistä useammin huomioon suhde työmarkkinoihin. Hän pitää työllistyvyyden näkökulman vahvistamista tärkeänä myös suomalaisia käytäntöjä kehitettäessä. Kun osatyökykyisille nuorille tai pätkätyötä tekeville etsitään polkuja työmarkkinoille, keskeisiä tekijöitä ovat tiedot ja taidot suhteessa työmarkkinoiden tarpeisiin. Blomgren ja Hytti (2013) kiinnittävät huomiota siihen, että muissa Pohjoismaissa on viime vuosina tuotu työkyvyttömyysetuuksia ja työvoimapolittisia toimenpiteitä hallinnollisesti lähemmäs toisiaan ja jopa sulautettu yhteen. Suomessakin olisi heidän mukaansa syytä seurata näitä lähestymistapoja.

Työllistyvyysnäkökulmaa painottava työkykykäsitteys merkitsee kuntoutuksessa huomion kiinnittämistä kaikkiin niihin tekijöihin, jotka aiheuttavat ihmiselle työttömyyden pitkittymisen ja sosiaalisen syrjäytymisen uhan. Sairaudella tai vammalla ei ole erityisasemaa kuntoutustarpeen määrittelyssä. Myös vammaisen tai pitkäaikaissairaana ihmisen työn saantia estävät tekijät ovat paljolti asenteellisia ja rakenteellisia.

Työllistyvyysperusteinen työkykymalli siirtää kuntoutuksen painopistettä työkyvyn arvioinnista ja ennakkoon tapahtuvasta valmentamisesta sopivan työn etsimiseen, työssä tapahtuvaan valmennukseen sekä työllistyneelle ja hänen työyhteisölleen annettavaan ohjaukseen ja tukeen. Esimerkiksi tuetun työllistymisen toimintamallissa (*supported employment*) lähtökohtana on, että työhön halukkaalle pyritään löytämään sopiva ja motivoiva työ ja he saavat valmennusta tähän nimenomaiseen työhön. Tavoitteena on saada aikaan olosuhteet, joissa kuntoutujalla on mahdollisuus vastata mahdollisimman täysipainoisesti hänelle työpaikalla asetettuihin odotuksiin. Se merkitsee erityisesti työn suunnittelua, mutta myös työympäristön ja työaikojen järjestelyjä. Kuntoutujalle ja hänen työnantajalleen tarjottava ohjaus ja tuki lisäävät onnistumisen todennäköisyyttä ja työnantajan luottamusta rekrytoinnin onnistumiseen. (Esim. Härkäpää 2005; Arola ym. 2013.)

Tuetun työllistymisen mallia on perinteisesti sovellettu vaikeasti työllistyvinä pidettyjen asiakasryhmien, esimerkiksi kehitysvammaisten henkilöiden tai mielenterveyskuntoutujien, ammatillisessa kuntoutuksessa. Heillä työn saamista vaikeuttaa erityisesti sairauteen tai vammaan liittyvä stigma eli kielteiset asenteet, joiden takia heidän on vaikea osoittaa selviytymistään käytännön työssä. Työllistymisen esteisiin vaikuttaminen voi liittyä yrityksen henkilöstöpolitiikan ja työhönoton käytäntöihin

mutta merkitsee samalla myös laajempaa työelämän asenteisiin kohdistuvaa valistusta ja vaikuttamistyötä.

Tällaisissa hankkeissa valikoituminen kuntoutukseen ei ole perustunut sairauden tai vamman haittaa koskevaan arviointiin, vaan hakeutuminen on usein ollut omaehtoista. Kuntoutuksen suunnittelussa painotetaan kuntoutujan toimijuutta, häntä motivoivien tekijöiden selvittämistä ja aktiivista yhteistyötä työnantajien kanssa sopivien työmahdollisuuksien löytämiseksi. Pyritään myös ylläpitämään yhteistyösuhdetta terveydenhuollon kanssa silloin, kun siihen on tarvetta. Toisaalta pyritään etenemään määrätietoisesti työllistymisen polulla, jotta ei jäädä alttiiksi toistuvien terapia- ja valmennusjaksojen passivoivalle kiertelle, joka usein leimaa ammatillisen kuntoutuksen prosessia (vrt. Ollikainen 2008; Härkäpää ym. 2013).

Toimintamallista on osana mielenterveyskuntoutusta saatu hyviä tuloksia sekä Yhdysvalloissa että Euroopassa (esim. Burns ym. 2007; Bond ym. 2008). Yleinen hyvinvointi ja sosiaalinen osallisuus näyttävät olevan työssä olevilla parempia kuin muilla, eikä nopealla työllistymisellä ole kielteisiä vaikutuksia yleiseen hyvinvointiin (Burns ym. 2009). Samankaltaista toimintamallia on käytetty myös muille asiakasryhmille suunnitelluissa kuntoutus- ja työllistymishankkeissa. Suomessa kohderyhminä on ollut maahanmuuttajia, joilla työllistymisongelmien taustalla oli esimerkiksi heikkoa terveyttä, kielitaitoa tai koulutusta (esim. Härkäpää ja Peltola 2005), sekä työttömänä tai työkyvyttömänä olleita henkilöitä (Arola ym. 2013). Ruotsissa (Bejerholm ym. 2015) ja Norjassa (Sveinsdottir ym. 2014; Reme ym. 2018) on satunnaistetuissa vertailututkimuksissa saatu hyviä tuloksia tuetun työllistymisen mallin toimivuudesta ja vaikuttavuudesta.

Myös selvityksessä (Arnkil ym. 2012) heikossa työmarkkina-asemassa olevien palveluista eri maissa todettiin, että parhaiten toimivat sellaiset ratkaisut, joissa pyritään mahdollisimman nopeasti, ilman pitkäjänteisiä valmennusvaiheita, järjestämään mahdollisimman normaali työsuhde normaaliin työelämään ja sen jälkeen eri tavoin tukemaan tämän työsuhteen toimivuutta ja vakiintumista. Samaan tulokseen päädyttiin brittiläisessä vaikeasti työllistyviä koskevassa selvityksessä (What works for ... 2013).

Työllistyvyyden käsitettä on yleensä sovellettu työmarkkinoille pyrkiviin henkilöihin. Käsite voidaan ymmärtää myös laajemmin, jolloin se liittyy paitsi työn saamiseen myös työn jatkamisen ja urakehityksen mahdollisuuksiin (esim. Kirves 2014). Hollantilaiset tutkijat (van der Klink ym. 2016) ovat käyttäneet käsitettä kestävä työllistyvyys (*sustainable employability*). Se tarkoittaa tilannetta, jossa ihmisten työolosuhteet vahvistavat heidän kykyään ja haluaan jatkaa työntekoa: heillä on mahdollisuus antaa arvokas työpanos ja turvata samalla terveytensä ja hyvinvointinsa. Lähtökohtana on Amartya Senin toimintavalmiusteoria ja oletukset siitä, millaisin keinoin ihminen

voi käyttää resurssejaan työssä niin, että merkityksellisyyden, tunnustuksen ja turvallisuuden arvot toteutuvat.

Työllistyvyysperusteisessa työkykykäsityksessä päähuomio on työllistyvyydessä ja työkyvyn realisoitumisessa käytännön toiminnassa, ei työkyvyn arvioinnissa tai sairauden tai vamman aiheuttamissa haitoissa. Vammaisen tai pitkäaikaissairaana ihmisen työllistymistä ja työkyvyn realisoitumista estävät tekijät nähdään paljolti asenteellisiksi ja rakenteellisiksi. Kuntoutuksen painopiste on sopivan työn etsimisessä, erilaisten työllistymisen esteiden poistamisessa sekä työhönvalmentamisessa ja työssä selviytymistä tukevien olosuhteiden luomisessa työn löytymisen jälkeen.

5.6 Integroitu ”yksilö työyhteisössä” -malli

Integroiduksi ”yksilö työyhteisössä” -malliksi nimitetään tässä väljästi sellaisia eri viitekehyksiin perustuvia työkykymalleja, joissa työntekijän työkykyä tarkastellaan osana laajemman systeemin toimintaa ja kuntoutus liittyy läheisesti työorganisaation kehittämiseen. Työkyvyssä on kysymys työelämän jatkuvassa muutoksessa toimivan systeemin edellytyksistä vastata toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin ja yksilön toimijuudesta tässä systeemissä.

Suomessa integroidun mallin teoreettisena perustana on ollut kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria (*activity theory*, ks. Engeström 1987). Mallin kehittäminen sai alkunsa työkyvyn tasapainomallin kritiikistä. Yksilön ja työn kaavamaisen vertailun sijasta nähtiin oleellisena tarkastella yksilön, yhteisön, työvälineistön, sääntöjen ja työnjaon muodostamaa tuotannollista systeemiä, jolla on sovitut tavoitteet toiminnalleen. Työkyky nähdään yhteisöllisenä työn hallintana ja työntekijät toimijoina ja kulttuuristen välineiden käyttäjinä, jolloin työn tekeminen, välineet ja työnjako ovat työkyvyn sisältöä yhtä lailla kuin työntekijät ominaisuuksineen. Vastaavasti kuntoutuksen kohteena ei ole kuntoutuja ominaisuuksineen ja työ kuormitustekijöineen vaan tietyin tavoittein toimiva systeemi, jonka yhtenä osana kuntoutuja päivittäisessä työssään toimii. (Mäkitalo 2001; Mäkitalo ym. 2008; Ylisassi 2009.) Integroitu malli ohjaa työkyvyn edistämisessä kuntoutujan, hänen esimiehensä ja työyhteisön yhteistyössä tehtävään työn kehittämiseen ja kuntoutujan työmotivaation ja ammatillisen kehityksen edistämiseen muuttuvassa työssä (Mäkitalo 2001; Mäkitalo ja Paso 2008; Mäkitalo 2010).

Ylisassi (2009) painottaa, että yksilöiden työ- ja toimintakyvyn huomioon ottaminen muuttuvassa työelämässä edellyttää kontekstia, joka on yhteisöllinen ja koskee työtä toimintana. Siten työkyvyn ylläpitämiseen ja kehittämiseen tähtäävä kuntoutus kohdistuu yksittäisen kuntoutujan lisäksi itse työtoimintaan. Toiminnan teoriaan perustuvaa mallia on sovellettu ns. työlähtöisessä kuntoutusotteessa Kelan ASLAK- ja TYK-kuntoutuksissa sekä uutta kuntoutusmallia kehittämissä työhön kuntoutuksen hankkeissa (Modulo, TK2) (Ylisassi ym. 2004; Ylisassi 2009; Sankilampi ym. 2009).

Työyhteisöön tai -organisaatioon sitoutunutta kuntoutustoimintaa toteutetaan myös ilman kulttuurihistoriallisen toimintateorian antamaa perustaa. Yleisenä lähtökohdiana on silloin, että yksilöiden työkykyä edistetään ensi sijassa yhteistyössä organisaation yleisen kehittämisen, monimuotoisuuspolitiikan ja hyvinvointityön kanssa. Työkykyä ylläpitävä toiminta ja kuntoutus liittyvät elimellisenä osana yleisiin johtamisen, suunnittelun, työprosessien ja työorganisaation kehittämisen käytäntöihin, henkilöstöpolitiikkaan ja henkilöstökoulutukseen (Kristman ym. 2016). Kullekin organisaatiossa toimivalle henkilölle pyritään löytämään se rooli työyhteisössä, jossa hän voi käyttää kykyjään ja valmiuksiaan täysipainoisesti ja organisaation perustavoitteiden suuntaisesti. Työntekijän henkilökohtaisen työkyvyn erillinen arviointi ja yksilölliset toimintakykyä tukevat kuntoutustoimenpiteet eivät ole toiminnan keskiössä. Jos työkykyä arvioidaan, arvio perustuu työssä realisoituvaan työkykyyn ja työntekijän toimintaan osana työorganisaation kokonaistoimintaa.

Integroitua mallia sovellettiin osin myös kehitettäessä toimintamallia kunnallisen liikelaitoksen johtamiseen (Juvonen-Posti ym. 2014). Organisaation johto havahtui työkyvyttömyyden tuottamiin suuriin kuluihin organisaatiomuutoksen yhteydessä, ja liikelaitoksen sisällä tehdyillä järjestelyillä järjestettiin organisaation osatyökykyisille työntekijöille sellainen työ, jossa he pärjäsivät heikentyneestä työkyvystä huolimatta. Toiminnan onnistumisen kannalta keskeiseksi osoittautui liikelaitoksen työn, työprosessit ja toimintaympäristön tunteva työkykykoordinaattori, joka toimi yhteistyössä yrityksen johdon, esimiesten ja työterveyshuollon edustajien kanssa ja tarvittaessa myös esimiehen rinnalla työntekijöiden kanssa. Koordinaattorin työ toi jatkuvuutta muuttuvaan toimintaympäristöön ja työntekijää tukeviin prosesseihin. Edellytys toiminnalle oli myös aiempaa sujuvampi yhteistyö työterveyshuollon ja konsernin henkilöstöpalvelun välillä, erityisesti sen uudelleensijoituksen palveluista vastaavien henkilöiden kanssa.

Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisessa vaiheessa (TK2) kokeiltiin kuntoutusmallia, jossa kuntoutuksen toimeenpano perustui integroituun työkykymalliin (Seppänen-Järvelä 2014; Seppänen-Järvelä ym. 2015a). TK2-kuntoutusmalli perustui ajatteluun, että työorganisaatiossa ollaan parhaiten selvillä henkilöstön kuntoutustarpeesta. Intervention yleismallin suunnittelu perustui henkilöstön tuen tarpeeseen ja organisaation näkökulmaan, ja suunnittelu tapahtui työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuksen palveluntuottajan edustajien yhteisessä kokouksessa. Mallin seuraavassa vaiheessa esimiehet kävivät keskustelun mahdollisesti kuntoutukseen osallistuvien kanssa. Tämän jälkeen työterveyshuolto käynnisti kuntoutukseen hakeutumisen. Jokaisen kuntoutukseen osallistuvan henkilön kuntoutusprosessin tavoitteet määriteltiin tilanneanalyysissä. Tavoitteiden toteutuminen arvioitiin päätösjaksolla. Kuntoutustoimet toteutuivat ryhmä- ja yksilöjaksoilla näiden arviointikohtien välissä. Mallin toimeenpanoa seurattiin kehittämishankkeen lisäksi arviointitutkimuksen avulla. TK2-mallin toimeenpanoa ohjasivat työpaikkojen ja erityisesti työterveyshuoltojen tavat järjestää ASLAK-kuntoutusta. Käsitukset työky-

vystä, kuntoutuksen merkityksestä ja työkyvyn tukemisen tarpeista vaihtelivat toimijajoukoittain ja myös niiden sisällä (Juvonen-Posti ym. 2015).

Myös TK2-mallin toimeenpano vaihteli. Arviointitutkimus ei antanut selvää kuvaa siitä, miten erilaiset tulkinnat työkyvystä ja sen tukemisesta näkyivät kuntoutuksen monitoimijaisessa toteutusketjussa. (Seppänen-Järvelä ym. 2015a.) Vaikka mallin implementointi vaihteli, TK2-kuntoutuksessa onnistuttiin päätavoitteissa eli kuntoutuksen yksilöllisessä räätälöinnissä ja sen kytkemisessä työhön (Aalto ym. 2015; Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Kuntoutumisen mahdollisti kunkin kuntoutujan yksilöllisen tilanteen pohjalta rakentunut työterveys- ja kuntoutusyhteistyö eli monitoimijainen kuntoutujan osallistava neuvottelu. Vaikutukset työhön ja työpaikkaan välittyivät esimiehen osallistumisen kautta (Seppänen-Järvelä ym. 2015b; Juvonen-Posti 2018; Juvonen-Posti ym. käsikirjoitus).

