

TAMPEREEN YLIOPISTO
Oikeustieteiden laitos

TYÖELÄKEKUNTOUTUKSEN KÄYNNISTÄMISEN
ONGELMAT JA KEHITTÄMISTARPEET
TYÖTERVEYSLÄÄKÄRIN NÄKÖKULMASTA

Vakuutustiede
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2008
Ohjaajat: Pauliina Havakka
Antti Kanto

Anna Lindholm

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Oikeustieteiden laitos, vakuutustiede
Tekijä:	LINDHOLM, ANNA
Tutkielman nimi:	Työeläkekuntoutuksen käynnistämisen ongelmat ja kehittämistarpeet työterveyslääkärin näkökulmasta
Pro gradu -tutkielma:	94 sivua, 8 liitesivua
Aika:	Toukokuu 2008
Avainsanat:	työeläkekuntoutus, ammatillinen kuntoutus, työterveyshuolto, työterveyslääkäri

Suomen väestörakenteessa tulee tapahtumaan lähitulevaisuudessa merkittäviä muutoksia. Väestön vanhetessa työmarkkinoilta poistuu enemmän ihmisiä kuin sinne tulee. Hyvinvointiyhteiskunnan rahoitus pohjan turvaamisen kannalta keskeiseksi haasteeksi muodostuukin se, että kansalaiset jatkaisivat työelämässä nykyistä pidempään. Merkittävän keinon työurien pidentämiseen tarjoaa ammatillinen kuntoutus. Se on suunnattu henkilöille, jotka ovat sairauden tai vajaakuntoisuuden vuoksi vaarassa syrjäytyä työmarkkinoilta. Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena on työeläkekuntoutus, joka on työeläkelaitosten järjestämää ammatillista kuntoutusta. Kuntoutuksen mahdollisimman varhainen käynnistäminen on äärimmäisen tärkeää sen onnistumisen kannalta. Työterveyshuollolla on keskeinen rooli kuntoutusaloitteiden tekemisessä. Sillä on erityisen hyvät mahdollisuudet työikäisen väestön työkyvyttömyyden uhan varhaiseen havaitsemiseen ja työkyvyn arviointiin.

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella työeläkekuntoutuksen käynnistämisen prosessin toimivuutta silloin, kun kuntoutusaloitteen tekijänä on työterveyshuolto. Asiaa lähestytään työterveyslääkärin näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää työterveyslääkäreiden tietämystä työeläkekuntoutuksesta sekä heidän näkemyksiään sen käynnistämisen vaiheeseen mahdollisesti liittyvistä ongelmista ja kehittämistarpeista. Aihepiirin teoreettisen tarkastelun jälkeen asetettuihin tutkimusongelmiin pyritään vastaamaan 112 työterveyslääkärin vastauksista koostuvan empiirisen aineiston avulla. Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivis-kvalitatiivinen survey-tutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä käytetään Internet-kyselyä.

Tutkimuksessa todettiin, että työeläkekuntoutuksen käynnistämisessä on työterveyslääkäreiden mielestä selkeitä prosessia hidastavia ongelmia ja kehittämistarpeita. Esimerkiksi vastaajien työeläkekuntoutusta koskeva lisäkoulutushalukkuus on ilmeinen. Samoin työnantajien ja työntekijöiden tietoa kuntoutuksen mahdollisuuksista tulisi lisätä. Vastaajien mukaan kuntoutuksen aloittaminen voi hankaloitua myös työnantajien ja työntekijöiden ongelmallisen asenteen vuoksi. Kuntoutuksen käynnistymisen edellyttämää työ- ja toimintakyvyn arviointia vaikeuttaa erityisesti subjektiivisten oireiden objektiivinen todentaminen sekä arviointia tukevien toimintakykymittarien puute. Myös potilaan työolojen tuntemus koetaan haastavaksi. Vastaajien mukaan merkittävä työeläkekuntoutuksen varhaista käynnistämistä uhkaava tekijä on erikoissairaanhoidon hitaus, joka ilmenee myös epikriisien ja konsultaatioiden viivästymisinä. Työeläkelaitosten kanssa käytävän yhteistyön sujuvuudessa todettiin niin ikään olevan ongelmia. Tutkimuksessa esiintuotujen työeläkekuntoutuksen varhaista käynnistämistä uhkaavien asioiden kehittäminen on erittäin tärkeää, jotta yhä useampi kuntoutuja voisi jatkaa työelämässä ja edesauttaa näin hyvinvointiyhteiskunnan turvaamista.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
1.1 Aihealueen esittely ja merkitys	6
1.2 Aikaisempi tutkimus.....	8
1.3 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat.....	10
1.4 Keskeiset rajaukset	11
1.5 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot	12
1.6 Tutkimuksen viitekehys ja tutkimuksen kulku	13
2 AMMATILLINEN KUNTOUTUS OSANA SUOMEN KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄÄ	16
2.1 Suomen kuntoutusjärjestelmästä	16
2.1.1 Mitä on kuntoutus?	16
2.1.2 Kuntoutuksen kehitysvaiheita	17
2.1.3 Kuntoutusjärjestelmä tänään	19
2.2 Ammatillinen kuntoutus	20
2.2.1 Työnjako ja toimintastrategiat.....	20
2.2.2 Tavoitteena työkyvyttömyyden torjunta.....	22
3 TYÖELÄKEKUNTOUTUKSEN KESKEISET PIIRTEET	24
3.1 Toiminnan yleiset periaatteet.....	24
3.2 Työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytykset	26
3.3 Työeläkekuntoutuksen keinot	28
3.3.1 Työpaikkakuntoutus	28
3.3.2 Koulutus.....	29
3.3.3 Elinkeinotuki	30
3.4 Kuntoutujan toimeentulo	31
3.4.1 Kuntoutusraha	31
3.4.2 Kuntoutusavustus ja -korotus.....	32
3.5 Työeläkekuntoutuksen käynnistyminen	33
4 TYÖTERVEYSHUOLTO TYÖELÄKEKUNTOUTUKSEN KÄYNNISTÄJÄNÄ	36
4.1 Työterveyshuollosta lyhyesti	36
4.1.1 Toiminnan tavoitteet ja sisältö	36
4.1.2 Palveluiden järjestäminen	38
4.2 Varhaisen havaitsijan rooli	39
4.3 Työkyvyttömyyden uhan arviointi	42
4.3.1 Työ- ja toimintakyvyn käsitteistä	42
4.3.2 Työ- ja toimintakyvyn arviointi	45
4.4 Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen.....	47
4.5 Työterveyslääkärin monet roolit	50
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA KESKEISET TULOKSET	52
5.1 Tutkimuksen aineisto.....	52
5.1.1 Tutkimuksen perusjoukko ja otos.....	52
5.1.2 Aineiston keruu	53
5.1.3 Aineiston käsittely ja analysointi.....	56
5.2 Tutkimuksen keskeiset tulokset	58

5.2.1 Vastaajien perustiedot.....	58
5.2.2 Yleiset näkemykset työeläkekuntoutuksesta.....	59
5.2.3 Työeläkekuntoutuksen tuntemukseen liittyvät koulutustoiveet	62
5.2.4 Työ- ja toimintakyvyn arviointi ja niissä koetut ongelmat	65
5.2.5 Erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyvät ongelmat	69
5.2.6 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyvät muut näkemykset	71
5.2.7 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyvät kehittämistarpeet	74
6 PÄÄTELMÄT	78
6.1 Tutkimusongelmiin vastaaminen	78
6.2 Tutkimuksen arviointia	85
6.3 Lopuksi	87
LÄHTEET	88
LIITE 1: KUNTOUTUKSEN TYÖNJAKO	95
LIITE 2: KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE.....	96
LIITE 3: KYSELYLOMAKE	97

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1 Työeläkekuntoutus osana Suomen kuntoutusjärjestelmää	14
Kuvio 2 Työterveyshuolto työeläkekuntoutuksen käynnistäjänä.....	15
Kuvio 3 Työeläkekuntoutus osana työeläkevakuuttajien toimintaa	24
Kuvio 4 Työeläkekuntoutusta saaneet vuosina 1992–2006.....	25
Kuvio 5 Työeläkekuntoutuksen käynnistymisprosessin keskeiset vaiheet.....	35
Kuvio 6 Varhaisen työkyvyttömyyden uhan arvioinnin merkitys	40
Kuvio 7 Työterveyshuollossa havaitun työkykyongelman käsittely	41
Kuvio 8 Työkykytalo	44
Kuvio 9 Työterveyslääkärin isännät ja roolit kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia arvioitaessa ...	51
Kuvio 10 Vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma.....	58
Kuvio 11 Työeläkekuntoutuksen yleisten eläkepoliittisten tavoitteiden tuntemus.....	60
Kuvio 12 Vastaukset työeläkekuntoutusta koskeviin väittämiin	61
Kuvio 13 Työeläkekuntoutusta koskeva lisäkoulutushalukkuus	63
Kuvio 14 Työeläkekuntoutusta koskevat lisäkoulutustoiveet aihealueittain	64
Kuvio 15 Näkemykset erikoissairaanhoidon epikriisin viivästymisestä	69
Kuvio 16 Näkemykset erikoissairaanhoidon konsultaation viivästymisestä.....	70
Kuvio 17 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyviin väittämiin saadut vastaukset	72
Kuvio 18 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyviä kehittämistarpeita.....	84
Taulukko 1 Kuntoutuksen työnjako (LIITE 1)	95
Taulukko 2 Työeläkejärjestelmän kuntoutusetuudet	33

1 JOHDANTO

1.1 Aihealueen esittely ja merkitys

Suomalainen hyvinvointiyhteiskunta on suurten haasteiden edessä. Eliniän piteneminen ja syntyvyyden aleneminen johtavat väestömme ikääntymiseen, minkä myötä vanhushuoltosuhte, eli yli 65-vuotiaiden osuus suhteessa työikäiseen väestöön, kasvaa. Ennusteiden mukaan vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on 26 prosenttia, mikä on jopa 62,5 prosenttia enemmän kuin nykyhetkellä. Työikäisten väestöosuuden arvioidaan vastaavasti pienenevän nykyisestä 66,5 prosentista 57,5 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Työikäisten määrän vähentyminen alkaa vuonna 2010 sotien jälkeisten suurten ikäluokkien siirtyessä eläkeikään.¹ Julkisuudessa käydyssä keskustelussa väestön vanhenemiseen on liitetty vakaviakin uhkakuvia. Sen on pelätty johtavan esimerkiksi työvoimapulaan ja eläkkeiden räjähdysmäiseen kasvuun – on jopa puhuttu hyvinvointivaltion kriisistä.

Väestörakenteessa tapahtuvien muutosten lisäksi työikäisten riittävyyttä uhkaavia ongelmia ovat syrjäytyminen ja myöhäinen työmarkkinoille tulo. Kuvatunkaltaisen kehityksen myötä huoltosuhte (tai elatussuhte), eli ei-työllisten suhteellinen työikäisiin, heikkenee tulevaisuudessa. Yhä useamman henkilön toimeentulo on siis riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Keskeiseksi haasteeksi muodostuukin niiden keinojen löytäminen, joilla suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan rahoituspohja voidaan turvata tulevina vuosikymmeninä. Huoltosuhteen parantaminen vaatii ennen kaikkea työllisyysasteen nostamista. Sosiaaliturvan kestävä rahoituksen edellytyksenä on korkea, vähintään 70 prosentin työllisyysaste². Työhaluisten työllistämisen ohella työssä olevien työkykyisyyden tukeminen, työurien pidentäminen sekä erityistukea tarvitsevien työllistymisen tukeminen ovat keskeisiä keinoja, joilla työllisyysastetta voidaan nostaa.³

Huoltosuhteen ennakoituun heikkenemiseen on varauduttu muun muassa vuoden 2005 alusta voimaantulleella laajalla työeläkelainsäädännön uudistuksella, jonka keskeisinä tavoitteina on vähentää varhaista eläkellesiiirtymistä, myöhentää keskimääräistä eläkkeellejäämisikää noin 2–3 vuodella

¹ www.stat.fi 2007.

² Kuntoutusselonteko 2002, 3.

³ Järvikoski & Härkäpää 2004, 14–15; Ilmarinen 2006a, 18–19.

sekä hillitä työeläkemaksujen nousupaineita. Myös vuoden 2007 hallitusohjelmassa kiinnitetään huomiota työssä jaksamisen ja työviihtyvyyden parantamisen tärkeyteen, jotta talouskasvu, työllisyys ja hyvinvointiyhteiskunnan rahoituspohja voidaan turvata⁴. Merkittävän keinon lisätä väestön työkykyä ja pidentää työuria – ja siten nostaa työllisyysastetta – tarjoaa kuntoutus. Tämän tutkimuksen aiheena oleva työeläkekuntoutus vastaa osaltaan väestörakenteen mukanaan tuomiin haasteisiin kannustamalla työntekijöitä jatkamaan työelämässä silloin, kun työkyky on sairauden takia uhattuna.⁵ Työkyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen liittyy paitsi yksilötasoinen, myös merkittävä yhteiskunnallinen intressi. Ihmisen pysyminen työelämässä on yhteiskunnalle edullista, sillä työtä tekevä kansalainen on tuottava.⁶

Vuonna 2004 toteutettiin kuntoutusuudistus, joka kytkeytyi kiinteästi edellä mainittuun työeläkereformiin. Uudistus korostaa ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Sen tärkeimpänä tavoitteena on, että ammatillinen kuntoutus aloitettaisiin niin varhain, että työkyvyttömyys voidaan ehkäistä tai ainakin siirtää sen alkamista. Kuntoutuksen käynnistäminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa onkin äärimmäisen tärkeää sen onnistumisen kannalta. Työterveyshuollon rooli työeläkekuntoutuksen käynnistäjänä on ensiarvoisen tärkeä. Sillä on erityisen hyvät mahdollisuudet työikäisen väestön työkyvyttömyyden uhan varhaiseen havaitsemiseen ja työkyvyn arviointiin.⁷ Työterveyshuollon tehtävät työntekijän työ- ja toimintakyvyn edistämässä, selvittämisessä ja arvioinnissa sekä kuntoutukseen ohjaamisessa korostuvat myös vuonna 2002 voimaanastuneessa uudistetussa työterveyshuoltolaissa⁸.

Työterveyshuollolla on keskeinen rooli työeläkekuntoutusaloitteiden tekemisessä, minkä vuoksi tämän käynnistämisen prosessin tutkiminen ja kehittäminen on erityisen tärkeää. Työeläkeala onkin asettanut tavoitteikseen muun muassa tukea työterveyshuollon edellytyksiä työkyvyttömyyden uhan varhaisessa havaitsemisessa sekä vahvistaa koko terveydenhuoltojärjestelmän ymmärrystä kuntoutuksen tavoitteista. Puutteet uhkaavan työkyvyttömyyden ja kuntoutustarpeen arvioinnissa on todettu myös valtioneuvoston työterveyshuoltoa koskevissa kehittämislinjauksissa. Kuntoutuksen varhaisen käynnistymisen edellytyksiin liittyvä tutkimustarve todetaan niin ikään sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelmassa. Ammatillisen kuntoutuksen toimintakäytäntöjen ja vaikuttavuuden tutkiminen yleisemminkin lukeutuu ohjelmassa erityisen tärkeinä

⁴ Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007, 72–73.

⁵ Työeläke – turvaa tänään ja tulevaisuudessa, 8; Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2010, 16.

⁶ Ahonen 2006, 49.

⁷ Työeläke – turvaa tänään ja tulevaisuudessa, 18, 23; Työeläkekuntoutus, 17.

⁸ Työterveyshuoltolaki 1 §, 12 §.

pidettyjen tutkimusalueiden joukkoon.⁹ Tässä tutkimuksessa työeläkekuntoutuksen käynnistämisen prosessin ongelmiin ja kehittämistarpeisiin paneudutaan työterveyshuollon näkökulmasta. Onnistuneen kuntoutuksen edellytysten tutkiminen on äärimmäisen tärkeää, jotta kuntoutus voisi mahdollisimman tehokkaasti tehdä osuutensa työeläkejärjestelmän taloudellisen kantokyvyn turvaamiseksi.

1.2 Aikaisempi tutkimus

Kuntoutuksen tutkimus sijoittuu usean eri tieteenalan leikkauskohtaan. Keskeisiä kuntoutusta tutkivia tieteenaloja ovat esimerkiksi lääketiede, psykologia, kasvatustiede, sosiologia, taloustiede ja oikeustiede. Traditionaalisimmat lähestymistavat ovat lääketiede ja käyttäytymistieteet, joiden parissa kuntoutusta tutkitaan määrällisesti eniten. Sosiaali- ja yhteiskuntatieteellinen tutkimus on viime vuosina lisääntynyt.¹⁰ Muihin kuntoutuksen osa-alueisiin verrattuna ammatillisen kuntoutuksen toimeenpanoa ja vaikuttavuutta on tutkittu Suomessa varsin vähän. Ammatillista kuntoutusta kustantavat organisaatiot tuottavat pääasiassa omiin rekisteritietoihinsa perustuvia asiakasseurantoja. Työeläkealan kannalta merkittäviä tilastoraportteja ja muita julkaisuja laaditaan myös Eläketurvakeskuksessa (ETK).¹¹

Kuntoutuksen tutkimusta tehdään varsin runsaasti myös maamme yliopistoissa¹². Ammatillista kuntoutusta tutkivat esimerkiksi Rantanen (2007) ja Autio (2007), jotka tarkastelivat sen mahdollisuuksia työpaikoilla. Karjalainen (2000) tutki puolestaan ammatillisen kuntoutuksen työllistävyttä ja Roimaa (1996) sen mahdollistamaa yrittäjyyttä. Soikkeli (2006) vertaili tutkimuksessaan ammatillisen kuntoutuksen järjestelmiä ja Heiskanen (2004) käsitteli sen taloudellista kannattavuutta eläkejärjestelmässä. Vaalavuo (2003) paneutui puolestaan työeläkekuntoutuksen ongelmiin ja Mustaniemi (1999) sen merkityksen muuttumiseen 1990-luvulla. Tämän työn aihepiiriä sivuavaa, ja erityisesti ammatilliseen kuntoutukseen yleisemmin keskittyvää tutkimusta on siis tehty jonkin verran. Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena olevasta työeläkekuntoutuksen käynnistämisen prosessista sekä työterveyshuollon roolista siinä ei aikaisempaa yliopistotasosta tutkimusta kuitenkaan löydy.

⁹ Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2010, 21; Työterveys 2015, 31; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 42–43, 48.

¹⁰ Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 27–28; Kuntoutusta tutkitaan 2001, 16–17.

¹¹ Järvikoski 2002, 48, 53.

¹² Kuntoutusta tutkitaan 2001, 23.

Työterveyshuollon merkittävä rooli työeläkekuntoutuksessa on tunnustettu ja yhteistyön tutkimiseen onkin viime vuosikymmenenä panostettu. Vuosina 1998–2000 toteutettiin esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen varhentamiskokeilu, jonka tavoitteisiin lukeutui kuntoutuksen aikaisempi käynnistäminen. Vuosina 2000–2002 toteutettiin kuntoutus- ja työkyvyn arviointiverkosto -hanke KUTVE, jonka tarkoituksena oli myös muun muassa kuntoutustarpeen havaitsemisen varhentaminen työterveyshuollossa sekä toimintakyvyn arvioimisen välineiden luominen. Työeläkekuntoutuksen keskeisenä edellytyksenä olevan työkyvyttömyyden uhan mahdollisimman yksiselitteiseksi määrittelemiseksi Työeläkevakuuttajat TELA¹³ toteutti vuosina 2002–2004 Työ kuntoon -projektin erityisesti työterveyshuollon ammattilaisille. Työeläkeala on ollut aktiivisesti mukana myös vuosina 2003–2007 toteutetussa valtakunnallisessa Veto-ohjelmassa, jossa pyrittiin ylläpitämään ja edistämään työelämän vetovoimaa. Työterveyshuollon ja kuntoutuksen välisen yhteistyön lisääminen ja selkiyttäminen nähtiin ohjelmassa tärkeäksi.¹⁴

Parhailaan on käynnissä Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja TELA:n yhteinen toimintakykyhanke FACULTAS. Sen keskeisinä tavoitteina on yhdenmukaistaa ja kehittää lääkärikunnan käytäntöjä arvioitaessa sairauden vaikutusta ihmisen toimintakykyyn, parantaa lääkärin toimintaedellytyksiä sekä yhdenmukaistaa lääkärinlausuntoja. Laajamittainen hanke käynnistyi vuonna 2006 ja se saatetaan päätökseen vuoden 2008 aikana.¹⁵ Toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaistamiseksi on perustettu myös kansallinen TOIMIA-asiantuntijaverkosto. Vuonna 2007 käynnistetty nelivuotinen hanke toimii neljällä aihealueella, joista yksi on työkyky.¹⁶

Kuntoutuksen tutkimus voidaan jakaa mikro-, meso- ja makrotasoiseen tarkasteluun. Ensiksi mainittu viittaa lähinnä yksilötasoiseen kuntoutusprosessin seurantatutkimukseen. Valtaosa kuntoutuksen tutkimuksesta on kohdistunut juuri mikrotason ilmiöihin. Mesotasoisella tutkimuksella tarkoitetaan muun muassa kuntoutusta rahoittavan organisaation toiminnan ja siitä seuraavien hyötyjen, sekä kuntoutusprojektin toimeenpanon ja kehittämistarpeiden arviointia. Makrotasoinen tutkimus käsittää puolestaan esimerkiksi kuntoutusjärjestelmän ja yhteiskunnan tasolla tehtävää kuntoutuksen vaikutuksia ja taloudellisia hyötyjä koskevaa evaluointia.¹⁷ Suomesta puuttuu erityisesti makrotasoisista, mutta myös mesotasoisista tutkimusta, joita olisi lisättävä¹⁸. Tämä tutkimus käsittelee työ-

¹³ TELA on suomalaisten lakisääteistä työeläketurvaa hoitavien yksityisen ja julkisen alan työeläkevakuuttajien edunvalvonta- ja palvelujärjestö (www.tela.fi 2008).

¹⁴ Kuntoutusselonteko 2002, 12; Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2010, 14–18.

¹⁵ www.duodecim.fi 2007.

¹⁶ www.toimia.fi 2008.

¹⁷ Järvikoski & Härkäpää 2001, 5–6; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 39–40.

¹⁸ Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 63.

eläkejärjestelmän rahoittaman ammatillisen kuntoutuksen käynnistämisen prosessia työterveyshuollossa. Tarkastelun kohteena on siis yhden järjestäjätahon yhdessä toimintaympäristössä tapahtuvat kuntoutusinterventiot ja niissä ilmenevät ongelmat. Tutkimus voidaan näin ollen sijoittaa mesotasaisen kuntoutuksen arvioinnin alueelle.

1.3 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat

Työeläkekuntoutuksen tulevaisuutta käsittelevässä TELA:n tuoreessa julkaisussa esitetään asetetut tavoitteet näkökulmittain. Niitä ovat taloudellinen, asiakkaiden ja sidosryhmien odotuksia ja kokemuksia kuvaava, työeläkejärjestelmän kuntoutusprosessia kuvaava sekä työeläkejärjestelmän asiantuntijoita koskeva näkökulma. Tämä tutkimus tarkastelee työterveyshuollon varhaisen havaittajan roolia työeläkekuntoutuksen käynnistämisessä, sijoittuen näin kuntoutusprosessia kuvaavaan näkökulmaan.¹⁹ Varhainen työkykyongelmiin puuttuminen on vuonna 2004 toteutetun kuntoutusuudistuksen tärkeä tavoite, joka palvelee myös koko eläkejärjestelmän keskeistä päämäärää – sitä, että työelämässä jatkettaisiin nykyistä pidempään.

Edellä esitettyyn asetelmaan perustuen, tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia työeläkekuntoutuksen käynnistämisen prosessin toimivuutta silloin, kun kuntoutusaloitteen tekijänä on työterveyshuolto. Asiaa tarkastellaan työterveyslääkärin näkökulmasta, jonka rooli kuntoutuksen vireille saattamisessa on keskeinen. Tehokas kuntoutukseen ohjaaminen edellyttää, että työterveyslääkäri tuntee työeläkekuntoutuksen tavoitteet ja periaatteet. Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on täten kartoittaa työterveyslääkäreiden yleistä työeläkekuntoutukseen liittyvää tuntemusta ja siihen liittyviä näkemyksiä. Toisena tavoitteena on selvittää niitä mahdollisia ongelmakohtia, joita työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen työterveyslääkärin näkökulmasta liittyy. Kolmanneksi tutkimus pyrkii antamaan kehittämisajatuksia työeläkekuntoutuksen käynnistämisen prosessin parantamiseksi. Tutkimusongelmia on siis kolme, ja kysymyksen muotoon puettuina ne kuuluvat seuraavasti:

1. Minkälaiseksi työterveyslääkärit arvioivat yleisen tietämyksensä työeläkekuntoutuksesta?
2. Millaisia ongelmia työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyy työterveyslääkärin näkökulmasta?
3. Kuinka työeläkekuntoutuksen käynnistämisen prosessia tulisi työterveyslääkäreiden mielestä kehittää?

¹⁹ Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2010, 20–21.

Ongelmien käsittelyä pohjustetaan aihepiirin teoreettisella tarkastelulla, minkä jälkeen tutkimusongelmiin pyritään vastaamaan empiirisen tutkimusaineiston avulla. Mikään esitetyistä tutkimusongelmista ei nouse merkitykseltään yli muiden. Kolmas ongelma integroituu kuitenkin vahvasti osaksi kahta edellistä, minkä vuoksi sitä voidaan pitää niille alisteisena. Työeläkekuntoutuksen käynnistämisen parantamista koskevia näkökohtia tuodaan nimittäin esiin jo vastattaessa ensimmäiseen, ja erityisesti toiseen tutkimusongelmaan. Kuntoutuksessa tutkimus ja kehittämistyö sitoutuvatkin toisiinsa kiinteästi²⁰. Työeläkekuntoutuksen mahdollisimman varhaisella aloittamisella on vahva yhteys kuntoutuksen tuloksellisuuteen. Tällä tutkimuksella pyritään tuomaan esiin työterveyshuollossa käynnistettävän kuntoutusprosessin onnistumisen edellytyksiä. Tutkimuksen perimmäisenä tavoitteena on näin ollen osaltaan myötävaikuttaa työurien pidentämistä ja työeläkkeiden turvaamista koskevien tavoitteiden toteutumiseen. Tutkimus on toteutettu yhteistyössä TELA:n kanssa.

1.4 Keskeiset rajaukset

Tämä tutkimus tarkastelee yksinomaan työeläkekuntoutusta eli työeläkelaitosten²¹ järjestämää ammatillista kuntoutusta, jonka tavoitteena on, että vajaakuntoinen henkilö voi jatkaa työelämässä tai palata sinne. Käsittelyn ulkopuolelle jää siis muiden tahojen järjestämä kuntoutus, joskin kokonaisuuden hahmottamisen vuoksi kuntoutusjärjestelmä ja muut ammatillisen kuntoutuksen järjestäjät esitellään lyhyesti. Myös lääkinnällisen, kasvatuksellisen ja sosiaalisen kuntoutuksen käsittely on lyhyttä kuvailua lukuun ottamatta rajattu pois, sillä työeläkejärjestelmä ei tue näitä kuntoutusmuotoja. Erilaiset työpaikoilla tehtävät työhyvinvointia edistävät toimenpiteet sekä työterveyshuollon lakisääteiset velvoitteet tähtäävät niin ikään työkyvyn ylläpitämiseen. Tällainen työpaikan oma toiminta ei ole kuitenkaan työeläkekuntoutusta, joten sitä ei tässä tutkimuksessa käsitellä.

Tutkittaessa työterveyshuollon näkemyksiä työeläkekuntoutuksesta ja sen käynnistämiseen liittyvistä haasteista, on kohderyhmäksi rajattu ainoastaan työterveyslääkärit. Käsittelyn ulkopuolelle jäävät siis työterveyshuollon muiden ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden näkemykset, vaikka esimerkiksi työterveyshoitajilla on merkittävä rooli työkykyongelmien varhaisessa havaitsemisessa ja jatkotutkimuksiin ohjaamisessa. Rajaukseen on päädytty siitä syystä, että työeläkekuntoutuksen edellyttämä objektiivinen arvio sairauden aiheuttamasta työkyvyttömyyden uhasta on säädetty yksin-

²⁰ Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 28.

²¹ (Työ)eläkelaitos voi olla eläkeyhtiö, eläkesäätiö, eläkekassa tai alakohtainen eläkelaitos (www.tyoelake.fi 2008).

omaan lääkärikunnan tehtäväksi. Rajauksen avulla vastaajajoukosta saatiin myös homogeenisempi ja tuloksista täten helpommin vertailtavia.

Kuten jo tämän tutkimuksen otsikosta käy ilmi, on tarkastelun kohteena työeläkekuntoutuksen käynnistäminen. Kuntoutuksen toteuttamiseen, seurantaan tai prosessin muihin vaiheisiin ei siis tässä työssä paneuduta. Käynnistämisvaiheeseen liittyviä ongelmia ja kehittämisajatuksia tarkastellaan työterveyslääkäreiden ja heidän edustamansa työterveyshuollon näkökulmasta. Välillisesti tutkimuksen voidaan kuitenkin nähdä katsovan asiaa myös työeläkejärjestelmän ja koko yhteiskunnan kannalta, sillä kuntoutusprosessin sujuva ja oikea-aikainen vireille saattaminen vaikuttaa merkittävästi toiminnan tuloksellisuuteen, ja tätä kautta myös työvoiman riittävyys turvaamiseen.

1.5 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot

Varsin perinteinen tapa ryhmitellä tutkimuksia on jako empiirisiin ja teoreettisiin tutkimuksiin. Tarkka rajanveto näiden tutkimussuuntausten välillä ei ole kuitenkaan selkeä, sillä useimmista tutkimuksista on löydettävissä sekä empiirisen että teoreettisen tutkimuksen piirteitä. Tätä tutkimusta voi nimittää kyselyyn perustuvaksi empiiriseksi tutkimukseksi. Kohteena on siis reaalimaailman ilmiö, josta hankitaan uutta tietoa jollakin systemaattisella tiedonhankintamenetelmällä. Jokainen empiirinen tutkimus sisältää kuitenkin myös teoreettisia aineksia.²² Tässä tutkimuksessa teoriaosuus perustuu tutkittavaa aihepiiriä sivuvaan kirjallisuuteen, tutkimuksiin, artikkeleihin sekä lainsäädäntöön. Suomen kuntoutusjärjestelmä on vahvasti lakisääteinen, kansallisista erityispiirteistä koostuva kokonaisuus. Tästä syystä lähdemateriaalina on käytetty lähes yksinomaan kotimaista aineistoa. Pääasiassa yhteiskuntatieteellisesti painottuneiden kuntoutusta käsittelevien julkaisujen ohella myös lääketieteelliset artikkelit ja muut julkaisut muodostavat merkittävän osan tutkimuksen teoreettisen osuuden aineistosta.