Integroidun mallin mukaan työkyky rakentuu työn ja työorganisaation jatkuvassa muutoksessa, ja yksilön työssä suoriutumista ja työuran kehitystä parantavat toimet liittyvät kiinteästi koko työorganisaation toimintaa parantaviin toimiin. Työkykyä edistävän toiminnan lähtökohtana on organisaation kokonaistoiminnan näkökulma ja sen kautta ilmi tuleva henkilöstön tuen ja kuntoutuksen tarve. Kuntoutustoiminnassa korostuvat työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuksen asiantuntijoiden yhteistyö ja kuntoutuksessa olevan henkilön ammatillisen toimijuuden tukeminen.

5.7 Biopsykososiaaliset mallit ja ICF

Biopsykososiaaliset mallit ovat laaja-alaisia vuorovaikutuksellisia malleja, joissa kipua tai toimintakykyä tarkastellaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten yksilötekijöiden sekä erilaisten ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena (esim. Engel 1977; Talo ym. 1992; Talo ja Rytökoski 2006). Niistä suosituin on tällä hetkellä Maailman terveysjärjestön lanseeraama ICF-malli (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, WHO 2001), jossa korostetaan yksilön ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksellisuutta terveydentilaan ja toimintakykyyn liittyvien ongelmien synnyssä ja käsittelyssä. ICF-malli on biopsykososiaalinen toimintakykymalli, jonka käyttöalueita ovat toimintakyvyn arviointi ja kuntoutus. Se on valittu myös Kelan rahoittaman kuntoutuksen viitekehykseksi (esim. Kela 2016).

ICF-mallissa kuvataan ihmisen toimintakykyä ja toimintaa kolmella eri tasolla: ruumiin tai kehon toimintojen tasolla, kokonaisvaltaisten suoritusten (*activity*) eli erilaisten toimintojen ja tehtävien tasolla sekä yhteisöihin ja yhteiskuntaan osallistumisen tasolla, ”osallisuutena elämään” (*participation; involvement in life situations*). Toimintakyky rakentuu ihmisen terveydentilan ja yksilöllisten ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksessa, ja toisaalta ihminen vaikuttaa omalla toiminnallaan itseensä, terveydentilaansa ja ympäristöönsä. Viitekehys on yleinen, eikä työkyvyllä ja työllä ole siinä erityistä asemaa. Suoriutuminen työssä ja koulutuksessa kuuluu yhtenä ulottuvuutena suoritusten ja osallistumisen osa-alueeseen, ja työn ja työympäristön

yleiset piirteet ovat osa laajaa ympäristötekijöiden luetteloa. ICF-malli on toimintakyvyn yleinen viitekehys eikä sellaisenaan painota erityisesti työkykyä, työtä ja ihmisen työroolia.

ICF-viitekehysten käyttö arvioinnin tukena ei välttämättä johda laaja-alaiseen työkyvyn arviointiin. Hollantilaisessa tutkimuksessa todettiin, että lääkärit, jotka olivat koulutuksensa yhteydessä perehtyneet ICF-viitekehysten käyttöön, käyttivät arvioinnissa hyväksi pääasiassa ruumiin rakenteiden ja toimintojen osa-alueita. Osallistumisen osa-alueita käytettiin erityisesti mielenterveysasioiden yhteydessä. Ympäristötekijöiden ja yksilötekijöiden osa-alueita mainittiin harvoin, ja työkyvyn ennuste määriteltiin useimmiten häiriön tai taudin osa-alueen perusteella. Tutkijat arvioivat, että arviointiprosessissa tulisi ottaa paremmin huomioon kontekstitekijöiden vaikutus. (Slebus ym. 2009.)

Toisessa tutkimuksessa selvitettiin systemaattisen katsauksen avulla, missä määrin ICF-luokitusjärjestelmän eri alaluokkia käytetään hyväksi ammatillisen kuntoutuksen tuloksia arvioitaessa (Escorpizo ym. 2011b). Tutkijoiden mukaan ammatillista kuntoutusta koskevassa kirjallisuudessa oli käytetty eniten suoritusten ja osallistumisen alueille sijoitettavia mittareita ja muuttujia. Kehon toimintojen osa-alueita oli käytetty paljon psyykkisiä sairauksia potevien ammatillisessa kuntoutuksessa. Selväksi katvealueeksi jäi ympäristötekijöiden osa-alue, jota oli tarkasteltu sen merkitykseen nähden vähän.

ICF-viitekehys on usein toimintakyvyn ja selviytymisen arvioinnin pohjana myös suomalaisessa psykiatrisessa työkykyarviossa. Työkyky merkitsee toimintakyvyn arviointia suhteessa työn ja työympäristön vaatimuksiin. Toimintakyvyn eri osatekijöiden lisäksi kartoitetaan motivaatiota, persoonallisuutta, työuraa sekä työyhteisöllisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Työkykyä arvioitaessa otetaan rajoitteiden lisäksi huomioon vahvuudet ja selviytymiskeinot sekä työpaikan mahdollisuudet tukea työssä jatkamista. Kuntoutusarviossa tarvitaan terveydenhuollon, kuntoutuspalveluiden ja työpaikan yhteistyötä, ja työpaikan puuttuessa kuntoutusta suunnitellaan yhteistyössä työllistymis- ja koulutuspalveluiden kanssa. (Tuisku ym. 2012.)

Viime vuosina ICF-mallia on pyritty tarkentamaan työkyvyn arvioinnin, työkykyä ylläpitävän toiminnan ja ammatillisen kuntoutuksen kannalta keskeisillä osa-alueilla. Tässä työssä on edetty kahdella tavalla. Toiset tutkijat ovat pyrkineet eriyttämään ydinlistoja (ICF Core Set), joihin valitaan työkyvyn ja ammatillisen kuntoutuksen kannalta olennaiset ICF-luokitusjärjestelmän osatekijät. On myös lähdetty liikkeelle teoreettisemmin ja pyritty kehittämään itse viitekehystä niin, että työkykytutkimuksen keskeiset konstruktiot olisivat siinä näkyvämmiin edustettuina.

5.7.1 Ydinlistojen kehittäminen

ICF-luokituksen ydinlistoja on laadittu sekä työkyvyn arviointia että ammatillista kuntoutusta varten. Eri maiden vakuutuslääkärin haastattelut osoittavat, että yhteisestä ICF-viitekehuksesta huolimatta terveydentilan ja toimintakyvyn heikentymistä arvioidaan eri maissa eri tavoin. ICF-luokitusjärjestelmä ei tutkijoiden mukaan kata kaikkia niitä elementtejä, joita työkyvyn arviointiin tarvitaan. (de Boer ym. 2008.) Työkyvyn arvioinnin ongelmia ovat selvien standardien puuttuminen sekä prosessien ja arvioinnin tulosten heikko läpinäkyvyys (esim. Schwegler ym. 2012). Eurooppalaisten vakuutuslääkärin yhteistyönä (EUMAS) on laadittu työkyvyn arvioinnin ICF-ydinlista, joka näyttää soveltuvan tähän tarkoitukseen (Anner 2013). ICF-viitekehysten on katsottu soveltuvan ihmisen terveyden ja toimintakyvyn arviointiin, mutta se ei anna yhtä hyvää perustaa työn ja työolosuhteiden arviointiin. ICF ei liioin sisällä eräitä arviointiin kuuluvia kriittisiä osatekijöitä, kuten ajanäkökulmaa tai terveyden ja toimintakyvyn välistä kausaalista suhdetta. (Anner ym. 2012 ja 2013.)

Kansainvälisessä konsensusseminaarissa pyrittiin määrittelemään myös ammatillisen kuntoutuksen tarpeisiin soveltuva ICF-ydinlista (ICF Core Set for Vocational Rehabilitation), joka sisältäisi ammatillisen kuntoutuksen kannalta keskeiset ihmisen toimintaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuvaavat osiot (Finger ym. 2012). Laaja ydinlista sisälsi esimerkiksi seuraavia osioita eri osa-alueilta:

- suoritukset ja osallistuminen (40 osiota; esim. d177 päätöksen tekeminen; d455 liikkuminen paikasta toiseen; d825 ammatillinen koulutus; d845 työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen)
- ympäristö (33 osiota; esim. e135 työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat; e540 liikenne – palvelut, hallinto ja politiikka; e585 koulutus – palvelut, hallinto ja politiikka; e590 työ ja työllistäminen – palvelut, hallinto ja politiikka)
- ruumiin toiminnot (17 osiota; esim. b117 älykkyystoiminnot; b144 muistitoiminnot; b740 lihaskestävyystoiminnot).

Tutkijoiden käsityksen mukaan ydinlista heijasti ammatillisen kuntoutuksen monitieteistä perustaa, jossa yhdistyvät eri intressitahojen näkökulmat. Seminaarin jälkeen työtä jatkettiin selvittämällä mahdollisuuksia käyttää ICF-luokitusta moniammatillisen yhteistyön välineenä ammatillisessa kuntoutuksessa. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteiden asettelua ja niiden saavuttamisen seurantaa varten laadittiin kaavake (Rehab Management Sheet), jonka osioita valikoitaessa käytettiin seminaarissa kehitetyn ydinlistan lisäksi apuna myös liikuntaelinten sairauksia varten laadittua ICF-ydinlistaa. (Finger ym. 2015.)

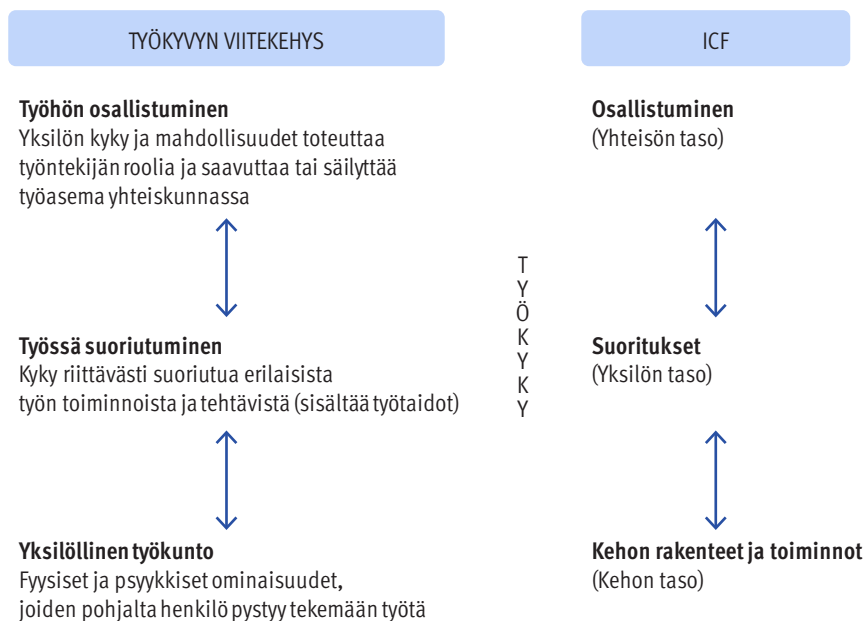
5.7.2 ICF-viitekehys työkykymallina

ICF sisältää työkyvyn edistämisen ja ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta käytökelpoisia osatekijöitä, mutta ei varsinaisesti painota työkykyä ja sen kannalta olen-

naisia tekijöitä. Useat tutkijat ovat pohtineet, miten itse ICF-viitekehystä – ei pelkästään luokitusjärjestelmää – olisi kehitettävä, jotta se ottaisi paremmin huomioon työkyvyn kannalta keskeiset osatekijät. Esimerkiksi Kerätär (2016) piti pitkäaikais-työttömien työkykyä koskevan väitöskirjatutkimuksensa valossa tärkeänä täydentää ICF-mallia erityisesti elämänkulun, elämäkokemuksen ja toimijuuden osa-alueilla, jotka eivät ole mallissa riittävän näkyvästi mukana. Norjalaiset tutkijat (Solli ym. 2015) analysoivat työkyvyn arviointia psyykkisten sairauksien yhteydessä. Heidän mukaansa ICF-malli antaa mahdollisuuden määritellä erilaisia ympäristön esteitä, mutta positiivisten tekijöiden – työn vetovoiman ja motivaatiotekijöiden – arviointiin se antaa puutteelliset kehykset.

Sandqvist ja Henriksson (2004) muokkasivat ICF-viitekehysten yleiskehikkoa kuvaamaan spesifisesti työkykyä ja työssä suoriutumista. He kuvasivat ihmisen työkykyä kolmella käsitteellä, jotka vastaavat ICF-mallissa määriteltyjä yleisen toimintakyvyn tasoja (ruumiin tai kehon toiminnot; suoritukset; osallistuminen): yksilöllinen työkunto (*individual work capacity*), työsuoritukset (*work performance*) ja työhön osallistuminen (*work participation*). (Kuvio 2, s. 54.)

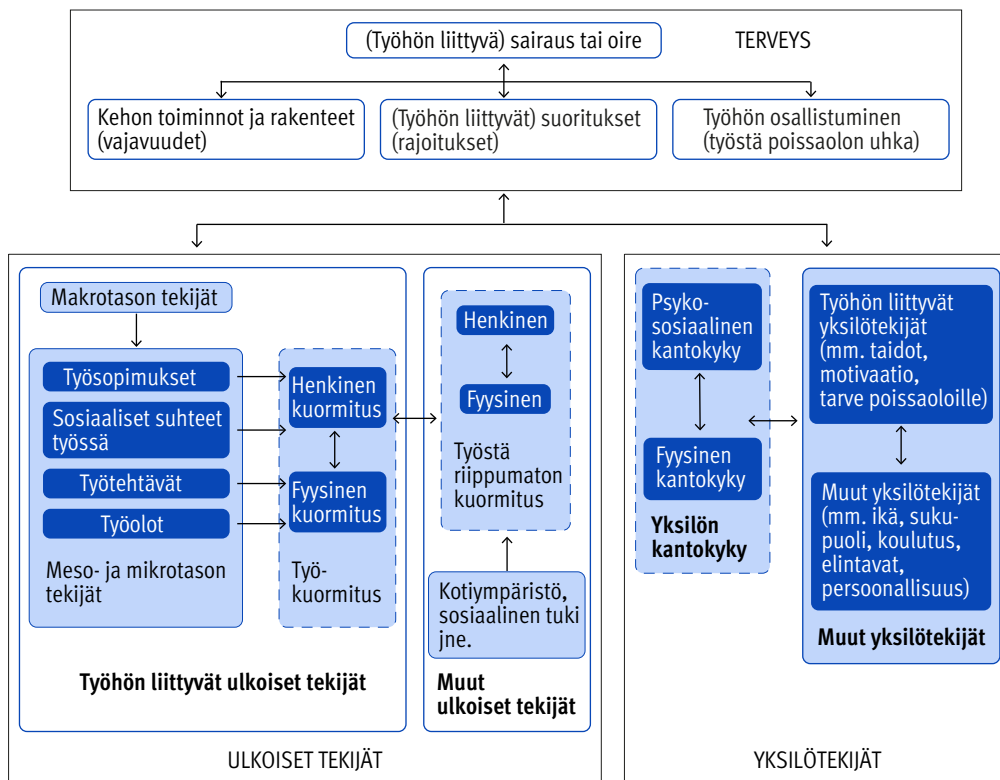
Työhön osallistuminen (work participation) viittaa yksilön kykyihin ja mahdollisuuksiin toteuttaa työntekijän roolia sekä saada ja tehdä työtä yhteiskunnassa. Tämä ulottuvuus on riippuvainen mahdollisen työorganisaation lisäksi yhteiskunnallisista tekijöistä, työmarkkinatilanteesta, yhteiskunnan turvaverkoista sekä laista ja säädöksistä: tarjotusta tuesta, asetetuista vaatimuksista ja yhteiskunnan tarjoamista mahdollisuuksista. Työhön osallistuminen perustuu yksilöllisten ja ympäristötekijöiden vuorovaikutukseen, mutta tärkeää on ottaa huomioon myös aikaulottuvuus. *Työsuorittuvuus tai työsuoritukset (work performance)* viittaavat yksilön kykyyn suorittaa hyväksyttävästi ne työtehtävät, jotka hänen työhönsä kuuluvat. Työsuoritukset viittaavat työtoimintojen aktuaaliseen suorittamiseen, ja suoriutumisen arviointi tulisi tutkijoiden mukaan aina tehdä konkreettisessa työtilanteessa. Käsite lienee lähellä sitä organisaatiopsykologian työsuorittuvuuden käsitettä (esim. Collins ym. 2005), johon johdantoluvussa viitattiin. *Yksilöllinen työkunto* viittaa niihin fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin (esim. lihasvoima, muisti, fyysinen suorituskyky), jotka tekevät ihmisen kykeneväksi suorittamaan työtehtäviä. Tämä ulottuvuus ei ole suoraan yhteydessä työn suorittamiseen, vaan koskee erillisiä toimintoja, joilla on merkitystä myös työssä suoriutumiseen. Yhteys näiden funktioiden ja työssä suoriutumisen välillä ei ole suoraviivainen, koska ihmisen suoritukseen vaikuttavat monet syyt – myös motivaatio.

Kuvio 2. Työkyvyn viitekehys, vertailukohtana ICF-mallin toimintakyvyn tasot.

Lähde: Sandqvist ja Henriksson 2004, mukailten.

Heerkens ym. (2004) ovat puolestaan täsmentäneet ICF-mallia erityisesti työkyvyn kannalta keskeisten kontekstitekijöiden osalta. Heidän käsitteellinen mallinsa täsmentää erityisesti työn ja työympäristön mikro-, meso- ja makrotasoisia ominaisuuksia mutta sisältää myös eräitä yksilöllisiä, työn kannalta tärkeitä pidettyjä ominaisuuksia. (Kuvio 3, s. 55.)

Makrotasoisista ympäristötekijöistä Heerkens ym. (2004) nostavat esiin muun muassa lainsäädännön, teknologisen ja taloudellisen tilanteen sekä työmarkkinatilanteen. Työhön ja työympäristöön liittyvistä tekijöistä kuvataan työsuhteen ehtoja, työpaikan sosiaalisia suhteita, työtehtävän sisältöä sekä yleisiä työolosuhteita, jotka kaikki vaikuttavat työn fyysisen ja psyykkiseen kuormittavuuteen. Mikrotasoisia tekijöitä ovat työntekijän spesifistä työtä ja työtehtäviä koskevat seikat. Työkyky muodostuu tutkijoiden mukaan työn tuottaman kuormituksen ja yksilön voimavarojen vuorovaikutuksessa. Voimavaroihin vaikuttavista yksilöllisistä tekijöistä kirjoittajat luettelevat muun muassa koulutuksen, työkokemuksen, motivaation ja pystyvyyden tunteen.

Kuvio 3. Työkyvyn kannalta keskeiset tekijät ICF-mallissa.

Lähde: Heerkens ym. 2004.

ICF-mallin etuna on, että se voi tukea käytännön kuntoutustoiminnassa yhteisen kielen löytämistä eri näkökulmista tilannetta tarkasteleville toimijatahoille. Selvänä vaarana on kuitenkin se, että ICF-mallia käytettäessä ongelmat yksilöityvät viitekehysten laajuudesta huolimatta, ja erityisesti työn ja työorganisaation asema jää vähälle huomiolle. Haasteena on myös ihmisen toimijuuden, tavoitesuuntautuneen toiminnan ja muuttuvien tilanteiden sovittaminen ICF-viitekehykseen (vrt. Scobbie ja Dixon 2015; Järvikoski ym. 2015; Kerätär 2016). Vaikka työkykysovellukset edellyttävät vielä kehittämistä, edellä esitetyt esimerkit osoittavat, että ICF-viitekehystä on mahdollista kehittää myös työkykyä ja työssä suoriutumista kuvaavaan suuntaan.

5.8 Työkykytalo ja muut moniulotteiset työkykymallit

Biopsykososiaalisista sairaus- ja toimintakykymalleista voidaan erottaa sellaiset monialaiset mallit, joiden fokuksena on alun perin ollut työkyky ja ihmisen toiminta työssä. Tällä hetkellä Suomessa yleisimmin käytetty työkyky- ja työhyvinvointimalli on Työterveyslaitoksessa kehitetty Työkykytalo (Ilmarinen ym. 2005; Ilmarinen 2006), jossa kuvataan työkykyä ja sen eri ulottuvuuksia talon eri kerrosten ja niiden ympäristön avulla. Talon katon muodostaa työkyky, jota kuvataan työn ja ihmisen

voimavarojen välisenä tasapainona.⁶ Voimavarojen ydinulottuvuudet sisältävät terveyden ja toimintakyvyn, ammatilliset valmiudet ja kompetenssit sekä asenteet, arvot ja motivaation, jotka muodostavat talon kolme alinta kerrosta. Työn ydinulottuvuudet sisältävät työn sisällön ja vaateet, fyysisen, ergonomisen ja psykososiaalisen työympäristön sekä hallinnon ja johtamisen, jotka kaikki kuuluvat talon neljänteen kerrokseen. Työkyky on myös yhteydessä työpaikan ulkopuoliseen lähiympäristöön, johon kuuluvat perheen ja läheisten lisäksi erilaiset työpaikan tukiorganisaatiot, kuten työterveyshuolto ja työsuojelu. Yhteiskunta muodostaa työkyvyn makroympäristön.

Työkykytalossa ei oteta suoranaisesti kantaa eri tekijöiden keskinäisiin suhteisiin. Empiiriset tulokset, joissa työkyvyn ”ydin” on operationalisoitu työkykyindeksillä, viittaavat Ilmarisen ym. (2005) mukaan siihen, että tasapaino yksilön toimintakyvyn ja työn vaateiden ja ominaisuuksien välillä on tärkeä työkyvyn ulottuvuus. Myös kompetenssit, arvot ja asenteet ja työn ulkopuolisen elämän tekijät ovat yhteydessä työkykyindeksiin, mikä tutkijoiden mukaan osoittaa työkyvyn moniulotteisuutta.

Ilmarisen (2006) kuvaamaan työkykykäsitteeseen sisältyy moniulotteisen mallin lisäksi myös ajallinen perspektiivi, jossa työkykyä kuvataan elämänsä elämisen eri vaiheissa etenevänä prosessina. Ihminen etsii Ilmarisen (2006, 79–80) mukaan koko työelämän ajan optimaalista tasapainoa, jonka löytämiseksi tarvitaan työn ja ihmisen voimavarojen jatkuvaa yhteensovittamista. Ihmisen voimavarat muuttuvat iän mukana, ja samaan aikaan globalisaatio ja uusi teknologia muuttavat työtä. Hyvään työkykyyn johtava tasapaino tulisi saavuttaa dynaamisessa, jatkuvasti muuttuvassa prosessissa työuran aikana.

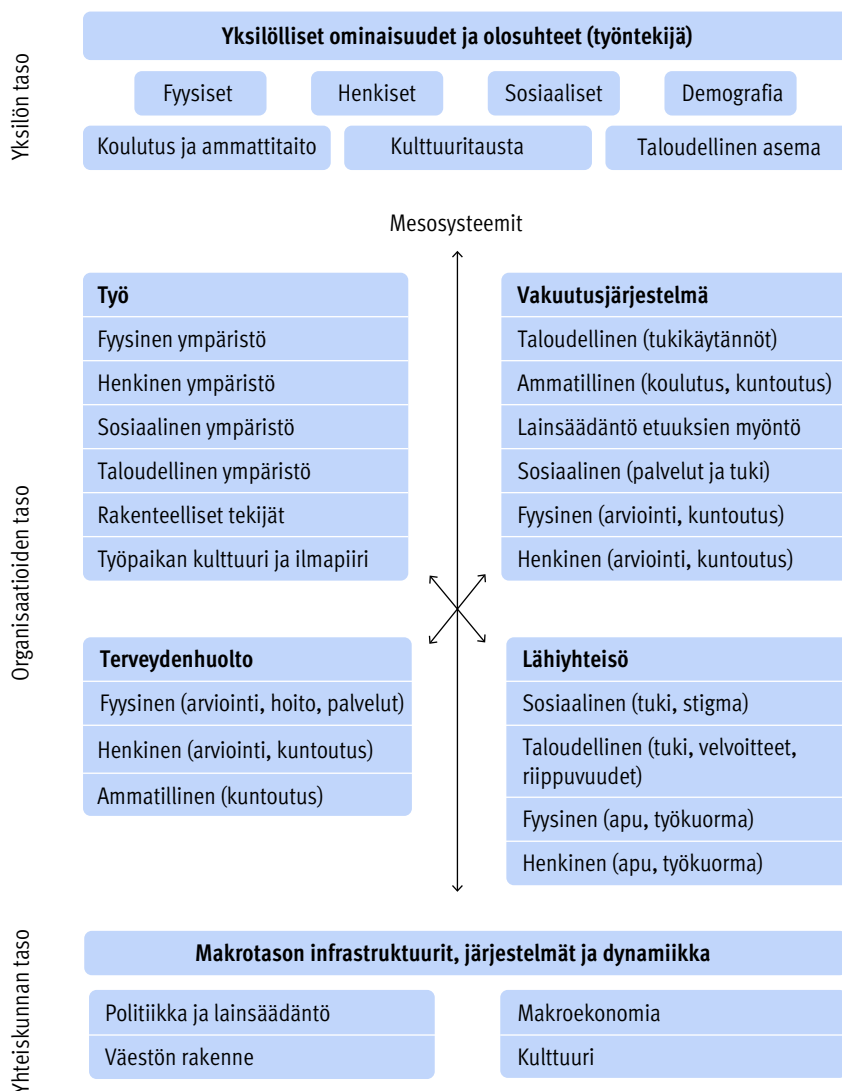
Suomessa Työkykytalo on ollut viime vuosina hallitseva työkykymalli työhyvinvointitutkimuksen piirissä. Sitä on käytetty usein viitekehyksenä eri kuntoutusmuotoja koskevissa opinnäytetöissä, mutta melko harvoin kuntoutusalan muussa tieteellisessä tutkimuksessa. Esimerkiksi Kokko (2013) tulkitsi Paltamon työllisyyskokeilua koskevassa tutkimuksessa työkykyä Työkykytalon kerrosten avulla. Kuntoutusprosessilla tarkoitettiin tutkimuksessa toiminta- ja työkyvyn parantamiseen tähtäävää kuntouttavien toimenpiteiden suunnitelmallista kokonaisuutta, jonka työterveyshuolto käynnistää, jota se ohjaa ja jonka toteutumista se seuraa.

Toinen laaja-alainen työkyvyn eri osa-alueita kuvaava malli on Ledererin ym. (2014) laajaan kirjallisuuskatsaukseen perustuva käsitteellinen kartta. Se tarjoaa yleisen viitekehyksen työkyvyn ylläpidon ja edistämisen kannalta keskeisten osa-alueiden ja tahojen tarkasteluun. (Kuvio 4, s. 56.) Sillä on yhteisiä piirteitä Loiselin areenamallin kanssa (Loisel ym. 2005), jolla kuvattiin erityisesti tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien aiheuttamia haittoja ehkäisevää toimintaa.

6 Kannattaa panna merkille, että työkyky tulkitaan tässä monialaisessa mallissa yksilön voimavarojen ja työn ominaisuuksien välisenä tasapainona samaan tapaan kuin Purolan (1979) systeemisessä mallissa tai työkyvyn tasapainomallissa.

Ledererin ym. (2014) käsitekartan mukaan työkykyyn liittyvät yksilön tasolla fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, demografiset, kasvatukselliset ja ammatilliset, kulttuuriset ja symboliset sekä taloudelliset tekijät. Mesotasoisista systeemeistä käsitekartassa esiintyvät työpaikan ja asuinyhteisön lisäksi terveydenhuolto sekä vakuutus- ja eläkesektori, joiden toimijat vaikuttavat työkykyyn liittyviin asioihin kukin roolinsa mukaan. Makrotasolla vaikuttavat politiikka ja lainsäädäntö sekä taloudelliset ja kulttuuriset tekijät. Merkitystä on myös väestön iällä, terveydentilalla ja työllisyydellä.

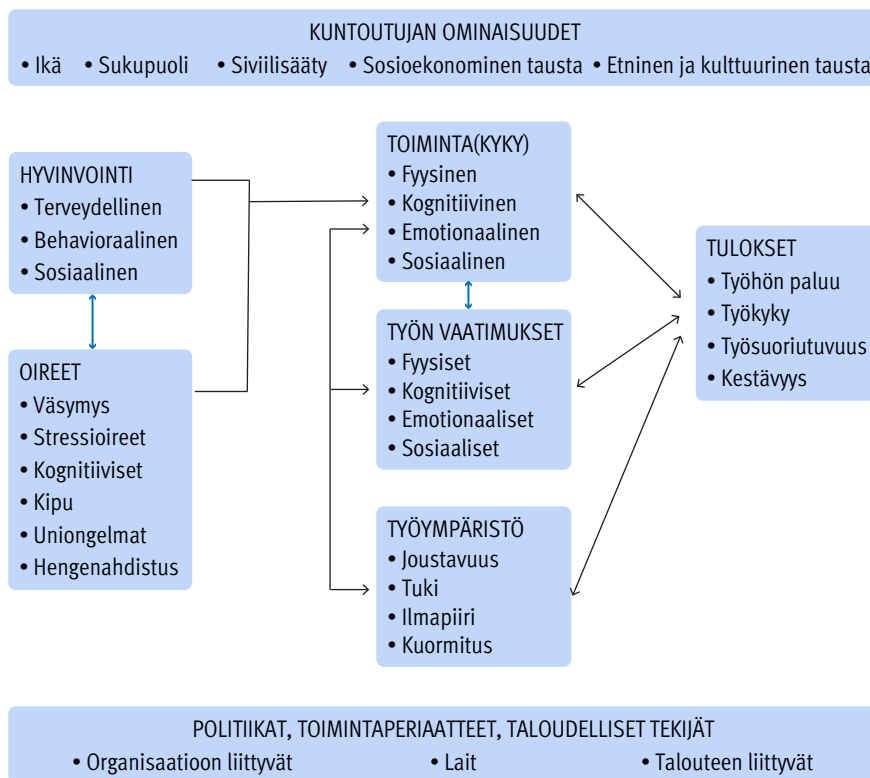
Kuvio 4. Käsitteellinen kartta työkyvyn osa-alueista.



Lähde: Lederer ym. 2014.

Monet kansainvälisistä moniulotteisista työkykymalleista ovat kuitenkin sairaus- tai vammaryhmäkohtaisia. Esimerkki tällaisista malleista on syöpää sairastavien työkykyä ja työhön osallistumista koskeva käsitteellinen malli (Feuerstein ym. 2010). Siinä tarkastelun kohteena ovat toisaalta hyvinvoinnin ja erilaisten oireiden suhde toimintakykyyn ja toisaalta toimintakyvyn eri osatekijöiden, työn ja sen vaatimusten sekä työympäristön ominaisuuksien suhde työkyvyn eri tasoihin, joita ovat työhön paluu, työkyky, työsuorituskyky ja työsuhteen kestävyys. Työn sisältö vaikuttaa työkykyyn ja työssä suoriutumiseen sekä siihen, palaako henkilö takaisin työhön ja jääkö hän siihen. Työn sisältöä ja siihen liittyviä vaatimuksia voidaan muokata ja siten lisätä työhön osallistumista yksilön ja hänen työhönsä kohdistuneilla toimilla. (Kuvio 5.)

Kuvio 5. Työkykyyn ja työhön paluuseen vaikuttavat tekijät syöpää sairastavalla.



Lähde: Feuerstein ym. 2010.

Moniulotteiset työkykymallit kattavat yleensä suuren määrän mikro-, meso- ja makrotasoisia tekijöitä. Kuntoutuksessa ne voivat kannustaa monialaisiin ja -ammattilisiin interventioihin, vaikka eivät anna suoranaista vihjeitä interventioiden suunnittamiseen tueksi. Ne tarjoavat kuntoutusryhmälle pohdittavaksi suuren valikoiman erilaisia mahdollisuuksia: yksilön toimintakyvyn ja osaamisen ja työn vaatimusten ohella huomio kiinnittyy erilaisiin työ- ja työyhteisötekijöihin sekä työkyvyn edis-

tämisen kannalta keskeisiin organisaatioihin. Kuntoutujan toimijuus ja tavoitesuuntautunut toiminta eivät monialaisissa malleissa yleensä ole huomion kohteena (ks. Scobbie ja Dixon 2015).