Tutkimukset jaetaan usein myös kvantitatiivisiin eli määrällisiin ja kvalitatiivisiin eli laadullisiin tutkimuksiin. Tämäkään jako ei ole kuitenkaan yksiselitteinen, ja lähestymistavat tulisi nähdä pikemminkin toisiaan täydentävinä kuin toisilleen vastakkaisina. Tätä tutkimusta voi kutsua kvantitatiivisesti painottuneeksi tutkimukseksi, jossa päätelmiä tehdään aineiston tilastolliseen analyysiin perustuen. Määrällistä tutkimusta edustaa myös tutkittavien henkilöiden otokseen perustuva valin-

²² Uusitalo 1995, 60.

ta²³. Kvantitatiivinen tutkimus on tilastollista tutkimusta, jonka avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia. Tavallisesti aineisto kerätään standardoidulla tutkimuslomakkeella. Asioiden kuvaamisessa käytetään numeerisia suureita, ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. Kvantitatiivista tutkimusta kritisoidaan usein pinnallisuudesta, koska siinä voidaan yleensä kartoittaa olemassa oleva tilanne, muttei selvittää riittävästi asioiden syitä. Myös kvalitatiivisella otteella on tärkeä sija tässä tutkimuksessa. Muun muassa syiden selvittämiseen ja toiminnan kehittämiseen soveltuvaa laadullista tutkimusta edustavat kyselylomakkeen avoimet kysymykset, joiden vähemmän strukturoitu luonne on tyypillistä kvalitatiiviselle tutkimukselle.²⁴

Tutkimusstrategiset valinnat määräytyvät tarkoituksen perusteella. Tämän tutkimuksen tarkoitus on lähinnä kuvaileva eli deskriptiivinen. Tarkoituksena on siis muun muassa dokumentoida ilmiön keskeisiä, kiinnostavia piirteitä. Kirjallisuudessa on esitetty kolme perinteistä tutkimusstrategiaa: kokeellinen, survey-tutkimus ja tapaustutkimus. Tässä tutkimuksessa strategiana käytetään survey-tutkimusta, jossa kerätään tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Järvikoski ja Härkäpää (2004, 233) toteavat sen olevan yleisesti käytetty lähestymistapa kuntoutuksen tutkimuksessa. Survey-tutkimuksessa tietystä ihmisjoukosta halutaan tehdä johtopäätöksiä siitä otettavan otoksen perusteella. Keskeisinä aineistonkeruumenetelminä käytetään strukturoitua haastattelua sekä tässäkin tutkimuksessa hyödynnettyä kyselylomaketta. Survey-tutkimuksen tavoitteena on kuvailla, vertailla ja selittää ilmiöitä kerätyn aineiston avulla.²⁵ Kyselyn toteuttamista kuvaillaan luvussa 5.1.

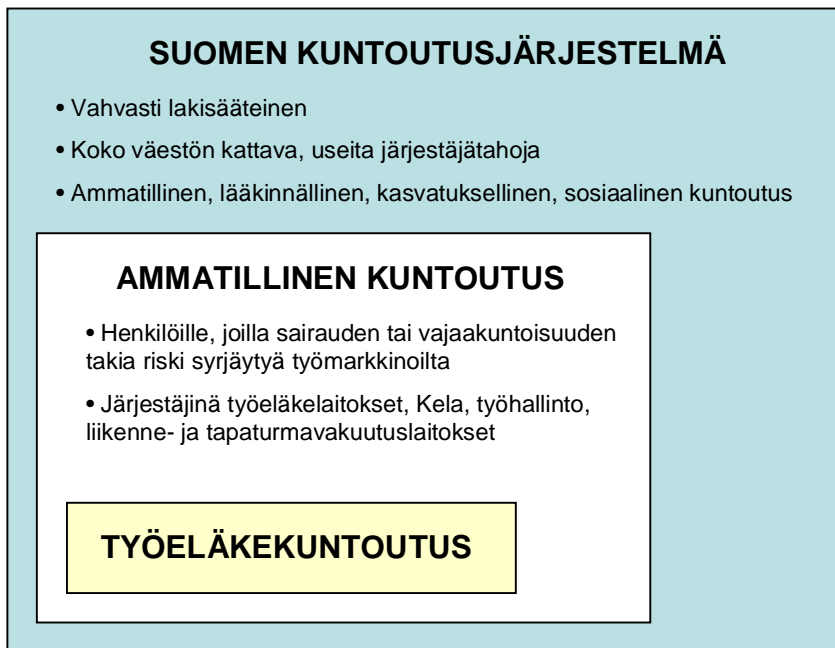
1.6 Tutkimuksen viitekehys ja tutkimuksen kulku

Tutkimuksen aihepiirin monitahoisuuden sekä kokonaiskuvan ymmärrettävyyden helpottamiseksi on tutkimuksen teoreettinen viitekehys esitetty kahdessa eri kuviossa. Kuvio 1 havainnollistaa työeläkekuntoutuksen sijoittumista osana Suomen laajaa, koko väestön kattavaa kuntoutusjärjestelmää. Työeläkekuntoutus on työeläkelaitosten järjestämää ammatillista kuntoutusta, jota voidaan puolestaan pitää yhtenä kuntoutuksen neljästä muodosta. Ammatillisen kuntoutuksen avulla pyritään turvaamaan vajaakuntoisten henkilöiden pysyminen työmarkkinoilla.

²³ Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 126–127, 131.

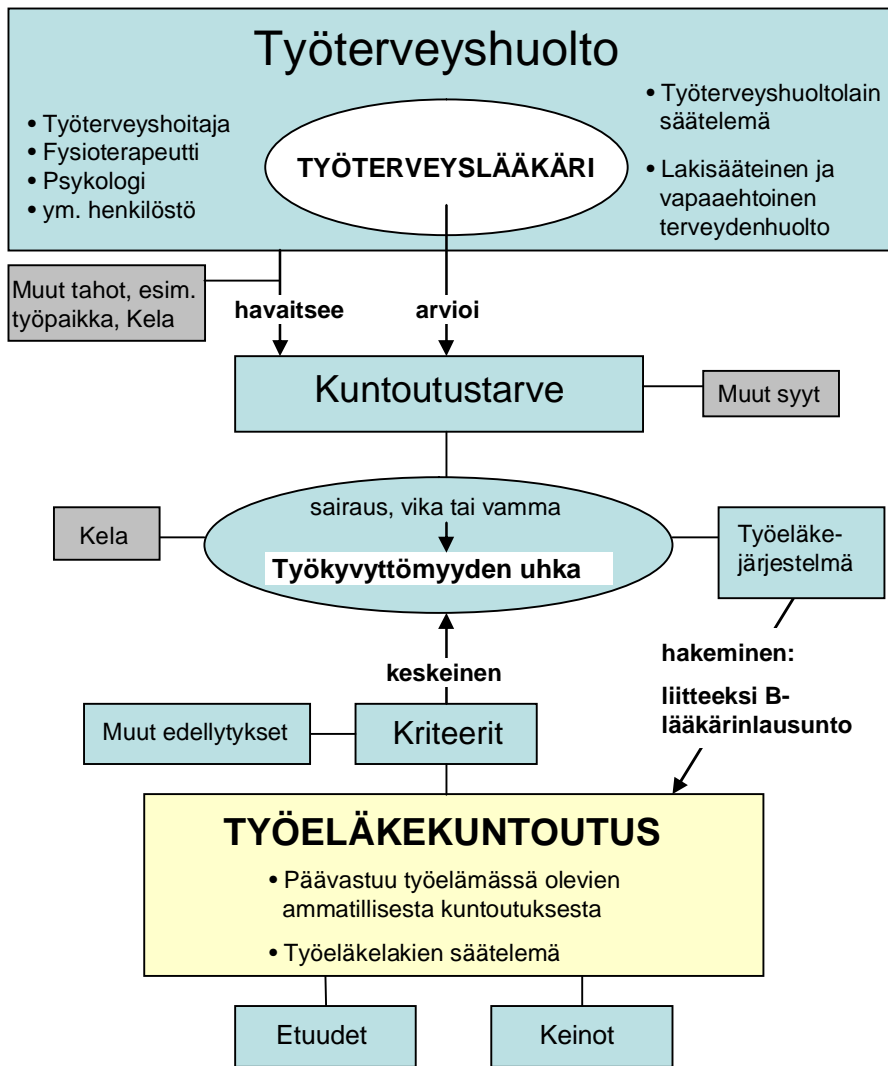
²⁴ Heikkilä 2004, 16–17.

²⁵ Hirsjärvi ym.2005, 125–126, 128–130.



Kuvio 1 Työeläkekuntoutus osana Suomen kuntoutusjärjestelmää

Tutkimuksen viitekehystä syvennetään kuviossa 2, jossa on esitetty pelkistetysti työeläkekuntoutuksen keskeiset piirteet sekä työterveyshuollon rooli kuntoutuksen käynnistymisprosessissa. Työterveyshuolto toimii merkittävänä työikäisen väestön kuntoutustarpeen havaitsijana. Tarve kuntoutukseen voi syntyä useasta syystä. Mikäli työterveyslääkäri arvioi sen johtuvan sairauden, vian tai vamman aiheuttamasta työkyvyttömyyden uhasta, voi työeläkejärjestelmän ammatillinen kuntoutus tulla kyseeseen. Sen hakemista varten tarvitaan lääkärinlausunto, jossa työeläkekuntoutuksen keskeisenä edellytyksenä oleva työkyvyttömyyden uhka todetaan. Jos muutkin kriteerit täyttyvät, tarjoaa työeläkekuntoutus erilaisia keinoja sekä taloudellista tukea työelämässä jatkamiseksi.



Kuvio 2 Työterveyshuolto työeläkekuntoutuksen käynnistäjänä

Tutkimus jakautuu johdannon jälkeen viiteen päälukuun. Luvut kaksi, kolme ja neljä muodostavat tutkimuksen teoriaosuuden. Toisessa luvussa luodaan tiivis katsaus Suomen kuntoutusjärjestelmästä kokonaisuutena sekä ammatillisen kuntoutuksen osuudesta siinä. Luvun tarkoituksena on auttaa lukijaa hahmottamaan – kuvion 1 mukaisesti – kolmannessa luvussa esiteltävä työeläkekuntoutus osana laajempaa kontekstia. Neljäs luku tarkastelee työterveyshuollon roolia ja tehtäviä työeläkekuntoutuksen käynnistämiseksi, rakentuen näin vahvasti kuviossa 2 esitetyn prosessin ympärille. Tämän jälkeen siirrytään tutkimuksen empiiriseen osuuteen. Viidennessä luvussa perehdytään tutkimuksen toteuttamiseen sekä esitellään tutkimuksen keskeiset tulokset. Viimeisessä päätelmäluvussa saaduista tuloksista pyritään luomaan synteesejä. Siinä kootaan siis yhteen tutkimuksen pääseikat ja asetettuihin tutkimusongelmiin vastataan empiirisessä osiossa saatujen tulosten perusteella. Luvussa arvioidaan myös tutkimuksen onnistumista erityisesti sen reliabiliteetin ja validiteetin

tin kannalta sekä pohditaan tutkimusaiheen tulevaisuudennäkymiä ja mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

2 AMMATILLINEN KUNTOUTUS OSANA SUOMEN KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄÄ

2.1 Suomen kuntoutusjärjestelmästä

Ennen kuin työeläkekuntoutuksen lähempi tarkastelu on mielekästä, on ammatillinen kuntoutus syytä sijoittaa osaksi laajempaa kokonaisuutta. Tämän vuoksi seuraavassa luodaan tiivis yleiskuva kuntoutuksesta sekä maamme kuntoutusjärjestelmän kehitysvaiheista ja nykytilasta.

2.1.1 Mitä on kuntoutus?

Kuntoutus voidaan määritellä varsin monin tavoin. Valtioneuvoston vuonna 2002 eduskunnalle antamassa kuntoutusselonteossa kuntoutus määritellään ihmisen tai ihmisten ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on edistää itsenäistä selviytymistä, toimintakykyä, hyvinvointia ja työllisyyttä. Se on monialaista ja suunnitelmallista sekä usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka avulla pyritään auttamaan kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutuksen monialaisuus ja menetelmät erottavat sen hoidosta. Rajanveto hoidon ja kuntoutuksen välillä on kuitenkin toisinaan vaikeaa, eikä sitä ole aina tarpeen tehdä. ²⁶

Näkökulmasta ja tavoitteista riippuen, kuntoutus voidaan Järvikosken ja Härkäpään (2004, 17–22) mukaan ymmärtää toimenpiteiden kokonaisuutena, prosessina tai yhteiskunnallisena toimintajärjestelmänä. Se voidaan käsittää ensinnäkin erilaisista toimenpiteistä koostuvana kokonaisuutena, jolla tähdätään yksilöllisesti asetettuihin tavoitteisiin. Toisaalta kuntoutus koostuu usein eriaikaisista, eri organisaatioiden toteuttamista toimenpiteistä, joiden tulisi muodostaa katkeamaton prosessi. Tähän näkökulmaan liittyy myös ajatus kuntoutujan henkilökohtaisesta muutosprosessista. Kolmanneksi

²⁶ Kuntoutusselonteko 2002, 3.

kuntoutus voidaan nähdä yhteiskunnallisena toimintajärjestelmänä, jonka tavoitteena on erityisesti työkykyisen työvoiman riittävyyden turvaaminen.

Sisältönsä mukaan kuntoutus voidaan jakaa lääkinälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Lääkinällinen kuntoutus käsittää lääketieteellisiin tutkimuksiin perustuvat yksilön fyysistä tai psyykkistä toimintakykyä parantavat tai ylläpitävät toimenpiteet, kuten erilaiset terapiat. Ammatillinen kuntoutus sisältää puolestaan sellaiset toimenpiteet, joiden tavoitteena on kuntoutujan työkyvyn säilyttäminen. Se on tarkoitettu henkilöille, jotka ovat sairauden tai vajaakuntoisuuden vuoksi vaarassa syrjäytyä työmarkkinoilta. Ammatilliseen kuntoutukseen syvennyttään lähemmin luvussa 2.2. Kasvatuksellisella kuntoutuksella viitataan lähinnä vajaakuntoisen tai vammaisen lapsen koulutukseen ja kasvatukseen sekä niiden järjestelyihin. Sosiaalisena kuntoutuksena pidetään yleensä kotiavun ja asumispalveluiden kaltaisia toimenpiteitä, joiden tavoitteena on sosiaalisen toimintakyvyn saavuttaminen. Tällainen nelikenttäjako antaa karkean yleiskuvan kuntoutuksen monimuotoisesta sisällöstä. Usein kuntoutus koostuu kuitenkin useasta toisiaan täydentävästä osa-alueesta.²⁷

Kuntoutus on moniulotteinen toimintakokonaisuus, jonka sisältö ja tavoitteet muuttuvat yhteiskunnan muuttuessa. 1990-luvun taloudellinen lama, väestön ikärakenteen muuttuminen, lääketieteen ja teknologian kehitys sekä työelämän muutokset ovat esimerkkejä sellaisista merkittävistä muutostrendeistä, jotka ovat vaikuttaneet siihen, mitä kuntoutus tänään on.²⁸ Karjalainen (2004, 11) toteaa kuntoutuksen olevan erikoinen kehityksen näköalapaikka sen yhteiskuntapoliittisten lonkeroiden ulottuessa monella tavalla sosiaali-, terveys-, talous- ja työllisyyspolitiikan alueille.

2.1.2 Kuntoutuksen kehitysvaiheita

Suomalaisen kuntoutustoiminnan esivaiheet voitaneen sijoittaa 1800-luvun eurooppalaiseen vammaishuoltoon ja köyhänapuun. Tuolloin Suomeen perustettiin ensimmäisiä vammaisjärjestöjä ja vajaakuntoisille tarkoitettuja kouluja. Työvoiman vaihtuvuuden lisääntyessä teollistuvassa yhteiskunnassa suhde työnantajan ja työntekijän välillä muuttui epäpersoonalliseksi, eivätkä työnantajat katsoneet enää velvollisuudekseen huolehtia työntekijöidensä auttamisesta tapaturman tai sairauden sattuessa. Yhteiskunnan taloudellisen edun nähtiin kuitenkin vaativan työkyvyttömiä sosiaalista

²⁷ Kukkonen, Mikkola, Siitonen & Vuorinen 2003, 13–14; Järvikoski & Härkäpää 2004, 23–24.

²⁸ Järvikoski & Härkäpää 2004, 10.

huoltoa. Teollisen kumouksen ohella kuntoutuksen kehittymisen kimmokkeena voidaan pitää yleistä sosiaalisen omantunnon heräämistä.²⁹

Ensimmäinen maailmansota antoi seuraavan sysäyksen kuntoutuksen kehitykselle useissa maissa, kun sotavammaisia alettiin kuntouttaa työvoimapulan ehkäisemiseksi. Suomessa valtion rooli kuntoutuksessa oli 1940-luvulle asti melko vaatimaton, ja kuntoutustoiminta alkoi konkretisoitua so-tainvalidikysymyksen myötä vasta talvi- ja jatkosodan aikaan. Maamme ensimmäisenä varsinaisena kuntoutuslakina voidaan pitää vuoden 1946 invalidihuoltolakia. Näihin aikoihin kuntoutus oli luonteeltaan hoidon jälkeistä korjaavaa, palauttavaa toimintaa. 1960-luvulla kuntoutusta alettiin vähitellen integroida kiinteäksi osaksi yleisiä sosiaali-, terveys-, työvoima- ja koulutuspalveluja tuottavia toimintasektoreita. Tuolloin alkoi myös työeläkejärjestelmän toteuttama kuntoutus. Integroitumiskehityksellä pyrittiin helpottamaan tasavertaista kuntoutuspalveluihin pääsemistä, kun kuntoutus oli alun perin suunnattu vain rajatuille kohderyhmille.³⁰

Järvikoski ja Härkäpää (2004, 44–52) näkevät Suomen sotien jälkeisen kuntoutuksen historiassa neljä rinnakkaista laajentumistapaa. Ensimmäinen on määrällinen laajentuminen, joka viittaa kuntoutettavien määrän kasvuun sekä käytettävissä olevien taloudellisten resurssien lisääntymiseen. Toinen on kuntoutuksen sairauskäsityksen laajentuminen eli uusien sairauksien ottaminen kuntoutuksen piiriin. Tähän laajentumistapaan liittyy myös biolääketieteellisen sairauskäsityksen viimeaikainen korvautuminen entistä laaja-alaisemmalla, kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen pohjautuval-la biopsykososiaalisella sairauskäsityksellä. Jälkimmäinen käsitys huomioi biofyysisten tekijöiden ohella myös psyykkiset tekijät ja sosiaaliset olosuhteet sairastumiseen vaikuttavina tekijöinä. Kolmas laajentumistapa liittyy kuntoutuksen laadulliseen laajentumiseen eli sen käynnistämiskriteerien laajenemiseen sairauden aiheuttaman vajaakuntoisuuden ohi myös muihin työ- ja toimintakykyä alentaviin tiloihin. Neljäntenä laajentumistapana voidaan pitää strategista laajentumista, jolla tarkoitetaan kuntoutuksen toteuttamista entistä varhaisemmassa vaiheessa. Näin painopiste on kehittynyt korjaavasta kohti ennaltaehkäisevää toimintaa ja varhaiskuntoutusta.³¹

Kuntoutuksen kehitystä voidaan tarkastella myös kuntoutusparadigman muutoksen näkökulmasta. Paradigman käsitteellä tarkoitetaan tällöin niitä yleisiä ajattelu- ja toimintatapoja, jotka ovat kuntoutustoiminnan perustana ja ohjaavat sen toteutusta. Kuntoutuksessa on vallinnut pitkään vajavuus-

²⁹ Järvikoski & Härkäpää 2004, 38–39.

³⁰ Puumalainen & Vilkkumaa 2001, 16–17; Järvikoski & Härkäpää 2004, 39–43.

³¹ Järvikoski & Härkäpää 2004, 44–52, 80–81.

keskeinen toimintamalli, jossa korostuu vajavaisuuksien korjaaminen yksilöä parantamalla, sopeuttamalla ja valmentamalla. Tämän asiantuntijapainotteisen lähestymistavan rinnalle on kehittynyt yksilön vaikutusmahdollisuuksia, itsemääräämistä ja osallisuutta korostava valtaistava toimintamalli, joka tarkastelee kuntoutujaa hänen toimintaympäristössään. Uuden ajattelumallin myötä kuntoutuksessa on alettu ymmärtää aikaisempaa laajemmin, etteivät syyt vajaakuntoisuuteen ole ihmisissä itsessään, vaan kyse on aina ihmisen ja hänen ympäristönsä välisestä vuorovaikutuksesta. Paradigmamuutos on merkinnyt kuntoutujälähtöisyyden painottamista; kuntoutuja on prosessin aktiivinen, osallistuva subjekti. Vajavuuksien ohella korostuvat erityisesti kuntoutujan jäljellä olevat voimavarat.³²

2.1.3 Kuntoutusjärjestelmä tänään

Kuntoutuksen integroituminen yhteiskunnan yleisiin palvelujärjestelmiin merkitsi kuntoutustoiminnan sektoroitumista eli eri asiantuntemusalueiden eriytymistä, kun kukin järjestelmä loi omat kuntoutussäädöksensä. Kuntoutusjärjestelmästämmekin väistämättä kehittynyt paitsi laaja ja monipuolinen, myös varsin monimutkainen ja monitahoinen toimintakokonaisuus. Se rakentuu pääasiassa kuntoutusta ohjaavasta lainsäädännöstä sekä siihen nojaavista kuntoutuspalveluja rahoittavista ja tuottavista viranomaisista sekä organisaatioista. Suurin nykyisen järjestelmän monimutkaisuudesta johtuva ongelma on Puumalaisen ja Vilkkumaan (2001, 19) mukaan palveluita ja niiden edellytyksiä koskevan tiedonsaannin vaikeus. Myös vuoden 2002 kuntoutusselonteossa todetaan, että kuntoutuksen kokonaisuuden hahmottaminen on yhä hankalampaa niin kuntoutuksesta päättävälle kuin kuntoutujillekin.³³

Suomalaista kuntoutusta voidaan kuvata kolmesta sektorista koostuvana mallina. Päävastuu kuntoutuksesta on julkisella sektorilla, joskin yksityissektorin painoarvo on viime aikoina lisääntynyt. Yksityinen sektori käsittää yksityisen vakuutusjärjestelmän ja yksityiset palveluntuottajat, kuten kuntoutuslaitokset. Kolmas sektori sisältää puolestaan kansalais- ja vapaaehtoistoiminnan toteuttaman kuntoutuksen, jossa erityisesti Raha-automaattiyhdistyksellä on merkittävä rooli. Sektorijaon lisäksi kuntoutus jakautuu myös paikallis-, alue- ja keskushallintotasolla toimivaksi järjestelmäksi. Valta-

³² Järvikoski & Härkäpää 2004, 52–55.

³³ Kuntoutusselonteko 2002, 3; Järvikoski & Härkäpää 2004, 43–44, 56.

osa julkisen sektorin kuntoutusprosesseista hoidetaan paikallis- ja aluetasoilla, kun taas yksityissektorin kuntoutustoiminta on keskushallintopainotteista.³⁴

Huomattava osa kuntoutusprosesseista toteutetaan yhden järjestäjäorganisaation sisällä. Usein mukana on kuitenkin joko samaan aikaan tai peräkkäin useampia tahoja. Tällöin – siirryttäessä tasolta tai kuntoutuksen järjestäjätaholta toiselle – on vaarana, että yhtenäinen palveluketju hidastuu tai katkeaa. Ongelmat kuntoutusprosessin toimivuudessa saattavat johtua myös eri osajärjestelmien ristiriitaisista tulkinnoista kullekin kuuluvista tehtävistä.³⁵ Koska kuntoutus perustuu monesti usean osajärjestelmän toimintaan, tulisi eri osien kuitenkin toimia synkronoidusti, yhteistyössä. Tätä varten on säädetty laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003). Vuonna 2003 voimaantulleessa uudistetussa laissa painotetaan asiakkaan osallistumista ja kuntoutuksen suunnitelmallisuutta. Laissa säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja asiakkaan asemasta sekä paikallisten, alueellisten ja valtakunnallisten kuntoutuksen yhteistyöelinten kokoonpanosta ja tehtävistä.³⁶ Liitteenä olevassa taulukossa 1 on esitetty kuntoutuksen osajärjestelmät sekä niiden kohderyhmät, kuntoutusmuodot ja etuudet (LIITE 1). Kuten taulukosta ilmenee, on sosiaali- ja terveydenhuollolla, koulutoimella, työhallinnolla, Kansaneläkelaitoksella (Kela), työeläkelaitoksilla sekä vakuutuslaitoksilla omat tehtävänsä kuntoutuksen laajassa kokonaisuudessa.

2.2 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillinen kuntoutus kohdistuu siis henkilöihin, joilla on sairauden tai vajaakuntoisuuden takia tavallista suurempi riski syrjäytyä työmarkkinoilta – joko työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikais-työttömyyteen. Se käsittää ammattiin tai työhön liittyviä toimenpiteitä, joiden avulla pyritään estämään syrjäytymisprosessin eteneminen ja varmistamaan henkilön integroituminen työelämään.³⁷

2.2.1 Työnjako ja toimintastrategiat

Ammatillista kuntoutusta järjestävät ja tukevat Suomessa useat eri tahot useiden eri lakien nojalla, ja esimerkiksi muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomen malli on varsin hajautunut. Lainsäädäntö ei sisällä selkeää ohjetta työnjaosta. Tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutus on kuitenkin sää-

³⁴ Lahtela, Grönlund, Röberg & Virta 2002, 15–16; Järvikoski & Härkäpää 2004, 56–57.

³⁵ Lahtela ym. 2002, 16; Järvikoski & Härkäpää 2004, 170.

³⁶ Kuntoutuselonteko 2002, 19; Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

³⁷ Järvikoski & Härkäpää 2004, 194.

detty ensisijaiseksi muuhun kuntoutukseen nähden. Kuntoutuksesta vastuussa oleva taho määräytyy henkilön kuntoutustarpeen ja kuntoutuksesta vastaavien järjestelmien tehtävien mukaisesti. Tapaturma- tai liikennevakuutusyhtiö tukee kuntoutusta silloin, kun työkyvyttömyyden tai sen uhan aiheuttajana on työtapaturma, ammattitauti tai liikennevahinko. Työkyvyttömyyden tai sen uhan aiheutuessa muusta vahingosta, on työeläkejärjestelmällä päävastuu työntekijöiden ja yrittäjien ammatillisesta kuntoutuksesta. Työeläkekuntoutukseen syvennyttään luvussa 3. Kela vastaa kuntoutuksesta silloin, kun henkilöllä ei ole oikeutta työeläkekuntoutukseen. Työhallinto huolehtii puolestaan työttömien ja työttömyysuhan alaisten henkilöiden ammatillisesta kuntoutuksesta.³⁸

Järvikosken ja Härkäpään (2004, 195–196) mukaan ammatillisella kuntoutuksella on kaksi perustrategiaa: työvoiman tarjonta-aspektiin sekä työvoiman kysyntäaspektiin vaikuttaminen. Ensiksi mainittu viittaa kuntoutujan työmarkkinallisiin valmiuksiin vaikuttamiseen eli hänen resurssiensa kehittämiseen esimerkiksi koulutuksen keinoin. Tällaisen yksilöllisen strategian ongelmana on kuitenkin se, että kuntoutus toteutuu irrallaan työelämästä, eivätkä henkilön parantuneet valmiudet välttämättä johda työmarkkinoille asti. Myös tutkimustieto viittaa siihen, että ammatillinen kuntoutus on tehokkaampaa silloin, kun yksilöön kohdistuvat toimenpiteet yhdistetään työmenetelmien ja työolosuhteiden sovittamiseen³⁹.

Toisen strategian – työvoiman kysyntäaspektiin vaikuttamisen – tavoitteena on luoda työmarkkinoille sellaisia olosuhteita, jotka lisäävät kuntoutujan työpanoksen kysyntää. Työelämän ja työmarkkinoiden käytäntöihin pyritään siis vaikuttamaan niin, että vajaakuntoisen henkilön työllistymismahdollisuudet paranevat. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi töiden räätälöintiä sopivaksi tai työpaikoilla vallitsevien vajaakuntoisuuden liittyvien ennakkoluulojen vähentämistä. Hyvin suunnitellussa kuntoutuksessa nämä kaksi strategiaa eivät ole vastakkaisia, vaan toisiaan täydentäviä. Viime vuosiin saakka kysyntäaspektiin vaikuttaminen on kuitenkin ollut harvinainen strategia suomalaisessa ammatillisessa kuntoutuksessa. Tuettu työllistyminen on toimintamalli, joka korostaa erityisesti kysyntäaspektiin vaikuttamista. Mallissa tukihenkilö tai ohjaaja tukee kuntoutujaa työllistymisvaiheen lisäksi tarvittaessa myös työssäoloaikana. Tämä on tärkeää, sillä kuntoutuksen jälkeinen työsuhte saattaa esimerkiksi mielenterveyskuntoutujilla katketa tuen puuttumisen, ei työkyvyn tai

³⁸ Kukkonen ym. 2003, 16–20; Järvikoski & Härkäpää 2004, 197–198.

³⁹ Järvikoski 2002, 53.

suoriutumisen ongelmien takia. Mielenterveyskuntoutujien tuetun työllistymisen tuloksellisuudesta onkin lupaavaa näyttöä ja toimintaa olisi syytä kehittää.⁴⁰

2.2.2 Tavoitteena työkyvyttömyyden torjunta

Työkyvyttömyyden torjunta on ammatillisen kuntoutuksen keskeinen tavoite. Työkyvyttömyys on merkittävä yksilöä, yrityksiä ja yhteiskuntaa uhkaava riski. Yksilölle työssäolo kannattaa yleensä niin sosiaalista kuin taloudellisista syistä. Yritysten kannalta työkyvyttömyys uhkaa työvoiman saatavuutta ja pysyvyyttä. Yksityissektorilla se vaikuttaa myös yritysten maksamiin työkyvyttömyyseläkekustannuksiin. Mitä suurempi yritys, sitä suurempi osuus kustannuksista kuuluu työnantajan maksettavaksi. Yhteiskunnan tasolla työkyvyttömyyden riski koskee ennen kaikkea työvoiman riittävyyden ja sosiaaliturvan kestäväen rahoituksen turvaamista.⁴¹ Työkyvyttömyys määritetään yleensä sairauden tai vamman aiheuttamien haittojen pohjalta. Ilmiön lääketieteellisestä perustasta huolimatta on sen taustalla kuitenkin aina hallinnollisin ja poliittisin perustein laadittu määritys siitä, millaiset yksilön ja työn välisen suhteen ongelmat katsotaan kunakin ajankohtana kompensatioon – esimerkiksi eläkkeeseen – oikeuttaviksi.⁴²

Lainsäädännössä työkyvyttömyys on määritelty eri sosiaalivakuutusmuodoissa eri tavoin. Tämän tutkimuksen kannalta olennaiset työkyvyttömyysmääritelmät on kirjattu työeläkelakeihin. Yksityisen sektorin työntekijän eläkelain (TyEL) 35 §:n työkyvyttömyyttä koskeva määritelmä kuuluu seuraavasti:

Työntekijällä on oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen, jos hänen työkykynsä arvioidaan olevan heikentynyt sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään kahdella viidesosalla yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajan. Työkyvyttömyyseläke myönnetään täytenä eläkkeenä, jos työntekijän työkyky on heikentynyt vähintään kolmella viidesosalla. Muussa tapauksessa työkyvyttömyyseläke myönnetään osatyökyvyttömyyseläkkeenä. Työkyvyn heikentymistä arvioitaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja sellaisella saatavissa olevalla työllä, jota työntekijän voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. Tällöin otetaan huomioon myös työntekijän koulutus, aikaisempi toiminta, ikä, asuinpaikka ja muut näihin rinnastettavat seikat. Jos työkyky vaihtelee, otetaan huomioon työntekijän vuotuinen ansio.⁴³

⁴⁰ Järvikoski & Härkäpää 2004, 195–196, 204–205; Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen, 24; Järvikoski 2002, 51, 53.