Suomalainen työkykytutkimus poikkeaa kansainvälisestä perinteestä sikäli, että siinä huomio on ollut jo 1980-luvulta lähtien positiivisessa työkyvyssä ja työkykyprosessissa (esim. Tuomi 1995), ei pelkästään spesifisten sairauksien aiheuttamissa haitoissa ja työkyvyttömyydessä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa myös ammatillisen kuntoutuksen mallit ovat usein sairausryhmäkohtaisia. Esimerkiksi Durand ym. (2014) pitävät tutkimuksensa innovaationa sitä, että samanlaiset toimintaprosessit sopivat yhtä lailla liikuntaelinten sairauksia kuin mielenterveyden ongelmia potevien kuntoutukseen.

5.9 Keskustelua työkyvyn ytimestä

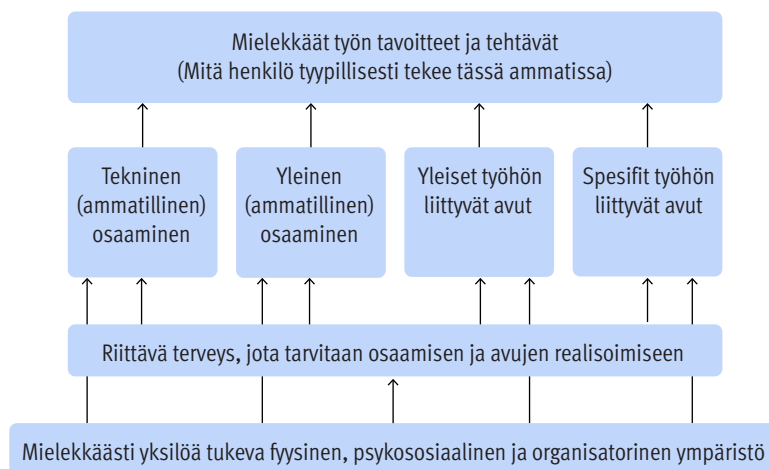
Työkykykäsitteen moniulotteisuus on korostunut 2000-luvulle siirryttäessä. On sanottu, että mitä enemmän työkykyä on tutkittu, sitä moniulotteisemmaksi ja monipuolisemmaksi kuva työkyvystä on muodostunut (esim. Ilmarinen ym. 2006; Lederer ym. 2014). Tämä johtuu osittain siitä, että työkyvyn käsitteeseen yhdistyy yhä enemmän tekijöitä, joiden on todettu empiirisessä tutkimuksessa vaikuttavan tai olevan yhteydessä työkykyyn. Lederer ym. (2014) arvelevatkin, että monialaisissa malleissa olisi syytä pyrkiä erottamaan varsinainen työkyvyn tai työkyvyttömyyden konstruktio esimerkiksi työkykyyn vaikuttavista tekijöistä tai työkyvyn seurausvaikutuksista.

Heikkilä (1996) pohti samaa asiaa 1990-luvulla kuvatessaan ns. dynaamista työkykymallia, joka perustui yksilön edellytysten, yhteiskunnan ja työn, ihmissuhteiden sekä luonnon ja kulttuuriympäristön vuorovaikutukseen. Hänen mukaansa työkyvyssä oli kysymys ”kompleksisen ja monitasoisen systeemin elementtien dynaamisesta suhteesta, joka konkretisoituu persoonassa”. Hän totesi kuitenkin, että vaikka kokonaisvaltaisuus työkykyä määriteltäessä on sinänsä tärkeä tavoite, on työkyvyssä kantavana tekijänä aina ihminen. Henkilökohtaisen työkyvyn käsitteen ei pitäisi hukkoa erilaisiin systeemeihin. Dynaamisuus merkitsi hänen mukaansa sitä, että työkykyyn vaikuttavien lukuisten tekijöiden välillä ei ole koskaan staattista tasapainotilaa, vaan jatkuva ristiriita, jossa vastakkain ovat muun muassa aktuaalinen ja potentiaalinen tai mennyt ja tuleva.

Tengland (2011 ja 2013) käytti filosofista käsiteanalyysia selvittääkseen, mitä ammatilliseen kuntoutukseen soveltuvan työkyvyn käsitteen tulisi sisältää. Käsiteanalyysissa arvioidaan, mitä potentiaalisia ominaisuuksia voidaan pitää välttämättöminä ja mitä riittävinä ehtoina käsitteen käytölle. Tengland korosti kuitenkin, että työkyvyn määritelmät ovat aina luonteeltaan nominaalisia, sopimukseen perustuvia.

Tengland erotti toisistaan yleisen ja spesifisen työkyvyn.⁷ Spesifinen työkyky kuvaa sitä, mitä ihminen tekee työssään ja ammatissaan ja miten hän pystyy saavuttamaan työn tavoitteet. Spesifisen työkyvyn edellytyksiä ovat tarvittavat ammatilliset ja työhön liittyvät kompetenssit sekä sellaiset ammatilliset ja työspesifiset ominaisuudet ja avut (*virtue*), jotka ovat välttämättömiä työnteolle ja työhön liittyvien tavoitteiden saavuttamiselle. (Kuvio 6.)

Kuvio 6. Tenglandin malli spesifisestä työkyvystä.



Lähde: Tengland 2013.

Työkyvyn realisoituminen edellyttää myös sellaista fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä, jota vaaditaan kompetenssien ja työhön liittyvien avujen realisoimiseksi työssä. Täysi terveys ei ole välttämätön edellytys työkyvylle, eikä heikentynyt terveys välttämättä alenna työkykyä. Täysi terveys ei myöskään ole riittävä edellytys hyvälle työkyvylle. Ollakseen työkykyinen työntekijän on pystyttävä tekemään niitä tehtäviä, joita työntekijät tässä työssä tyypillisesti tekevät. Mitä paremmin hän siihen pystyy ja mitä joustavampi hän työssään on, sitä parempi työkyky hänellä on.

Työkyvyn realisoituminen edellyttää tyydyttävää fyysistä, psykososiaalista ja organisatorista ympäristöä. Tengland katsoo, että työympäristö ei kuitenkaan ole osa työkykyä, vaan toiminnan alusta, arena; muuten olisi pidettävä työkyvyttömänä ihmistä, joka on työssä epäsovivassa työympäristössä eikä pysty sen takia suorittamaan työtehtäviään. Tengland ei katso myöskään motivaatiota osaksi työkykyä. Mo-

7 Yleinen työkyky viittaa ihmisen kykyyn suoriutua mistä tahansa työstä, jota on työmarkkinoilla saatavissa ja johon ei vaadita erityistä koulutusta tai ammatillisia kompetensseja. Spesifistä työkykyä taas tarkastellaan suhteessa siihen työhön, jota ihminen tekee, on aiemmin tehnyt tai johon hän on saanut koulutuksen. Yleisen työkyvyn käsite soveltuu tilanteisiin, joissa ihmisellä ei ole spesifistä työtä, vaan työhön kuntoutumisen mahdollisuuksia on etsittävä työmarkkinoilta. Spesifinen työkyky on lähtökohdanta tilanteissa, joissa ihminen pyrkii palaamaan entiseen työhönsä tai työpaikkaansa kuntoutuksen avulla.

tivaation puute ei sellaisenaan tee ihmisestä työkyvyttöä. Työkyvyn realisoituminen edellyttää kuitenkin, että työntekijän motivaatio työhön ylittää määrätyn minimiarvon: hänen on kyettävä sietämään kyseistä työtä, jos työympäristö on kohtuullinen. Myöskään työn ulkopuoliset tekijät eivät kuulu työkyvyn käsitteeseen. Niillä voi olla ajallinen vaikutusyhteys työkykyyn ja ne voivat vaikuttaa työkyvyn realisoitumiseen tiettyinä ajankohtana, mutta ne eivät ole osa työkykyä.

Ympäristö ja terveys ovat Tengländin mukaan siis työkyvyn ulkoinen ja sisäinen perusta: molempia tarvitaan, jotta työn tekemisen (tavoitteiden toteutumisen) edellyttämät kompetenssit ja avut voisivat realisoitua työn tekemisenä. On kuitenkin tärkeää pystyä erottamaan työkyvyn ongelmat esimerkiksi työympäristön tai työn organisoinnin ongelmista. Jos työympäristössä on suuria ongelmia tai työn vaatimukset poikkeuksellisen suuret, ei työstä suoriutumisen ongelmia pidä tulkita heikentyneestä työkyvystä johtuviksi, vaan selittävät tekijät olisi pystyttävä johtamaan työympäristöön tai työn erityisiin vaatimuksiin. Kuntoutuksessa nämä tekijät on otettava huomioon ja reagoitava niihin. Myös työn ulkopuolisiin tekijöihin olisi pyrittävä vaikuttamaan kuntoutuksen keinoin, jos ne haittaavat työkyvyn realisoitumista.

Nordenfelt (2008 ja 2009) analysoi työkyvyn käsitettä filosofisen toiminnan teorian (*action theory*) näkökulmasta. Lähtökohtana on näkemys, että ihmiset ovat rationaalisia toimijoita, jotka suunnittelevat omaa toimintaansa. Toiminnan toteutuminen edellyttää tietynlaisia olosuhteita. Keskeisessä asemassa ovat kompetenssit: ihmisellä on oltava kyky (*ability*) toimia suunnitellulla tavalla. Se tarkoittaa teoreettisia ja käytännöllisiä kykyjä työtehtävän suorittamiseen mutta myös taitoja kykyjen realisoimiseen.

Kompetensseihin kuuluu Nordenfeltin mukaan yleisiä, useimmissa töissä tarvittavia kompetensseja (mm. päätöksenteko, kommunikointi ja yhteistyökyky), henkilökohtaisia kompetensseja (esim. empatia, vastuun ottaminen ja päätöksenteko muita ihmisiä koskevissa asioissa) sekä teknisiä kompetensseja (teoreettiset ja käytännölliset kompetenssit ja taidot). Kokonaisvaltaisiin kompetensseihin sisältyy myös sellaisia ominaisuuksia kuin stressinsieto ja itseluottamus. Toisaalta ulkoisen maailman on tarjottava tilaisuus toimintaan. Jos sekä kyvyt että tilaisuus ovat olemassa, voidaan puhua käytännöllisestä mahdollisuudesta: kyvyt ovat käytännöllisen mahdollisuuden ”sisäinen osa” ja tilaisuus vastaavasti sen ”ulkoinen osa”.

Työkyky edellyttää myös toimeenpanokykyä, jolla on läheinen yhteys terveyteen. Terveys tekee mahdolliseksi käyttää valmiuksia konkreettisesti toiminnassa. Useimmiten terveysongelmat vaikuttavat vain toimeenpanokykyyn, eivät työkyvyn peruskompetensseihin. Jotkin sairaudet tai vammat – esimerkiksi aivovauriot – voivat kuitenkin vaikuttaa myös kykyihin ja ammatillisiin kompetensseihin. Toimeenpanokykyyn vaikuttaa myös tahto, motivaatio. Se on myös välttämätön edellytys toteuttaa niitä toimintoja, joita tarvitaan useimpien kykyjen ja kvalifikaatioiden hank-

kimiseen. Motivaatiota, yleistä halukkuutta ottaa vastaan työ ja suoriutua siitä hyvin, tarvitaan myös hankittaessa kvalifikaatioita työn suorittamiseen.

Nordenfelt ei ota aivan yksiselitteistä kantaa kyvyn ja halun väliseen suhteeseen. Toiminnan teorian keskeisten käsitteiden, kykyjen, halun ja ulkoisten mahdollisuuksien keskinäiset sidokset ovat kuitenkin selvät (esim. Berglund ja Gerner 2002). Motivaatio kuntoutukseen on sidoksissa sekä koettuihin kykyihin että ulkoisiin mahdollisuuksiin, työn saatavuuteen. Jos koetut kyvyt ja mahdollisuudet ovat heikot, myös motivaatio jää vähäiseksi. Se, mitä kykyjä työllistymiseen tarvitaan, riippuu tarjolla olevista töistä. Sopivien töiden puuttuessa motivaatiota tarvitaan myös uusien taitojen hankkimiseksi.

Tässä luvussa esitellyt mallit eroavat toisistaan siinä, miten ne määrittelevät työkyvyn ydinalueen ja millaiset asiat ne rajaavat sen ulkopuolelle. Monialaisissa malleissa tunnistetaan yksilön voimavarojen lisäksi työn, työympäristön ja työn ulkopuolisten tekijöiden merkitys työkyvyn kannalta, työkykyä edistävässä toiminnassa ja kuntoutuksessa. Työterveyslaitoksen Työkykytalossa ja monissa muissa malleissa työkyvyn ydintä kuvataan kuitenkin ”työn ja työelämän vaatimusten ja työntekijän voimavarojen välisenä tasapainona” (esim. Ilmarinen 2006, 48) samaan tapaan kuin perinteisessä tasapainomallissa. Keskeisin ero mallien välillä on niiden tekijöiden spesifioinnissa, jotka tuottavat tasapainoa tai epätasapainoa joko ajan myötä tai kussakin spesifisessä ajallisessa tai paikallisessa kontekstissa. Perinteisessä tasapainomallissa näkökulmana on – ainakin implisiittisesti – että ihmisen ominaisuuksia arvioidaan sen selvittämiseksi, milloin hän täyttää työn asettamat vaatimukset. Työkykytalossa tasapainon saavuttamisen keinot kohdistuvat tasapuolisemmin sekä yksilöön että hänen työhönsä ja ympäristöönsä. Myös esimerkiksi Fadyl ym. (2010) määrittelevät kirjallisuuskatsauksensa alussa työkyvyn yleisesti työn ja yksilön yhteensopivuudeksi.

Tenglandilla (2013) ja Nordenfeltillä (2006) keskeinen käsite on toiminta: se mitä työssä tehdään ja millaisia tavoitteita toiminnalla toteutetaan. Muilta osin Tenglandin näkökulma työkykyyn on yksilöllinen: keskeisiä asioita ovat osaaminen ja avut, ja työympäristö on vain toiminnan arena. Työ toimintana on työkyvyn ytimenä myös integroidussa ”yksilö työyhteisössä” -mallissa (ks. Ylisassi 2009; Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Työntekijän toiminta on kuitenkin osa työyhteisön kokonaistoimintaa eli kontekstina on aina työorganisaatio. Vastaavasti työllistyvyyslähtöisessä työkykymallissa ja osassa psykososiaalisia malleja työkyvyn ydin on realisoituvassa toiminnassa – työn saamisessa, työhön palaamisessa tai työssä pysymisessä – jota toisenlaisen ajattelutavan mukaan voidaan kuvata myös työkyvyn seurausvaikutuksena.

6 Yhteenveto ja pohdinta

Tässä raportissa on analysoitu työkykyä ja työkykymalleja etupäässä 2000-luvulla julkaistun tutkimuskirjallisuuden pohjalta. Kirjallisuuskatsaus ei ole luonteeltaan systemaattinen, vaan lähinnä kartoittava katsaus työkykyä, työkyvyn ylläpitoa, työhön palaamista ja työllistymistä koskevaan kirjallisuuteen (vrt. Paré ym. 2015). Kirjallisuuden hakuja tehtiin systemaattisesti suomalaisista tietokannoista. Kansainvälistä kirjallisuutta koskeva systemaattinen haku tehtiin ainoastaan PubMed-tietokannasta. Aineistoon kuului myös joukko 2010-luvulla tehtyjä katsauksia. Julkaisujen joukkoa täydennettiin Google ja Google Scholar -sivustoista tehdyissä hauissa löytyneillä artikkeleilla, väitöskirjoilla ja muilla julkaisuilla. Tarkasteluun otettiin myös muita kuin tieteellisiä julkaisuja. Ensisijainen kiinnostus oli julkaisuissa, joissa työkykyä tarkastellaan nimenomaan kuntoutuksen näkökulmasta. Analyysin tuloksena syntyi kahdeksan työkykykäsityksen kokonaisuus. Viime vaiheessa julkaisuja luettiin uudestaan etsien potentiaalisia yhteyksiä työkykykäsitysten ja kuntoutustoimintaa koskevien kuvausten välillä. Arvioinnit syntyivät tutkijaryhmän konsensusarvioina.