⁴¹ Kukkonen ym. 2003, 183; Ahonen 2006, 47–49.

⁴² Järvikoski & Härkäpää 2004, 107.

⁴³ TyEL 35 § 1 ja 2 mom.

TyEL:n niin sanottu yleinen työkyvyttömyysmääritelmä ei ole puhtaasti ammatillinen. Eläkkeen saamiseksi ei siis riitä, että henkilö tulee työkyvyttömäksi aikaisempaan työhön. Pykälä sisältää kuitenkin erityissäännöksen, jonka mukaan yli 60-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkeharkinnassa painotetaan työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta. Yrittäjäeläkelaeissa (YEL ja MYEL) on vastaavat työkyvyttömyysmääritelmät kuin TyEL:ssä. Julkisen sektorin eläkesäädöksissä, kuten valtion eläkelaiissa (VaEL) ja kunnallisessa eläkelaiissa (KuEL), työkyvyttömyys määritellään kahdella tavalla sen mukaan, onko työkyvyttömyys alkanut palveluksen aikana vai sen päätyttyä. Mikäli henkilö on jo työkyvyttömyyseläkkeelle jäädessään eronnut palveluksesta, on määritelmä sama kuin TyEL:ssä. Jos taas työkyvyttömyys on alkanut palveluksen aikana, arvioidaan, onko eläkkeenhakija sairauden, vian tai vamman vuoksi tullut kykenemättömäksi omaan virkaansa tai työhönsä. Henkilön ei siis edellytetä vastaanottavan muuta hänelle sopivaa työtä. Tällöin puhutaan niin sanotusta ammatillisesta työkyvyttömyydestä.⁴⁴

Ammatillinen kuntoutus on työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden ensisijaista siten, että henkilön kuntoutusmahdollisuudet on selvitettävä ennen työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä. Jos työkyvyn arvioidaan palautuvan hoidon tai kuntoutuksen avulla, eläke myönnetään määräaikaisena kuntoutustukena. Vuonna 2004 toteutetun kuntoutuksuudistuksen myötä työeläkelaitosten ja Kelan järjestämän ammatillisen kuntoutuksen keskeiseksi kriteeriksi tuli asianmukaisesti todettu työkyvyttömyyden uhka, jota tarkastellaan lähemmin luvussa 3.2. Uudistus korostaa ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Tavoitteena on kuntoutuksen aloittamisen varhentaminen, jolloin sen onnistumisprosentti kasvaa ja työssä jatketaan pidempään. Uudistuksen voitaneen nähdä osaltaan toteuttaneen luvussa 2.1.2 mainittua kuntoutuksen strategista laajentumista.

⁴⁴ TyEL 35 § 3 mom.; YEL 32 §; MYEL 47 §; VaEL 35 §; KuEL 24 §; Aro 2006, 214–215.

3 TYÖELÄKEKUNTOUTUKSEN KESKEISET PIIRTEET

3.1 Toiminnan yleiset periaatteet

Työeläkekuntoutus on sekä julkisten että yksityisten alojen työeläkelaitosten järjestämää ammatillista kuntoutusta, jonka tarkoituksena on se, että yksilö kykenee sairaudesta, viasta tai vammasta huolimatta jatkamaan työuraansa. Se tukee osaltaan työeläkealan yleisiä työurien pidentämiseen ja eläkemenojen säästämiseen tähtääviä tavoitteita (kuvio 3). Työeläkekuntoutus on tarkoitettu paitsi työelämässä mukana olevien työkyvyttömyyden estämiseksi, myös jo työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työkyvyn palauttamiseksi. Pääsääntöisesti kuntoutusta annetaan kuitenkin työelämässä oleville henkilöille, joilla on terveydellisistä syistä johtuvia vaikeuksia jatkaa ammatissaan.⁴⁵ Vuoden 2006 kuntoutuspäätösten suurimmat sairausryhmät olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielen-terveysongelmat, joiden yhteenlaskettu osuus kaikista päätöksistä oli 72 prosenttia⁴⁶.



Kuvio 3 Työeläkekuntoutus osana työeläkevakuuttajien toimintaa (Työeläkekuntoutus, 6. TELA 2007)

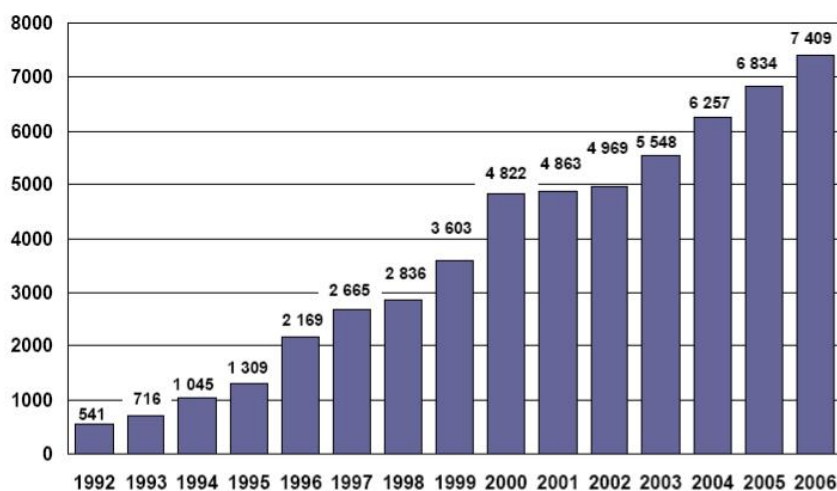
Työeläkelakien mukainen kuntoutus on poikkeuksetta ammatillista kuntoutusta. Aikaisemmin ammatillisen kuntoutuksen tukemiseksi voitiin tietyin ehdoin myöntää myös lääkinällistä kuntoutusta, mutta vuoden 2007 alusta lähtien tämä mahdollisuus poistui. Työeläkekuntoutus on aina myös yksilöllistä. Vuoden 2004 kuntoutusuudistuksen myötä työeläkekuntoutus muuttui harkinnanvaraisesta

⁴⁵ Työeläkekuntoutus, 6–7; Kukkonen ym. 2003, 162.

⁴⁶ Saarnio 2007, 10.

lakisääteiseksi työeläke-etuudeksi. Tuolloin työeläkevakuutetut saivat valitusoikeuden kuntoutuspäätöksestä, ja vuoden 2007 alusta lähtien myös kuntoutuksen sisällöstä.⁴⁷

Vuonna 2006 työkyvyttömyyseläkkeen keskimääräiset vuosikustannukset olivat noin 12 000 euroa ja onnistuneen kuntoutuksen keskimääräiset kokonaiskustannukset noin 16 500 euroa. Näin ollen työeläkekuntoutus on työeläkealan kannalta taloudellisesti kannattavaa, kun henkilö jatkaa kuntoutuksen ansiosta työelämässä keskimäärin noin puolitoistavuotta pidempään.⁴⁸ Kuten alla oleva kuvio 4 osoittaa, on työeläkekuntoutujien määrä kasvanut voimakkaasti viime vuosikymmenen alusta alkaen. Samalla kuntoutustoiminnan tuloksellisuus on kehittynyt huikaisesti: vuonna 2006 kaikista kuntoutusohjelmansa päättäneistä 59 prosenttia palasi työhön ja vajaa viidennes (19 %) siirtyi eläkkeelle, kun vastaavat luvut vuonna 1996 olivat 34 ja 46 prosenttia.⁴⁹ TELA:n teettämä tuore työeläkeasenteita koskeva tutkimus osoittaa, että myös työeläkekuntoutuksen arvostus on nousussa. Tutkimuksen mukaan selvä enemmistö väestöstä (66 %) pitää kuntoutusta parempana vaihtoehtona kuin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Kuntoutuksen suosio on tutkimuksen mukaan kasvanut johdonmukaisesti vuodesta 2001.⁵⁰



Kuvio 4 Työeläkekuntoutusta saaneet vuosina 1992–2006 (Saarnio 2007, 17)

⁴⁷ Työeläkekuntoutus, 6, 19; Saarnio 2007, 15, 17.

⁴⁸ Saarnio 2007, 29.

⁴⁹ Saarnio 2007, 24.

⁵⁰ Työeläkeasenteet 2007, 17–18.

3.2 Työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytykset

Vaikka työeläkekuntoutuksesta tuli vuoden 2004 kuntoutuusuudistuksen myötä hakijan subjektiivinen oikeus, tulee tiettyjen kriteerien täytyttyä, jotta oikeus kuntoutukseen syntyy. Oikeudesta työeläkelaitosten järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen säädetään työeläkelaeissa⁵¹. Kuntoutuksen myöntämisen yleisinä edellytyksinä voidaan pitää seuraavia asioita:

- alle 63 vuoden ikä
- sairauden, vian tai vamman aiheuttama työkyvyttömyyden uhka
- kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus
- ansiorajavaatimuksen täytyminen
- vakiintuneisuus työelämään ja riittävä työeläketurvan ansainta
- ei oikeutta kuntoutukseen liikenne- tai tapaturmavakuutuksen perusteella
- ammatillinen kuntoutus ei vireillä muualla
- toteuttamiskelpoinen kuntoutussuunnitelma.

Keskeinen edellytys on asianmukaisesti diagnosoitu sairaus, vika tai vamma, joka aiheuttaa henkilölle todennäköisen uhan tulla lähitulevaisuudessa työkyvyttömäksi työeläkelaeissa tarkoitetulla tavalla. Kuntoutuusuudistuksessa työkyvyttömyyden uhan määritelmä nostettiin ETK:n laatimien soveltamisohjeiden tasolta lakitasolle. Työkyvyttömyyden uhalla tarkoitetaan tilannetta, jossa sairauden, vian tai vamman arvioidaan kehittyvän niin, että ilman ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä henkilö joutuu todennäköisesti joko täydelle tai osatyökyvyttömyyseläkkeelle lähivuosina, vaikka hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen mahdollisuudet on huomioitu. Lähivuosilla tarkoitetaan soveltamiskäytännön mukaan noin viiden vuoden aikaa.⁵² Työkyvyttömyyden uhan arviointiin kuntoutuksen käynnistämisen yhteydessä syvennyttään luvussa 4.3.2.

Toinen keskeinen työeläkekuntoutukseen oikeuttava kriteeri on se, että todettua työkyvyttömyyden uhkaa voidaan pienentää ammatillisen kuntoutuksen avulla. Kuntoutusta pidetään tarkoituksenmukaisena, mikäli sen avulla voidaan siirtää tai estää hakijan odotettavissa oleva työkyvyttömyys tai auttaa jo työkyvyttömyyseläkkeellä olevaa takaisin työelämään. Tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa kiinnitetään terveydentilan lisäksi huomiota henkilön ikään, ammattiin, koulutukseen ja aikai-

⁵¹ Esim. TyEL 25 §; VaEL 24 §; KuEL 17 §; YEL 22 §; MYEL 42 §.

⁵² ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 2, 31; Kukkonen ym. 2003, 165.

sempaan toimintaan. Lisäksi arvioidaan, johtaako haettu ammatillinen kuntoutus todennäköisesti siihen, että henkilö pystyy jatkamaan työntekoa tai palaamaan työelämään terveydentilalleen sopivassa työssä. On tärkeää arvioida, lykkääkö kuntoutus työntekijän tai yrittäjän eläkkeelle jäämistä eläkemenoa säästävasti. Tämä tarkoituksenmukaisuusarviointiin liittyvä taloudellisen kannattavuuden vaatimus tarkoittaa, että kuntoutukseen käytettävien kustannusten on oltava pienemmät kuin vastaava eläkemeno.⁵³ Edellä esitetyn kuntoutuksen ja työkyvyttömyyseläkkeen kustannusvertailun perusteella taloudellisen kannattavuuden vaatimus toteutuu siis henkilön jatkaessa työeläkekuntoutuksen ansiosta työelämässä noin puolitoistavuotta pidempään.

Työeläkekuntoutus on tarkoitettu alle 63-vuotiaille työntekijöille tai yrittäjille, joilla on koulutuksen tai työn kautta hankittu ammattipätevyys. Täten tavanomaiseen elämäntapaan liittyvää opiskelua tai ensimmäisen ammatin hankkimista ei tueta työeläkekuntoutuksena, vaan esimerkiksi vähäisen työhistorian omaavat kuuluvat Kelan kuntoutettaviksi. Työeläkekuntoutuksen myöntäminen edellyttääkin, että hakijan työssäolo on vakiintunutta. Työntekijällä tai yrittäjällä tulee olla työskentelystä saatuja ansioita vähintään 28 249,94 euroa (vuoden 2008 tasossa⁵⁴) kuntoutuksen hakemista edeltävien viiden kalenterivuoden ajalta. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevan hakijan osalta tutkitaan eläkkeen niin sanotun tulevan ajan ansioiden riittävyys. Ansiorajavaatimuksen täytyminen ei kuitenkaan yksinään ole riittävä osoitus henkilön vakiintumisesta työelämään. Yhteys työelämään ei saa olla katkennut. Jos työskentelyn päättymisestä on kulunut jo 2–3 vuotta, voidaan yhteyden yleensä katsoa katkenneen. Työeläketurvaa tulee lisäksi olla ansaittu kohtuullisen pitkään. Kokonaistyössäolon riittävyys arvioidaan aina tapauskohtaisesti.⁵⁵

Oikeus työeläkekuntoutukseen edellyttää myös, ettei henkilöllä ole oikeutta kuntoutukseen tapaturma- tai liikennevakuutuksen nojalla. Työeläkekuntoutus ei tule kyseeseen myöskään silloin, kun ammatilliset kuntoutustoimenpiteet ovat vireillä jo jossain muualla, esimerkiksi Kelassa tai työhallinnossa. Tämä ei kuitenkaan koske kuntoutuksen selvittelyä. Kuntoutuksen käynnistämiseksi hakijan on esitettävä lisäksi kuntoutussuunnitelma, josta käy ilmi suunnitellut kuntoutustoimenpiteet työssä jatkamiseksi tai sinne palaamiseksi. Tarvittaessa työeläkelaitos voi tukea suunnitelman laatimista, mikäli henkilöllä on todettu oikeus työeläkekuntoutukseen, mutta suunnitelma on vielä

⁵³ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 2, 31–32.

⁵⁴ <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi> 2008.

⁵⁵ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 2, 4, 30, 33; Kukkonen ym. 2003, 167.

hahmottumatta tai sitä ei pidetä toteuttamiskelpoisena.⁵⁶ Ammatilliseen kuntoutussuunnitelmaan palataan myöhemmin kuntoutuksen käynnistämisen yhteydessä luvuissa 3.5 ja 4.4.

3.3 Työeläkekuntoutuksen keinot

Ammatillinen kuntoutus suunnitellaan aina hakijan yksilölliset tarpeet huomioiden. Työeläkekuntoutuksen monipuolinen keinovalikoima tarjoaakin monenlaisia ratkaisuja: kuntoutus voi olla työkokeilua, työhönvalmennusta, työhön tai ammattiin johtavaa koulutusta sekä tukea elinkeinotoiminnan aloittamiseen tai jatkamiseen. Lakeihin kirjatut keino luettelot ovat hyvin samansisältöiset kaikissa keskeisissä työeläkelaeissa⁵⁷. Laissa säädetty keinovalikoima ei kuitenkaan ole tyhjentävä, vaan valittavien toimenpiteiden on perustuttava tapauskohtaiseen harkintaan. Kuntoutustoimenpiteiden tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan huomioon muun muassa haetun kuntoutuksen sisältö, soveltuvuus henkilön iän, terveydentilan, ja sosiaalisen tilanteen kannalta sekä hakijan sitoutuneisuus esitettyyn suunnitelmaan. Myös suunnitelman työllistävyyttä ja sen aiheuttamia kustannuksia suhteessa odotettuun eläkemenon säästöön arvioidaan. Varsinaisen keinovalikoiman ohella neuvonta on tärkeä osa työeläkekuntoutusta. Työeläkelaitosten kuntoutustyöntekijät ohjaavat ja neuvovat kuntoutujia, työnantajia ja muita sidosryhmiä koko kuntoutusprosessin ajan.⁵⁸

3.3.1 Työpaikkakuntoutus

Työpaikkakuntoutuksella viitataan omalla tai jollakin muulla työpaikalla tapahtuvaan työkokeiluun ja työhönvalmennukseen. Työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen lähtökohtana on aina yhteistyö hakijan työpaikan kanssa, mikäli hakijan työsuhde on vielä voimassa. Tällöin ensimmäiseksi selvitetään töiden järjestely- ja uudelleensijoitusmahdollisuudet. Jos oma työpaikka tai työnantaja ei voi tarjota työkyvyttömyyden uhan alentamiseen johtavaa tehtävää, tutkitaan hakijan mahdollisuudet saada töitä muualta.⁵⁹ Vuonna 2006 työpaikkakuntoutujien osuus kaikista työeläkekuntoutujista oli 43 prosenttia. Työpaikkakuntoutus on kivunnut koulutuksen edelle suosituimpana kuntoutusmuotona. Se on myös kustannuksiltaan selvästi edullisin.⁶⁰

⁵⁶ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 37–38; Työeläkekuntoutus, 10–11.

⁵⁷ Ks. TyEL 26 §; VaEL 25 §; KuEL 17 § 3 mom.; YEL 23 §; MYEL 43 §.

⁵⁸ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 18–19, 34; Kukkonen ym. 2003, 169–170.

⁵⁹ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 18–19.

⁶⁰ Saarnio 2007, 20.

Työkokeilun tarkoituksena on selvittää työtehtävien soveltuvuutta kuntoutujalle. Kokeilu voi kohdistua joko entisiin tai entisenkaltaisiin tehtäviin tai uuteen työhön. Työnantaja ja kuntoutuja tekevät yhdessä työkokeilun kesto, sisältöä ja työaika koskevan kirjallisen sopimuksen, jonka myös eläkelaitoksen edustaja allekirjoittaa. Yleensä myös työterveyshuolto osallistuu työkokeilun suunnitteluun ja sen seurantaan. Tyypillisesti työkokeilu tulee kyseeseen sairauslomajakson jälkeen, kun työstä suoriutuminen on epävarmaa. Työhönpaluun tukemisen lisäksi työkokeilua voidaan käyttää uudelleensijoittumisen tukena tai ennen uudelleen koulutusta uuden ammattialan soveltuvuuden varmistamiseksi. Tavallisesti työkokeilu kestää muutamia kuukausia.⁶¹ Vuoden 2007 alusta lähtien vähintään 60 päivää sairauspäivärahaa saaneen henkilön työhönpaluuta voidaan tukea myös Kelan maksaman osasairauspäivärahan avulla. Tätä sairausvakuutusetuutta varten tarvitaan lääkärin arvio työkyvyn riittävydestä osa-aikaiseen työskentelyyn.⁶²

Tarvittaessa työkokeilua seuraa työhönvalmennusjakso, jonka aikana kuntoutuja opettelee työssä tarvittavia taitoja hänelle laaditun yksilöllisen ohjelman avulla. Käytännön työharjoittelun lisäksi työhönvalmennukseen voi liittyä myös työpaikan ulkopuolisia koulutusjaksoja. Myös työhönvalmennus suunnitellaan yleensä yhteistyössä kuntoutujan, työpaikan, työterveyshuollon ja eläkelaitoksen edustajan kesken, ja siitä sovitaan kirjallisesti. Työhönvalmennus voi tulla kyseeseen myös uudelleen koulutuksen jälkeen, jos työllistyminen ilman sitä näyttää uhatulta. Työkokeilua ja työhönvalmennusta voidaan käyttää silloinkin, kun kuntoutujan työsuhte ei ole enää voimassa. Tällöin eläkelaitos voi hankkia tarvittavia palveluja työvoimatoimistosta ja kuntoutuksen palveluntuottajilta.⁶³

3.3.2 Koulutus

Mikäli kuntoutujan jatkaminen hänen terveydentilalleen sopivassa työssä ei onnistu työpaikkakuntoutuksen keinoin, selvitetään uudelleen koulutuksen mahdollisuudet. Jotta uuteen työhön johtavaa koulutusta voidaan tukea työeläkekuntoutuksena, tulee uuden ammatin vähentää työkyvyttömyyden riskiä ja mahdollistaa työelämässä jatkaminen mahdollisimman pitkään. Lähtökohtaisesti tavoitteena on kuntoutujan vakiintuneen ammatin tasoinen, hänen terveydentilanteelleen paremmin sopiva koulutus, mutta koulutustason parantaminenkin on mahdollista. Myös pohjakoulutuksen täydentä-

⁶¹ Kukkonen ym. 2003, 171–172, 226; ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 19–20.

⁶² Palomäki, Onninen & Arola 2006, 5359–5360.

⁶³ Kukkonen ym. 2003, 172, 227; ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 19–21.

minen voi tulla kyseeseen, jos se on tarpeen varsinaisen uudelleen koulutuksen mahdollistamiseksi.⁶⁴ Vuonna 2006 kaikista työeläkekuntoutusta saaneista 35 prosenttia sai työhön tai ammattiin tähtäävää koulutusta⁶⁵.

Työeläkekuntoutuksena tuettava koulutus voi olla esimerkiksi opintoihin valmentavaa koulutusta, ATK-valmiuksia parantavaa tai muuta ammatillista kurssitusta, oppisopimuskoulutusta tai pidempikestoista ammatillista koulutusta. Koulutussuunnitelman on perustuttava kuntoutujan omiin vahvuuksiin, motivaatioon ja ammatilliseen mielenkiintoon. Eläkelaitos voi antaa työvoimatoimistolle maksusitoumuksen, mikäli se katsoo tarpeelliseksi hankkia kuntoutujan ammatinvalintaan liittyvän lausunnon. Lainsäädännössä ja sen soveltamista koskevissa ohjeissa ei ole määritelty koulutuksen kestoja. Koulutuksen tukemista ja sen kestoja koskeviin päätöksiin vaikuttavat kuitenkin hakijan ikä, aikaisempi työkokemus ja koulutus sekä soveltuvuus uudelleen koulutukseen ja uuteen alaan. Iällä on painava merkitys koulutusta harkittaessa. Monivuotinen koulutus tulee kyseeseen erityisesti nuoremmilla henkilöillä, sillä heillä on vielä runsaasti työvuosia edessä. Iäkkäämmille kuntoutujille sen sijaan on usein järkevämpää tukea lyhytkestoisempia koulutusohjelmia.⁶⁶

3.3.3 Elinkeinotuki

Elinkeinotoiminnan aloittamista tai jatkamista voidaan tukea työeläkekuntoutuksena. Elinkeinotuki on korotonta tai halpakorkoista lainaa tai avustusta oman yrityksen perustamista, muuttamista tai ammatinharjoittamista varten. Tuen myöntäminen edellyttää, että kuntoutujan voidaan arvioida saavan toimeentulonsa joko yrityksestään tai ammatin harjoittamisesta. Ennen tuen myöntämistä selvitetään henkilön edellytykset toimia yrittäjänä sekä huolehditaan, että itsenäiseksi yrittäjäksi aikovalta on riittävä yrittäjäkoulutus. Myös yrityshankkeen toimintaedellytykset varmistetaan. Työeläkelaitoksen myöntämän elinkeinotuen tulisi olla noin kolmannes, ja enintään puolet yrityshankkeen rahoituksesta. Tavoiteltavin ratkaisu on kokonaisrahoituksen järjestäminen siten, että kuntoutujan oma, ulkopuolinen rahoitus ja elinkeinotuki kukin muodostavat siitä noin kolmanneksen. Lainan myöntämisen ehtona on tavallisesti pankkitakaus tai jokin muu hyväksyttävä vakuus.⁶⁷

⁶⁴ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 21.

⁶⁵ Saarnio 2007, 21.

⁶⁶ Kukkonen ym. 2003, 174–175, 228–229.

⁶⁷ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 21.

Yrittäjätoiminnan aloittamisen ohella elinkeinotukea voidaan myöntää ammatinharjoittamiseen liittyvien laitteiden, koneiden ja raaka-aineiden hankintaan. Yrittäjille korvataan lisäksi työskentelyn kannalta välttämättömiä apuvälineitä, kuten ammattikohtaisia erikoisvarusteita. Elinkeinotuki on tyypillinen kuntoutusmuoto yrittäjillä, joilla sitä käytetään tavallisimmin parantamaan kuntoutujan mahdollisuuksia selviytyä entisessä työssään. Tällöin työn rasittavuutta voidaan vähentää kohdentamalla tuki esimerkiksi kone- ja laitehankintoihin tai työmenetelmien muutoksiin.⁶⁸ Vuonna 2006 elinkeinotuen saajien osuus kaikista työeläkekuntoutujista oli noin 5 prosenttia⁶⁹.

3.4 Kuntoutujan toimeentulo

Kuntoutujan toimeentulo on tehty kannustavaksi siten, että se on vaihtoehtoista työkyvyttömyyseläkettä parempi. Työeläkejärjestelmän kuntoutusetuudet ovat kuntoutusraha (joko täysi tai osakuntoutusraha), harkinnanvarainen kuntoutusavustus ja kuntoutustukeen tai työkyvyttömyyseläkkeeseen maksettava kuntoutuskorotus. Kuntoutujalle korvataan myös kuntoutuksesta aiheutuvia välttämättömiä kustannuksia, kuten opiskelu- ja matkakuluja. TELA antaa työeläkelaitoksille vuosittain suositukset näiden kulujen korvaamisesta. Kuntoutuksen aikaiset toimeentuloetuudet ovat veronalaisia ja kulukorvaukset verottomia.⁷⁰

3.4.1 Kuntoutusraha

Työelämästä kuntoutukseen lähtevä kuntoutuja on oikeutettu kuntoutusrahaan niiltä kalenterikuukausilta, joiden aikana hän on estynyt tekemästä ansiotyötä työeläkekuntoutuksen vuoksi. Kuntoutusraha maksetaan joko täytenä tai osakuntoutusrahana, riippuen kuntoutuksen aikaisen muun kuin kuntoutukseen liittyvän ansiotyön palkan määrästä. Osakuntoutusraha kehitettiin vuoden 2004 kuntoutusreformin yhteydessä lisäämään työeläkekuntoutuksen kannustavuutta ja joustavuutta. Se tulee kyseeseen, jos kuntoutuja ansaitsee aktiivisen kuntoutuksen aikaisessa ansiotyössään yli puolet vaikiintuneista ansioista. Täysi kuntoutusraha tulee kyseeseen silloin, kun kuntoutuja ei ole aktiivisen kuntoutuksen aikana lainkaan ansiotyössä, tai kun palkka on enintään puolet eläkkeen perusteena olevasta palkasta. Muilla kuin ansiotuloilla ei ole vaikutusta kuntoutusrahan määrään. Kuntoutujan

⁶⁸ Kukkonen ym. 2003: 176, 232–233; ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 21–22.

⁶⁹ Saarnio 2007, 21.

⁷⁰ Kukkonen ym. 2003, 178–180.

tulee palkkatodistuksella tai muulla selvityksellä osoittaa kuntoutuksen aikaisen palkkansa määrä kuntoutusrahan suuruuden määrittelemistä varten sekä ilmoittaa mahdollisista palkkaan tai muihin työskentelyyn liittyvistä muutoksista.⁷¹

Kuntoutusraha on suuruudeltaan työeläkelakien mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen määrä korotettuna 33 prosentilla. Osakuntoutusrahan määrä on puolet täydestä kuntoutusrahasta. Kuntoutusraha määräytyy kuntoutujan koko työeläketurvan mukaisesti, joko kuntoutushakemuksen vireilletulohetken tai ensimmäisen sairauslomapäivän tilanteen perusteella. Kun etuus määritetään hakemuksen vireilletulon perusteella, lasketaan eläke ikään kuin hakija olisi tullut työkyvyttömäksi hakemuksen vireilletulon hetkellä. Jos taas työsuhteestaan sairauslomalle jääneen henkilön kuntoutustarve oli olemassa jo loman alkaessa, määritetään kuntoutusraha siten kuin työkyvyttömyys olisi alkanut sairausloman alkaessa. Kuntoutusraha myönnetään entisin perustein, jos sitä aiemmin saanut henkilö saa kahden vuoden kuluessa etuuden päättymisestä uudelleen oikeuden kuntoutusrahaan. Mikäli työkyvyttömyyden uhka johtuu samasta sairaudesta kuin aiemmin, voidaan etuus myöntää entisin perustein yli kahden vuoden jälkeenkin.⁷²

3.4.2 Kuntoutusavustus ja -korotus

Kuntoutujalle voidaan myöntää harkinnanvaraista kuntoutusavustusta kuntoutussuunnitelman laatimista varten, kuntoutuspäätöksen antamisen ja kuntoutusohjelman alkamisen väliseksi ajaksi sekä kuntoutusjaksojen väliajoille. Yrittäjäeläkelakien sekä kunnallisen eläkelain mukaisesti vakuutetut voivat saada kuntoutusavustusta myös työllistymisen tukemiseksi, jos sen katsotaan olevan erityisen tarpeellista. Muista työeläkelaeista tämä tukemisen kohde poistui vuoden 2007 alusta voimaan tulneiden lakimuutosten myötä. Kuntoutusavustus on työkyvyttömyyseläkkeen suuruinen. Etuuden maksaminen edellyttää, ettei aktiivinen kuntoutus ole käynnissä, ja ettei henkilö saa palkkaa tai muuta toimeentuloon tarkoitettua etuutta, kuten sairauspäivärahaa tai työttömyyspäivärahaa. Kuntoutusavustusta voidaan maksaa kunkin synn perusteella enintään kolmelta kuukaudelta kalenterivuotta kohden, perustellusta syystä pidempäänkin. Työllistymisen tukemiseksi sitä voidaan kuitenkin maksaa enintään kuudelta kuukaudelta.⁷³

⁷¹ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 22–24.

⁷² Ibid.

⁷³ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 24–25; YEL 28 §; MYEL 46 §; KuEL 19 § 3 mom.

Kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä saavalle henkilölle, jonka työhön paluuta tuetaan työeläkekuntoutuksena, maksetaan kuntoutuskorotusta aktiivisen kuntoutuksen ajalta. Sen suuruus on 33 prosenttia maksussa olevien työeläkkeiden määrästä. Yleensä kuntoutuskorotusta maksetaan vain, mikäli kuntoutustoimenpide kestää vähintään yhden kuukauden ajan. Työeläkejärjestelmän kuntoutusetuudet on koottu oheiseen taulukkoon 2.

Taulukko 2 Työeläkejärjestelmän kuntoutusetuudet

Etuus	Kenelle	Suuruus
Kuntoutusraha	Henkilölle, joka ei ole aktiivisen kuntoutuksen aikana ansiotyössä tai jonka ansiot ovat enintään puolet eläkkeen perustana olevasta palkasta.	Työkyvyttömyyseläke + 33 %.
Osakuntoutusraha	Henkilölle, jonka aktiivisen kuntoutuksen aikaiset ansiotulot ovat yli puolet vakiintuneista ansioista.	Puolet kuntoutusrahan määrästä.
Harkinnanvarainen kuntoutusavustus	Esimerkiksi henkilölle, jonka kuntoutussuunnitelman laatiminen on kesken tai joka odottaa kuntoutusohjelman alkamista. YEL-, MYEL- ja KuEL-vakuutetuille myös työllistymisen tukemiseksi.	Työkyvyttömyyseläke
Kuntoutuskorotus	Kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä saavalle henkilölle, jonka työhön paluuta tuetaan työeläkekuntoutuksella.	33 % kuntoutustuesta tai eläkkeestä. Kuntoutustuki tai eläke jatkuu kuntoutuksen ajan.
Muiden kustannusten korvaus	Kuntoutusrahan tai kuntoutuskorotuksen saajalle esimerkiksi opiskeluiden ajalta.	TELA:n suositusten mukaan.