Lähtökohtana oli, että käytetty työkyvyn käsite tai työkykymalli vaikuttaa siihen, minkä sisältöisenä ja millaisin toimintamuodoin kuntoutusta toteutetaan. Työkykyä koskevien tulkintojen taustalla on historiallisista syistä vahvana lääketieteellinen malli ja lääkinnällisen kuntoutuksen perinne. Kapea käsitys työkyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä voi estää näkemästä laaja-alaisen kuntoutuksen vaihtoehtoja, jolloin myös päätös luokitella henkilö työkyvyttömäksi tai vailla kuntoutumismahdollisuuksia olevaksi tehdään ilman, että kaikkia potentiaalisia toimintatapoja harkitaan.

Yleisesti voidaan todeta, että monialaiset työkykykäsitykset ovat viime vuosina yleistyneet kuntoutuksen ja työkykyä edistävän toiminnan piirissä. Monialaisuus voi merkitä monenlaisia asioita, mutta yleensä yksilön työkyvyn katsotaan kehittyvän erilaisten mikro-, meso- ja makrotasojen tekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Schultz ym. (2007) katsovat, että samalla eri tieteenaloilta tai tutkimusperinteistä lähteneet mallit ovat lähentyneet toisiaan ja alkaneet lainata toistensa piirteitä.

Työkyky on viime vuosina alettu tulkita jatkuvaksi, läpi elämän ulottuvaksi dynaamiseksi prosessiksi, jossa muutokset tapahtuvat työtä tekevän yksilön, hänen työnsä ja toimintaympäristönsä vuorovaikutuksessa ja työelämän ja yhteiskunnan muuttuessa (esim. Ilmarinen 2006; Lindberg 2006; Ylisassi ym. 2016). Tämän ajattelutavan myötä huomio on alkanut kohdistua työkyvyn oleellisen heikentymisen ja työkyvyttömyyden ohella myös positiivisen työkyvyn käsitteeseen ja mahdollisten muutosten ennakointiin. Tässä suhteessa suomalaista työkykytutkimusta voitaneen pitää jonkinlaisena edelläkävijänä. Esimerkiksi Lederer ym. (2014) kiinnittivät katsauksessaan huomiota Ilmarisen (esim. 1999) positiivisen työkyvyn käsitteeseen. Positiivista työkyvyn käsitettä – haittojen sijasta – käytettiin jo 1980-luvulla Työterveyslaitoksen ikääntyviä työntekijöitä koskevan tutkimusprojektin yhteydessä (esim. Tuomi 1995). Myös suomalaisilla työpaikoilla positiivisen työkyvyn käsite nousi esiin jo 1990-luvun

vaihteessa, kun vuoden 1990 tulopoliittisen kokonaisratkaisun yhteydessä luotiin strategia työssä käyvän väestön työkyvyn ylläpitämiseksi. Myös suomalaisissa 1970- ja 1980-lukujen varhaiskuntoutushankkeissa suositeltiin kuntoutusinterventioiden käynnistämistä jo työkykyprosessin varhaisessa vaiheessa, työkyvyn alenemisen uhkan perusteella (esim. Järvikoski ja Lahelma 1980). Näihin esimerkiksi Hunt (2010) viittaa kuvatessaan työkyvyn hallintaan tähtäävien käytäntöjen kehittymistä Pohjois-Amerikassa.

Kahdeksan työkykykäsitystä

Kirjallisuushaun tuloksena esitettiin kahdeksan erilaista työkykykäsitystä tai -mallia, jotka eroavat toisistaan näkökulmiltaan tai painotuksiltaan. Ne ovat 1) lääketieteellinen malli, 2) työkyky yhteiskunnan tai organisaation sosiaalisena konstruktiona, 3) työkyvyn tasapainomalli, 4) psykososiaaliset mallit, 5) työllistyvyysperusteinen työkykymalli, 6) integroitu ”yksilö työyhteisössä” -malli, 7) ICF-malli ja muut yleiset biopsykososiaaliset mallit sekä 8) Työkykytalo ja muut moniulotteiset työkykymallit. Kunkin mallin kohdalla pyrittiin kuvaamaan muutaman esimerkin avulla, mitä sen soveltaminen kuntoutustoiminnassa voi merkitä tai todennäköisesti merkitsee.

Kuntoutuksen ja sosiaalivakuutuksen piirissä on perinteisesti nojattu osin *lääketieteen painottuneeseen työkykymalliin*, osin niin sanottuun *työkyvyn tasapainomalliin*. Lääketieteellisessä työkykymallissa sairaus tai vamma on ollut keskeisessä asemassa, ja työkyvyn lääketieteelliset ja yksilölliset tulkinnat rajaavat siinä kuntoutustoiminnan ensi sijassa yksilön hoitamiseen ja valmentamiseen. Esimerkiksi Kerätär (2016) katsoo, että biomedikaaliset lähestymistavat terveyteen ovat edelleen yleisiä. Lääketieteellisten tulkintojen vahva rooli näkyy myös siinä, että monet monialaisetkin työkyky- ja työkyvyn edistämisen mallit on alun perin luotu jotakin spesifistä sairausryhmää varten (esim. Loisel ym. 2005; Feuerstein ym. 2010).

Myös työkyvyn tasapainomallissa sairauden tai vamman aiheuttamat toiminnalliset rajoitukset ovat keskeisessä asemassa, mutta siinä ne suhteutetaan työn fyysisiin ja psyykkisiin vaatimuksiin. Tasapainomallin sovellukset kuntoutuksessa ovat olleet 2000-luvulla selvästi laaja-alaisemmat kuin perinteisessä työntutkimuksessa käytetty kuorma–kuormittuneisuus-malli. Niissä yksilön voimavarat ovat sisältäneet fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lisäksi myös muun muassa sosiaaliset ja ammatilliset kompetenssit, ja työn vaatimuksilla on tarkoitettu vastaavasti myös työn edellyttämiä ammatillisia ja sosiaalisia valmiuksia. Yhteensopivuusperiaatetta on laajennettu myös muun muassa työyhteisöön ja johtamistapoihin (Sinisammal ym. 2011). Siitä huolimatta sovellettaessa tasapainomallia kuntoutuksessa painopiste jää helposti sen arviointiin, onko yksilön toimintakyky riittävä tietyn työn tai ammatin kannalta. Tasapainomalli voi siten johdattaa käyttäjänsä yksilön kykyjen ja spesifisen työn vaatimusten väliseen mekanistiseen vertailuun, mikä ei välttämättä tue kuntoutujan urasuunnitelmien etenemistä. Ylisassi ym. (2016) katsovat tasapainomalliin sisälty-

vien ajattelutapojen sopivan parhaiten yhteen teollisen massatuotannon piirteiden kanssa.

Psykososiaalisissa malleissa työkyky on yleensä määritelty epäsuorasti heikentyneen työkyvyn seurausten, sairauslomalle tai eläkkeelle joutumisen, perusteella. Parantunut työkyky on vastaavasti operationalisoitu työhön paluuna tai työssä pysymisenä, joita psykososiaalisissa malleissa selitetään psykologisilla ja sosiaalisilla tekijöillä muun muassa tavoitteita, suunnitelmallista toimintaa ja päätöksentekoa koskevien teorioiden pohjalta. Kiinnostuksen kohteena ei siis ole niinkään työkyky arvioituna tilana, vaan sen vaikutukset ihmisen työelämäosallisuuteen ja työhön osallistumiseen. Psykososiaaliin työkykymalleihin perustuva kuntoutus soveltaa muun muassa kognitiivisiin oppimisteorioihin perustuvia ja muita psykoterapeuttisia menetelmiä esimerkiksi kuntoutujan kipujen, pelkojen tai pessimististen tulevaisuusodotusten käsittelyyn.

Biopsykososiaalisissa malleissa, joista tässä raportissa keskitytään WHO:n ICF-malliin (2001), toiminta- ja työkykyä kuvataan yksilöön liittyvien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden ja erilaisten ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Viime vuosien tutkimuskirjallisuudessa ICF-viitekehystä on pyritty kehittämään kuntoutusta ohjaavaksi viitekehykseksi (esim. Dean ym. 2012). Myös Kela edellyttää standardeissaan ICF-viitekehysten käyttöä kuntoutuksen toteutuksessa (Kela 2016). ICF-malli tarjoaa kuntoutuksen eri alueille yhteisen viitekehysten, jonka avulla voidaan seurata, arvioida ja soveltaa myös eri maissa tehtävää kehittämistyötä.

Myös ICF-mallissa keskeisiä ovat terveydentilan ja häiriön tai vamman aiheuttamat haitat, vaikka mallin kehittäjät ovatkin painottaneet sen soveltuvuutta kaikille ihmisille. Viime vuosina perusmallia on sovellettu työhönkuntoutukseen tekemällä siihen erilaisia työkyvyn edistämisen kannalta tarpeellisia täsmennyksiä tai lisäyksiä. Tältä osin työ on vielä selvästi kesken. Työkykykäsitteen kannalta tärkeä rajanveto suoritusten ja osallistumisen välillä on vielä tekemättä (ks. kuitenkin Sandqvist ja HENDERSON 2004), ja työkyvyn arviointia ja ammatillista kuntoutusta varten tehdyt ydinlistat ovat vielä yleisellä tasolla. On myös katsottu, että ICF-mallissa ei kiinnitetä riittävästi huomiota toiminta- tai työkyvyn riskitekijöihin eikä hyvinvoinnin ja kuntoutumisen sosiaaliin determinantteihin (vrt. Costa-Black ym. 2013; LePlege ym. 2015). Haasteena on myös kuntoutujan toimijuuden ja tavoitesuuntautuneen toiminnan sovittaminen ICF-viitekehukseen (Scobbie ja Dixon 2015; Kerätär 2016).

Costa-Black ym. (2013) kiinnittävät huomiota siihen, että myös ICF-viitekehysten tyyppisiä moniulotteisia malleja sovellettaessa työkykyongelma tulkitaan helposti yksilön ja hänen sairautensa, vammansa, oireidensa tai toiminnanvajavuuksiensa kautta. Ammatillisessa kuntoutuksessa ICF-malli voi johtaa huomion yksilön suorituksia arvioivaan suuntaan niin, että malliin kuuluvat työhön osallistumista määrittävät mikro-, meso- ja makrotasoiset tekijät jäävät vaille huomiota.

Tässä raportissa erotettiin biopsykososiaalisista malleista omaksi ryhmäkseen ne *moniulotteiset työkykymallit*, jotka perustuvat spesifisesti työkykyä tai työkyvyttömyyttä koskevaan empiiriseen, pääosin kvantitatiiviseen työkyvyn tutkimukseen. Niitä edustaa tässä raportissa erityisesti Työterveyslaitoksessa kehitetty Työkykytalo, jonka eri osatekijöiden yhteyksiä työkykyindeksillä (Tuomi ym. 1997a) mitattuun työkyvyn ytimeen on tutkittu erilaisin empiirisin aineistoin (esim. Ilmarinen ym. 2005). Työkykytaloissa työkykyä kuvataan monenlaisten mikro-, meso- ja makrotasojen tekijöiden kokonaisuutena, jossa työkyvyn ydin kiteytyy yksilön voimavarojen ja työn ja työelämän vaatimusten väliseksi tasapainoksi. Vaikka Työkykytaloa on käytetty paljon kuntoutusalan opinnäytetöissä, sen käyttö kuntoutuksen tieteellisen tutkimuksen parissa on melko harvinaista. Ulkomaiset moniulotteiset mallit on usein kehitetty vastaamaan jonkin spesifisen sairaus- tai vammaryhmän tilanteeseen. Esimerkiksi Feuersteinin ym. (2010) malli on suunniteltu kuvaamaan syöpäsairaudesta toipuvan työkykyä ja työhön palaamista. Tulevaisuudessa olisi tarkoituksenmukaista tutkia ICF-mallin työkykysovellusten ja Työkykytalon yhteyksiä ja etsiä niiden avulla työhön- ja työssäkäyntökuntoutukseen soveltuva yleismalli.

Kahdessa työkykymallissa huomio on muita työkykykäsitteitä selvemmin toiminnassa ja eri olosuhteissa realisoituvissa mahdollisuuksissa. Niitä voidaan pitää tavallaan rinnakkaisina malleina, joista toisessa kuitenkin näkökulma on työssä käyvän henkilön tilanteesta ja toisessa ensi sijassa työelämän ulkopuolelta tulevan, työmahdollisuuksia etsivän henkilön tilanteesta. *Integroidun ”yksilö työyhteisössä”* -mallin mukaan työkyky rakentuu työn ja työorganisaation jatkuvassa muutoksessa, ja yksilön työkykyä parantavat toimet liittyvät kiinteästi hänen rooliinsa työorganisaatiossa ja koko työorganisaation toimintaa parantaviin toimiin. Työkykyä kehittävän toiminnan lähtökohtana on silloin organisaation näkökulma ja sen kautta ilmi tuleva henkilöstön tuen ja kuntoutuksen tarve. Kuntoutustoiminnassa korostuu työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuksen asiantuntijoiden välinen yhteistyö. *Työllistävyyttä lähtöisen työkykykäsitteksen* mukaisessa toiminnassa huomio on konkreettisissa työn saamisen ja työn jatkamisen ongelmissa, ei sairauden tai vamman aiheuttamassa työkyvyn alenemisessä sinänsä. Vastaavasti kuntoutuksen toteutuksessa painopiste ei ole arvioinnissa, vaan sopivan työn etsimisessä, erilaisten työllistymisen esteiden poistamisessa ja työn löytymisen jälkeen työssä selviytymistä tukevien olosuhteiden luomisessa. Kuntoutustyöntekijän toiminnassa yhteistyö työnantajien kanssa on silloin keskeisessä asemassa.

Monialaisten mallien yleistyessä on syytä muistaa, että työkyky voidaan tulkita myös *yhteiskunnalliseksi tai sosiaalisiksi konstruktioksi*, mikä merkitsee, että työkykyä koskevat käsitteet lähtökohtaisesti vaihtelevat eri maiden ja kulttuurien, mutta myös eri organisaatioiden välillä. Tämän näkökulman esiin tuomisella haluttiin korostaa, että se, miten työkykyä tai työtavoitteiden kuntoutuksen mahdollisuuksia eri yhteiskunnissa tai organisaatioissa tulkitaan, on aina sopimuksellinen asia (esim. Belin ym. 2016). Myös eri tahojen toimintakäytännöt perustuvat erilaisiin tulkintoihin työky-

vystä ja työkykyä määräävistä tekijöistä. Yhtenäisten käsitysten ja tulkintojen puuttuessa tulosten saavuttaminen perustuu aina eri tahojen väliseen neuvotteluun ja neuvottelusuhteen toimivuuteen. Tutkimukset osoittavat, että toiminta ei ole toteutunut toivotulla tavalla, jos eri osapuolten näkemykset eivät ole olleet yhteneviä eivätkä prosessit ole tukeneet toisiaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Bültmann ym. 2009). Työhön paluuta tukevia interventioita koskeva meta-analyysi osoitti, että hyvistä aikomuksista huolimatta kuntoutuminen toteutui käytännössä huonosti silloin, kun eri tahojen yhteistyön perusteita ei ollut huolellisesti käsitelty (Andersen ym. 2012). Tällaiset tulokset painottavat sellaisten yhteistyömuotojen kehittämisen tärkeyttä, joiden avulla työpaikalla tai alueellisesti esiintyvien näkemyserojen taustoja pystytään yksittäisissä tilanteissa ajoissa käsittelemään ja tekemään sopimuksia menettelytavoista (Juvonen-Posti 2018). Työkykyongelman käsittely on monimutkainen asia. Eri toimijatahot voivat ottaa siitä haltuunsa vain jonkin lohkon, ja vaarana on yhteistyön unohtuminen (vrt. Costa-Black ym. 2013).