3.5 Työeläkekuntoutuksen käynnistyminen

Useat eri tahot voivat olla aloitteentekijänä työeläkekuntoutuksessa. Hakijan itsensä lisäksi aloite voi tulla esimerkiksi työterveyshuollosta, Kelasta, työvoimatoimistosta, hoitavalta lääkäriltä, esimieheltä tai työtovereilta.⁷⁴ TELA:n vuonna 2006 jäsenlaitostensa kuntoutujille tekemän asiakaspalvelukyselyn mukaan selvästi suurin osa (44 %) työeläkekuntoutuksen aloitteista tulee terveydenhuollosta. Työterveyshuolto muodostaa 26 prosentin osuudella merkittävimmän yksittäisen työeläkekuntoutuksen tiedonvälityskanavan. Toiseksi eniten (18 %) aloitteita tulee muulta hoitavalta lääkäriltä. Muut mainitut tiedonvälityskanavat olivat oma yhteydenotto eläkelaitokseen (16 %), Kela (11 %), eläkelaitoksen yhteydenotto (9 %) sekä työnantajan edustaja (7 %). Aloitteista 13 prosenttia

⁷⁴ Kukkonen ym. 2003, 217; Työeläkekuntoutus, 17.

tulee muualta, kuten työvoimatoimistosta tai sosiaalityöntekijältä.⁷⁵ ETK:n tekemän tutkimuksen mukaan yksityisellä ja kuntasektorilla kuntoutusaloite tuli kuitenkin työterveyshuoltoa useammin hakijalta itseltään⁷⁶.

Työeläkekuntoutus tulee pääsääntöisesti vireille seuraavilla tavoilla: kuntoutushakemuksella työntekijän ollessa joko työssä tai sairauslomalla, työkyvyttömyyseläkehakemuksen yhteydessä tai määrälläikäisen kuntoutustuen myöntämisen yhteydessä. Prosessi voi käynnistyä myös siten, että hoitava lääkäri toimittaa suoraan työeläkelaitokseen tai Kelaan kuntoutujaa koskevan lääkärinlausunnon, johon on kirjattu myös suunnitellut kuntoutustoimenpiteet. Yleisimmin kuntoutus tulee vireille kuntoutushakemuksella, joka hakijan tulee täyttää ja allekirjoittaa. Useimmat hakijat ovat olleet jonkin aikaa sairauslomalla ennen työeläkekuntoutuksen käynnistymistä, joskaan sairausvakuutuksen päivärahajakso ei ole edellytyksenä kuntoutuksen vireille saattamiselle. Kelalla on velvollisuus selvittää kuntoutustarve viimeistään silloin, kun henkilö on saanut sairausvakuutuslain mukaista päivärahaa 60 päivältä. Kuntoutusasian voi kuitenkin laittaa vireille jo ennen Kelan ohjausta. Kun kuntoutus tulee vireille vasta työkyvyttömyyseläkehakemuksen yhteydessä, on hakija usein jo eläkkeelle suuntautunut. Tällöin kuntoutuksen onnistuminen on epätodennäköisempää kuin silloin, kun toimenpiteisiin on ryhdytty aiemmin.⁷⁷

Kuntoutusta tulee hakea sitä varten vahvistetulla hakemuslomakkeella. Hakemus toimitetaan siihen työeläkelaitokseen, jossa henkilön työpaikan työeläkevakuutus on tai jossa se viimeksi oli. Sen voi toimittaa myös Kelaan, josta se ohjataan eläkelaitokseen. Liitteeksi tarvitaan B-lääkärinlausunto, jossa todetaan työkyvyn heikentyminen sekä kuntoutustarve. Hakemukseen voidaan liittää muitakin mahdollisesti tehtyjä selvityksiä, kuten Kelan kuntoutustarveselvitys tai työhallinnon ammatinvalinnan ohjaajan lausunto, jonka eläkelaitos on voinut kustantaa henkilön ammatillisten kuntoutusmahdollisuuksien selvittämiseksi. Mukaan voi liittää myös työnantajan kuvauksen hakijan työstä, työolosuhteista ja työssä selviytymisestä. Tämän selvityksen eläkelaitos usein pyytääkin kuntoutusratkaisua varten.⁷⁸

Ennen kuin työeläkekuntoutus voi käynnistyä, tulee hakijan työeläkelakien velvoittamana esittää ammatillinen kuntoutussuunnitelma⁷⁹. Sen tulee käsittää aiotut toimenpiteet työelämään paluun tai

⁷⁵ Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2010, 26.

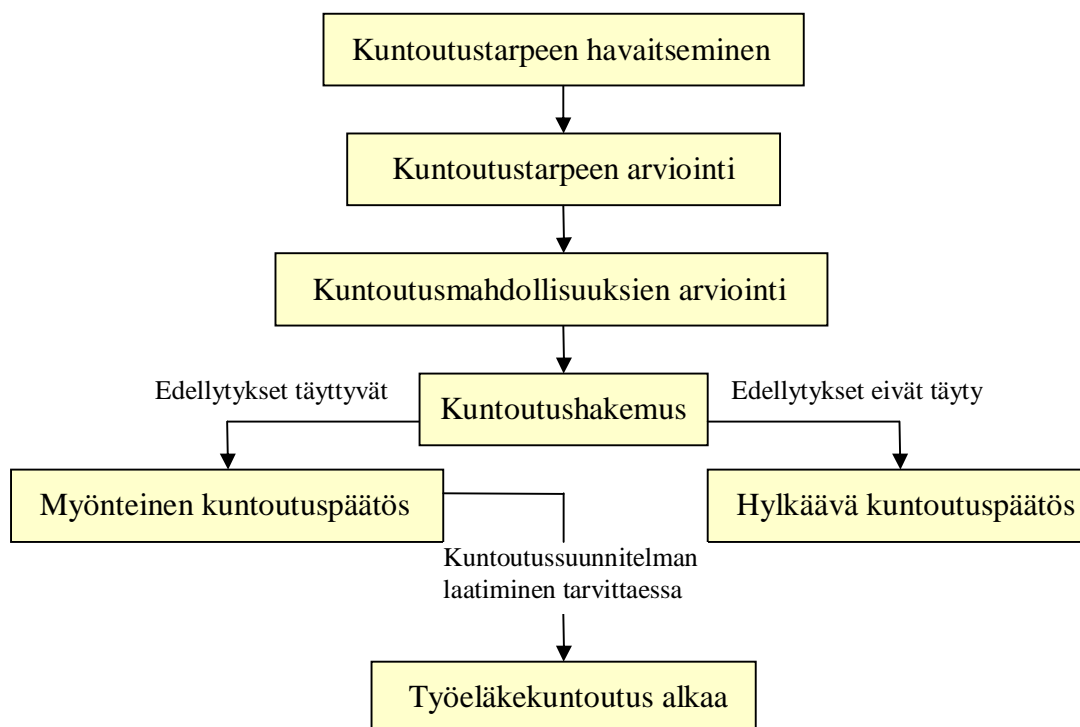
⁷⁶ Gould, Härkäpää, Järvikoski, Laisola-Nuotio, Lehtikoinen & Saarnio 2007, 28.

⁷⁷ Kukkonen ym. 2003, 217–218; ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 15–16.

⁷⁸ Kukkonen ym. 2003, 218; ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 15–16.

⁷⁹ Esim. TyEL 26 §; KuEL 17 §; VaEL 25 §; YEL 23 §; MyEL 43 §.

työelämässä pysymisen tueksi, tavoitteena oleva tehtävä tai ammatti, sekä kuntoutuksen suunniteltu toteuttaminen käytännössä. Kuntoutussuunnitelma käy yleensä ilmi lääkärinlausunnosta, kuntoutushakemuksesta tai muista liitteistä. Suunnitelmaan otetaan kantaa vasta sen jälkeen, kun oikeus kuntoutukseen on myönnetty eli luvussa 3.2 esitettyjen kriteerien täytyttyä. Jos hakijan kuntoutushakemus tai lääkärinlausunto sisältää suunnitellut kuntoutustoimenpiteet, voidaan eläkelaitoksessa ottaa samalla kertaa kantaa sekä työeläkekuntoutuksen edellytysten täyttymiseen että kuntoutussuunnitelman toteuttamiskelpoisuuteen. Mikäli kriteerit täyttyvät ja eläkelaitos hyväksyy kuntoutukselle esitetyn sisällön, voidaan kuntoutus yleensä käynnistää nopeasti. Jos taas edellytykset kuntoutukseen täyttyvät, mutta kuntoutussuunnitelma on vielä jäsentymättä, tai esitettyä suunnitelmaa ei voida tukea työeläkekuntoutuksena, tulee eläkelaitoksen ohjata ja neuvoa hakijaa suunnitelman valmistelussa. Oikeudesta kuntoutukseen annetaan tällöin yhdeksän kuukautta voimassa oleva ennakkopäätös, jonka aikana kuntoutussuunnitelma on esitettävä.⁸⁰ Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja tavoitteisiin palataan seuraavassa luvussa, jossa syvennyttään työterveyshuollon rooliin työeläkekuntoutuksen käynnistäjänä. Työeläkekuntoutuksen käynnistyminen on esitetty pelkistettynä alla olevassa kuviossa 5.



Kuvio 5 Työeläkekuntoutuksen käynnistymisprosessin keskeiset vaiheet

⁸⁰ ETK:n julkinen soveltamisohje 2007 Kuntoutus, 37–40; Kukkonen ym. 2003, 218–219.

4 TYÖTERVEYSHUOLTO TYÖELÄKEKUNTOUTUKSEN KÄYNNISTÄJÄNÄ

4.1 Työterveyshuollosta lyhyesti

4.1.1 Toiminnan tavoitteet ja sisältö

Työterveyshuolto on työterveyshuoltolain (1383/2001) perusteella toteutettavaa työssäkäyvän väestön terveydenhoitoa. Vuonna 1978 säädetty, ja vuonna 2001 uudistettu työterveyshuoltolaki on puitelaki, jonka perusteella on annettu tarkempia määräyksiä valtioneuvoston asetuksissa, kuten asetuksessa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta.⁸¹ Työterveyshuoltolain 1 §:n mukaan työterveyshuollon tehtävänä on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää:

- työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä
- työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta
- työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa
- työyhteisön toimintaa⁸².

Työterveyshuolto on samanaikaisesti osa perusterveydenhuoltoa ja työsuojelujärjestelmää. Muuhun terveydenhuoltoon verrattuna työterveyshuollon erityispiirteinä on työikäiseen väestöön keskittyminen sekä terveyden edistämisen lisäksi työympäristöön, työoloihin ja työyhteisöön vaikuttaminen.⁸³ Työnantajan on työterveyshuoltolain velvoittamana järjestettävä kustannuksellaan vähintään lakisääteinen, niin sanottu ennaltaehkäisevä työterveyshuolto palveluksessaan oleville työntekijöille. Työterveyshuolto tulee järjestää, jos yrityksessä on yksikin työntekijä. Palvelut on toteutettava lain edellyttämällä tavalla siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää. Lakisääteisen toiminnan lisäksi työnantajat voivat järjestää työntekijöilleen vapaaehtoisesti eritasoisia sairaanhoito- ja muita terveyden-

⁸¹ Husman 2006, 25.

⁸² Työterveyshuoltolaki 1 §.

⁸³ Räsänen 2006, 34; Manninen, Peurala, Pulkkinen-Närhi, Rautio & Husman 2007, 529.

huoltopalveluita. Myös yrittäjät voivat halutessaan järjestää itselleen työterveyshuollon. Työnantajalla ja yrittäjällä on sairausvakuutuslain nojalla oikeus saada Kelalta korvausta järjestämänsä työterveyshuollon tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Enimmäismäärät on määritelty erikseen lakisääteiselle toiminnalle (50 %) ja sairaanhoidolle ja muulle terveydenhuollolle (60 %).⁸⁴

Työterveyshuollon lakisääteisistä tehtävistä säädetään työterveyshuoltolain 12 §:ssä sekä hyvää työterveyshuoltokäytäntöä koskevassa asetuksessa 1484/2001. Toiminnan perustana on vuosittain tarkistettava työpaikkakäynteihin ja muihin selvityksiin nojaava toimintasuunnitelma, johon kirjataan työterveyshuollon yleiset tavoitteet ja toimenpiteet. Työpaikkaselvityksellä tarkoitetaan työstä, työympäristöstä ja työyhteisöstä aiheutuvien terveysvaarojen ja -haittojen tunnistamista ja arviointia. Ehdotukset työympäristön ja työyhteisön kehittämiseksi, havaittujen terveysvaarojen torjumiseksi sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi kuuluvat olennaisena osana työpaikkaselvitykseen. Toistuvien työpaikkakäynnein selvitetään ja arvioidaan työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Terveystarkastukset kuuluvat työterveyshuoltoon erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavassa työssä sekä tiettyjen muiden tilanteiden niitä edellyttäessä.⁸⁵

Työterveyshuoltolaissa säädetään useista työkyvyn edistämiseen liittyvistä tehtävistä. Näitä ovat esimerkiksi tarvittavat toimenpide-ehdotukset, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus, vajaakuntoisen työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen sekä kuntoutusta koskeva neuvonta ja hoitoon tai lääkinnälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen ohjaaminen. Työkyvyn tukeminen ja edistäminen tulee ottaa kuitenkin huomioon kaikissa työterveyshuollon tehtävissä⁸⁶. Myös työkykyä ylläpitävä toiminta kuuluu työterveyshuollon keskeiseen sisältöön. Sillä tarkoitetaan työnantajan ja työntekijöiden sekä työpaikan yhteistoimintaorganisaatioiden toteuttamaa tavoitteellista toimintaa, jonka avulla tuetaan ja edistetään työelämässä olevien työ- ja toimintakykyä.⁸⁷ Työkykyä ylläpitävä toiminta on ennen kaikkea työpaikkojen omalla vastuulla olevaa toimintaa, jossa työterveyshuollolla on lähinnä tarpeen arvioijan ja toiminnan suunnittelijan rooli⁸⁸.

⁸⁴ Työterveyshuoltolaki 4 §, 14 §, 9 §; Husman 2006, 26, 28.

⁸⁵ Työterveyshuoltolaki 12 §; Husman 2006, 29–31.

⁸⁶ Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 13 §.

⁸⁷ Työterveyshuoltolaki 12 §; Husman 2006, 31–32.

⁸⁸ Manninen ym. 2007, 532.

4.1.2 Palveluiden järjestäminen

Työterveyslaitoksen teettämän tuoreen Työ ja terveys -haastattelututkimuksen mukaan vuonna 2006 työnantaja oli järjestänyt työterveyshuollon 92 prosentille palkansaajista. Kaikista työssä käyvistä 78 prosenttia ja palkansaajista 85 prosenttia sai myös sairaanhoitopalveluita osana työterveyshuoltoa.⁸⁹ Työnantaja voi järjestää työterveyshuoltopalvelut omalla tai usean yrityksen yhteisellä työterveysasemalla, tai ostaa ne terveyskeskuksesta tai lääkärikeskuksesta. Vuonna 2004 työterveyshuollon suurin tuottajaryhmä oli terveyskeskukset 34 prosentin osuudella. Toiseksi eniten (31 %) oli yritysten omia yksiköitä, 28 prosenttia toimi lääkärikeskusten yhteydessä, ja vähiten (7 %) oli yritysten yhteisiä työterveysasemia. Henkilöasiakkaiden määrällä mitattuna suurin tuottajaryhmä on kuitenkin lääkärikeskukset. Omien työterveysasemien määrä on viime vuosina pienentynyt ja lääkäriasemien työterveysyksiköiden määrä lisääntynyt.⁹⁰

Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuollon ammattihenkilöitä ovat työterveyslääkärit ja työterveyshoitajat. Työterveyshuollon asiantuntijoita puolestaan ovat muun muassa työterveyteen perehtyneet psykologit ja fysioterapeutit.⁹¹ Edellä mainittujen ammattien edustajat muodostavat työterveyshuollon moniammatillisen perustiimin. Työterveyshenkilöstön pätevyysvaatimukset on määriteltä valtionneuvoston asetuksessa 1484/2001. Työterveyshuollon joustava ja tehokas toiminta edellyttää myös toimivia yhteistyöverkostoja muun muassa erikoissairaanhoidon, kuntoutuspalvelujen, sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon kanssa.⁹²

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olevan työterveyslääkärin tulee olla työterveyshuollon erikoislääkäri, mikäli hän työskentelee toimessa päätoimisesti eli vähintään 20 tuntia viikossa. Työterveyshuollossa osa-aikaisesti toimivan lääkärin on hankittava vähintään seitsemän opintoviikon laajuinen työterveyshuollon koulutus kahden vuoden kuluessa työterveyshuollon tehtäviin siirtymisestä. Ennen asetuksen 1484/2001 voimaantuloa työterveyshuollossa toimineet lääkärit säilyttävät kuitenkin pätevyytensä edelleen, vaikkei asetuksessa säädetty uudet vaatimukset toteutuisikaan⁹³. Erikoistuvan lääkärin oikeudesta työskennellä työterveyshuollossa säädetään erikoislääkärin tutkinnosta annetussa asetuksessa 678/1998.⁹⁴ Vuonna 2004 Suomessa toimi työterveyshuollossa kaikki-

⁸⁹ Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006, Taulukkoraportti, 32–33.

⁹⁰ Manninen 2007, 14.

⁹¹ Työterveyshuoltolaki 3 § 4 ja 5 mom.

⁹² Räsänen 2006, 38.

⁹³ Arola 2004, 4150.

⁹⁴ Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 16 §; Asetus erikoislääkärin tutkinnosta 6 §.

aan noin 1 800 lääkäriä, joista 580 oli työterveyshuollon erikoislääkäreitä⁹⁵. Työterveyslääkäreiden toimia⁹⁶ sen sijaan oli vuonna 2005 kaikkiaan noin 2 606, joista työterveyshuollon erikoislääkäreiden toimia oli 597⁹⁷. Työterveyslääkäreistä 70 prosenttia toimii heille suunnatun kyselyn mukaan tehtävässään päätoimisesti⁹⁸.

4.2 Varhaisen havaittajan rooli

Kuten työeläkekuntoutuksen käynnistymistä koskevassa luvussa 3.5 todettiin, on työterveyshuolto avainasemassa kuntoutustarpeen varhaisessa havaitsemisessa. Kuntoutuksen riittävän varhaiseksi käynnistämiseksi on kuntoutustarpeeseen otettava kantaa jo siinä vaiheessa, kun sairautta ja sen oireita hoidetaan. Lääketieteen perinteinen toimintatapa, jossa ensin tehdään diagnoosi, sitten hoidetaan ja kuntoutetaan lääkinnällisesti, ja vasta sitten mietitään työhönpaluun järjestämistä, ei sovellu ammatillisen kuntoutuksen käynnistämiseen. Tällöin on nimittäin vaarana, että hoitojakson pitkittyessä työntekijä orientoituu eläkkeelle pyrkijäksi. Työeläkekuntoutuksen selvittelyt tulisikin aloittaa lääketieteellisten selvitysten kanssa rinnakkain.⁹⁹ Kuntoutuksen viivästyminen heikentää myös työmotivaatiota, itsetuntoa ja elämänhallintaa, jolloin työhönpaluun ennustekin huononee¹⁰⁰.

Oheinen kuvio 6 havainnollistaa kuntoutustarpeen varhaisen havaitsemisen tärkeää merkitystä. Ylempi viiva kuvaa tilannetta, jossa työeläkekuntoutuksen keskeinen kriteeri – työkyvyttömyyden uhka – on havaittu tarpeeksi varhain. Työkykyä on pystytty tällöin parantamaan kuntoutuksen keinoin, ja henkilö on jatkanut työelämässä. Alempi viiva kuvaa puolestaan tilannetta, jossa kuntoutusinterventiota ei ole tehty. Henkilön työkyky on huonontunut ajan myötä niin paljon, että sairauspäiväraajaksoa seuraa työkyvyttömyyseläke. Kuntoutuksen tarpeeksi varhainen käynnistäminen on haastavaa. Tästä viestii myös tuore tutkimus, jonka mukaan jopa kaksi kolmasosaa työeläkekuntoutujista katsoo kuntoutuksen alkaneen liian myöhään. Kuntoutusintervention koetusta viivästyisestä kertoo sekin, että kuntoutujat arvioivat kuntoutukseen hakeutumisen aikaisen työkykynsä erittäin huonoksi.¹⁰¹

⁹⁵ Arola 2004, 4149.

⁹⁶ On huomattava, että toimien määrä ei suoraan vastaa fyysisten henkilöiden määrää, sillä sama henkilö voi toimia työterveyshuollon tehtävissä useassa työterveysyksikössä.

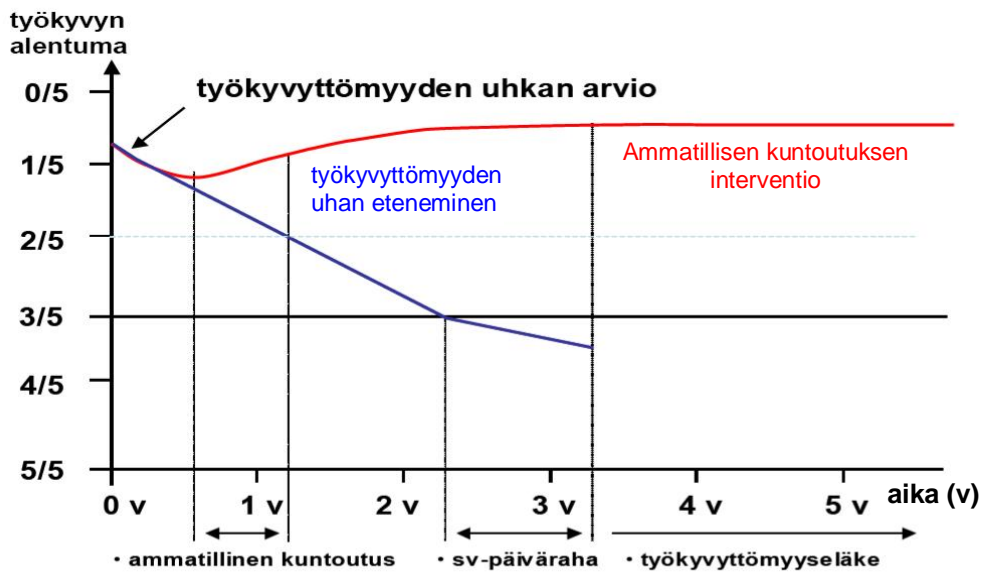
⁹⁷ Manninen 2007, 23–24.

⁹⁸ Piirainen, Manninen, Hirvonen, Viluksela, Mikkola, Huhtaniemi & Husman 2005, 33.

⁹⁹ Antti-Poika 2002, 4006.

¹⁰⁰ Kivekäs & Rissanen 2004, 71; Antti-Poika 2006a, 227.

¹⁰¹ Gould ym. 2007, 42.



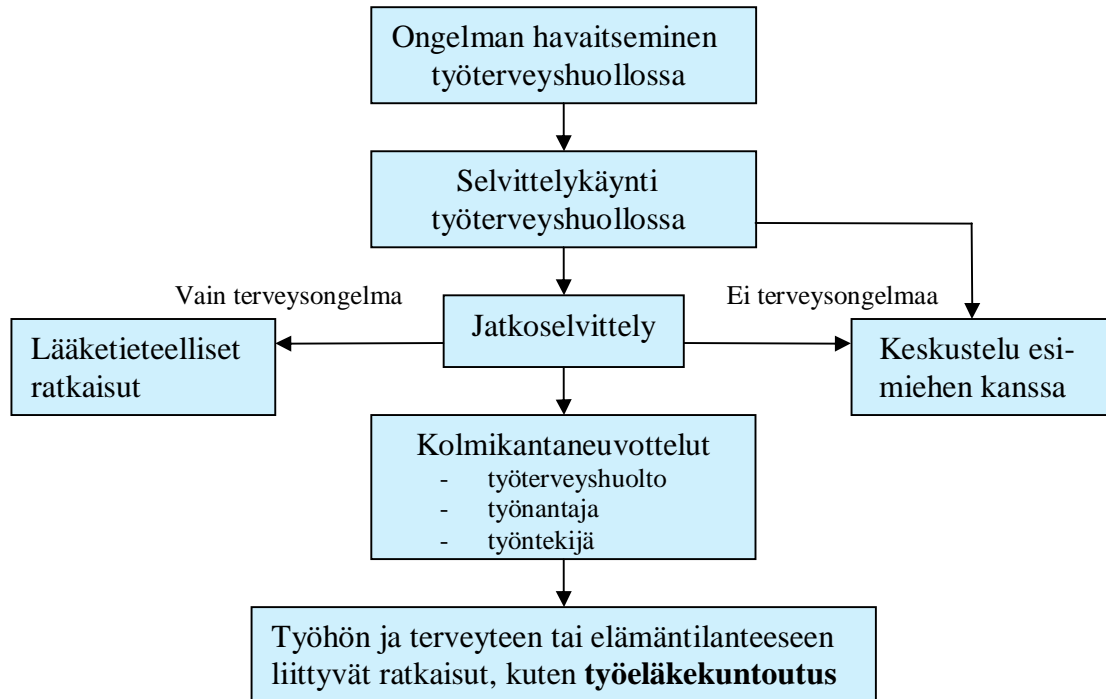
Kuvio 6 Varhaisen työkyvyttömyyden uhan arvioinnin merkitys
(Mukaiillen Kivekäs & Rissanen 2004, 75)

Kun työterveyshuolto havaitsee työkykyongelman, käynnistyy ongelmanratkaisuun tähtäävä prosessi, jota on havainnollistettu kuviossa 7. Epäiltäessä työkykyongelmaa, on suositeltavaa varata työterveyshuoltoon selvittelykäynti, johon varataan tavallista vastaanottokäyntiä pidempi aika. Selvittelykäynnillä joko työterveyslääkäri tai -hoitaja keskustelelee työntekijän kanssa. Selvittelyn perusteella voidaan päätyä siihen, että ongelma liittyy vain työhön, jolloin asia siirtyy esimiehen ja työntekijän väliseksi. Mikäli epäily terveysongelmasta herää, tarvitaan työterveyshuollon jatkoselvittelyjä. Niitä ovat muun muassa lääketieteelliset tutkimukset sairauden diagnosoimiseksi, sairauden työperäisyyden selvittäminen, perehtyminen terveydentilasta aiemmin kertyneeseen dokumentaatioon, Kelan kuntoutustarveselvitys, työpaikkakäynti, erikoislääkärikonsultaatiot tai lähete erikoissairaanhoidon tutkimuksiin.¹⁰²

Jatkoselvittelynkin johtopäätöksenä voi olla se, että ongelma on yksinomaan työperäinen. Toisaalta ongelma voidaan todeta myös vain terveydelliseksi, jolloin päädytään lääketieteellisiin ratkaisuihin. Kun terveydelliset syyt näyttävät uhkaavan työkykyä pysyvämmiin, olisi asiasta suositeltavaa keskustella yhdessä työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän kesken. Tällöin työterveyshuolto saa tietoa molemmilta osapuolilta, ja työnantaja saa riittävästi tietoa tarvittavien toimenpiteiden toteuttamiseksi. Tämän niin sanotun kolmikantaneuvottelun tuloksena voidaan päätyä työeläkekuntoutuksen hakemiseen.¹⁰³

¹⁰² Antti-Poika 2006b, 208–209; Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 156–157.

¹⁰³ Ibid.



Kuvio 7 Työterveyshuollossa havaitun työkykyongelman käsittely (Soveltaen Antti-Poika 2006b, 209)

Työkykyongelma voi tulla esiin työterveyshuollossa esimerkiksi terveystarkastuksissa, toistuvina sairauskäynteinä tai sairauspoissaoloina. Pitkät sairauslomat ovat aina uhka työkyvylle. Jotta työterveyshuolto voisi havaita kuntoutustarpeen mahdollisimman tehokkaasti, tulisikin sen saada tieto sairausloman alkamisesta myös silloin, kun se on kirjoitettu työterveyshuollon ulkopuolella. Yksityisyyden suojasta työelämässä säädetyn lain 5 § helpottaa tätä, sillä sen mukaan työnantaja voi lähettää muualla laaditut lääkärintlausunnot työterveyshuoltoon, jollei työntekijä sitä erityisesti kiellä.¹⁰⁴ Tehokas sairauspoissaolojen hallinta edellyttää tiivistä yhteistyötä työpaikan ja työterveyshuollon välillä. Jos työterveyshuollolla on käytettävissä kattavat tiedot henkilöstön sairauspoissaoloista, voi se säännöllisin väliajoin tarkistaa, ketkä ovat olleet pitkällä sairauslomalla tai keiden sairauspoissaolot ovat toistuvia.¹⁰⁵

Lähetettäessä jatkoselvittelyvaiheessa työntekijöitä tutkimuksiin työterveyshuollon ulkopuolelle, on sujuva yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa tärkeää. Esimerkiksi epikriisin (hoitoyhteenvedon) viivytyksetön toimittaminen työterveyslääkärille edesauttaa prosessin sujuvaa jatkokäsittelyä. Samoin konsultaatiomenettelyn tulisi olla mahdollisimman kitkatonta. Työkyvyttömyyden pitkittymi-

¹⁰⁴ Antti-Poika 2002, 4006–4007; Laki yksityisyyden suojasta työelämässä 5 § 3 mom.

¹⁰⁵ Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä, 13, 31.

nen diagnoosin varmistumisen viipyessä tai hoitojonossa odotettaessa murentaa työkykyä ja työntekijän uskoa omiin ammatillisiin kykyihin.¹⁰⁶ Työterveyslääkärin ollessa epävarma työeläkekuntoutuksen edellytyksistä, kannattaa hänen hyödyntää työeläkelaitosten neuvontapalveluita. Näin säästytään tarpeettomilta hakemuksilta ja turhien odotusten herättämiseltä potilaassa.¹⁰⁷ Vuonna 2006 kuntoutuspäätösten hylkäysprosentti oli noin 20 prosenttia. Yleisimpinä hylkäykseen johtaneina syinä oli, ettei henkilöllä ollut työkyvyttömyyden uhkaa (64 %) tai kuntoutusta ei pidetty tarkoituksenmukaisena (31 %).¹⁰⁸

Työ- ja toimintakyvyn heikentymisen varhainen havaitseminen sekä kuntoutustoimenpiteiden oikea-aikainen käynnistäminen ovat tärkeä osa lääkärin ammattitaitoa¹⁰⁹. Pohjolainen (2007, 2247) toteaa kuitenkin, ettei lääkärin hereilläolo takaa aina kuntoutuksen varhaista aloittamista. Hänen mukaansa monimutkainen kuntoutuslainsäädäntö on hidaste, joskus jopa este tehokkaalle toiminnalle. Hän pitääkin vaikeaselkoisuudesta seuraavaa työnjaon selkeytymättömyyttä merkittävänä ongelmana todetessaan, että ”Asiantuntijayhteistyön tökkimisen kärsijäksi joutuu kuntoutusta tarvinnut potilas, maksajaksi sosiaalivakuutus ja turhautujaksi lausuntoja kirjoittava lääkäri”. Kuntoutusjärjestelmän monitahoisuudesta aiheutuva monimutkaisuus näyttäisi siis jo itsessään uhkaavan kuntoutuksen tarpeeksi varhaista käynnistämistä.

4.3 Työkyvyttömyyden uhan arviointi

4.3.1 Työ- ja toimintakyvyn käsitteistä

Työkyvyn määrittelemisen edellyttää toimintakyvyn käsitteen ymmärtämistä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan sairauden kehitysvaiheisiin, hoitoihin ja hoitojen vaikutuksiin, klinisiin havaintoihin ja muihin tutkimuslöydöksiin perustuvaa arviota siitä, kuinka henkilö selviytyy jokapäiväiseen elämään liittyvistä vaatimuksista. Se on siis lääketieteen menetelmin tehty arvio siitä, mihin henkilö ylipäänsä pystyy. Toimintakyky koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta. Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF-luokitusjärjestelmän (International Classification of Functioning, Disability and

¹⁰⁶ Arola 2004, 4151; Manninen ym. 2007, 157; Antti-Poika 2002, 4007.

¹⁰⁷ Antti-Poika 2002, 4005–4006.

¹⁰⁸ Saarnio 2007, 11, 14.

¹⁰⁹ Pohjolainen 2007, 2247.

Health), jonka tarkoituksena on muodostaa yleinen standardi väestön toimintaedellytysten tarkasteluun. Mallissa toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osa-alueita ovat kehon toiminnot ja rakenteet sekä yksilön suoriutuminen ja osallistuminen. ICF-luokituksessa osallistumisen mahdollisuudet nousevat kuntoutuksen keskeiseksi tavoitteeksi.¹¹⁰

Työkyky on positiivinen käsite, joka kuvastaa työntekoon käytettävissä olevia mahdollisuuksia. Sen käänttöpuolella on menetettyä työkykyä kuvaava, luvussa 2.2.2 käsitelty työkyvyttömyys.¹¹¹ Työkykyä ei ole kuitenkaan helppo määritellä siten, että eri tahot, kuten työterveyshuolto, eläkelaitokset, työntekijät, työnantajat ja lainsäätäjät sen yksimielisesti hyväksyisivät. Lisäksi työkyvyn käsite on ajan ja tutkimuksen myötä muuttunut yhä moniulotteisemmaksi ja monipuolisemmaksi.¹¹² Lääketieteellisessä käsitystyypissä työkyky rinnastetaan terveyteen. Malli korostaa yksilön psykofyysistä tilaa ja jättää työn merkityksen taka-alalle. Työkyvyn tasapainomallissa työkyky nähdään yksilön toimintakyvyn ja hänen työnsä asettamien fyysisten ja psyykkisten vaatimusten välisenä riippuvuussuhteena. Tasapainomallin mukaisesti työkyky on hyvä, kun toimintakyky ja työn vaatimukset ovat tasapainossa keskenään. Työkyky voi täten horjua henkilön suorituskyvyn heikentyessä tai toisaalta työn vaatimusten merkittävästi muuttuessa.¹¹³

Työkykyä voidaan kuvata myös kokonaisvaltaisten, integroitujen mallien avulla, joissa perinteisten tekijöiden lisäksi muun muassa työyhteisö, johtaminen sekä työelämän ulkopuolinen ympäristö huomioidaan työkykyyn vaikuttavina tekijöinä. Integroidussa mallissa työkykyä tarkastellaan yksilön ominaisuuksien sijasta yhteisöllisenä ja työtoiminnan muodostaman, laajemman systeemin ominaisuutena, joka vaihtelee ajan ja tilanteen mukaan. Tämä malli korostaa muun muassa työolosuhteisiin ja koko työyhteisöön vaikuttamista varhaiskuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävän toiminnan ensisijaisina keinoina. Eräänlaisen yhdistelmän työkyvyn tasapainomallista ja integroidusta työkykymallista tarjoaa moniulotteinen työkykymalli. Sen keskeiset ulottuvuudet ovat työssä jakaminen, työn hallinta sekä osallisuus työyhteisöön, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Mallissa työkykyä tarkastellaan yksilön ja hänen työnsä ja työympäristönsä välisenä suhteena.¹¹⁴

¹¹⁰ Aro 2004, 22, 25; Järvikoski & Härkäpää 2004, 98–99.

¹¹¹ Ilmarinen 2006b, 4606.

¹¹² Ilmarinen, Gould, Järvikoski & Jarvisalo 2006, 19.

¹¹³ Mäkitalo 2006, 172–173; Aro 2004, 22–23, 25; Järvikoski & Härkäpää 2004, 112–113.

¹¹⁴ Mäkitalo 2006, 173; Järvikoski & Härkäpää 2004, 113–117.

Esimerkin kokonaisvaltaisesta työkykymallista tarjoaa Ilmarisen (2003, 396–398) kehittämä työkykytalo (kuvio 8). Sen mukaan työkykyä voidaan verrata taloon, jonka perustan muodostavat yksilön terveys ja toimintakyky. Mitä vahvempi pohjakerros on, sitä vankempi talo sen varaan voidaan rakentaa. Seuraavat kerrokset koostuvat muista yksilöllisistä voimavaratekijöistä, joita ovat ammatillinen osaaminen sekä arvot, asenteet ja motivaatio. Järholm ja Netz (2002, 38) muistuttavat, että motivaatio-ongelman taustalla voi kuitenkin olla myös psyykinen syy. Talon ylin kerros muodostuu työn ominaisuuksista, jotka käsittävät esimerkiksi työolot, työyhteisön, työn organisoinnin sekä esimiestyön ja johtamisen.



Kuvio 8 Työkykytalo (Ilmarinen 2003, 398)

Talon pystyssä pysymisen edellytyksenä on, että työn kerros ja ihmisen voimavarakerrokset ovat tasapainossa keskenään. Usein jatkuvien muutosten alaisena oleva työn kerros ei siis voi kasvaa, ellei kasvu tapahdu myös alemmissä kerroksissa. Nykyisen työelämän vaatimukset, kuormittavuus ja kiire haittaavat työssä jaksamista heikentäen näin työkykyä¹¹⁵. Myös TELA:n teettämän tuoreen tutkimuksen mukaan sekä työssä että työelämän ulkopuolella olevat kansalaiset pitävät työelämän korkealle viritettyjä vaatimuksia ja kiivastahtisuutta selkeästi suurimpana työssä jaksamista uhkaavana ongelmana¹¹⁶. Työkyvyn ulkopuoliseen lähiympäristöön kuuluvat talomallin mukaan muun

¹¹⁵ Järvikoski & Härkäpää 2004, 15.

¹¹⁶ Näkemykset työssä jaksamisesta 2007, 1.

muassa perhe ja ystävät. Uloimpana ulottuvuutena on yhteiskunta, jonka infrastruktuuri, sosiaali-, terveys- ja työpolitiikka sekä palvelut muodostavat työkyvyn makroympäristön.¹¹⁷

4.3.2 Työ- ja toimintakyvyn arviointi

Työkyvyn tasapainomalli edustaa suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän nykyistä työkykykäsitystä. Kuntoutustarpeen toteamisessakin työkyky arvioidaan siis yksilön toimintakyvyn ja työn vaatimusten välisenä epäsuhtana. Lääkärin arvioidessa potilaansa työkykyä ja kuntoutusmahdollisuuksia muodostuu haasteeksi sairauksien hoidon lisäksi työn kuormitusten arviointi ja sosiaalivakuutuksen lainsäädännön sekä sen soveltamiskäytäntöjen tunteminen.¹¹⁸ Arviointia hankaloittaa myös se, ettei alentunut toimintakyky heikennä aina työkykyä. Vastaavasti työkyky voi alentua ilman vajausta toimintakyvyssä.¹¹⁹ Työterveyslääkärillä on etenkin moniammatillisen tiimin avulla erityisen hyvät mahdollisuudet arvioida työkykyä ja kuntoutustarvetta. Muihin terveydenhuollon toimijoihin nähden työterveyshuollon etuina ovat nimittäin työpaikkojen ja työn vaatimusten tuntemus, yhteydet työpaikan organisaatioihin sekä mahdollisuus pitkäaikaiseen yksilötasoiseen seurantaan.¹²⁰ Työkykyä tulisi arvioida jokaisen vastaanottokäynnin yhteydessä. Arvioinnin kehittäminen dynaamiseksi toiminnaksi edesauttaa myös kuntoutustarpeen oikea-aikaista tunnistamista.¹²¹

Työeläkekuntoutuksen keskeistä kriteeriä – työkyvyttömyyden uhkaa – arvioidessaan työterveyslääkärin tulee arvioida toimintakykyä ja sen oletettavaa kehitystä lähivuosina. Kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien arvioinnin vaikeutena on riittävä ennakointi. Sairauden luonnollisen kulun lisäksi tulee ennakoida myös hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen vaikutuksia toimintakykyyn.¹²² Aro (2006, 217–218) kuvaa työkyvyttömyyden uhan arviointia kolmivaiheisena prosessina, joka sisältää toimintakyvyn, työn vaatimusten sekä nykyisen työn toimintakyvylle asettamien vaatimusten arvioinnit. Toimintakykyarvion jälkeen lääkäri arvioi työn vaatimuksia. Mikäli työn vaatimukset ovat merkittävässä ristiriidassa toimintakyvyn kanssa, voidaan työkykyä pitää uhattuna. Kun henkilön on tarkoitus jatkaa entisenkaltaisissa työtehtävissä, on toimenpiteet kohdistettava toimintakyvyn parantamiseen. Jos taas on ilmeistä, ettei toimintakyvyn parantamiseen ole edellytyksiä, tulee arvioinnis-

¹¹⁷ Ilmarinen 2003, 396–398; Ilmarinen ym. 2006, 22–23.

¹¹⁸ Ilmarinen ym. 2006, 29; Aro, Kivekäs & Martimo 2004, 54.

¹¹⁹ Järholm & Netz 2002, 36.

¹²⁰ Manninen ym. 2007, 157.

¹²¹ Kivekäs & Rissanen 2004, 74–75.

¹²² Kivekäs & Kallanranta 2004, 378.

sa keskittyä työntekijän mahdollisuuksiin siirtyä hänen toimintakykyään paremmin vastaavaan työtehtävään nykyistä osaamista ja ammattitaitoa kehittämällä.

Työkyvyttömyyden uhan todennäköisyyttä arvioitaessa käytetään ammattitautien diagnostiikassa sovellettavaa asteikkoa (erittäin todennäköinen, todennäköinen, mahdollinen, epätodennäköinen ja erittäin epätodennäköinen). Työn vaatimuksien arviointia helpottaa vaatimus- ja kuormitustekijöiden jakaminen kolmeen luokkaan: työyhteisöllisiin tekijöihin liittyvä työkuormitus (kuten työn organisointi ja esimiesten toimintatavat), työhön liittyvät tekijät (esimerkiksi työvälineet ja työtavat) ja muun muassa työturvallisuuden ja työergonomian käsittävä työympäristön kuormitus.¹²³ Potilas tuntee oman työnsä lääkäriä paremmin, mutta hän ei välttämättä osaa kuvata työssäjatkamisen kannalta oleellisia työn vaatimuksia¹²⁴. Vainion (2007, 707) mukaan työolojen tuntemus on työterveyslääkärille erityisen haastavaa silloin, kun toimitaan kaukana työpaikalta, terveys- tai lääkärikeskusten uumenissa. Vain vajaa puolet työllisistä arvioikin työterveyshuollon tuntevan heidän työpaikkansa työolot riittävän hyvin¹²⁵.

Lääketieteen menetelmin voidaan arvioida siis nimenomaan toimintakykyä. Tehtyä toimintakykyarviota voidaan verrata työn vaatimukseen ja tätä kautta arvioida työkykyä. Toimintakyvyn kuvaus ja ennuste on kuntoutushakemukseen tarvittavan lääkärinlausunnon tärkein kohta¹²⁶. Suoyrjön (2007, 2278) mukaan se jää kuitenkin valitettavan usein tyhjäksi. Toimintakyvyn arvioinnin vaikeus vaihtelee eri sairausryhmissä. Esimerkiksi sydämen ja keuhkojen suorituskykyä voidaan mitata luotettavasti kliinisillä kokeilla. Tuki- ja liikuntaelinten toimintaa voidaan arvioida muun muassa nivelten liikkuvuuden ja kuormituskestävyyden perusteella. Psykykkistä kapasiteettia voidaan vastaavasti mitata esimerkiksi erilaisin kliinisin ja neuropsykologisin testein. Arviointi muodostuu ongelmalliseksi silloin, kun toimintakykyä rajoittavat vaikeasti mitattavat asiat. Tällaisia ovat esimerkiksi kipu, uupumusoireet ja ahdistus. Vaikka oireet voivat olla potilaalle hyvin todellisia, ei toimintakyvyn alentumista voida arvioida luotettavasti pelkkien oireiden perusteella. Selvää on myös, ettei taloudellisen etuuden saaminen voi perustua vain omaan ilmoitukseen¹²⁷. Tola (2004, 370) toteaaakin, että monien vaivojen subjektiivinen luonne soveltuu huonosti sosiaalivakuutusratkaisujen perustaksi.

¹²³ Aro 2006, 216–217.

¹²⁴ Aro ym. 2004, 54.

¹²⁵ Janhonen & Husman 2006, 47.

¹²⁶ Tola 2004, 368; Kivekäs 2003, 2064; Suoyrjö 2007, 2278.

¹²⁷ Tola 2004, 369–370.

Työkyvyn määrittäminen pelkästään objektiivisena asiantuntija-arviona on käsitteen kompleksisuuden vuoksi ongelmallista, minkä vuoksi yksilön omaa arviota tarvitaan osuvuuden parantamiseksi. Työterveyshuollossa yleisesti käytetty työkyvyn arviointia tukeva mittari on työkykyindeksi (TKI).¹²⁸ Se perustuu työntekijän arvioon työssä selviytymisestään todettujen sairauksien ja työn vaatimusten näkökulmasta. Henkilön oma arvio koetusta työkyvystä korreloi vahvasti tulevan kehityksen, joko työssä jatkamisen tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen, kanssa¹²⁹. Lääkärikin muistaa, että hänen kuntoutusta koskevilla realistisilla ja kannustavilla mielipiteillään on vaikutusta myös kuntoutujan omiin odotuksiin ja asenteisiin¹³⁰. Potilaalle lääkäri on Kivekkään (2003, 2063) mukaan usein merkittävä auktoriteetti, jonka sanoja hän erityisen tarkasti kuuntelee.

Kuten työkykytalo-malli osoittaa, voi työkyky olla uhattuna muistakin kuin toimintakykyyn liittyvistä syistä. Sitä voivat heikentää esimerkiksi ristiriidat oman osaamisen ja työn vaatimusten välillä, turhautuminen, huonosti organisoitu työ, työmotivaation heikentyminen ja ihmissuhdeongelmat. Nämä kaikki tulisi ratkaista muuten kuin lääketieteen keinoin. Ongelmia ei pidä siis medikalisoida eli etsiä lääketieteellisiä syitä sieltä missä niitä ei ole.¹³¹ Myös Vainio (2007, 707–708) varoittaa työterveyshuoltoa ongelmien medikalisoinnista. Hänen mukaansa kiireen ja muutosten pyörteisissä kamppailevan työyhteisön ongelmat eivät ratkea siten, että yksittäisille ihmisille kirjoitetaan sairauslomia esimerkiksi uupumuksen takia. Samoilla linjoilla on Nokso-Koivisto (2001, 96) kehottaessaan lääkäriä pureutumaan ongelmien todellisiin syihin sen sijaan, että esimerkiksi sekavasta elämäntilanteesta tehdään sairaus. Myös Ilmarinen (2006b, 4608) toteaa, ettei työkyvyn parantamiseksi tarkoitettu ”resepti” voi sisältää vain ”lääkkeitä” erilaisten oireiden ja sairauksien hoitoon, vaan siinä pitää olla myös keinoja alentuneen työkyvyn muiden syiden hoitoon. Työkyvyn määrittäminen monitasoiseksi ilmiöksi merkitseekin siis monipuolisia toimenpiteitä myös sen edistämiseksi¹³².

4.4 Ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatiminen

Kuntoutuksella on aina oltava tavoite, sillä tavoite ohjaa vahvasti motivaation syntymistä. Työeläkekuntoutujilla tavoite liittyy työkyvyn parantamiseen, ja tätä kautta toimeentulomahdollisuuksien edistämiseen. Ansionäkökulman ohella kuntoutuksessa painotetaan kokonaisvaltaisen toimintaky-

¹²⁸ Ilmarinen ym. 2006, 20, 32.

¹²⁹ Järvikoski & Härkäpää 2004, 120–121.

¹³⁰ Suoyrjö 2007, 2278.

¹³¹ Rissanen & Wikström 2004, 80–81; Antti-Poika 2006b, 206–208.

¹³² Ilmarinen ym. 2006, 21.

kyisyyden sekä täysipainoisen elämän tavoitteita. Työeläkelakien velvoittamaan kuntoutussuunnitelmaan kirjataan ne tavoitteet ja toimenpiteet, joiden pohjalta kuntoutusta lähdetään toteuttamaan. Siinä ilmaistaan myös käytännön tiedot kuntoutuksen toteuttajatahosta ja aikataulusta. Kuten luvussa 3.5 todettiin, kuntoutushakemuksen liitteeksi tarvittava B-lääkärinlausunto sisältää usein kuntoutussuunnitelman. Lausunnosta käy tällöin ilmi paitsi sairauden tai vamman laatu, sen hoito ja ennuste sekä työ- ja toimintakykyarvio, myös suunnitellut kuntoutustoimet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Uusimmassa B-lausuntolomakkeessa on lyhyt ohjausteksti ja omat kohdat sekä hoitettävä kuntoutussuunnitelmalle. Lausunnon rakenne suosii näin ajattelua kuntoutustarpeen varhaisesta ja oikea-aikaisesta arvioinnista hoidon yhteydessä.¹³³

Suunnitellun uuden työn on sovelluttava kuntoutujan alentuneeseen toimintakykyyn, jotta kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus toteutuisi. Ammatillista kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa onkin oltava riittävän hyvä käsitys kuntoutujan psykofyysissosiaalisesta kokonaistilanteesta. Suunnitelma voi osoittautua epärealistiseksi, jos esimerkiksi uuden työn vaatima koulutus tai elämäntavan muutos on kuntoutujalle ylivoimainen. Hyväkin suunnitelma voi kuitenkin kariutua yllättävään uuteen ongelmaan, minkä vuoksi olisi suositeltavaa laatia varasuunnitelma.¹³⁴ Sisällöllisesti joustava suunnitelma mahdollistaa tilanteen nopean uudelleen arvioinnin¹³⁵.

Lääkäri tarvitsee kuntoutuksen suunnittelussa usein muita asiantuntijoita, joita ovat esimerkiksi psykologit, sosiaalityöntekijät sekä fysioterapeutit. Moniammatillisena yhteistyönä tehty suunnitelma huomioi parhaiten kuntoutujan moninaiset tarpeet ja mahdollisuudet. Ammatillinen kuntoutussuunnitelma voidaan sisällyttää lääkärinlausuntoon yleensä silloin, kun kuntoutus toteutetaan omalla työpaikalla. Neuvotteluissa tarvitaan työterveyshuollon, kuntoutujan, työnantajan sekä työeläkeyhtiön edustajan panosta. Aina ei kuitenkaan päästä helposti suunnitelmaan, vaan kuntoutujan ammatillisten valmiuksien ja mahdollisuuksien tutkiminen voi edellyttää terveydenhuollon ulkopuolisia lisäselvityksiä, joiden tarve kirjataan tällöin lääkärinlausuntoon.¹³⁶

Järvikoski ja Härkäpää (2004, 168–169) toteavat kuntoutussuunnitelman sisältävän kaksi merkittävää tarkoitusta. Ensinnäkin se toimii yhteydenpitovälineenä kuntoutuspalveluja tuottavien organisaatioiden, kuntoutuksen päätöksentekijöiden ja rahoittajien sekä kuntoutuksen asiantuntijoiden

¹³³ Rissanen & Wikström 2004, 84–85.

¹³⁴ Suoyrjö 2007, 2277.

¹³⁵ Rissanen 2001, 504–505.

¹³⁶ Rissanen & Wikström 2004, 86; Suoyrjö 2007, 2277–2278.

välillä. Toiseksi, kuntoutussuunnitelma mahdollistaa kuntoutujan sitoutumisen oman kuntoutumisen edistämiseen ja kuntoutusprosessinsa toteuttamiseen. Tässä tarkoituksessa suunnitelmalla voidaan ajatella olevan myös sopimuksellinen tehtävä kuntoutujan ja kuntouttajatahon välisenä asiakirjana. Yhdessä kuntoutujan kanssa tehty suunnitelma antaa kuntoutujalle lisäksi turvallisuuden tunnetta ja luo perustan tarkennuksia ja jatkosuunnitelmia varten¹³⁷. Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevissa tutkimuksissa on todettu, että onnistuneiden kuntoutusprosessien osuus on huomattavan suuri silloin, kun kuntoutuja on sitoutunut kuntoutussuunnitelmaan¹³⁸. Nokso-Koivisto (2001, 90) pitää ajatusta kuntoutuksen tuloksellisuudesta jopa mahdottomana, jollei kuntoutuja kykene vähintäänkin muuttamaan kuntoutumistaan koskevia asenteita myönteisemmiksi.

Valitettavan usein suunnitelman toinen tarkoitus – kuntoutujan sitouttaminen – jää kuitenkin vajaavaseksi tai jopa kokonaan toteutumatta. Henkilön asennoitumisongelman lisäksi näin voi käydä, jos kuntoutussuunnitelman ensimmäinen tarkoitus korostuu ja asiakirja laaditaan ensisijaisesti hallinnollisia tarpeita varten. Suunnitelman sisältö jää kuntoutujalle helposti epäselväksi, jollei hän pääse itse aktiivisesti osallistumaan sen laatimiseen. Tällöin on vaarana, että kuntoutujan motivaatio yhteistyöhön jää olemattomaksi, koska sen perusta puuttuu.¹³⁹ Kuntoutussuunnitelmaa ei voidakaan laatia kuntoutujan puolesta hoidon ohella tapahtuvana virkatyönä. Asiantuntijoiden tulee sitä vastoin ohjata muutoksen edessä olevan kuntoutujan epävarmuus, pelot ja pettymykset rakentavaksi, aktiiviseksi toiminnaksi.¹⁴⁰ Suoyrjökin (2007, 2278) toteaa, että kuntoutujan oman panoksen puuttuminen suunnitelmasta johtaa huonoon sitoutumiseen ja huonoon lopputulokseen. Hän muistuttaa, että kuntoutuja tulee nähdä toimenpiteissä subjektina, ei objektina. Myös Rissanen (2001, 503) painottaa, että koska kyse on potilaan omasta asiasta, on kuntoutussuunnitelma tehtävä aina yhdessä hänen kanssaan. Tuoreen tutkimuksen mukaan kolme neljästä työeläkekuntoutujasta katsoo osallistuneensa merkittävästi kuntoutuksensa suunnitteluun¹⁴¹. Tältä osin luvussa 2.1.2 esiintunut kuntoutujan osallisuutta painottava, valtaistava kuntoutusparadigma näyttää siis toteutuvan.

¹³⁷ Järvikoski & Härkäpää 1995, 179.

¹³⁸ Järvikoski 2002, 52.

¹³⁹ Järvikoski & Härkäpää 2004, 169–170.

¹⁴⁰ Rissanen & Wikström 2004, 84.

¹⁴¹ Gould ym. 2007, 29.

4.5 Työterveyslääkärin monet roolit

Potilaan kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia arvioidessaan lääkärin tulee katsoa asiaa monesta, toisinaan keskenään ristiriitaisestakin näkökulmasta. Järvikoski ja Härkäpää (2004, 162–164) esittivät ajatuksen kuntoutustyöntekijän kahdesta isännästä tämän kaksijakoista roolia kuvatessaan. Isännillä he tarkoittivat kuntoutujaa ja kuntoutusjärjestelmää, joiden molempien tarpeita ja vaatimuksia kuntoutustyöntekijän olisi työssään pyrittävä parhaansa mukaan sovittelemaan. Kuntoutustyöntekijä toimii tällöin toisaalta kuntoutujan puolestapuhujana, ja toisaalta järjestelmän portinvartijana, joka huolehtii tarkasti etuuskien edellyttämien kriteerien täyttymisestä. Kumpi tahansa rooleista – puolestapuhuja tai portinvartija – voi korostua.

Samaa ajatusta hyödyntäen on oheisessa kuviossa 9 esitetty työterveyslääkärin kolme isäntää ja roolia kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien arvioinnissa. Työterveyslääkäri toimii potilaansa asioiden ajajana ja puolestapuhujana etsiessään ratkaisua hänen ongelmiinsa. Samalla lääkärin olisi palveltava myös kuntoutusjärjestelmää, ja huomioitava tässä noudattajan roolissaan sen työkyvyttömyyttä koskevat eläke- ja kuntoutussäännökset. Kuntoutustarpeen käsite jakautuu tällöin kuntoutumistarpeeseen ja kuntouttamistarpeeseen: edellinen kuvaa potilaan kokemusta omasta tilanteestaan ja jälkimmäinen yhteiskunnan normeihin perustuvaa arviota hänen tilanteestaan. Nämä näkemykset eivät aina ole yhdensuuntaisia. Samoin lääkärin arvio potilaan kuntoutustarpeesta voi olla ristiriidassa järjestelmän määrittelemien kriteerien kanssa.¹⁴²

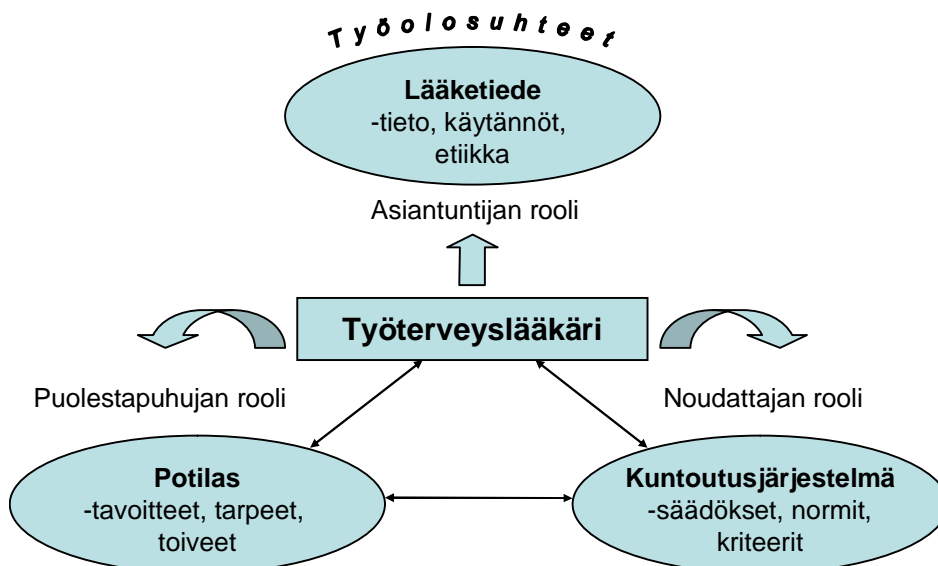
Muuntautuminen hoitavan lääkärin roolista kuntoutusjärjestelmän kriteereitä noudattavaan lausunnonantajan rooliin ei ole aivan ongelmaton. Erityisesti pitkissä hoitosuhteissa lääkärin voi olla vaikeaa luopua puolestapuhujan roolistaan. Roolien yhteensovittaminen voi tuntua hankalalta, jos potilaan kokema etu ja hänestä tehty objektiivinen asiantuntija-arvio eivät kohta.¹⁴³ Rooliongelma voi hämmentää myös potilasta. Nokso-Koivisto (2001, 16) toteaa, että lääkärin siirtyessä roolista toiseen – eläytyvästä ja empaattisesta lääkäristä lausunnonantajaksi – saattaa potilas kokea hänet januksenkasvoisena; yhtäältä lääkärinään ja toisaalta yhteiskuntaa palvelevana, epäluottamusta herättävänä asiantuntijana.

¹⁴² Järvikoski & Härkäpää 2004, 143–145.

¹⁴³ Nokso-Koivisto 2001, 15–16, 111.

Työterveyslääkäriin kolmantena isäntänä voidaan nähdä lääketiede, joka muodostaa hänen toimintansa viitekehyksen ja asiantuntemuksensa syvimmän ytimen. Lääketieteen isäntä-aspekti kuvaa arvioinnin peilaamista kuntoutusjärjestelmän edellyttämään muutokseen terveydentilassa. Kuntoutujalähtöinen, valtaistavan kuntoutusparadigman mukainen toimintamalli ei voikaan siten merkitä lääketieteellisen asiantuntijatiedon ohittamista tai väheksymistä¹⁴⁴. Jos työkykyongelmat johtuvat muusta kuin kuntoutuksen kriteerinä olevasta objektiivisesti todetusta toimintakyvyn alentumasta, tulee ratkaisuja etsiä muualta. Ongelmia ei pidä siis medikalisoita. Lääketieteellisen tiedon ohella lääkärin asiantuntija-arvio heijastaa aina muun muassa hänen omaa ammatillista kokemustaan, elämänkatsomustaan, arvojaan sekä käsitystään työelämästä¹⁴⁵. Lääketieteen lisäksi työterveyslääkäriin asiantuntijarooli käsittää potilaan työolosuhteiden tuntemuksen.

Kuvion kaksisuuntaiset nuolet kuvaavat työterveyslääkäriin, potilaan sekä kuntoutusjärjestelmän edustajan välisiä vuorovaikutussuhteita. Myös työnantajan edustaja on yleensä mukana vajaakuntoisen työntekijän kuntoutusasioita koskevissa neuvotteluissa. Aivan kuten Järvikosken ja Härkäpään (2004, 164) isäntä-metaforassa, alla olevassa kuviossakin on joko-tai -asetelman sijasta haettava kaikkia osapuolia tyydyttävää toimintatapaa. Ihmisen hyvinvointi on kuitenkin sekä työterveyslääkäriin että jokaisen isännän tavoitteena.



Kuvio 9 Työterveyslääkäriin isännät ja roolit kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia arvioitaessa

¹⁴⁴ Järvikoski & Härkäpää 2004, 162.

¹⁴⁵ Nokso-Koivisto 2001, 22.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA KESKEISET TULOKSET

5.1 Tutkimuksen aineisto

5.1.1 Tutkimuksen perusjoukko ja otos

Perusjoukko on se havaintoyksiköiden muodostama kokonaisuus, jota koskevia päätelmiä halutaan tehdä. Käytännön syistä koko joukon tutkiminen on kuitenkin usein mahdotonta. Tämän vuoksi kokonaisuudesta poimitaan edustava otos, jonka avulla perusjoukosta pyritään tekemään tulokseksi yleistettäviä päätelmiä. Otoksen on oltava pienoiskuva perusjoukosta. Otoksen edustavuus merkitsee siis sitä, että siinä on samoja, ja samassa suhteessa olevia ominaisuuksia kuin koko perusjoukossa. Parhaiten edustavuus voidaan varmistaa satunnaistamisen avulla, eli otokseen valikoituvien havaintoyksiköiden tulee määräytyä sattumanvaraisesti.¹⁴⁶ Tässä tutkimuksessa perusjoukoksi on määritelty Suomessa toimivat työterveyslääkärit, ja heitä edustamaan on poimittu otos.