Kuntoutuksen työkykymalli?

Tässä raportissa identifioituista työkykymalleista mikään ei asetu yksiselitteisesti muiden edelle – eri mallit korostavat eri puolia työkykyilmiössä. On kuitenkin joitakin asioita, joita olisi otettava huomioon valintoja tehtäessä.

Kuntoutuksen nykyisissä työkykymalleissa sairaus tai vamma on yleensä edelleen sisäänrakennettuna lähtökohtana: ilman sairauden tai vamman toteamista kuntoutus käynnistyy vain poikkeustapauksessa. Kelan kuntoutusetuuksia koskeva lakiuudistus (L 1236/2014), jossa työkyvyn heikentymisen uhkaa koskevassa arvioissa voidaan ottaa aikaisempaa vahvemmin huomioon myös elämäntilanne ja sosiaaliset tekijät, osoittaa tässä suhteessa myönteistä kehitystä. On tärkeää, että kuntoutuksen työkykymalli ei pidä yksilön sairautta tai vammaa työkykyongelman toteamisen edellytyksenä. Kuntoutuksen työkykymallin tulisi hyväksyä muut kipuun ja kärsimykseen, työttömyyteen ja sosiaaliseen huono-osaisuuteen liittyvät ongelmat sairauden ja vamman kanssa samantarvoiksi kuntoutuksen käynnistämisperusteiksi. Muun muassa Nordenfelt (2009, 203) varoittaa väheksymästä muiden kuin lääketieteellisesti määriteltujen ongelmien merkitystä ammatillisessa kuntoutuksessa. Tarkastelluista malleista lääketieteellinen työkykymalli ja perinteinen työkyvyn tasapainomalli perustuvat sairauden tai vamman aiheuttamiin haittoihin. Myös ICF-mallin lähtökohta on terveyteen liittyvä toimintakyky.

Toinen, edellistä sivuava kysymys koskee ihmisen toimintakyvyn arviointia osana työkyvyn arviointia ja edistämistä. Yksilön arviointiin perustuvassa kuntoutuksessa asiakkaat ovat perinteisesti kokeneet olevansa pikemmin tiedon tuotannon informantteja ja toiminnan objekteja kuin tasavertaisia toimijoita: yhteisen tiedon ja ymmärryksen muodostumiselle on jäänyt liian vähän tilaa (Lindh 2007). Myös ammatillisessa ja työtavoitteisessa kuntoutuksessa on tärkeää ymmärtää yksilö tulevaisuuttaan suunnittelevana ja työmahdollisuuksiaan arvioivana toimijana (vrt. Ylisassi

ym. 2016; Juvonen-Posti 2018, 81–82). Työkykymalleista kuntoutujan toimijuus ja osallisuus kuuluvat olennaisena osana ainakin integroidun ”yksilö työyhteisössä” -mallin, psykososiaalisten mallien ja työllistyvyysperusteisen työkykymallin periaatteisiin. Valkonen (1997) puhuu narratiivista työkykykäsitettä tarkastellessaan työkyvyn dialogisesta ulottuvuudesta, jolla hän viittaa työkykyyn jatkuvasti neuvoteltavana ja uudelleen arvioitavana ilmiönä.

Toinen toimintakyvyn arviointia koskevan kritiikin viesti on ollut, että ihmisen työkykyä on tarkasteltava ”todellisessa elämässä”, ei irrallaan työstä (esim. Baumberg ym. 2015). Ihmisten työhön liittyviä ongelmia ja työsuoritusvuuutta tulisi tutkia niissä konkreettisissa yhteyksissä, joissa ne ilmenevät. Yksilön kykyjen arviointi ja pelkätään yksilöön kohdistuvat interventiot ovat useimmiten olleet melko tehottomia työkykyongelmien ratkaisemisessa, ja siksi toimintamalleja olisi määrätietoisesti kehitettävä huomioimaan paremmin työssä tapahtuvaa toimintaa. Työhön kytkeytyvässä kuntoutuksessa tulisi omaksua laaja-alaiseen työkykykäsitteeseen perustuva ajattelu- ja toimintamalli, jossa huomio on työpaikalla realisoituvassa työkyvyssä: työn tekemisessä, työssä suoriutumisessa sekä niitä tukevilla ja estävillä työ- ja ympäristötekijöissä. Tällaisesta toiminnasta on kirjallisuudessa esimerkkejä (Ylisassi 2009; What works for ... 2013; Seppänen-Järvelä ym. 2015a ja b; Ylisassi ym. 2016). Keskeisiä asioita ovat muun muassa kuntoutujan työssä tapahtuvat erilaiset muutokset, kuten organisaation, työn, työprosessien uudelleenjärjestelyt, työn epävarmuus tai toistuvat ylikuormitustilanteet sekä kuntoutujan mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä.

Positiivinen työkyvyn käsite ja työkyvyn tulkinta jatkumona ja dynaamisena prosessina merkitsee huomion kiinnittämistä työkyvyttömyyden sijasta työkyvyn heikentymistä ennakoiviin merkkeihin sekä työpaikalla että työttömän toiminnassa. Kuntoutustoiminnassa se painottaa ajattelutapaa, jossa toimenpiteet pyritään käynnistämään mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, ennen työkyvyn oleellista heikentymistä. Jos ajoitus on kohdallaan, myös suunnittelu sujuu, kuntoutujan toimijuus korostuu, kuntoutustoimenpiteet saadaan toteutetuksi ja kuntoutuksen tulos varmistuu (esim. Gould ym. 2012c). Myös Euroopan työterveys- ja turvallisuusviraston työhön paluuta edistävää kuntoutusta koskevassa katsauksessa (Vandenbroeck ym. 2016) kansallisia toimijoita suositellaan suuntaamaan lainsäädäntöä ja ohjeistusta sairaus- ja työkyvyttömyysajattelusta kohti varhaisessa vaiheessa käynnistyvää toimintaa ja yksilön kykyjen käytön ja mahdollisuuksien edistämistä. Työpaikoilla olisi sen mukaan tärkeää integroida työhön paluuta edistävä toiminta yleiseen työhyvinvoinnin strategiaan.

Työkykyä koskevassa tutkimuksessa fokus on ollut paljolti työssä olevien ja sairauslomalta aikaisempaan työhönsä palaavien tilanteissa. Myös tässä raportissa esitetyistä työkykymalleista osa soveltuu etupäässä työssä tai työsuhteessa olevien tilanteeseen. On tärkeää huolehtia siitä, että työkyvyn ja työkyvyn edistämisen käsitteet eivät painota työssä käyvien ihmisten tilanteita, vaan ne ottavat yhtä lailla huomioon työttömänä tai kokonaan työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden olosuhteet. Näiden

henkilöiden kohdalla olisi tärkeää tutkia työkyvyttömyyden ja työkyvyn alenemisen sijaan jäljellä olevaa kyvykkyyttä, joka erilaisissa töissä ja konteksteissa realisoituu eri tavoin. Näissä asiakasryhmissä työssä suoriutumisen edistäminen tapahtuu parhaiten tuetun työllistymisen ja muiden sellaisten järjestelyjen avulla, jotka tekevät mahdolliseksi edistää kuntoutujan toimintaa konkreettisessa työssä ja erilaisissa konteksteissa. (Esim. Härkäpää ja Peltola 2005; Burns ym. 2009; Arnkil ym. 2012; Härkäpää ym. 2013, 139–141.) Työllistymisperusteisessa työkykymallissa lähtökohtana ovat nimenomaan työn saamisen ja työelämään integroitumisen kysymykset.

Lopuksi

Monet tutkijat allekirjoittavat näkemyksen, että työkykymallit ja työkykyä edistävät toimet kaipaavat edelleen kehittämistä (vrt. Costa-Black ym. 2013; Knauf ja Schultz 2016). Sitä varten olisi pystyttävä kuvaamaan työssä selviytymisen ja työhön osallistumisen kannalta olennaisten yksilö- ja kontekstitekijöiden ja päätöksenteon taustalla olevien järjestelmätasoisien tekijöiden välisiä yhteyksiä nykyistä paremmin.

Yksilön tasolla työkyvyn perustana on hänen toimijuuteensa ja tavoitteisiinsa perustuva toiminta, joka toteutuu nuoruudesta vanhuuteen ulottuvan elämänkaaren aikana. Siihen kuuluu työuran eri vaiheissa kompetenssien lisäämistä, toimintaa työssä ja työn ulkopuolella sekä uudelleen koulutusta mutta myös työttömyysjaksoja ja työkyvyttömyyttä. Työkyky kehittyy työssä, työtä tekemällä ja vuorovaikutuksessa sosiaalisen ja fyysisen ympäristön kanssa. Motivaation erityinen merkitys työkyvyn kannalta on siinä, että se lisää oppimisen ja kehittymisen mahdollisuuksia. Yksilön ominaisuuksiin perustuvan työkykyarvion sijasta olisi kiinnitettävä huomiota kunakin ajankohtana realisoituvaan työkykyyn, joka ilmenee työssä selviytymisenä, työn tuloksena, työssä tai työn ulkopuolella olemisena, työhön palaamisena ja työllistymisenä. Realisoituvalle työkyvyille on ominaista prosessinomaisuus ja jatkuva muutos. Tavoiteltavissa malleissa sairauden tai vamman asema on väistävä siten, että sairauden tai vamman diagnoosia ei voida pitää edellytyksenä työkykyä parantavien toimien käynnistämiseksi. Kuntoutuksessa on kiinnitettävä huomiota myös työllistymiseen, työssä jatkamiseen tai työhön palaamiseen välittömästi vaikuttaviin tekijöihin. Yksilöä on autettava ylittämään myös niitä asenteellisia ja rakenteellisia esteitä, joita työelämässä esiintyy.

Organisaation ja yhteisön tasolla tarvitaan interventioita, jotka kohdistuvat systeemiin esteisiin. Niitä ovat työpaikalla vallitsevat asenteet sekä erilaiset työhönottoon ja henkilöstöpolitiikkaan liittyvät käytännöt, jotka voivat muodostua esteeksi vammaisten tai pitkään työttömänä olleiden henkilöiden työn saannille tai työsuhteen jatkamiselle. Kyse voi olla yksittäisten työpaikkojen käytännöistä, mutta myös yleisemmistä asenteista työmarkkinoilla ja yhteiskunnassa. Toisaalta tarvitaan nykyistä parempaa yhteistyötä työpaikan ja kuntoutusalan organisaatioiden välillä. Se edellyttää moniammatillisia työryhmiä ja palveluohjaajien toimintaa organisaatioiden välisten intressiristiriitojen tasaamisessa. Silloin kuntoutuksen valintakriteereissä

olisi mahdollista painottaa työhön kytkeytyviä tekijöitä nykyistä enemmän, jolloin kuntoutukseen ohjautuisi koetun kuntoutustarpeen näkökulmasta monialaista tukea työssä jatkamisessaan tarvitsevia henkilöitä. (Juvonen-Posti 2018.) Myös työnantajat ovat painottaneet työkykyä tukevien toimintamallien jalkauttamisessa esimiesten ja työpaikan asenteita, sopivien yhteistyömuotojen löytymistä, esimiehen roolia työkyvyn tukijana sekä esimiesten, työterveyshuollon ja henkilöstöhallinnon koulutusta (Saari 2013). Kuntoutujan työhön kytkeytyviä tekijöitä ovat mm. työssä tapahtuneet erilaiset muutokset, kuten organisaation uudelleenjärjestelyt, työn uudelleenjärjestelyt, työprosessien, tiimien tai esimiesten vaihdokset sekä työn epävarmuus tai toistuvat ylikuormitustilanteet.

Yhteiskunnan tasolla on kiinnitettävä huomiota lainsäädännön kysymyksiin ja muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sekä koulutus- ja työvoimapalveluihin. Se, millaiseen työkyvyn käsitykseen lainsäädäntö perustuu, todennäköisesti vaikuttaa myös työpaikoilla tehtäviin ratkaisuihin (esim. vammaisten henkilöiden syrjintä, maahanmuuttajiin kohdistuvat asenteet sekä työhönoton ja työsuhteen päättämisen käytännöt).

Laaja-alaiset toimintamallit edellyttävät kuntoutuksen (terveydenhuollon ja sosiaalialan) ammattilaisten aktiivista yhteistyötä työpaikkojen ja ammatinvalinnanohjaus- ja työllistymispalveluiden kanssa. Yhteistyö onnistuu parhaiten, jos kaikilla osapuolilla on yhteinen näkemys tavoitteista, kuntoutuksen mahdollisuuksista sekä omasta ja toistensa roolista kuntoutuksen kokonaisuudessa. Jotta hyviksi havaitut toimet ja toimintatavat toteutuisivat nykyistä paremmin, tulisi ammatillisen kuntoutuksen piirissä toimivat ammattilaiset ohjata ja kouluttaa laaja-alaiseen viitekehykseen, jossa työ ja ympäristötekijät ovat keskeisessä asemassa, sekä tuntemaan kuntoutuksen käytännön prosessit kokonaisuutena.

Lähteet

- Abma F. Work functioning. Development and evaluation of a measurement tool. Groningen: University of Groningen, 2012.
- Abma FI, Amick BC 3rd, van der Klink JJ, Bültmann U. Prognostic factors for successful work functioning in the general working population. *J Occup Rehabil* 2013a; 23 (2): 162–169.
- Abma FI, van der Klink JJ, Bültmann U. The work role functioning questionnaire 2.0 (Dutch version). Examination of its reliability, validity and responsiveness in the general working population. *J Occup Rehabil* 2013b; 23 (1): 135–147.
- Abma FI, Brouwer S, de Vries HJ ym. The capability set for work. Development and validation of a new questionnaire. *Scand J Work Environ Health* 2016; 42 (1): 34–42.
- Achterberg T, Wind H, Prinzie P, Frings-Dresen M. Inter-rater reliability of the ‘Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit’ (MELBA) in young disabled adults with psychosocial limitations. *Work* 2013; 44 (4): 491–497.
- Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question. Associations with sick leave, symptoms, and health. A prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36 (5): 404–412.
- Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012; 38 (2): 93–104.
- Andersson J, Ahgren B, Axelsson SB, Eriksson A, Axelsson R. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation. An international literature review. *Int J Integr Care* 2011; 11: e137.
- Anner J. Disability evaluation. A place for the International Classification of Functioning, Disability and Health? Basel: Universität Basel, 2013. Saatavissa: <http://edoc.unibas.ch/diss/DissB_11125>. Viitattu 7.3.2018.
- Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W. Evaluation of work disability and the International Classification of Functioning, Disability And Health. What to expect and what not. *BMC Public Health* 2012; 12: 470.
- Anner J, Brage S, Donceel P ym. Validation of the EUMASS Core Set for medical evaluation of work disability. *Disabil Rehabil* 2013; 35 (25): 2147–2156.
- Arnkil R, Spangar T, Jokinen E. Selvitys heikossa työmarkkina-asemassa olevien palveluista Pohjoismaissa sekä Alankomaissa, Iso-Britanniassa, Saksassa ja Ranskassa. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, Työ ja yrittäjyys 10, 2012.

Arola A-M, Härkäpää K, Järvikoski A. Työtä tavoittelemassa. Ammatillisen kuntoutuksen projekti tarkastelun kohteena. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2013.

Autti-Rämö I, Salminen A-L. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 14–17.

Autti-Rämö I, Mikkelsen M, Lappalainen T, Leino E. Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016a: 56–73.

Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016b.

Baumberg B, Warren J, Garthwaite K, Bamba C. [“Incapacity needs to be assessed in the real world...” Rethinking the Work Capability Assessment](#). London: Demos, 2015. Viitattu 7.3.2018.

Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual placement and support in Sweden. A randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* 2015; 69 (1): 57–66.