Otos voidaan valita monella eri tavalla. Yleisimmät otantamenetelmät ovat yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta ja ryväotanta. Tässä tutkimuksessa on sovellettu ryväotantaa, joka tarkoittaa monivaiheista poimintaa. Se sopii tilanteisiin, joissa varsinaisista havaintoyksiköistä ei ole olemassa luetteloja, mutta kylläkin näiden muodostamista ryppäistä. Monivaiheisuus merkitsee sitä, että aluksi valitaan havaintoyksiköitä suurempia kokonaisuuksia, ja sitten valituksi tulleet ryppäät tutkitaan kokonaan (yksiasteinen ryväotanta) tai niiden sisällä suoritetaan uusi, varsinaisiin havaintoyksiköihin kohdistuva otanta (kaksiasteinen ryväotanta).¹⁴⁷

Tämän tutkimuksen perusjoukosta, kaikista Suomessa toimivista työterveyslääkäreistä, ei ole olemassa kattavaa rekisteriä. Työterveyslaitokselta on kuitenkin saatavilla kaikki Suomen 929 työterveysasemaa sisältävä lista, jota hyödynnettiin otannassa. Poimimalla listasta joka kuudes työterveysasema sovellettiin systemaattista otantaa, jossa yksiköitä poimitaan tasaisin välein. Otannan systemaattisuus ei vaikuttanut työterveysasemien sattumanvaraiseen määräytymiseen, sillä lista oli

¹⁴⁶ Heikkilä 2004, 33–35; Hirsjärvi ym. 2005, 168–169.

¹⁴⁷ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 110–112; Heikkilä 2004, 36–39.

sijainnin mukaisessa aakkosjärjestyksessä. Kun työterveysasemista oli saatu edustava otos, suoritettiin toinen otanta pyytämällä valituiksi tulleilta työterveysasemilta vähintään yhden, ja enintään neljän, työterveyslääkäriin yhteystiedot. Jos asemalla työskenteli yli neljä lääkäriä, pyydettiin valinta tekemään sattumanvaraisesti. Otantaa jatkettiin niin kauan, kunnes 400 kappaleen tavoiteltu otoskoko oli saavutettu. Pienten asemien mahdollisen yliedustavuuden välttämiseksi hyväksyttiin kultakin työterveysasemalta useampi kuin yksi työterveyslääkäri. Rajoittamalla maksimimäärä kuitenkin neljään, haluttiin toisaalta estää suurten yksittäisten työterveysasemien liiallinen, otoksen edustavuutta uhkaava painottuminen.

Tutkimuksen otoskooksi määriteltiin siis 400 työterveyslääkäriä. Otoksoon on oltava sitä suurempi, mitä heterogeenisempi tutkittava perusjoukko on¹⁴⁸. Koska Suomessa toimivat työterveyslääkärit on jo koulutuksensa puolesta rajattu joukko, arvioitiin määrä riittäväksi. Otoksokoa määriteltäessä on huomioitava myös odotettavissa oleva poistuma eli kato, sillä kaikkien otokseen valittujen vastausta ei saada juuri koskaan. Otos tulee suunnitella sen verran suuremmaksi, että se kadon jälkeenkin täyttää tilastollisen päättelyn vaatimukset.¹⁴⁹ Tässä tutkimuksessa lopullisen otoksoon ehdottomaksi minimitavoitteeksi asetettiin 100, joka on Heikkilän (2004, 45) mukaan riittävä silloin, kun kohde-ryhmä on suppea ja tuloksia tarkastellaan kokonaistasolla.

5.1.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto on kerätty kyselyllä, joka on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. Se mahdollistaa laajan tutkimusaineiston hankkimisen. Kysely on myös tehokas, tutkijan aikaa ja vaivannäköä säästävä menetelmä. Toisaalta esimerkiksi vastaajien väärinymmärryksiä on hankalaa kontrolloida eikä heidän tutkimukseen suhtautumisensa vakavuutta voida varmistaa. Lisäksi kyselyä pidetään usein pinnallisena, kuten kvantitatiivista tutkimusotetta yleisemminkin.¹⁵⁰ Kyselyiden haittana on myös odotettavissa oleva suuri kato. Tässä tutkimuksessa vastaajien kesken arvottiin palkintoja, minkä tiedettiin vaikuttavan yleensä suotuisasti palautusprosenttiin.¹⁵¹ Varsinaisen lomakkeen

¹⁴⁸ Heikkilä, 2004, 42.

¹⁴⁹ Alkula ym. 1995, 109; Heikkilä 2004, 43.

¹⁵⁰ Hirsjärvi ym. 2005, 182–184.

¹⁵¹ Heikkilä 2004, 66–67.

lisäksi kysely sisältää saatekirjeen, jonka tarkoituksena on selvittää tutkimuksen taustaa ja motivoi-
da vastaajaa täyttämään lomake¹⁵². Tutkimuksessa käytetty saatekirje löytyy liitteistä (LIITE 2).

Hyvin suunnitellulla kyselylomakkeella on suuri merkitys tutkimuksen onnistumisen kannalta – se on mittausinstrumentti, jonka toimivuus ilmenee myöhemmin tutkimuksen tuloksissa ja analyysis-
sä¹⁵³. Kyselyn laadinnassa hyödynnettiin Heikkilän (2005, 47–66) sekä Hirsjärven ym. (2005, 187–
193) ohjeita hyvän kyselylomakkeen tekemiseen. Eri kyselymuodoista tässä tutkimuksessa on käy-
tetty Internetin kautta tehtävää www-kyselyä. Siinä vastaukset tallentuvat tietokantaan, josta ne
voidaan siirtää tilasto-ohjelmistoon aineiston käsittelyä varten.¹⁵⁴ Kyselylomake toteutettiin Tampe-
reen yliopiston tarjoaman E-lomake -ohjelmiston avulla¹⁵⁵.

Tutkimusaineisto kerättiin standardoidusti, eli asioita kysyttiin kaikilta vastaajilta täsmälleen samal-
la tavalla. Valtaosa kysymyksistä on strukturoituja, valmiit vastausvaihtoehdot antavia monivalinta-
kysymyksiä. Niihin on nopeaa vastata ja saatujen tulosten vertailu on helppoa. Vastaukset voidaan
tosin antaa harkitsematta, ja esitetyt kysymykset kahlitsevat vastaajan valmiiksi rakennettuihin
vaihtoehtoihin. Kysely sisältää myös avoimia kysymyksiä, joissa vastaus kirjoitetaan sille varattuun
tyhjään tilaan. Tällaisella strukturoimattomalla tiedonkeruutavalla pyrittiin tuomaan tutkimukseen
laadullista, syvällisempää ulottuvuutta. Hirsjärvi ym. (2005, 190) katsovat avointen kysymysten
eduksi muun muassa sen, että ne antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin ja
osoittaa asiaan liittyvät keskeiset ja tärkeät ajatukset. Lisäksi niihin saadut vastaukset voivat paljas-
taa tutkimuksen kannalta tärkeitä asioita, jotka eivät olisi muuten tulleet esiin. Tässä tutkimuksessa
avointen kysymysten käyttöä puoltaa myös se, että vastaajat tuntevat aihepiirin tutkijaa paremmin.
Avoimia kysymyksiä on kuitenkin kritisoitu muun muassa niiden tuottaman sisällön kirjavuudesta
ja vastausten vaikeasta käsiteltävyydestä. Niihin jätetään myös herkästi vastaamatta.¹⁵⁶

Kyselyssä on hyödynnetty myös mielipiteiden kartoittamiseen soveltuvaa Likertin asteikkoa. Se on
yleensä neli- tai viisiportainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jonka toisena ääripäänä on taval-
lisimmin ”täysin samaa mieltä” ja toisena ääripäänä ”täysin eri mieltä”. Vastaajan tulee valita as-
teikolta omaa käsitystään parhaiten kuvaava vaihtoehto. Tällaisten skaalojen avulla saadaan paljon
tietoa vähään tilaan. Tässä tutkimuksessa käytettiin viisiportaista asteikkoa, jonka keskimäinen

¹⁵² Heikkilä 2004, 61.

¹⁵³ Alkula ym. 1995, 130; Heikkilä 2004, 47.

¹⁵⁴ Heikkilä 2004, 69.

¹⁵⁵ Ohjelmiston kotisivut löytyvät osoitteesta www.e-lomake.fi.

¹⁵⁶ Heikkilä 2004, 49–51; Hirsjärvi ym. 2005, 187–190.

vaihtoehto antoi vastaajalle mahdollisuuden olla ottamatta kantaa annettuun väittämään. Jokaista vastausta oli myös mahdollista kommentoida sanallisesti. Asteikkokysymysten heikkoutena on muun muassa se, että edellisten väittämien vastaukset saattavat vaikuttaa jälkimmäisiin tutkittavan tavoittellessa loogisuutta vastauksiinsa.¹⁵⁷ Niiden ongelmana on pidetty myös sosiaalisesti suotavuudeksi kutsuttua vastaustaipumusta, jolla viitataan ihmisten taipumukseen valita skaalasta se vaihtoehto, jonka he arvelevat olevan yleensä suotava vastaus¹⁵⁸.

Kyselylomake koostuu viidestä sivusta, jotka esitettiin vastaajille yksi kerrallaan. Lomakkeen ensimmäisellä sivulla, ennen varsinaisia kysymysosioita, tiivistetään vielä saatekirjeessä ollut keskeinen informaatio. Seuraavaksi tiedustellaan vastaajien taustatietoja, kuten ikää, sukupuolta, sijaintia ja koulutusta. Tämänkaltaisia tietoja kerättiin lähinnä aineiston kuvailemiseksi, mutta myös mahdollisten riippuvuussuhteiden esittämistä varten. Kolmannella sivulla esitetään työeläkekuntoutuksen yleiseen tuntemukseen liittyviä kysymyksiä ja väittämiä. Niiden avulla pyrittiin saamaan vastauksia erityisesti kuntoutuksen tuntemusta käsittelevään ensimmäiseen tutkimusongelmaan.

Kyselyn neljäs sivu sisältää työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyviä kysymyksiä ja väittämiä. Tutkimuksen toiseen, kuntoutuksen käynnistämisen ongelmakohtia käsittelevään tutkimusongelmaan, pyritään vastaamaan pääosin tämän osion tulosten perusteella. Kyselyn viimeisellä sivulla on vastaajille annettu mahdollisuus ilmaista vapaasti työeläkekuntoutukseen liittyviä ajatuksia ja kehittämisenäkemyksiä. Tämän osion lisäksi kuntoutuksen käynnistämisen prosessin parantamista koskevaan kolmanteen tutkimusongelmaan haetaan vastauksia myös jo aiemmissa osioissa esiin tulleiden kehittämistarpeiden perusteella. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake löytyy kokonaisuudessaan liitteistä (LIITE 3).

Ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista tulee kyselylomake testata antamalla se kohdejoukon edustajien vastattavaksi¹⁵⁹. Lomakkeen testasi yksi työterveyslääkäri ja kaksi yleislääkärää, joita pyydettiin arvioimaan kyselyn onnistumista erityisesti sen sisällön osalta. Lääkäreiden lisäksi lomakkeen testasi myös neljä muuta henkilöä. Heitä pyydettiin arvioimaan kyselyä lähinnä sen yleisen selkeyden, toimivuuden ja vastaamisen raskauden näkökulmasta. Testaajilta saadun palautteen perusteella kyselyyn tehtiin vielä muutamia sanamuotoihin ja vastausvaihtoehtoihin liittyviä muutoksia.

¹⁵⁷ Heikkilä 2004, 52–53.

¹⁵⁸ Hirsjärvi ym. 2005, 192.

¹⁵⁹ Heikkilä 2004, 61.

Kysely toteutettiin vuoden 2007 loka- ja marraskuussa. Tieto tutkimuksesta lähetettiin otokseen valikoituneille 400 työterveyslääkärille sähköpostiviestillä, joka sisälsi saatekirjeen sekä linkin kyselyn verkko-osoitteeseen. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Viikko ennen vastausajan umpeutumista lähetettiin muistutus. Osaa lääkäreistä kysely ei tavoittanut. Syinä tähän olivat muun muassa sähköpostiosoitteen toimimattomuus ja vastaajan asettamasta automaattisesta vastausviestistä ilmenevä pidempiaikainen poissaolo. Muutama vastaajaa ilmoitti lisäksi kohteliaasti, ettei katso voivansa vastata kyselyyn vähäisen lääkärinvastaanotto toimintansa vuoksi. Kun alkuperäisestä otoksesta vähennettiin nämä tavoittamattomat henkilöt, saatiin lopulliseksi otoskooksi 371 työterveyslääkärää. Heistä 112 vastasi kyselyyn. Vastausprosentiksi muodostui näin ollen 30,2.

5.1.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kvantitatiivinen tutkimusaineisto käsiteltiin ja analysoitiin SPSS 16.0 -tilasto-ohjelman avulla. Ennen tätä vastaukset koodattiin ohjelmalle soveltuvaan muotoon. Erilaisten graafisten esitysten laadinnassa käytettiin niin ikään SPSS-ohjelmaa. Likertin asteikkojen osalta grafiikka toteutettiin kuitenkin Microsoft Excel -ohjelmalla. Tässä tutkimuksessa otanta suoritettiin siis käyttäen kaksivaiheista ryväotantaa. Analysoinnissa käytetty tilasto-ohjelmisto käsittelee aineistoa kuitenkin sen oletuksen pohjalta, että se on saatu yksinkertaisella satunnaisotannalla¹⁶⁰. Ryväotannasta huolimatta voidaan tutkimuksen otosta pitää varsin edustavana kuvauksena Suomessa toimivista työterveyslääkäreistä, ja siten siihen voitaneen suhtautua kuten yksinkertaiseen satunnaisotokseen.

Kvantitatiivisen aineiston analyysissä tehdään usein ero kuvailevan tilastoanalyysin ja tilastollisen päättelyn välillä. Ensiksi mainittu pyrkii kuvailemaan ja tiivistämään jonkin määrällisen muuttujan jakaamaa tai useamman tällaisen muuttujan yhteisvaihtelua. Kuvaileva tilastoanalyysi ei kuitenkaan pyri yleistämään tuloksia mitään laajempaa perusjoukkoa koskeviksi. Tätä varten tarvitaan tilastollista päättelyä. Sen avulla voidaan arvioida, kuinka hyvin otoksesta saadut tulokset pätevät perusjoukossa. Arvioinnissa keskitytään tällöin siihen, kuinka todennäköisesti otoksen avulla saadut tulokset voidaan yleistää koko perusjoukkoa koskeviksi.¹⁶¹ Tässä tutkimuksessa käytetään sekä kuvailevaa tilastoanalyysiä että tilastollista päättelyä, jälkimmäistä kuitenkin kysymyksiin saatujen vastusten lukumäärä huomioiden. Tilastollinen yleistäminen on yksi induktiivisen päättelyn muoto.

¹⁶⁰ Alkula ym. 1995, 117.

¹⁶¹ www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus 2008a.

Tutkimuksessa käytettävää päättelyä voidaan siis kutsua induktiiviseksi. Induktio on uutta tietoa tuottava, yksityistapauksista yleistyksiin etenevä päättelymuoto.¹⁶²

Muuttujien arvojen sisältämä informaatio voidaan pelkistää muutamaa muuttujaa kuvaavaan tunnuslukuun, joskin niiden myötä myös osa informaatiosta katoaa. Tämän tutkimuksen kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa tunnusluvuista on käytetty aritmeettista keskiarvoa. Se on helposti ymmärrettävänä kaikkein yleisin muuttujan keskimääräisyyttä kuvaava luku. Havaintojen lukumäärän ollessa suuri, kuten tässä tutkimuksessa, voi keskiarvoa pitää vakaana suureena. Vainojen jakaumien kuvaajana se voi kuitenkin olla ongelmallinen.¹⁶³ Järjestysasteikon tasoisille muuttujille, kuten Likertin asteikoille, ei yleensä saa laskea keskiarvoa. Mielipidetiedusteluissa keskiarvoja käytetään kuitenkin usein yleiskuvan antamiseen¹⁶⁴. Tällä perusteella on keskiarvoa hyödynnetty myös tässä tutkimuksessa järjestysasteikollisten kysymysten analysoinnissa.

Joidenkin kysymysten osalta tutkittiin niihin saatujen vastausten välistä riippuvuutta eli korrelaatiota. Muuttujien välisen yhteyden selvittämisessä käytettiin Spearmanin korrelaatiokerrointa, joka soveltuu järjestysasteikon tasoisille muuttujille. Mikäli kerroin saa vähintään arvon 0,3, voidaan muuttujien todeta korreloivan keskenään. Tutkimuksessa käytetty tilasto-ohjelmisto laskee korrelaatiokertoimelle myös merkitsevyytason (p), joka ilmoittaa, kuinka suuri riski on, että todettu riippuvuus johtuu sattumasta. Tässä tutkimuksessa merkitsevyytasona on käytetty arvoa 0,05 (5 %), eli tämän rajan alittuessa riippuvuuksia pidetään tilastollisesti merkitsevinä.¹⁶⁵

Sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimusaineiston osalta on vastausjakaumien kuvaamisessa käytetty yksiulotteista frekvenssijakaumaa, joka ilmaisee muuttujan eri luokkien yleisyyden havaintoaineistossa¹⁶⁶. Avointen kysymysten osalta tulee vastaukset tätä ennen aina luokitella. Juuri perusteltujen luokittelujen tekeminen on keskeistä laadullisen aineiston analyysissä. Tuloksia tulkittaessa on myös osoitettava, mihin päätelmät perustuvat. Lukijaa auttavat tällöin tutkimusraporttia rikastuttavat autenttiset dokumentit.¹⁶⁷ Tässä tutkimuksessa tehtäviä tulkintoja tukevat avoimiin kysymyksiin saatujen vastausten suorat lainaukset. Haasteelliseksi kvalitatiivisen aineiston analy-

¹⁶² Uusitalo 1995, 20–21.

¹⁶³ www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus 2008b; Heikkilä 2004, 83–84.

¹⁶⁴ Heikkilä 2004, 54.

¹⁶⁵ Heikkilä 2004, 203, 194–195.

¹⁶⁶ Heikkilä 2004, 149.

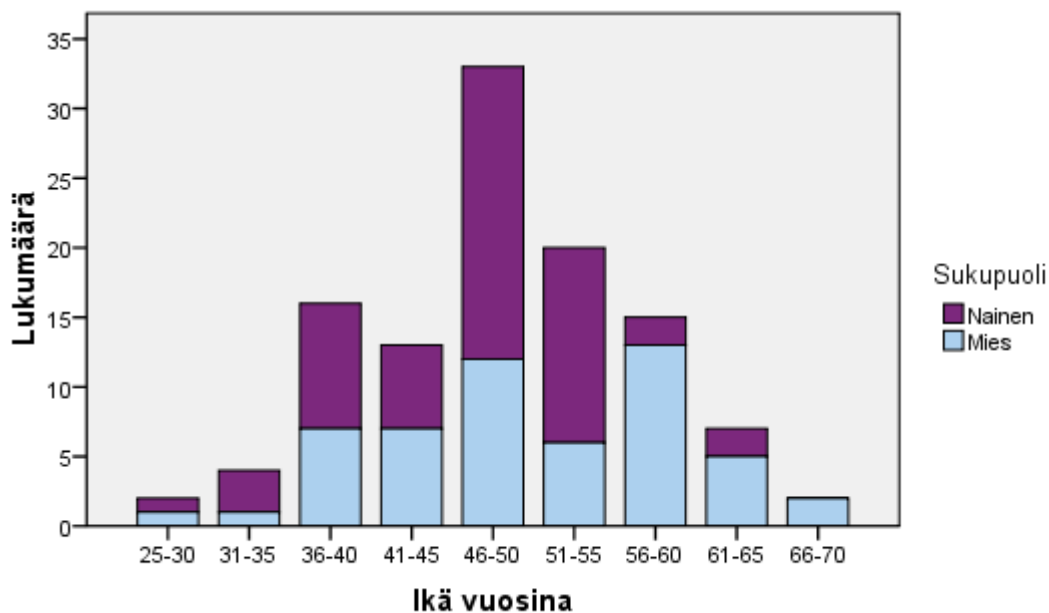
¹⁶⁷ Hirsjärvi ym. 2005, 217–218.

sin tekee se, ettei sen menetelmiä voida ottaa tilastomenetelmien tavoin valmiina, vaan analyysissä korostuvat tutkijan taidot systemaattisten ja perusteltujen tulkintojen tekemisessä¹⁶⁸.

5.2 Tutkimuksen keskeiset tulokset

5.2.1 Vastaajien perustiedot

Molemmat sukupuolet ovat edustettuina tutkimuksessa varsin tasaisesti: kyselyyn osallistuneista 51,8 prosenttia on naisia ja 48,2 prosenttia miehiä. Suurin osa (29,5 %) on iältään 46–50 -vuotiaita. Nuorin on 29-vuotias ja vanhin 67-vuotias keskiarvon sijoittuessa 48,7 ikävuoteen. Vastaajien luokiteltu ikä- ja sukupuolijakauma on esitetty kuviossa 10. Kuten kuvio osoittaa, noudattaa ikä- ja sukupuolijakauma normaalijakaumaa.



Kuvio 10 Vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma

Valtaosa (58,9 %) vastaajista on koulutukseltaan työterveyshuollon erikoislääkäreitä. Työterveyshuoltoon erikoistumassa olevia lääkäreitä sekä 7 opintoviikon laajuisen työterveyshuollon lisäkoulutuksen suorittaneita lääkäreitä on yhtä paljon, kutakin 18,8 prosenttia. Vain 3,6 prosentilla ei ole minkäänlaista työterveyshuollon koulutusta. Selvä enemmistö (83 %) vastaajista työskentelee työ-

¹⁶⁸ Uusitalo 1995, 82.

terveyslääkärinä päätoimisesti, loppujen toimiessa tehtävässä osa-aikaisesti. Tältä osin otos vastaa melko hyvin perusjoukon jakaumaa¹⁶⁹. Useimman vastaajan (44,6 %) pääasiallinen työnantaja on lääkärikeskus. Kolmannes (33,9 %) työskentelee yritysten omalla tai yritysten yhteisellä työterveysasemalla. Terveyskeskuksessa työskentelee reilu viidennes (21,4 %) vastaajista. Vertaamalla tätä jakaumaa työterveyshuollon tuottajaryhmien todelliseen jakaumaan, huomataan, että lääkärikeskukset ovat aineistossa jonkin verran yliedustettuina ja terveyskeskukset vastaavasti aliedustettuina. Yritysten omien ja yhteisten työterveysasemien osalta sen sijaan aineisto vastaa todellista jakaumaa varsin hyvin.¹⁷⁰

Maantieteellisesti tarkastellen otos kattaa lähes koko Suomen. Vastaajien sijaintia tiedusteltiin maakunnittain, jotka luokiteltiin aineiston käsittelyvaiheessa lääneihin. Tasan puolet vastaajista on Länsi-Suomen läänistä. Toiseksi parhaiten (31,2 %) edustettuna on Etelä-Suomen lääni. Vajaa kymmenesosa (9,8 %) vastaajista on Itä-Suomen läänistä. Vähiten vastaajia on Oulun ja Lapin lääneistä, kustakin 4,5 prosenttia. Karkeasti arvioiden otos noudattanee todellista jakaumaa hyvin ainakin Länsi- ja Etelä-Suomen läänien osalta, joissa on eniten asutusta. Vastaavasti voidaan olettaa, että ainakin Lapin läänissä on vähän lääkäreitä myös perusjoukon jakaumassa.

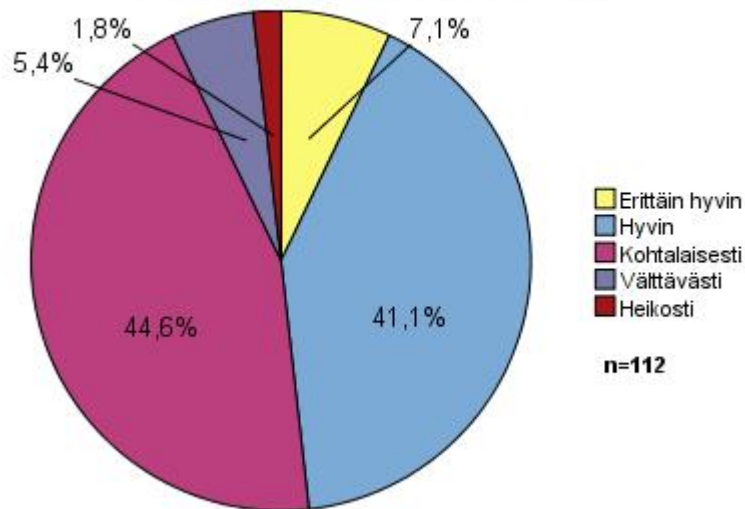
5.2.2 Yleiset näkemykset työeläkekuntoutuksesta

Miltei puolet (48,2 %) työterveyslääkäreistä arvioi tuntevansa työeläkekuntoutuksen yleiset eläkepoliittiset tavoitteet joko hyvin (44,1 %) tai erittäin hyvin (7,1 %). Lähes yhtä moni (44,6 %) pitää tuntemustaan kohtalaisena. Vain 5,4 prosenttia vastaajista kokee tuntevansa tavoitteet välttävästi, ja 1,8 prosenttia heikosti. Asiaa havainnollistaa kuvio 11.

¹⁶⁹ Vuoden 2003 tietojen mukaan työterveyslääkäreistä 70 % työskentelee päätoimisesti, ks. luku 4.1.2.

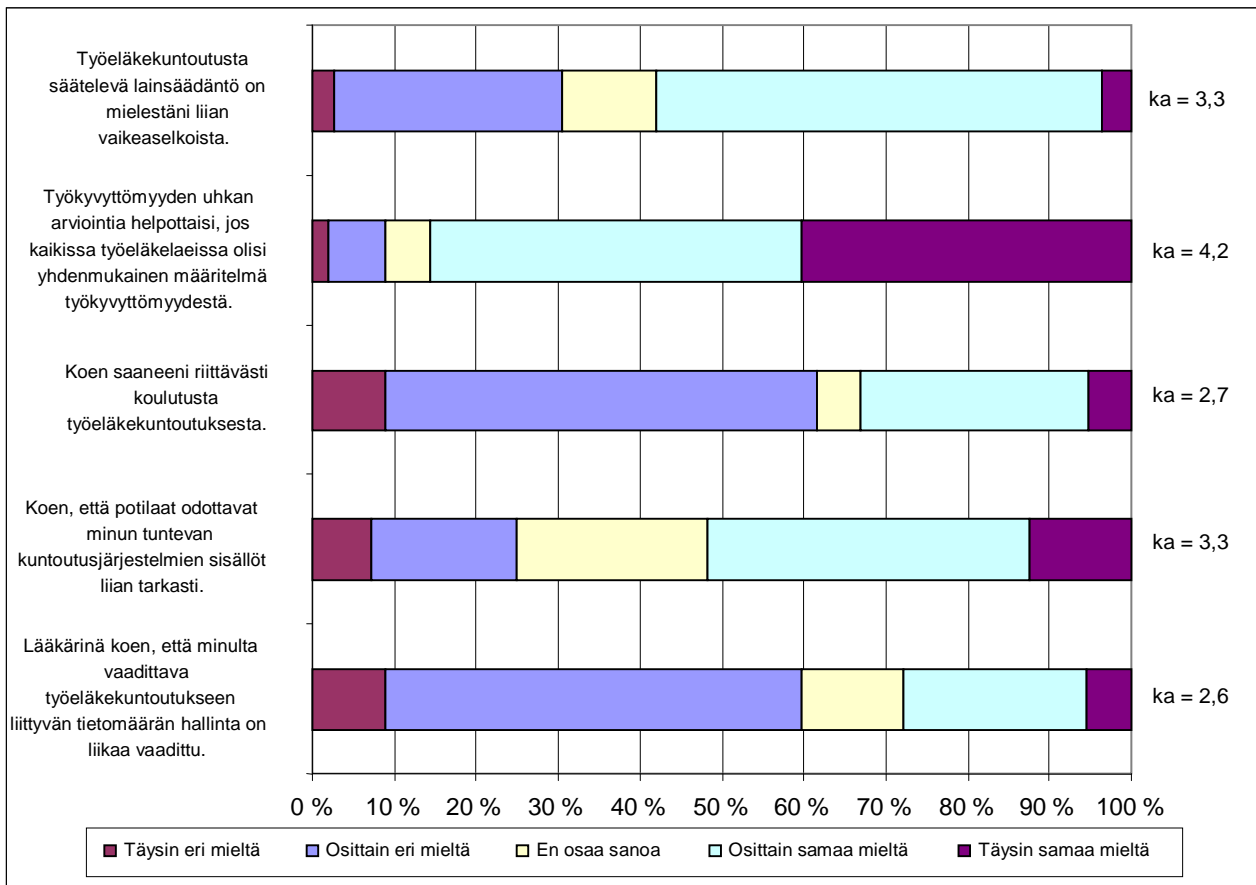
¹⁷⁰ Vuonna 2004 tuottajaryhmät jakautuivat seuraavasti: terveyskeskukset 34 %, yritysten omat työterveysasemat 31 %, lääkärikeskukset 28 % ja yritysten yhteiset työterveysasemat 7 %. Ks. luku 4.1.2.

Kuinka hyvin koet tuntevasi työeläkekuntoutuksen yleiset eläkepoliittiset tavoitteet?



Kuvio 11 Työeläkekuntoutuksen yleisten eläkepoliittisten tavoitteiden tuntemus

Vastaajille esitettiin viisi työeläkekuntoutukseen liittyvää mielipideväittämää. Nämä Likertin asteikolla esitetyt viisiportaiset väittämät ja niihin saatujen vastausten jakaumat on esitetty seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 12. Kuten kuviosta selviää, annetut vastaukset jakautuivat jokaisen väittämän kohdalla kaikkien skaalan vaihtoehtojen kesken. Kuvioon on merkitty myös kunkin väittämän keskiarvo (ka). Asteikon vaihtoehto ”täysin eri mieltä” määriteltiin vastaamaan numeroa yksi, ”en osaa sanoa” numeroa kolme, ja ”täysin samaa mieltä” numeroa viisi. Näin ollen vastaajat ovat useimmin samaa mieltä niiden väittämien kanssa, joiden keskiarvo on yli kolme. Useimmin eri mieltä ollaan vastaavasti niiden väittämien kanssa, joiden keskiarvo alittaa kolmen.