Belin A, Dupont C, Oulès L, Kuipers Y, Fries-Tersch E. [Rehabilitation and return to work. Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes](#). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016. Viitattu 7.3.2018.

Berglind H, Gerner U. Motivation and return to work among the long-term sicklisted. An action theory perspective. *Disabil Rehabil* 2002; 24 (14): 719–726.

Besen E, Young AE, Shaw WS. Returning to work following low back pain. Towards a model of individual psychosocial factors. *J Occup Rehabil* 2015; 25 (1): 25–37.

Blomgren J, Hytti H. Työkyvyttömyydestä ja työttömyydestä aiheutuva työelämästä poissaolo sekä aktiivitoimenpiteille osallistuminen Pohjoismaissa 2005 ja 2010. Helsinki: Kela, Työpapereita 48, 2013.

Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31 (4): 280–290.

Briand C, Durand MJ, St-Arnaud L, Corbiere M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *J Occup Rehabil* 2008; 18 (2): 207–217.

Burns T, Catty J, Becker T ym. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness. A randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370 (9593): 1146–1152.

Burns T, Catty J, White S ym. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull* 2009; 35 (5): 949–958.

Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation. A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 81–93.

Campbell C, Ford P, Rumsey M ym. Development of multiple job performance measures in a representative sample of jobs. *Personnel Psychology* 1990; 43 (2): 277–300.

CEDEFOP (European Centre for the Development of Vocational Training). Terminology of European education and training policy. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.

Collins JJ, Baase CM, Sharda CE ym. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med* 2005; 47 (6): 547–557.

Costa-Black KM, Feuerstein M, Loisel P. Work disability models. Past and present. Julkaisussa: Loisel P, Anema JR, toim. Handbook on work disability. Prevention and management. New York, NY: Springer, 2013: 71–93.

Cronin S, Curran J, Iantorno J ym. Work capacity assessment and return to work. A scoping review. *Work* 2013; 44 (1): 37–55.

de Boer W, Donceel P, Brage S, Rus M, Willems J. Medico-legal reasoning in disability assessment. A focus group and validation study. *BMC Public Health* 2008; 8: 335.

de Boer AGEM, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MHW, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; (9). CD007569. DOI: 10.1002/14651858.CD007569.pub3.

de Rijk A. Work disability theories. A taxonomy for researchers. Julkaisussa: Loisel P, Anema JR, toim. Handbook on work disability. Prevention and management. Toronto: Springer, 2013: 475–499.

Dean SG, Siegert RJ, Taylor WJ. Interprofessional rehabilitation. A person-centred approach. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.

Durand M-J, Corbière M, Coutu M-F, Reinharz D, Alberta V. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work* 2014; 48: 579–589.

Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L. Return to work. The predictive value of the Worker Role Interview (WRI) over two years. *Work* 2010; 35 (2): 163–172.

Engel G. Need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196 (4286): 129–136.

- Engeström Y. Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-konsultit, 1987.
- Escorpizo R, Finger ME, Glassel A ym. A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil* 2011a; 21 (2): 134–146.
- Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J ym. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF. Building a shared global model. *J Occup Rehabil* 2011b; 21 (2): 126–133.
- Fadyl JK, McPherson KM, Schluter PJ, Turner-Stokes L. Factors contributing to work-ability for injured workers. Literature review and comparison with available measures. *Disabil Rehabil* 2010; 32 (14): 1173–1183.
- Fadyl JK, McPherson KM, Schluter PJ, Turner-Stokes L. Development of a new tool to evaluate work support needs and guide vocational rehabilitation. The work-ability support scale (WSS). *Disabil Rehabil* 2015; 37 (3): 247–258.
- Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz M ym. Work in cancer survivors. A model for practice and research. *J Cancer Surviv* 2010; 4 (4): 415–437.
- Finger ME, Escorpizo R, Glassel A ym. ICF Core Set for vocational rehabilitation. Results of an international consensus conference. *Disabil Rehabil* 2012; 34 (5): 429–438.
- Finger ME, Escorpizo R, Bostan C, De Bie R. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ). Development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation. *J Occup Rehabil* 2014; 24 (3): 498–510.
- Finger ME, Selb M, De Bie R, Escorpizo R. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health in physiotherapy in multidisciplinary vocational rehabilitation. A case study of low back pain. *Physiother Res Int* 2015; 20 (4): 231–241.
- Franché RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness. Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil* 2002; 12 (4): 233–256.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Mappning av DOA till ICF. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012. [Vanhentunut linkki poistettu 15.12.2020.]
- García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Work engagement in nursing. An integrative review of the literature. *J Nurs Manag* 2016; 24 (2): E101–E111.
- Garsten C, Jacobsson K. Sorting people in and out. The plasticity of the categories of employability, work capacity and disability as technologies of government. *Ephemera* 2013; 13 (4): 825–850.

Gould R. Työkyvyttömyys – erivapaus työstä vai työttömyydestä? Tutkimus työkyvyttömyyskäsitteen sisällöstä ja työkyvyttömyyseläkeläistymisen vaiheista. Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 1985.

Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A, toim. Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2012a.

Gould R, Saarnio L, Härkäpää K. Myöntö vai hylkäys? Julkaisussa: Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A, toim. Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2012b: 57–84.

Gould R, Järvikoski A, Härkäpää K. Oikeaan aikaan? Julkaisussa: Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A, toim. Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2012b: 85–108.

Gould R, Härkäpää K, Koskinen S. [Työkyvyn arviointi väestötutkimuksissa](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015. Viitattu 7.3.2018.

Grönfors S, Forma P. Lottovoittoja ja harharetkiä. Ammatillinen uudelleen koulutus kirjoitusaineiston valossa. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 2, 2003.

Hannula J, Lahtela K, Järvikoski A, Salminen JK, Mäkelä P. Occupational Functioning Scale (OFS). An instrument for assessment of work ability in psychiatric disorders. Nord J Psychiatry 2006; 60 (5): 372–378.

Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, Van Der Gulden J, Oostendorp R. The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees. Disabil Rehabil 2004; 26 (17): 1060–1066.

Heikkilä V-M. Työkyvyn käsitteestä ja dynamiikasta. Kuntoutus 1996; 19 (1): 3–11.

Hinkka K, Autti-Rämö I. Työhönkuntoutus tutkimuksen valossa. Kuntoutus 2015; 38 (3): 42–52.

Hinkka K, Koskenvuo K. Kelan vastuulla oleva ammatillinen kuntoutus. Julkaisussa: Juvonen-Posti P, Pensola T, toim. Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Ammatillisen kuntoutuksen työnjako. Helsinki: Työterveyslaitos, 2016: 14–24.

Hunt HA. [The evolution of disability management in North American workers' compensation programs](#). Julkaisussa: Williams-Whitt K, Taras D, toim. Perspectives on disability and accommodation. Port Alberni: National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR), 2010: 245–260. Viitattu 26.6.2018.

Härkäpää K. Tuetun työllistymisen periaatteet ja tuloksellisuus. Julkaisussa: Härkäpää K, Peltola U, toim. Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 29, 2005: 30–50.

Härkäpää K, Peltola U, toim. Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 29, 2005.

Härkäpää K, Järvikoski A, Gould R. Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Esi-merkkinä työeläkekuntoutus. Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A, toim. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 2011: 73–88.

Härkäpää K, Harkko J, Lehikoinen T. [Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 128, 2013. Viitattu 7.3.2018.

Hätinen M. Treating job burnout in employee rehabilitation. Changes in symptoms, antecedents, and consequences. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä Studies in Education, Psychology, and Social Research 348, 2008.

Hätinen M, Kinnunen U. Työstressi ja työuupumus interventioiden näkökulmasta. Katsaus viimeaikaisiin interventiotutkimuksiin. Työ ja Ihminen 2002: (1): 5–19.

Hätinen M, Kalimo R, Kinnunen U, Pekkonen M. Työuupumuksen hoito kuntoutuksessa. Kahden kuntoutusinterventioita vertailu. Kuntoutus 2007; 30 (2): 27–41.

Hätinen M, Kinnunen U, Mäkikangas A, Kalimo R, Tolvanen A, Pekkonen M. Työuupumuksen kehityspotkut kuntoutuksessa. Yksilösuuntautunut näkökulma. Sosiaalilääk Aikak 2010; 47: 17–31.

Hätinen M, Mäkikangas A, Kinnunen U, Pekkonen M. Recovery from burnout during a one-year rehabilitation intervention with six-month follow-up. Associations with coping strategies. Int J Stress Manag 2013; Advance online publication. DOI: 10.1037/a0034286.

Ilmarinen J. Ageing workers in the European Union. Status and promotion of work ability, employability, and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour, 1999.

Ilmarinen J. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan Unionissa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2006.

Ilmarinen J. Work ability. A comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health 2009; 35 (1): 1–5.

Ilmarinen J, Tuomi K. Past, present and future of work ability. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, People and Work Research Reports 65, 2004: 1–25.

Ilmarinen J, Tuomi K, Seitsamo J. New dimensions of work ability. International Congress Series 2005; 1280: 3–7.

Ilmarinen J, Gould R, Järvikoski A, Järvisalo J. Työkyvyn moninaisuus. Julkaisussa: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2006: 17–34.

ILO. Vocational rehabilitation and employment of disabled persons. Geneva: International Labour Office, International Labour Conference 86th Session, 1998.

ILO. Vajaakuntoisasioiden hoitaminen työpaikalla. Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto. Helsinki: Työministeriö, 2002.

Jacobsson K, Seing I. En möjliggörande arbetsmarknadspolitik? Arbetsförmedlingens utredning och klassificering av klienters arbetsförmåga, anställbarhet och funktionshinder. Arbetsmarknad & Arbetsliv 2013; 19 (1): 9–24.

Jansson I. [On the nature of work ability](#). Jönköping: Jönköping University, School of Health Sciences, Dissertation Series 48, 2014. Viitattu 7.3.2018.

Jensen AGC. Towards a parsimonious program theory of return to work intervention. Work 2013; 44 (2): 155–164.

Juvonen-Posti P. Work-related rehabilitation for strengthening working careers. A multiperspective and mixed methods study of its mechanisms. Oulu: University of Oulu, Acta Universitatis Ouluensis D 1468, 2018.

Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P, Ahonen G. [Työkykyjohtaminen – johdettua yhdessä tekemistä. Tapaustutkimus käytännön johtamismenettelyistä ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa](#). Helsinki: Työterveyslaitos, 2014. Viitattu 7.3.2018.

Juvonen-Posti P, Seppänen-Järvelä R, Pesonen S, Savinainen M, Laaksonen M, Kaleva S. Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana. Kuntoutus 2015; 38 (3): 28–41.

Juvonen-Posti P, Lamminpää A, Rajavaara M, Suoyrjö H, Tötterman P. Työikäisten kuntoutumisen monialainen järjestelmä. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 160–175.

Juvonen-Posti P, Seppänen-Järvelä R, Henriksson M ym. Mechanisms and paths in work-related rehabilitation. A multiple case study with Qualitative Comparative Analysis (QCA). Käsikirjoitus.

Järvikoski A. Kuntoutuksen kehityssuuntauokset. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 16, 1984a.

Järvikoski A. Vammaisten ja työrajoitteisten työllisyys työelämän muuttuessa. Kuntoutus 1984b; 7 (3): 3–12.

Järvikoski A, Lahelma E. Early rehabilitation at the work place. New York, NY: World Rehabilitation Fund, Monograph 6, 1980.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro, 2011.

Järvikoski A, Härkäpää K, Mannila S. Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Kuntoutus 2001; 24 (3): 3–11.

Järvikoski A, Härkäpää K, Salminen A-L. Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. Kuntoutus 2015; 38 (2): 18–32.

Kela. Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. Helsinki: Kela, 2016. [Vanhentunut linkki poistettu 15.12.2020.] Viitattu 7.3.2018.

Kerätär R. Pitkäaikaistyöttömät ja työkykyä ylläpitävän toiminnan tarve. Suom Lääkäril 1995; 50 (14): 1613–1619.

Kerätär R. [Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä](#). Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis D 1340, 2016. Viitattu 7.3.2018.

Kielhofner G. Model of human occupation. Theory and application. Third Edition. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Kielhofner G, Brent B, Kathi B ym. The model of human occupation. Understanding the worker who is injured or disabled. Work 1999; 12 (1): 37–45.

Kirves K. Perceived employability. Antecedents, trajectories and well-being consequences. Tampere: University of Tampere, Acta Universitatis Tamperensis 1925, 2014.

Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Virtanen M, Siegrist J. Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health. Complementary or redundant models? Occup Environ Med 2007; 64 (10): 659–665.

Kleffmann A, Weinmann S, Föhres F, Müller B. Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit (MELBA). 2. Auflage. Siegen: Universität-Gesamthochschule Siegen, 1997.

Knauf MT, Schultz IZ. Current conceptual models of return to work. Julkaisussa: Schultz IZ, Gatchel RJ, toim. Handbook of Return to Work. New York, NY: Springer, 2016: 27–51.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA ym. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity. A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. J Affect Disord 2008; 107: 95–106.

Koskinen S. Työkyvyn arviointi ja työlainsäädäntö. Esimerkkejä palvelussuhteen elinkaarelta. Työterveyslääkäri 2006; 24 (3): 62–67.

Kristman VL, Shaw WS, Boot CR, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG. Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. J Occup Rehabil 2016; 26 (2): 399-416. DOI:10.1007/s10926-016-9660-3.

Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability. A systematic literature review. J Rehab Med 2008; 40: 796–804.

Lait:

L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

L 568/2007. Kansaneläkelaki.

L 1236/2014 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.

Lalumera E. On the explanatory value of the concept-conception distinction. RIFL – Rivista Italiana di Filosofia del Linguaggio 2014; 8 (3): 73–81.

Laurinkari J, Poutanen V-M, Nevalainen M. IMBA ja Melba. Työkyvyn arviointivälineiden toimivuus Suomessa. Tutkimus välineiden käyttäjien kokemuksista. Kuntoutus 2010; 33 (2): 4–17.

Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability. A scoping review of published definitions. J Occup Rehabil 2014; 24 (2): 242–267.

LePlege A, Barral C, McPherson K. Conceptualizing disability to inform rehabilitation. Historical and epistemological perspectives. Julkaisussa: McPherson K, Gibson BE, Leplege A, toim. Rethinking rehabilitation. Theory and practice. Boca Raton, FL: Taylor & Francis, 2015: 21–43.

Lindberg P. [Work ability continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability.](#) Stockholm: Karolinska Institutet, 2006. Viitattu: 26.6.2018.

Linddahl I, Norrby E, Bellner AL. Construct validity of the instrument DOA. A dialogue about ability related to work. Work 2003; 20 (3): 215–224.

Lindh J. Ammatillisen kuntoutussuunnittelun vuorovaikutuksellisuuden ja toteutumisen haasteet. Kuntoutus 2007; 30 (4): 3–26.

Loisel P, Buchbinder R, Hazard R ym. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders. The challenge of implementing evidence. J Occup Rehabil 2005; 15 (4): 507–524.

Ludvigsson M, Svensson T, Alexanderson K. Begreppet arbetsförmåga. En litteraturgenomgång. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2006.