Kuvio 12 Vastaukset työeläkekuntoutusta koskeviin väittämiin

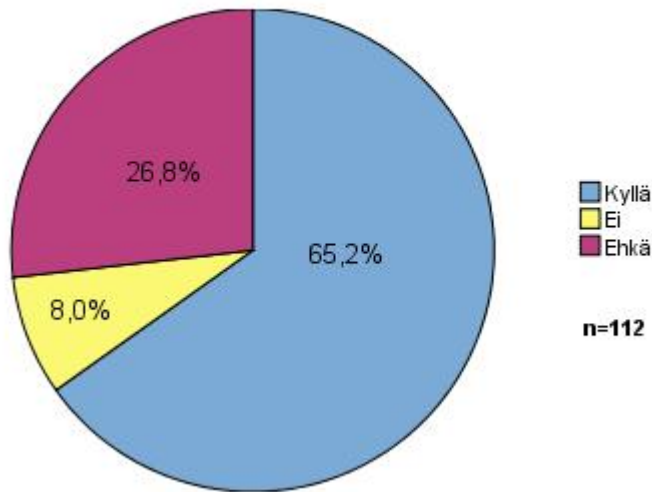
Kuten kuviosta voi nähdä, enemmistö vastaajista on joko osittain (54,5 %) tai täysin (3,5 %) samaa mieltä siitä, että työeläkekuntoutusta säätelevä lainsäädäntö on liian vaikeaselkoista. Reilu kymmenesosa (11,6 %) ei osaa sanoa kantaansa ja noin kolmasosa on väittämän kanssa joko osittain (27,7 %) tai täysin (2,7 %) eri mieltä. Seuraavassa väittämässä hajonta vastausten välillä on selvästi pienempää: työterveyslääkäreistä jopa 85,7 prosenttia on joko osittain (45,5 %) tai täysin (40,2 %) samaa mieltä siitä, että työkyvyttömyyden uhan arviointi olisi helpompaa, mikäli kaikki työeläkelait sisältäisivät yhdenmukaisen määritelmän työkyvyttömyydestä. Ainoastaan alle kymmenesosa on väittämän kanssa joko osittain (7,1 %) tai täysin (1,8 %) eri mieltä, ja 5,4 prosenttia ei ota siihen kantaa. Kuten kuviosta käy ilmi, myös kolmannen väittämän kohdalla tulosta voi pitää selkeänä. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista on joko täysin (8,9 %) tai osittain (52,7 %) eri mieltä saamansa työeläkekuntoutukseen liittyvän koulutuksen riittävydestä. Työterveyslääkäreistä 5,4 prosenttia ei ota asiaan kantaa kolmasosan ollessa väittämän kanssa joko osittain (27,7 %) tai täysin (5,3 %) samaa mieltä.

Neljännessä väittämässä oltiin kiinnostuneita siitä, mitä mieltä työterveyslääkärit ovat potilaiden heihin kohdistamista odotuksista eri kuntoutusjärjestelmien tuntemukseen liittyen. Väittämä asetettiin koskemaan koko kuntoutusjärjestelmää laajemmin, sillä oikealle kuntouttajataholle ohjaaminen edellyttää lääkäriltä kokonaisuuden perusteiden tuntemusta. Tämän väittämän kohdalla vastausten hajonta on suurinta. Niukka enemmistö on joko täysin (12,5 %) tai osittain (39,3 %) samaa mieltä siitä, että potilaat odottavat heidän tuntevan järjestelmien sisällöt liian tarkasti. Jopa vajaa neljännes (23,4 %) ei osaa sanoa kantaansa. Suunnilleen yhtä moni on väittämän kanssa joko täysin (7,1 %) tai osittain (17,9 %) eri mieltä. Viimeiseen väittämään saatujen tulosten mukaan reilu neljäsosa vastaajista on joko täysin (5,4 %) tai osittain (22,3 %) yhtä mieltä siitä, että häneltä lääkärinä vaadittava työeläkekuntoutukseen liittyvän tietomäärän hallinta on liikaa vaadittu. Valtaosa on väittämän kanssa kuitenkin joko täysin (8,9 %) tai osittain (50,9 %) eri mieltä.

5.2.3 Työeläkekuntoutuksen tuntemukseen liittyvät koulutustoiveet

Työterveyslääkäreiden työeläkekuntoutukseen liittyvää lisäkoulutushalukkuutta on havainnollistettu kuviossa 13. Kuten kuviosta käy ilmi, on koulutustarve ilmeinen: kaksi kolmasosaa vastaajista toivoo lisäkoulutusta aiheesta, ja reilu neljäsosa on mahdollisesti halukas saamaan koulutusta. Yli yhdeksän kymmenestä (92 %) vastaajasta pitää koulutusta siis toivottavana tai ainakin harkitsemisen arvoisena asiana. Ainoastaan 8 prosenttia vastaajista ilmoittaa, ettei halua lisäkoulutusta työeläkekuntoutuksesta. Kysymyksen vastausjakauma tukee vahvasti aiemmin esitettyyn väittämään saatua tulosta, jonka mukaan suurin osa vastaajista kokee, ettei ole saanut riittävästi koulutusta työeläkekuntoutuksesta. Näiden välinen riippuvuus todettiin myös Spearmanin korrelaatiokertoimella, joka sai arvon -0,552, eli saamansa koulutuksen riittämättömäksi arvioivat vastaajat toivovat lisäkoulutusta ja päinvastoin. Riippuvuus on myös tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = 0,0000$).

Toivoisitko lisäkoulutusta työeläkekuntoutuksesta?



Kuvio 13 Työeläkekuntoutusta koskeva lisäkoulutushalukkuus

Lisäkoulutushalukkuutta koskevaan kysymykseen ”kyllä” tai ”ehkä” vastanneita pyydettiin tarkentamaan, mistä työeläkekuntoutuksen aihealueesta tai aihealueista he kaipaavat koulutusta. Kysymyksen vastausvaihtoehdot sisälsivät seitsemän työeläkekuntoutuksen aihepiiriä sekä avoimen tilan, jossa työterveyslääkäreille annettiin mahdollisuus ilmaista toivottu koulutusalue vapaasti. Valittavien aihepiirien määrää ei ollut rajattu, eli vastaaja pystyi valitsemaan yhden tai useamman vaihtoehdon. Tästä syystä kysymykseen saatujen vastausten lukumäärä 331 ylittää siihen vastanneiden 103 henkilön määrän, joka oli siis 92 prosenttia kaikista vastaajista. Työterveyslääkäreiden toivomien lisäkoulutusaiheiden jakauma on esitetty seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 14. On syytä huomata, ettei kuviossa oteta kantaa eri aihealueiden tärkeysjärjestykseen, vaan se kuvaa niiden prosentuaalista frekvenssijakaumaa aineistossa.



Kuvio 14 Työeläkekuntoutusta koskevat lisäkoulutustoiveet aihealueittain

Kuten yllä esitetystä kuviosta ilmenee, saatiin kaikkiin vaihtoehtoihin vastauksia. Keskimäärin vastaajat valitsivat 3,2 aihepiiriä. Useimmin lisäkoulutusta toivotaan työeläkekuntoutuksen ja muiden ammatillisten kuntoutusjärjestelmien välisestä työnjaosta, joka mainitaan 21,5 prosentissa vastauksista. Toiseksi eniten (18,4 %) koulutusta halutaan työeläkekuntoutuksen keinovalikoimasta. Lähes yhtä usein (17,5 %) työterveyslääkärit toivovat työeläkelakien kuntoutusta koskevien säännösten soveltamista koskevaa koulutusta. Neljänneksi suurin koulutustarve liittyy työeläkekuntoutukseen pääsemisen edellytyksiin, joka tuodaan esiin 15,7 prosentissa vastauksista. Vuoden 2007 alusta käyttöön otetun osasairauspäivärahan ja työeläkekuntoutuksen välistä työnjakoa koskevaa koulutusta toivotaan hieman harvemmin, 12,4 prosentissa vastauksista. Lähes joka kymmenes (9,4 %) vastaus koskee vuoden 2004 kuntoutusuudistuksen tuomiin muutoksiin liittyvää koulutushalukkuutta. Annetuista vaihtoehtoista vähiten (3,9 %) koulutusta toivotaan työeläkekuntoutuksen yleisistä tavoitteista, jotka tunnetaan aiemmin esitetyn tuloksen mukaan kohtalaisen hyvin. Avoimeen vaihtoehtoon annettiin vain 1,2 prosenttia vastauksista. Ne koskivat lähinnä kuntoutustarpeen oikea-aikaiseen käynnistämiseen liittyvää koulutushalua. Avointen vastausten vähäinen määrä kertonee siitä, että annetut vastausvaihtoehdot kattoivat tarvittavat asiat varsin hyvin.

Työeläkekuntoutukseen liittyvä koulutushalukkuus tuli voimakkaasti esiin myös avoimissa kysymyksissä. Kuntoutuksen tuntemusta koskevaan kysymykseen vastanneista 28 työterveyslääkäristä miltei puolet (46,4 %) mainitsi sen. Koulutushalukkuus toistui myös viimeisessä, työeläkekuntoutuksen kehittämistarpeita käsittelevässä kysymyksessä, jonka 66 vastaajasta 13,6 prosenttia toi asian esiin. Seuraavassa on poimintoja mielipiteistä, jotka vahvistavat lisäkoulutuksen ilmeistä tarvetta:

”Aiheeseen liittyvää alueellista koulutusta olisi hyvä olla tarjolla työterveyshuollon ammattilaisille säännöllisesti 1-2 vuoden välein.”

”Lain tullessa voimaan järjestettiin koulutusta, mutta sen jälkeen ei. Kertaus olisi paikallaan, voisi soveltaa kokemuksia asiasta.”

”Työeläkekuntoutus on juuri oleellista työterveyshuollon osaamista, ja yleisesti koen, etteivät kaikki työterveyshuoltoa tekevät lääkärit tunne ja hyödynnä sitä tarpeeksi hyvin.”

”Alan ihmisten koulutustilaisuudet ovat osoittautuneet parhaiden käytäntöjen hedelmällisimmiksi tiedon ja taidon keitaiksi.”

”Koulutuksen tarve on suuri, en tunne kaikkien eläkelakien kiemuroita, ja potilaat tietenkin odottavat lääkärin osaavan ja muistavan kaiken.”

Vastauksissa tuotiin esiin myös erityisesti uusille työterveyslääkäreille suunnattavan koulutuksen tarve:

”Tiedon levittäminen uusille, työterveyshuoltouransa aloitteleville lääkäreille erittäin tärkeää. Myös alueellisten ½-1 päivää kestävien koulutuspäivien kertaaminen suotavaa.”

”Aloittelevana työterveyslääkärinä kuntoutusasiat todella haasteellisia. Pehdytys puutteellista!”

5.2.4 Työ- ja toimintakyvyn arviointi ja niissä koetut ongelmat

Tutkimustulosten mukaan jopa yli yhdeksän kymmenestä (91,1 %) vastaajasta ei käytä mitään standardoitua menetelmää toimintakykyä arvioidessaan. Sellaista hyödyntäviä pyydettiin tarkentamaan käyttämänsä menetelmät tai testit. Yleisimmin mainittu työkalu oli työkykyindeksi, joka tosin on työkyvyn arviointiin kehitetty mittari. Muita mainittuja menetelmiä olivat muun muassa lihaskuntotestit, masennuksen arvioinnissa käytettävä BDI sekä kivun arviointia helpottava kipujana.

Työ- ja toimintakyvyn arviointiin liittyviä vaikeuksia tiedusteltiin avoimilla kysymyksillä. Kaksi kolmasosaa (67 %) työterveyslääkäreistä vastasi toimintakyvyn arvioinnin ongelmia koskevaan kysymykseen. Ongelmat luokiteltiin kuuteen ryhmään, jotka jakautuivat vastaajien kesken seuraavasti: objektiivisuuden toteutuminen (35,1 %), mittareiden puute (25,7 %), toimintakyvyn monimuotoisuus (12,2 %), psyyken arviointi (9,5 %), työolojen tuntemus (9,5 %) sekä muu (13,5 %). Viimeksi mainittuun kategoriaan saatiin varsin hajanaisia vastauksia. Osassa vastauksista tuotiin esiin useita arviointiin liittyviä vaikeuksia. Tulosten mukaan objektiivisuuden toteutumista pidetään siis merkittävänä toimintakyvyn arviointiin liittyvänä ongelmana, mikä käy ilmi esimerkiksi seuraavista vastauksista:

”Potilaan esiintuomien rajoitusten objektiivinen osoittaminen ei useinkaan mahdollista (esim. mielialaan ja aloitekykyyn liittyvät asiat).”

”Arviointi perustuu paljolti potilaan kertomukseen, kotikäyntejä ei tehdä.”

”Toimintakyvyn objektiivinen arviointi vastaanotolla on erittäin haastavaa mielenterveysongelmien ja kroonisen kivun kohdalla.”

”Ollaan melko lailla potilaalta tulevan informaation varassa. Potilaalla taas on usein vahva intressi vaikuttaa päätökseen.”

Toinen toimintakyvyn arvioinnin ongelmissa selkeästi esiin noussut kokonaisuus koskee arviointia tukevien mittarien puutetta. Seuraavat suorat lainaukset havainnollistavat tätä:

”Kunnon tutkitut validit toimintakyvyn arvioinnin mittarit puuttuvat lääkärin tietopakista, nykyiset menetelmät eivät mittaa oikeasti toimintakykyä vaan hetkellistä tilannetta, liikerataa yms.”

”Oma kompetenssini ei riitä mielestäni objektiivisesti arvioimaan, tarvittaisiin enemmän standardoituja toimintakykymenetelmiä.”

”Hyviä toimivia toimintakykymittareita puuttuu, ja niitä tarvittaisiin.”

Muut selkeästi kategorisoitavissa olevat vastaukset käsittelivät siis työolosuhteiden tuntemuksen haasteellisuutta, psyykkisen toimintakyvyn arvioinnin vaikeutta sekä toimintakykyyn vaikuttavien asioiden moninaisuutta. Kaksi viimeksi mainittua ongelmaa tiivistyvät osuvasti seuraavassa vastauksessa:

”Usein hyvin monta asiaa, jotka yhdessä heikentävät toimintakykyä, esim. hankala masennuksen arviointi yhdistettynä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin vaikeaa mitata.”

Työkyvyn arvioinnin ongelmia koskevaan avoimeen kysymykseen vastasi 58 prosenttia kyselyyn osallistuneista. Esiintuoduista ongelmista muodostettiin seitsemän kategoriaa, jotka jakautuivat vastaajien kesken seuraavasti: työolojen tuntemus (29,2 %), objektiivisuuden toteutuminen (29,2 %), työpaikan ongelmat (16,9 %), psyyken arviointi (13,8 %), työkyvyn monimuotoisuus (10,8 %), motivaatio (9,2 %) sekä muu (13,8 %). Usea vastausluokka sisältää siis samanlaisia ongelmia kuin edellä käsitellyssä toimintakykyä koskevassa kysymyksessä. Tämä johtunee työ- ja toimintakyvyn käsitteiden osittaisesta päällekkäisyydestä ja niiden vahvasta yhteen nivoutumisesta arvioinnin yhteydessä. Objektiivisuuden toteutumisen ohella selkeimpänä työkyvyn arvioinnin ongelmana nousi esiin työolojen tuntemus, jota kommentoitiin muun muassa seuraavasti:

”Työn todellisen sisällön ja käytännön työn suorittamisen vaatimusten selvittäminen työlästä ja vaatii hyvää yhteistyösuhdetta työnantajan kanssa.”

”Työn vaatimusten arviointi vaikeaa, pitäisi melkein olla itse ollut sitä työtä tekemässä jota arvioi.”

”Kaupallisten työterveyshuoltoa myyvien yritysten lääkärit eivät hirmuisia voi tietää työoloista. Eivät pääse riittävästi kiertämään työpaikoilla. Integroidut, omat työterveyshuollot olivat parempia, mutta monet on jo ulkoistettu.”

”Potilaan suoriutuminen hänen työssään vaadittavista kyvyistä on lähes mahdotonta arvioida muutamalla vastaanottokäynnillä.”

Useat muihin kategorioihin saadut vastaukset sijoittuivat luvussa 4.3.1 esitetyn työkykytalo-mallin muille kuin kuntoutustarpeen arvioinnin kannalta keskeisille toimintakyvyn ja työn vaatimusten alueille. Esimerkiksi työpaikasta, potilaan motivaatiosta, ja työkykyyn vaikuttavien asioiden moninaisuudesta johtuvat ongelmat vaikeuttavat vastaajien mukaan työkyvyn arviointia:

”Motivaatio ja työilmapiiri sotkee merkittävästi puhdasta työkyvyn arviointia. Yhteistyö työnantajan kanssa on välillä vaikeaa.”

”Työkyvyn ennusteeseen vaikuttavat joskus enemmän muut kuin sairauteen liittyvät tekijät, etenkin jos on perhe- tai muihin sosiaalsiin oloihin liittyviä muutoksia tai uhkia toteutumassa. Lisäksi yrityksen taloudellinen tilanne ja henkilöstön vähentämishjelmat sotkevat kokonaisuutta.”

”Työkyky riippuu lääketieteellisten seikkojen ohella mm. henkilön motivaatiosta, omista tavoitteista, mahdollisesta sekundaarihyödystä...”

”Usein psyykepuolen ongelma, joka esiintyy vain työpaikalla ja liittyy pomoon/henkilösuhteisiin.”

”Työnantajan haluttomuus kertoa kaikista mahdollisuuksista tehdä muuta työtä vaikeuttaa kokonaisarvioita. Lisäksi potilaan subjektiiviset motivaatiot johtavat helposti harhaan!”

”Psyykinen arviointi erityisen vaikeaa, jos tilanteeseen liittyy ongelmia työpaikalla ja näin myös mahdollinen työkokeilu/tehtäväkuvan muuttaminen ja työhön paluu oleellisesti vaikeutuu.”

Ryhmään ”muu” saadut vastaukset koskivat lähinnä sitä, ettei erikoissairaanhoidossa oteta aina kantaa sinne tutkimukseen lähetetyn potilaan työkykyyn, vaan arviointi jätetään työterveyslääkärille. Myös kuntoutustarpeen selvittelyyn kuluva aika tuli vastauksissa esiin:

”Ongelmavyöhdin purkaminen on aikaavievää. Kuitenkin tulisi olla nopea, jottei työntekijän työmotivaatio katoaisi.”

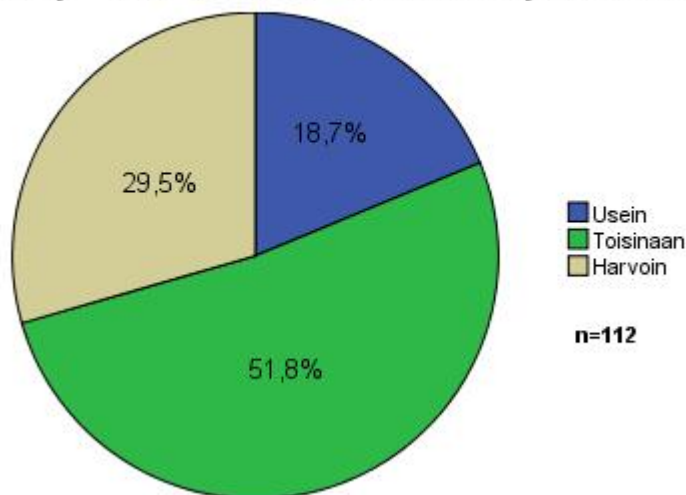
Kuten oletettavaa, selvä enemmistö (88,4 %) vastaajista kokee, että työkyvyttömyyden uhan arvioinnin vaikeus vaihtelee sairausryhmittäin. Heistä lähes kaikki (86 %) tarkensivat, missä sairausryhmissä arviointi on erityisen vaikeaa. Vastaukset luokiteltiin neljään kategoriaan, jotka jakautuivat vastaajien kesken seuraavasti: mielenterveysongelmat (83,3 %), tuki- ja liikuntaelinsairaudet (22,9 %), kipu (11,4 %) sekä muu (4,2 %). Mielenterveysongelmat mainittiin siis ylivoimaisesti useimmin alueena, jossa työkyvyttömyyden uhan arviointi on erityisen vaikeaa. Syinä tähän olivat vastaajien mukaan lähinnä sairauksien vaikea ennustettavuus sekä jo aiemmin esiintynyt haasteellisuus psyykkisen toimintakyvyn objektiivisessa arvioinnissa. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta arviointia vaikeuttaa vastaajien mukaan erityisesti epämääräiset, vaikeasti diagnosoitavat tukirankavaivat. Kroonisen kivun kohdalla nousi jälleen esiin objektiivisen arvioinnin vaikeus silloin, kun oireiden ja löydösten yhteneväisyyttä on vaikea todentaa. Työkyvyttömyyden uhan arvioinnin haastavimmat sairausryhmät ovat siis tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä kipu. Tulos tukee näin osaltaan tarvetta TELA:n ja Duodecimin FACULTAS-hankkeessa luotaville toimintakyvyn arvioinnin mittareille, jotka koskevat seuraavia sairausryhmiä: selkärangan sairaudet, suurten nivelten sairaudet, mielialahäiriöt sekä krooninen kipu¹⁷¹.

¹⁷¹ www.duodecim.fi 2007.

5.2.5 Erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyvät ongelmat

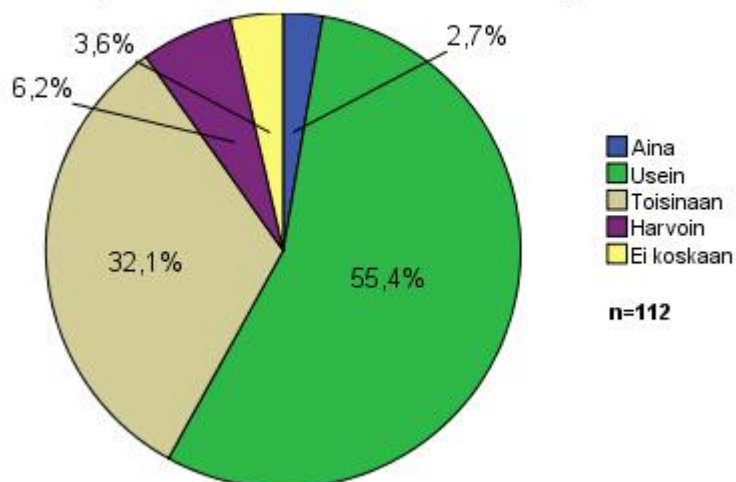
Kun työterveyshuollon omat keinot eivät riitä kuntoutustarpeen selvittämiseksi, on erikoissairaanhoidon apu usein välttämätöntä. Erikoislääkäreitä voidaan tarvita ongelmien konsultoinnissa tai työkykyä mahdollisesti uhkaavan sairauden diagnosoinnissa. Työterveyslääkäri saa tällöin erikoissairaanhoidosta konsultaatiovastauksen tai hoitoyhteenvedon eli epikriisin. Jotta työeläkekuntoutus voisi käynnistyä mahdollisimman varhain, tulee työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön sujua ilman tarpeettomia viivytyksiä. Tämän tutkimuksen mukaan on yhteistyössä työterveyslääkäreiden mielestä kuitenkin ongelmia. Oheiset kuvat 15 ja 16 esittävät vastaajien näkemyksiä siitä, kuinka usein erikoissairaanhoidon epikriisin ja konsultaation viivästymiset hidastavat kuntoutuksen käynnistämistä.

Kuinka usein erikoissairaanhoidon epikriisin viivästyminen hidastaa kuntoutuksen käynnistämistä?



Kuvio 15 Näkemykset erikoissairaanhoidon epikriisin viivästymisestä

Kuinka usein erikoissairaanhoidon konsultaation viivästyminen hidastaa kuntoutuksen käynnistämistä?



Kuvio 16 Näkemykset erikoissairaanhoidon konsultaation viivästyisestä

Kuten kuvio 15 voidaan nähdä, on niukka enemmistö (51,8 %) vastaajista sitä mieltä, että erikoissairaanhoidon epikriisin viivästyminen hidastaa toisinaan työeläkekuntoutuksen käynnistämistä. Vajaan kolmanneksen (29,5 %) mielestä näin käy harvoin, ja lähes viidenneksen (18,7 %) mielestä usein. Viisiportaisena esitetyn kysymyksen ääriluokkiin ”aina” ja ”ei koskaan” ei saatu yhtään vastausta.

Konsultaation viivästyminen koskevan kysymyksen vastaukset jakautuivat kaikkien viiden vaihtoehdon kesken kuvion 16 osoittamalla tavalla. Valtaosa (58,1 %) työterveyslääkäreistä kokee, että erikoissairaanhoidon konsultaation viivästyminen hidastaa kuntoutuksen käynnistämistä joko aina (2,7 %) tai usein (55,4 %). Noin kolmanneksen mielestä näin tapahtuu toisinaan. Vastaajista 6,2 prosenttia kokee konsultaation viivästyksen hidastavan kuntoutuksen aloittamista vain harvoin, ja 3,6 prosenttia katsoo, ettei näin käy koskaan. Jopa yhdeksän kymmenestä (90,2 %) vastaajasta kokee siis, että kuntoutuksen käynnistäminen hidastuu erikoissairaanhoidon konsultaation viivästyksen vuoksi ainakin toisinaan.

Epikriisien ja konsultaatioiden viivästyneiden välistä tilastollista riippuvuutta tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Kertoimen arvoksi saatiin 0,413, mikä osoittaa selkeän korrelaation muuttujien välillä. Tulosta voidaan pitää myös tilastollisesti erittäin merkitsevänä ($p = 0,0000$). Erikoissairaanhoidossa näyttää siis olevan molempia, sekä epikriisiä että konsultaatiota, hidastava tekijä. Erikoissairaanhoidon ongelmat nousivat esiin myös kyselyn viimeisessä, työeläke-

kuntoutuksen kehittämistarpeita koskevassa avoimessa kysymyksessä. Siihen vastanneista 66 työterveyslääkäristä 16,7 prosenttia toi esiin yhteistyössä ilmenevät ongelmat. Seuraavat lainaukset havainnollistavat erikoissairaanhoidon hitauden synnyttämää kritiikkiä:

”Erikoissairaanhoidon toimimattomuus on suuri uhka vajaakuntoisten työntekijöiden kuntoutukselle. ”Odotusajalla” sairaudet pahenevat, asiakas masentuu ja kadottaa motivaation kuntoutukseen ja työhön paluuseen.”

”Erikoissairaanhoidon hidastelu ja kasvottomuus ovat pahimmat haitat.”

”Työeläkekuntoutus on tärkeä asia, mutta sen tarpeen arviointia varten tulisi yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa kehittää. Hienoa olisi myös, jos voisi konsultoida nopeasti kuntoutukseen erikoistunutta kollegaa tai moniammatillista tiimiä.”

”Jotkut erikoissairaanhoidon klinikat lähettävät epikriisin lähetetietoihin katsomatta terveyskeskukseen, jolloin epikriisi ei palvele ketään. Tietojen tilaaminen hidastuttaa ja turhauttaa!!”

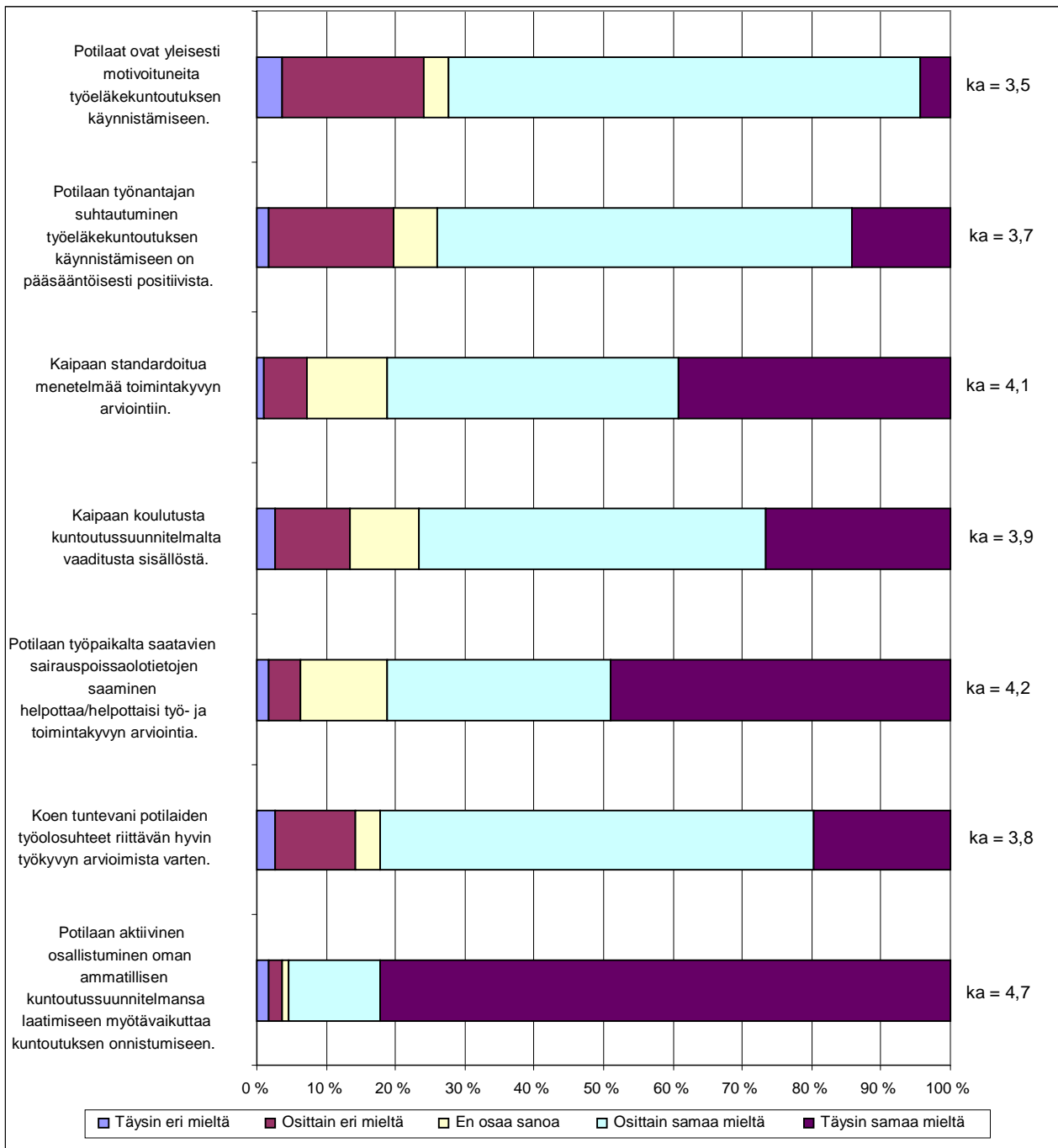
Yhteistyön hitauden lisäksi vastauksissa tuli esiin myös se, ettei erikoissairaanhoidosta saapuvissa epikriiseissä oteta aina kantaa potilaan työkykyyn. Tätä kommentoitiin muun muassa seuraavasti:

”Monta kertaa työkyky jätetään pelkästään työterveyslääkäriin arvioitavaksi. Esimerkiksi ortopedit jättävät arvioimatta itse.”

”Epämääräisistä vaivoista mahdotonta saada riittävästi tarpeeksi täsmällistä tietoa ilman erikoislääkäreiden kannanottoa työkykyyn!”

5.2.6 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyvät muut näkemykset

Työeläkekuntoutuksen käynnistämistä koskevia näkemyksiä tiedusteltiin myös Likertin asteikolla. Esitetyt väittämät sekä niihin saadut mielipidejakaumat keskiarvoineen on esitetty seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 17. Kuten kuvioista käy ilmi, saatiin väittämiin melko yhdensuuntaisia mielipiteitä.