- Marfeo EE, Haley SM, Jette AM ym. Conceptual foundation for measures of physical function and behavioral health function for Social Security work disability evaluation. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94 (9): 1645–1652.
- Marfeo EE, Ni P, Chan L ym. Interpreting physical and behavioral health scores from new work disability instruments. *J Rehabil Med* 2015; 47 (5): 394–402.
- Marino ME, Meterko M, Marfeo EE ym. Work-related measures of physical and behavioral health function. Test-retest reliability. *Disabil Health J* 2015; 8 (4): 652–657.
- Martus P, Jakob O, Rose U, Seibt R, Freude G. A comparative analysis of the Work Ability Index. *Occup Med (Lond)* 2010; 60 (7): 517–524.
- McGonagle AK, Barnes-Farrell JL, Di Milia L ym. Demands, resources, and work ability. A cross-national examination of health care workers. *Eur J Work Organ Psychol* 2014; 23 (6): 830–846.
- McGonagle AK, Fisher GG, Barnes-Farrell JL, Grosch JW. Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes. *J Appl Psychol* 2015; 100 (2): 376–398.
- McQuaid R, Lindsay C. The concept of employability. *Urban Studies* 2005; 42 (2): 197–219.
- Melkas T. Tuki- ja liikuntaelinten vaivat ja työkyvyttömyys. Helsinki: Kela, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:14, 1980.
- Meterko M, Marfeo EE, McDonough CM ym. The Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB). Feasibility and psychometric properties. *Arch Phys Med Rehabil* 2015; 96 (6): 1028–1035.
- Mäkitalo J. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Julkaisussa: Talo S, toim. Toimintakyky. Viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, 2001.
- Mäkitalo J. Työkyvyn ulottuvuudet. Julkaisussa: Martimo K-P, Antti-Poika M, Uitti J, toim. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 2010.
- Mäkitalo J, Palonen J. Mitä on työkyky? Lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. *Työ ja ihminen* 1994; 8 (3): 155–162.
- Mäkitalo J, Paso E. Työ, työ ja työ. Työlähtöinen työterveyshuolto ja kuntoutus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2008.
- Mäkitalo J, Suikkanen A, Ylisassi H, Linnakangas R. Kuntoutus ja työelämä. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 522–546.
- Nevalainen M, Pietiläinen N. Työkyvyn arviointivälineiden IMBA:n ja Melban käyttöönotto. Evaluointiraportti 2007–2008. Helsinki: Vammaisten lasten tukisäätiö, 2008.

Nordenfelt L. The concept of work ability. Bruxelles: PIE Peter Lang, 2008.

Nordenfelt L. Begreppet arbetsförmåga. Socialmedicinsk tidskrift 2009; 86 (3): 220–228.

Norrby E, Linddahl I. Reliability of the instrument DOA. Dialogue about ability related to work. Work 2006; 26 (2): 131–139.

Ollikainen A-M. [Marginaalin marginaalissa? Vammaiset ja osatyökykyiset työllistymispalveluiden reunoilta.](#) Helsinki: VATES-säätiö, 2008. Viitattu 7.3.2018.

Paré G, Trudel M-C, Jaana M, Kitsiou S. Synthesizing information systems knowledge. A typology of literature reviews. Inform Manage 2015; 52 (2): 183–199.

Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J. [Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkenemisen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista.](#) Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 91, 2015. Viitattu 7.3.2018.

Preventing needless work disability by helping people stay employed. Stay at Work and Return to Work Process Improvement Committee. ACOEM Guideline. J Occup Environ Med 2006; 48 (9): 972–987.

Purola T. Työkyvyttömyyden ongelmista. Julkaisussa: Sahi T, Huunan-Seppälä A, Raitasalo R, toim. Työkyvyttömyys. Tutkimuksen tehtävät ja mahdollisuudet. Helsinki: Kela, Kansaneläkelaitoksen julkaisu- ja A:15, 1979.

Rajavaara M, Järvikoski A, Lind J. Mitä palvelutarveselvityksellä saavutettiin? Yhteenveto ja keskustelua tuloksista. Julkaisussa: Rajavaara M, toim. Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden palvelutarveselvityksen seurantatutkimuksen loppuraportti. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54, 2000: 309–331.

Ramada JM, Serra C, Amick BC, Castano JR, Delclos GL. Cross-cultural adaptation of the Work Role Functioning Questionnaire to Spanish spoken in Spain. J Occup Rehabil 2013; 23 (4): 566–575.

Ramada JM, Delclos GL, Amick BC 3rd ym. Responsiveness of the Work Role Functioning Questionnaire (Spanish version) in a general working population. J Occup Environ Med 2014; 56 (2): 189–194.

Reme SE, Monstad K, Fyhn T, Sveinsdottir V, Løvvik C, Lie SA ym. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. Scand J Work Environ Health 2018; Online first. DOI:10.5271/sjweh.3753.

Saari P. Työhön paluuseen liittyvät haasteet ja ratkaisukeinot pitkältä sairauslomalta. Kuntoutus 2013; 36 (1): 32–38.

Saari P, Forma P. Tutkimus ammatillisesta uudelleen koulutuksesta ja sen vaikuttavuudesta kunta-alalla. Helsinki: Keva, Monisteita 1, 2003.

Saikku P. Näkökulmia työttömän työkykyyn ja työkyvyn arviointiin. Julkaisussa: Karjalainen V, Keskitalo E, toim. Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2013: 120–149.

Saikku P, Kokko R-L. Kuntoutuksen käytännöt Paltamon työllisyyskokeilussa. Toimijuuden tukeminen ammatillisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. *Kuntoutus* 2012; 35 (4): 5–16.

Salminen A. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto, Opetusjulkaisuja 62, 2011.

Salminen A-L, Järvikoski A, Härköpää K. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 20–36.

Sandqvist J. [Development and evaluation of validity and utility of the instrument Assessment of Work Performance \(AWP\)](#). Linköping: Linköping University, Linköping University Medical Dissertations 1009, 2007. Viitattu 7.3.2018.

Sandqvist JL, Henriksson CM. Work functioning. A conceptual framework. *Work* 2004; 23 (2):147–157.

Sankilampi L, Turunen J, Mäkitalo J. [Modulo](#). Julkaisussa: Rajavaara M, Aalto L, Hinkka K, toim. Kehittämideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 7, 2009. Viitattu 25.6.2018.

Schouten L, Bultmann U, Heymans MW ym. Shortened version of the Work Ability Index to identify workers at risk of long-term sickness absence. *Eur J Pub Health* 2016; 26 (2): 301–305.

Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2007; 17 (2): 327–352.

Schwegler U, Anner J, Boldt C ym. Aspects of functioning and environmental factors in medical work capacity evaluations of persons with chronic widespread pain and low back pain can be represented by a combination of applicable ICF Core Sets. *BMC Public Health* 2012; 12: 1088.

Scobbie L, Dixon D. Theory-based approach to goal setting. Julkaisussa: Siegert RJ, Levack WMM, toim. Rehabilitation goal setting. Theory, practice and evidence. Boca Raton, FL: CRC, 2015.

Seing I. [Activating the sick-listed. Policy and practice of return to work in Swedish sickness insurance and working life](#). Linköping: Linköping University, Linköping University Medical Dissertation 1421, 2014. Viitattu 7.3.2018.

Seing I, Stahl C, Nordenfelt L, Bulow P, Ekberg K. Policy and practice of work ability. A negotiation of responsibility in organizing return to work. *J Occup Rehabil* 2012; 22 (4): 553–564.

Seppänen-Järvelä R, toim. [Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi työn arkea. Arviointitutkimus työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisesta vaiheesta](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84, 2014. Viitattu 7.3.2018.

Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M, toim. [Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen \(TK2\) arviointitutkimus](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139, 2015a. Viitattu 7.3.2018.

Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P ym. Yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 141, 2015b.

Sinisammal J, Belt P, Autio T, Härkönen J, Möttönen M. Tilanneherkkä työhyvinvoinnin johtamismalli. *Premissi* 2011; 4: 28–35.

Skempes D, Stucki G, Bickenbach J. Health-related rehabilitation and human rights. Analyzing states' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 2015; 96 (1): 163–173.

Slebus FG, Sluiter JK, Kuijjer PPFM, Willems HHMB, Frings-Dresen MHW. Work-ability evaluation. A piece of cake or a hard nut to crack? *Disability and Rehabilitation* 2009; 29 (16): 1295–1300. DOI: 10.1080/09638280600976111.

Solli HM, Barbosa da Silva A, Egeland J. Usefulness of an ability-based health model in work ability assessments provided by psychiatrists and psychology specialists writing social security certificates. *Disabil Rehabil* 2015; 37 (7): 571–578.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Työhyvinvointitutkimus Suomessa ja sen painoalueet terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Julkaisuja 25, 2005.

Stone DA. *The disabled state*. Philadelphia, PA: Temple University Press, 1984.

Ståhl C. In cooperation we trust. Interorganizational cooperation in return-to-work and labour market reintegration. Linköping: Linköping University, Linköping University Medical Dissertations 1171, 2010.

Ståhl C, MacEachen E, Lippel K. Ethical perspectives in work disability prevention and return to work. Toward a common vocabulary for analyzing stakeholders' actions and interactions. *J Business Ethics* 2014; 120 (2): 237–250. Viitattu 7.3.2018.

Suikkanen A. Sosiaalipoliittisen tutkimuksen lähtökohdat ja tapaturmavakuutuslain toimeenpano. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B14, 1992.

Sullivan MJ, Ward LC, Tripp D ym. Secondary prevention of work disability. Community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2005; 15 (3): 377–392.

Sveinsdottir V, Lovvik C, Fyhn T ym. Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS). A randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 307.

Svensson T, Björklund A. Focus on health, motivation, and pride. A discussion of three theoretical perspectives on the rehabilitation of sick-listed people. *Work* 2010; 36 (3): 273–282.

Svensson T, Mussener U, Alexanderson K. Pride, empowerment, and return to work. On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work* 2006; 27 (1): 57–65.

Takala E-P, Seitsamo J. [Work ability](#). Julkaisussa: Hasselhorn HM, Apt W. Understanding employment participation of older workers. Creating a knowledge base for future labour market challenges. Berlin: Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2015: 52–53. Viitattu 12.12.2018.

Talo SA, Rytökoski UM. BPS-ICF model, a tool to measure biopsychosocial functioning and disability within ICF concepts. Theory and practice updated. *Int J Rehabil Res* 2006; 39 (1): 1–10.

Talo S, Rytökoski U, Niitsuo L, Vaara M, Tuomaala M. Moniulotteinen biopsykososiaalinen malli kuntoutusarvioinnissa. *Suom Lääkäril* 1992; 47 (13): 1237–1241.

Taskila T. Cancer survivors at work. Work-related problems and factors associated with their employment, work ability and social support from the work community. Helsinki: University of Helsinki and Finnish Institute of Occupational Health, People and Work Research Reports 80, 2007.

Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncologica* 2007; 46: 446–451.

Tengland PA. The concept of work ability. *J Occup Rehabil* 2011; 21 (2): 275–285.

Tengland PA. A qualitative approach to assessing work ability. *Work* 2013; 44 (4): 393–404.

Tuisku K, Vuokko A, Laukkala T, Mäntynen J, Melartin T. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio. Miksi, milloin ja miten? *Duodecim* 2012; 128: 2251–2259.

Tuomi K, toim. Työn, elämäntyylin, terveyden ja työkyvyn muutokset. Kyselytutkimus. Ikääntyvä työntekijä v. 1981–92. Helsinki: Työterveyslaitos, Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 2, 1995.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola M, Katajarinne L, Tulkki A. Työkykyindeksi. Helsinki: Työterveyslaitos, Työterveyshuolto 19, 1997a.

Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981–1992. *Scand J Work Environ Health* 1997b; 23 (1): 58–65.

Turner-Stokes L, Fadyl J, Rose H ym. The Work-Ability Support Scale. Evaluation of scoring accuracy and rater reliability. *J Occup Rehabil* 2014; 24 (3): 511–524.

Valkonen J. Työkyky tarinoina. Työkykykokemuksen narratiivista tarkastelua. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Työselosteita 13, 1997.

van der Klink JJ, Bültmann U, Burdorf A ym. Sustainable employability. Definition, conceptualization, and implications. A perspective based on the capability approach. *Scand J Work Environ Health* 2016; 42 (1): 71–79.

Vandenbroeck S, Verjans M, Lambreghts C, Godderis L. [Research review on rehabilitation and return to work](#). Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, 2016. Viitattu 7.3.2018.

Varto J. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä, 1992.

Virta L. PCA:lla tarkennetaan vakuutuslääketieteellisiä työkyvyttömyysratkaisuja. *Kuntoutus* 2006; 29 (2): 36–43.

Virta L, Lahtela K. [Henkilökohtaisen toimintakyvyn arviointimenetelmän soveltuvuus suomalaiseen käytäntöön. Keskeiset havainnot PCA-menetelmästä \(Personal Capability Assessment\)](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 46, 2005. Viitattu 7.3.2018.

Viswesvaran C, Ones DS. Perspectives on models of job performance. *Int J Sel Assess* 2000; 8 (4): 216–226.

Waddell G, Burton AK, Kendall NAS. [Vocational rehabilitation. What works, for whom, and when?](#) London: TSO, 2008. Viitattu 7.3.2018.

WCA. [Revised WCA Handbook](#). Birmingham: Centre for Health and Disability Assessments, 2016. Viitattu 6.3.2018.

[What works for whom in helping disabled people into work?](#) London: Department for Work and Pensions, Working Paper 120, 2013. Viitattu 6.3.2018.

Whittemore R, Knafelz K. The integrative review. Updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52 (5): 546–553.

WHO. International classification of functioning, disability and health. ICF-2, Beta-2 draft: full version. Geneva: World Health Organization, 1999.

WHO. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.

Ylisassi H. Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 226, 2009.

Ylisassi H, Keränen L, Mäkitalo J. Työhön integroidun varhaiskuntoutuksen kehittämishanke ASLAK-kursitoiminnan kehittämiseksi. Oulu: Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus, Työpapereita 2, 2004.

Ylisassi H, Rajavaara M, Seppänen-Järvelä R. Työn muutokset ja työkykykäsitykset kuntoutuksen lähtökohtina. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 153–159.

Young AE, Roessler RT, Wasiak R ym. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil* 2005a; 15 (4): 557–568.

Young AE, Wasiak R, Roessler RT ym. Return-to-work outcomes following work disability. Stakeholder motivations, interests and concerns. *J Occup Rehabil* 2005b; 15 (4): 543–556.

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTIT

- 12 **Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S.** Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistus. Ihanteet, toimeenpano ja harkintavalta. 2018. ISBN 978-952-284-053-0 (pdf).
- 11 **Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I.** Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus, soveltuvuus ja hyväksyttävyyys. 2018. ISBN 978-952-284-052-3 (pdf).
- 10 **Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, toim.** Sopeutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana. 2018. ISBN 978-952-284-041-7 (pdf).
- 9 **Paavonen A-M, Salminen A-L.** Intensiiviset kuntoutuskurssit traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille. Hyödyt ja soveltuvuus Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. 2018. ISBN 978-952-284-038-7 (pdf).
- 8 **Huttunen K, Kosonen J, Waaramaa T, Laakso M-L.** Tunne-etsivät-pelin vaikuttavuus lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukemisessa. 2018. ISBN 978-952-284-037-0 (pdf).
- 7 **Saikka P, Rajavaara M, Seppälä U.** Monialainen yhteistyö paikallisessa työllisyyden hallinnassa. Integroiva kirjallisuuskatsaus. 2017. ISBN 978-952-284-030-1 (pdf).
- 6 **Turunen E, Tillman P.** Kun vain lähettäisiin ajoissa. Matkakorvausten käyttäjien kokemuksia sairausvakuutuksen korvaamista matkoista. 2017. ISBN 978-952-284-027-1 (pdf).
- 5 **Sipari S, Vänskä N, Pollari K.** Lapsen edun toteutuminen kuntoutuksessa. Osallistumista ja toimijuutta vahvistavat hyvät käytännöt. 2017. 102 s. ISBN 978-952-284-025-7 (pdf).
- 4 **Paltamaa J, Erkkilä J, Kanelisto K, Mustonen O, Nousiainen E.** Pitkät yhtäjaksoiset yksilöterapiat. Terapioiden merkitys kuntoutujan ja kuntoutuksen eri toimijoiden näkökulmista. 2017. 234 s. ISBN 978-952-284-024-0 (pdf).
- 3 **Pasternack I, Remahl A, Ahovuo-Saloranta A, Isojärvi J, Mäkinen E.** Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutus-interventiot. 2017. 76 s. ISBN 978-952-284-023-3 (pdf).
- 2 **Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sandelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I.** Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustoiveet. 2016. 55 s. ISBN 978-952-284-011-0 (nid.), ISBN 978-952-284-012-7 (pdf).