Kuvio 17 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyviin väittämiin saadut vastaukset

Ensimmäiseen väittämään saatujen vastausten perusteella valtaosa työterveyslääkäreistä on joko täysin (4,4 %) tai osittain (67,9 %) samaa mieltä siitä, että potilaat ovat yleisesti ottaen motivoituneita työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen. Vastaajista 3,6 prosenttia on täysin eri mieltä ja noin viidennes (20,5 %) osittain eri mieltä. Seuraavassa väittämässä oltiin kiinnostuneita siitä, mitä mieltä vastaajat ovat työnantajien suhtautumisesta työeläkekuntoutukseen. Noin kolme neljäsosaa

on joko täysin (14,3 %) tai osittain (59,8 %) yhtä mieltä siitä, että työnantajien suhtautuminen on pääsääntöisesti positiivista. Vajaa viidennes on kuitenkin väittämän kanssa joko täysin (1,8 %) tai osittain (17,9 %) eri mieltä, ja 6,3 prosenttia ei ota siihen kantaa.

Kolmannen väittämän osalta tulos on selkeä: jopa 81,3 prosenttia työterveyslääkäreistä toteaa kaipaavansa standardoitua menetelmää toimintakyvyn arviointiin. Vastaajista 39,3 prosenttia on asiasta täysin samaa mieltä, ja hieman useampi (42 %) osittain samaa mieltä. Reilu kymmenesosa (11,6 %) ei ota kantaa väitteeseen. Ainoastaan 7,2 prosenttia työterveyslääkäreistä on asiasta joko täysin (0,9 %) tai osittain (6,3 %) eri mieltä. Myös neljännen väittämän osalta tulosta voidaan pitää selvänä: yli kolme neljäsosaa vastaajista kaipaa koulutusta kuntoutussuunnitelmalta vaaditusta sisällöstä. Noin neljännes (26,8 %) on asiasta täysin, ja puolet (50 %) osittain samaa mieltä. Vain reilu kymmenesosa vastaajista on väittämän kanssa joko täysin (2,7 %) tai osittain (10,7 %) eri mieltä.

Selkeä enemmistö työterveyslääkäreistä on joko täysin (49,1 %) tai osittain (32,1 %) samaa mieltä siitä, että sairauspoissaolotietojen saaminen helpottaa tai helpottaisi työ- ja toimintakyvyn arviointia. Reilu kymmenesosa ei osaa sanoa kantaansa, ja vain 6,3 prosenttia on väittämän kanssa joko täysin (1,8 %) tai osittain (4,5 %) eri mieltä. Tutkimuksen mukaan valtaosa (85,7 %) hyödyntääkin potilaan työnantajalta saatavia sairauspoissaolotietoja kuntoutustarvetta arvioidessaan. Kuudenteen väittämään saatujen tulosten mukaan suurin osa vastaajista kokee tuntevansa potilaiden työolosuhteet riittävän hyvin työkyvyn arvioimista varten. Täysin samaa mieltä tästä on noin viidennes (19,6 %) ja osittain samaa mieltä lähes kaksi kolmasosaa (62,5 %) vastaajista. Noin joka seitsemäs on väittämän kanssa joko täysin (2,7 %) tai osittain (11,6 %) eri mieltä. Viimeisen väittämän osalta tulos on varsin selvä: jopa 95,5 prosenttia työterveyslääkäreistä on joko täysin (82,1 %) tai osittain (14,4 %) samaa mieltä siitä, että potilaan aktiivinen osallistuminen oman ammatillisen kuntoutussuunnitelmansa laatimiseen myötävaikuttaa kuntoutuksen onnistumiseen. Ainoastaan 1,8 prosenttia on asiasta täysin, ja yhtä moni osittain eri mieltä.

Kyselyssä tiedusteltiin myös vastaajien näkemyksiä siitä, kuinka usein potilaat osallistuvat aktiivisesti oman ammatillisen kuntoutussuunnitelmansa laatimiseen. Hajonta vastausten välillä oli varsin suurta: reilun neljäsosan (27,7 %) mielestä näin tapahtuu aina, vajaan kolmanneksen (31,3 %) mukaan usein, neljänneksen (25 %) mielestä toisinaan, runsaan kymmenesosan (12,5 %) mukaan harvoin ja 3,5 prosentin mielestä näin ei tapahdu koskaan. Enemmistö vastaajista kokee siis, että potilaat osallistuvat aktiivisesti suunnitelman laatimiseen joko aina tai usein.

Niitä, joiden mielestä potilaan aktiivinen panos jää yleensä puuttumaan, pyydettiin tarkentamaan mistä he arvelevat tämän johtuvan. Kysymykseen vastasi kuitenkin lähes puolet (49,1 %) kyselyyn osallistuneista eli myös osa heistä, joiden mukaan potilaan osallistuminen on yleensä aktiivista. Vastauksista muodostettiin kolme luokkaa, jotka jakautuivat vastaajien mukaan seuraavasti: motivaatio (60 %), tieto (29,1 %) ja muu (10,9 %). Viimeksi mainittuun ryhmään saaduissa vastauksissa tuotiin esiin lähinnä työntekijän uskonpuute kykyihinsä selviytyä toisessa työssä. Valtaosa vastauksista koski siis potilaan motivaatiota, jota kommentoitiin muun muassa seuraavasti:

”Jos prosessi käynnistyy myöhään, motivaatio katoaa ja eläke alkaa tuntua houkuttavammalta.”

”Motivaation puute. Muutos koetaan aina enemmän uhaksi kuin mahdollisuudeksi, etenkin jos ammatillinen osaaminen on kapea-alaista ja ikää yleensä ’liikaa’ kuntoutustarpeen esilletullessa.”

Toinen selkeä vastauskategoria käsitteli potilaan työeläkekuntoutukseen liittyvää tiedonpuutetta. Se mainittiin esimerkiksi seuraavassa vastauksessa, jossa tuodaan esiin myös lääkärin ajanpuute sekä esitetään asiaan parannusehdotus:

”Potilaan ymmärrys aiheesta ei riitä eikä lääkärin aika riitä ohjaamaan. Tarvittaisiin kuntoutuksen ammattilaisia avuksi työterveyshuoltoon.”

5.2.7 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyvät kehittämistarpeet

Kyselyn lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa vapaasti työeläkekuntoutukseen ja sen käynnistämiseen liittyviä ajatuksiaan ja kehittämisideoitaan. Tutkimukseen osallistuneista 59 prosenttia vastasi kysymykseen. Vastaukset ryhmiteltiin seitsemään kategoriaan, jotka jakautuivat vastaajien kesken seuraavasti: työntekijän ja työnantajan tiedonpuute (24,2 %), työntekijän ja työnantajan asenneongelmat (21,2 %), työeläkelaitoksen toiminta (19,7 %), yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa (16,7 %), työterveyslääkärin lisäkoulutus (13,6 %), työterveyshuollon resurssien puute (10,6 %) sekä muu (12,1 %). Työterveyslääkäreillä näyttäisi siis olevan monenlaisia työeläkekuntoutukseen liittyviä kehittämisajatuksia.

Näistä erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyviä ongelmia ja vastaajien koulutushalukkuutta on käsitelty jo aiemmin omina kokonaisuuksinaan. Erikoissairaanhoidon liittyvät keskeiset ongelmat koskevat siis sen hitautta, mikä ilmenee esimerkiksi epikriisien ja erityisesti konsultaatioiden viivästyminenä. Myös se, että erikoissairaanhoidon kannanotto työkyvystä jää toisinaan puuttumaan, sai

osakseen kritiikkiä. Toisen jo aiemmin esitetyn, useampaan kysymykseen perustuvan tuloksen mukaan työterveyslääkäreiden työeläkekuntoutusta koskeva lisäkoulutushalukkuus on ilmeinen. Eräs vastaaja tiivistä asian seuraavasti:

”Alan koulutukseen olisi tulossa lääkäreitä pilvin pimein!”

Valtaosa kehittämistarpeita koskevaan avoimeen kysymykseen saaduista vastauksista koski siis työnantajan ja työntekijän tiedonpuutetta työeläkekuntoutuksen mahdollisuuksista. Työntekijän osalta asia tuli esiin jo aiemminkin kuntoutussuunnitelmaa koskevan avoimen kysymyksen yhteydessä. Työterveyslääkäreiden mielestä tiedonpuute on merkittävä kuntoutuksen käynnistymistä ja siten sen onnistumista uhkaava tekijä, kuten seuraavista lainauksista käy ilmi:

” Tarvitaan lisää TIETOA vielä työnantajille ja tavalliselle kansalle.”

”Ongelmana on kuntoutujan tiedon vähyys, hän on kuitenkin vastuullinen omassa asiassaan. Häntä auttavat muut toimijat mm. työterveyshuolto, joka ei kuitenkaan voi olla ´projektinomistaja´ eli tietoa kuntoutujille ja työnantajille.”

”Eniten kuntoutuksen aloitusta uhkaa varmaankin työnantaja/työntekijätason tiedonpuute. Selkeä opas asiasta olisi hyvä.”

”Työnantajat tarvitsisivat enemmän tietoa ja tukea työeläkelaitoksen taholta, jotta he olisivat valmiimpia ja innostuneempia käyttämään näitä mahdollisuuksia. Tietoa toki myös työntekijälle.”

Toinen selkeästi esiin noussut vastausluokka sisältää työnantajan ja työntekijän asenteeseen liittyviä näkökohtia. Näistä suurin osa (72 %) kohdistui työnantajan ongelmalliseen asenteeseen. Vastaukset tukevat Likertin asteikolla esitettyyn väittämään saatua tulosta, jonka mukaan noin viidesosa kyselyyn osallistuneista ei pidä työnantajan yleistä suhtautumista työeläkekuntoutukseen positiivisena. Seuraavat kommentit havainnollistavat asenteissa koettua ongelmaa:

”Usein työnantajilla edelleen jäykkä käsitys vajaakuntoisista työntekijöistä. Työjärjestelyihin ei haluta lähteä, jottei tulisi kateutta työpaikalle. Työntekijät pelkäävät työkavereiden ja esimiesten suhtautumista vajaakuntoisuuteen.”

”Olen huomannut, että työnantajat kuvittelevat työeläkekuntoutuksen ratkaisevan kaikki kyseisen henkilön ongelmat ja että ulkopuolelta eläkeyhtiöstä tulee joku, joka laittaa asiat kuntoon!”

”Työnantajat eivät useinkaan ole valmiita tulemaan vastaan esim. työnkuvamuutoksissa. Heiltä tulee kommentteja, ettei työssä kaivata vajaakuntoisia. Pitäisikö kuntoutusta vielä markkinoida enemmän työnantajataholle?”

”Asennemuokkausta tarvitaan erityisesti työnantajan suuntaan.”

”Kuntoutus koetaan ikään kuin toissijaiseksi vaihtoehdoksi eikä ensisijaiseksi, ’läpituokevaksi’ periaatteeksi vaan jopa huonommaksi vaihtoehdoksi.”

Vastauksissa nousi esiin myös työeläkelaitosten toimintaan ja niiden kanssa käytävään yhteistyöhön liittyvät kehittämistarpeet. Viimeisen kysymyksen lisäksi näissä koettuja ongelmia tuotiin esiin jo aiemmassa, työeläkekuntoutuksen tuntemusta koskevassa avoimessa kysymyksessä, jonka 28 vastaajasta 42,9 prosenttia mainitsi asian. Yleisimmin mielipiteet kohdistuivat yhteydenoton helppouudessa ja kuntoutusneuvonnassa ilmeneviin puutteisiin. Kuten seuraavista lainauksista ilmenee, on yhteistyön sujuvuudessa vastaajien mielestä parantamisen varaa:

”Yhteydenottoa eläkeyhtiöihin pitäisi tehdä helpommaksi, usein jo pelkkä yhteystietojen helppo saatavuus, tieto kenen kanssa kyseisessä eläkeyhtiössä voi asiaa käydä läpi, helpottaisi asian etenemistä.”

”Kuntoutuksen hakuvaiheessa olisi hyvä, jos yhteistyötä olisi enemmän ja mahdollisuuksista voisi keskustella esim. kuntoutusneuvojen kanssa ennen lopullista B-lausuntoa ja potilaan hakemusta.”

”Eläkeyhtiöistä ei helposti saa neuvontaa, toistuvasti vastaus on ollut aika töykeä tyyliin: lähettäkää hakemus niin me käsittelemme sen. Kun soittaa tarpeeksi ’ylös’, vaikka yllääärille, niin aina on saanut ystävällistä ja hyvää neuvontaa – se on ok, mutta toivoisi neuvoja saavan ’alempaakin’.”

”Työeläkelaitosten ja työterveyshuoltojen välistä yhteistyötä ja kontaktin ottamisen helppoutta tulee kehittää.”

Työterveyshuollon ja työeläkeyhtiöiden välisen yhteistyön lisäksi vastauksissa tuotiin esiin myös kuntoutuspäätösten viipyminen, jota kritisoitiin muun muassa seuraavasti:

”Hidasta eteneminen on, ei pelkästään vastaanotolla vaan myös eläkelaitoksen puolella.”

”Eläkeyhtiön päätösten viivästyminen on hankalaa, ne tulisi saada kohtuullisessa ajassa, max. 4 viikossa, etenkin jos on hyvä suunnitelma ehdottaa. Tässä on huikeita eroja yhtiöittäin! Joskus potilas on sairauslomalla vain odottamassa päätöstä!”

Viimeinen kategorisoitavissa oleva vastausluokka käsitteli työterveyshuollon resursseihin liittyviä kehittämistarpeita. Resurssit tarkoittavat tällöin kuntoutusasioiden vaatimaa aikaa sekä työterveyslääkäreiden vaihtuvuutta. Vastajat kommentoivat näihin liittyviä ongelmia muun muassa näin:

”Kuntoutuskuvioiden miettimistä vaikeuttaa ajan vähyys – lyhyillä ajoilla ei ehdi kuin raapaista ongelmia, ja B-lausuntojen tekeminen on työlästä, koskaan ei tunnu olevan riittävästi aikaa.”

”Aikaa asioihin hyvissä ajoin perehtymiseen, vaaramerkkien tunnistamiseen ja aktiivisten toimenpiteiden aloittamiseen ei kaiken kiireen keskellä tahdo olla...”

”Työterveyslääkärin tiheä vaihtuminen heikentää mahdollisuuksia kuntoutuksen aikaiseen käynnistämiseen, koska se vaatii kuntoutettavien ja työpaikkojen hyvää tuntemusta.”

Ryhmään ”muu” saaduissa vastauksissa toivottiin muun muassa jonkinlaista kuntoutustyöntekijää avuksi työterveyshuoltoon:

”Tiedon saanti kuntoutuksen mahdollisuuksista on joko työterveyslääkärin tai aktiivisen hoitajan kontolla, jonkinlainen kuntoutusohjaajan käyttömahdollisuus olisi kyllä kullanarvoinen.”

”Ammatillisen kuntoutuksen ohjaajien ja yleensäkin ihmisten, jotka tästä asiasta tietävät ja joilla on toimivat yhteydet eläkevakuutusyhtiöihin, määrä on vähäinen. Olisiko niin että työeläkekuntoutuksen suunnittelu pitäisi aktiivisesti siirtää nimenomaan siihen perehtyneille ihmisille (=ammattikorkeatutkinto)? Työterveyslääkäri tekisi työ- ja toimintakyvyn määrityksen, kuntoutustyöntekijä suunnitelman työeläkekuntoutuksesta ja lopuksi lääkäri yhteenvedon.”

Kuten seuraavista vastauksista käy ilmi, myös kuntoutuksen edellytykseksi määritelty työkyvyttömyyden uhka sai osakseen paikoin voimakastakin kritiikkiä:

”Koulutustilaisuuksissa vakuutusyhtiöiden edustajat ovat puhuneet paljon ja kauniisti siitä, että kuntoutus olisi käynnistettävä ajoissa. Olen samaa mieltä! Käytännössä kuntoutusta haettaessa potilaan on oltava paljon kipeämpi kuin juhlapuheissa.”

”Pyrimme varhaiseen havainnointiin ja riskiarvioon, mutta kuntoutusjärjestelmät odottavat edelleen pääsääntöisesti jo pitkälle edennyttä oireilua ja sairastumista.”

”Kuntoutuksesta on puhuttu paljon ja sitä kaupattu. Turhan usein kuitenkin vielä eläkelaitos tyrmää kuntoutuksen. Emmekö osaa tarpeeksi hyvin kuvata työkyvyn menetyksen uhkaa niin, että lausuntoa lukeva saisi siitä oikean käsityksen asiasta. Kuitenkin sitä ehdottavalla on jo melkoisen korkea kynnyks ehdottaa ja jos kovin usein saa pakit, esittämisetkin loppuvat.”

”Uhka on liian abstrakti käsite, vakuutusyhtiö voi torpedoida kaikki kuntoutusyrietykset halutesaan.”

6 PÄÄTELMÄT

6.1 Tutkimusongelmiin vastaaminen

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa oltiin kiinnostuneita työterveyslääkäreiden yleisestä työeläkekuntoutukseen liittyvästä tietämyksestä ja siihen liittyvistä näkemyksistä. Tulosten mukaan noin puolet vastaajista tuntee työeläkekuntoutuksen eläkepoliittiset tavoitteet hyvin, ja lähes yhtä moni pitää tuntemustaan kohtalaisena. Vaikka tavoitteet tunnetaan kohtalaisen hyvin, olisi lisäkoulutus aiheesta kuitenkin toivottavaa: selkeä enemmistö vastaajista haluaisi koulutusta, ja joka neljäs pitää sitä harkitsemisen arvoisena. Tulos korreloi vahvasti mielipideasteikolla esitettyyn väittämään saadun vastausjakauman kanssa, jonka mukaan valtaosa työterveyslääkäreistä on eri mieltä työeläkekuntoutuksesta saamansa koulutuksen riittävydestä. Tämä riippuvuus todettiin myös tilastollisesti erittäin merkitseväksi. Koulutushalukkuus toistui avoimiin kysymyksiin saaduissa vastauksissa, mikä vahvistaa entisestään työeläkekuntoutusta koskevan lisäkoulutuksen ilmeistä tarvetta.

Suurin koulutushalu kohdistuu työeläkekuntoutuksen ja muiden ammatillista kuntoutusta järjestävien tahojen väliseen työnjakoon. Onkin ymmärrettävää, että tutkimuksen teoriaosuudessa esiintunut kuntoutusjärjestelmän monitahoisuus ja hajanaisuus voi aiheuttaa epäselvyyttä kliinistä työtä tekeville lääkärille. Vaikka valmiiksi annettu vastausvaihtoehto koski työeläkekuntoutuksen ja muiden ammatillisten kuntoutusjärjestelmien välistä työnjakoa yleisesti, voisi kuitenkin olettaa, että rajankäyntiongelmia koskevat erityisesti työeläkejärjestelmän ja Kelan järjestämää kuntoutusta, joiden molempien keskeisenä kriteerinä on työkyvyttömyyden uhka. Työeläkejärjestelmällä on päävastuu työelämässä olevien ammatillisesta kuntoutuksesta, mutta myös Kelan kuntoutus voi tulla kyseeseen silloin, kun työeläkekuntoutuksen kriteerit eivät täyty. Epäselväksi koettu työnjako saattaa johtaa väärään järjestelmään kohdistettaviin kuntoutushakemuksiin ja täten tarpeettomaan viivästyksen kuntoutuksen käynnistämiseksi.

Kolme seuraavaksi eniten toivottua lisäkoulutusaihealuetta koskivat työeläkekuntoutuksen keinoja, sitä koskevien lakisäädösten soveltamista yleisesti sekä kuntoutuksen kriteeristöä. Keinovalikoimaan kohdistuvaa koulutushalua tukee Likertin asteikolla saatu tulos, jonka mukaan yli kolme neljäsosaa vastaajista toivoisi koulutusta kuntoutussuunnitelmalta vaaditusta sisällöstä. Myös työelä-

kekuntoutuksen ja vuoden 2007 alusta voimaan tulleen osasairauspäivärahan välisestä työnjaosta sekä vuoden 2004 kuntoutuusuudistuksen muutoksista toivottiin koulutusta. Työeläkekuntoutukselle joskus vaihtoehdon tarjoava osasairauspäiväraha on vielä varsin uusi etuus, mikä selittänee siihen kohdistuneen koulutustarpeen. Hieman yllättävää on, että yli neljännes vastaajista kaipaa lisäkoulutusta myös muutaman vuoden takaiseen laajaan työeläkereformiin liittyneen kuntoutuusuudistuksen tuomista muutoksista.

Annetuista vastausvaihtoehdoista vähiten koulutusta haluttiin työeläkekuntoutuksen yleisistä tavoitteista, jotka valtaosa tuntee hyvin tai kohtalaisesti. Toisaalta tavoitteet hyvin tuntevien osuuden soisi olevan suurempikin kuin puolet vastaajista – onhan kaiken tuloksellisen toiminnan perustana selkeä ymmärrys siitä, mihin toiminnalla pyritään. Joka tapauksessa on selvää, ettei työeläkekuntoutuksen tavoitteiden tuntemus yksinään riitä; vähintään yhtä tärkeää on tietää, miten tavoitteet voidaan saavuttaa. Tehokas kuntoutukseen ohjaaminen edellyttääkin sen kriteerien ja mahdollisuuksien tuntemusta. Tämän tutkimuksen mukaan valtaosa työterveyslääkäreistä haluaisi parantaa työeläkekuntoutusta koskevaa tietämystään muun muassa sen edellytysten ja käytännön toimenpiteiden osalta. Paremmun tuntemuksen voisi olettaa johtavan paitsi lääkärin oman työn hallinnan lisääntymiseen, myös hylättävien hakemusten määrään vähenemiseen.

Työeläkekuntoutuksen tuntemukseen liittyviä näkemyksiä tiedusteltiin myös mielipideasteikon avulla. Enemmistö vastaajista pitää työeläkekuntoutusta koskevaa lainsäädäntöä liian vaikeaselkoisena. Toisaalta vajaa kolmannes on asiasta eri mieltä. Yli kahdeksan kymmenestä vastaajasta kokee kuitenkin, että kuntoutuksen keskeisenä kriteerinä olevan työkyvyttömyyden uhan arviointi helpottuisi, jos kaikissa työeläkelakieissa olisi yhdenmukainen määritelmä työkyvyttömyydestä. Yksityisten ja julkisten alojen työeläkelakien työkyvyttömyysmääritelmien yhdenmukaistamista tuskin voidaan odottaa. Kuntoutussäädösten soveltamista koskeva koulutus, jota vastaajat myös toivoivat, onkin paras keino säännösten ymmärrettävyyden parantamiseksi.

Suurin osa kyselyyn osallistuneista kokee, ettei häneltä lääkärinä vaadittava työeläkekuntoutukseen liittyvä tietomäärä ole liikaa vaadittu. Toisaalta jopa reilun neljäsosan mielestä näin kuitenkin on, vaikka kuntoutusneuvonta ja ammatilliseen kuntoutukseen ohjaaminen kuuluvat työterveyslääkärin tehtäviin jo työterveyshuoltolain nojalla. Kenties tämän neljänneksen vastaukset heijastavatkin sitä työeläkekuntoutuksen tuntemuksessa koettua epävarmuutta, jonka vähentämiseksi toivotaan koulutusta. Niukka enemmistö vastaajista kokee, että potilaat odottavat heidän tuntevan kuntoutusjärjestelmien sisällöt liian tarkasti. Lääkärin ydinasantuntemus on kuitenkin lääketieteessä, eikä häneltä

ole realistista odottaa koko kuntoutusjärjestelmän kattavaa syvällistä osaamista. Kuntoutusasioiden perusteiden tuntemus on tärkeä osa työterveyslääkärin ammattitaitoa, mutta yksityiskohtaisen kuntoutusneuvonnan saamiseksi potilas tulee ohjata kuntoutukseen perehtyneille asiantuntijoille.

Toinen tutkimusongelma koski työterveyslääkäreiden kokemia ongelmia työeläkekuntoutuksen käynnistämisprosessissa. Kolmas, kahteen edelliseen ongelmaan osittain integroitava tutkimusongelma käsitteli puolestaan kuntoutuksen käynnistämiseen liittyviä kehittämistarpeita. Toisen ja kolmannen tutkimusongelman vahvan yhteen nivoutumisen vuoksi vastataan niihin molempiin samassa yhteydessä.

Työeläkekuntoutuksen saamisen keskeisenä edellytyksenä on objektiivisesti todettu sairaudesta, viasta tai vammasta johtuva työkyvyttömyyden uhka. Uhan toteamiseksi tulee lääkärin arvioida henkilön työ- ja toimintakykyä sekä toimintakyvyn oletettavaa kehitystä lähivuosina. Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan on tässä arvioinnissa vastaajien mielestä ongelmia. Noin kaksi kolmasosaa työterveyslääkäreistä vastasi työ- ja toimintakyvyn arvioinnin ongelmia koskeviin avoimiin kysymyksiin, mikä jo itsessään viestinee niissä koetuista vaikeuksista. Vastauksissa näkyi työ- ja toimintakyvyn käsitteiden sekä niiden arvioinnin vahva limittyminen toisiinsa. Molempien osalta useimmin ongelmaksi koettiin objektiivisuuden toteutuminen arvioinnissa. Kyse on siis tutkimuksen teoriaosuudessa työterveyslääkärin roolien yhteydessä esitetystä isäntä-metaforassa ilmenevästä ristiriidasta, joka syntyy, kun potilaan esiintuomia vaivoja on vaikea todentaa lääketieteellisesti. Täydellisen objektiivisuuden saavuttaminen lienee mahdottomuus, sillä potilaan elämysmaailma on erityisesti mielenterveysongelmien ja kivun osalta todistettavasti tosi vain hänelle itselleen.

Objektiivisuuden toteutumista koskevaa ongelmaa voidaan kuitenkin lieventää arviointia tukevilla mittareilla, joiden puute on tutkimuksen mukaan toinen toimintakyvyn arviointiin selkeästi liittyvä ongelma. Selvä enemmistö vastaajista ei käytäkään mitään standardoitua menetelmää toimintakykyä arvioidessaan. TELA:n ja Duodecimin FACULTAS-hankkeen yhtenä tavoitteena on yhdenmuukaistaa lääkärikunnan käytäntöjä arvioitaessa sairauden vaikutusta toimintakykyyn. Projektissa luodaan välineitä toimintakyvyn arvioimiseen neljässä sairausryhmässä. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset vahvistavat välineiden tulevan tarpeeseen. Avointen vastausten lisäksi asia tuli esiin mielpideasteikolla saadussa tuloksessa, jonka mukaan yli 80 prosenttia vastaajista kaipaa standardoitua menetelmää toimintakyvyn arviointiin. Lisäksi vastaajat kokivat työkyvyttömyyden uhan arvioinnin olevan vaikeinta samoissa sairausryhmissä, joiden arviointia FACULTAS-hankkeessa pyritään helpottamaan. Koska toimintakyky perustuu aina henkilön yksilölliseen psykofyysissosiaaliseen koko-

naisuuteen, voi ajatusta sen täysin standardoidusta mittaamisesta pitää mahdottomana. Eri sairausryhmiä koskevien työkalujen avulla voidaan arvioinnin objektiivisuutta ja yhdenmukaisuutta kuitenkin parantaa. Lääkärin arviointityön helpottumisen lisäksi voidaan työkalujen käytön olettaa johtavan osuvampiin työkykyarvioihin ja tätä kautta hylättävien hakemusten määrän vähentymiseen niin kuntoutuksen kuin työkyvyttömyyseläkkeen osalta.

Työkyvyn arvioinnin suurimpana ongelmana objektiivisuuden toteutumisen ohella vastaajat pitivät työolojen tuntemusta. Vaikka potilaan työolosuhteiden tunteminen kuuluu työterveyslääkärin toimenkuvaan, näyttäisi siinä siis kuitenkin olevan ongelmia. Noin joka kuudes tutkimukseen osallistuneista totesi puutteellisen työolosuhteiden tuntemuksen vaikeuttavan työkyvyn arviointia. Tämä vastaa varsin hyvin mielipideasteikolla saatua tulosta, jonka mukaan lähes yhtä moni kokee, ettei tunne potilaan työolosuhteita riittävän hyvin työkyvyn arvioimista varten. Huomionarvoista on myös se, että työolosuhteet mielestään riittävän hyvin tuntevista valtaosa on asiasta vain osittain samaa mieltä. Lääkäri- ja terveyskeskusten yhteydessä olevat työterveyshuollot toimivat usein kaukana työpaikoilta, mikä lienee osasy syy työolosuhteiden puutteelliseen tuntemukseen. Tämä tutkimuksen teoriaosuudessaakin todettu ongelma tuli esiin myös vastaajien kommentteissa. Samoin vastauksissa mainittu työterveyslääkäreiden tiheä vaihtuvuus vaikeuttaa luonnollisesti työolojen tuntemusta. On oletettavaa, että puutteellinen työolosuhteiden tuntemus vaikeuttaa myös työkyvyn objektiivista arviointia – mitä huonommin lääkäri tuntee potilaan työolot, sitä enemmän hän on potilaalta tulevan subjektiivisen tiedon varassa myös työn vaatimusten suhteen.

Teoriaosuudessa esitetyn työkykytalo-mallin mukaisesti työkyky koostuu hyvin monesta eri asiasta. Myös tämä työkyvyn moninaisuus vaikeuttaa vastaajien mukaan sen arviointia. Työssä selviytymistä voi haitata esimerkiksi työpaikkaan tai potilaan motivaatioon liittyvät ongelmat, jotka eivät kuitenkaan yksinään riitä työeläkekuntoutuksen saamiseksi. Lääkärin tuleekin tuntea työkyvyn ilmiön monitahoisuus, jotta hän voisi tunnistaa työkykyongelman todellisen aiheuttajan. Jos työkyky on alentunut muusta kuin toimintakyvyn ja työn vaatimusten epäsuhdasta johtuvasta syystä, ei ongelmia pidä medikaloida eli lääketieteellistä. Tällöin ratkaisuja tulee sen sijaan etsiä muualta.

Työterveyslääkäri voi tarvita erikoissairaanhoidon apua kuntoutustarpeen arvioinnissa. Työeläkekuntoutuksen varhaiseksi käynnistämiseksi on erikoissairaanhoidon kanssa käytävän yhteistyön oltava sujuvaa. Tutkimustulosten mukaan on yhteistyössä kuitenkin selkeitä ongelmia. Keskeisimmät ongelmat liittyvät erikoissairaanhoidon epikriisien ja erityisesti konsultaatioiden viivästymiseen. Avoimissa vastauksissa tuotiin esiin myös erikoissairaanhoidon tutkimusjonoista aiheutuvat

viiveet. Epikriisien ja konsultaatioiden viivästymisten välillä todettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä riippuvuus, minkä voidaan tulkita viestivän yleisemmästä sujumattomuudesta erikoissairaanhoidon toiminnassa. Synä viivästymisiin saattavat olla esimerkiksi erikoissairaanhoidon ruuhkautuminen ja ylikuormittuminen. Mahdollisesti kyse on myös akuutin hoidon priorisoinnista kuntoutuspotilaiden edelle. Viivytyksetön tutkimuksiin pääsy olisi kuitenkin äärimmäisen tärkeää kuntoutuksen varhaisen käynnistämisen ja sen tuloksellisuuden mahdollistamiseksi.

Vastauksissa kritisoitiin myös sitä, etteivät erikoislääkärit ota aina kantaa potilaan työkykyyn. Työterveyslääkärit kaipaisivat siis eri erikoisalojen kollegoiltaan apua sairauden diagnosoimisen lisäksi myös sen arvioimisessa, mitä sairaus merkitsee työssä selviytymisen kannalta. Työterveyslääkäreiden kokemat erikoissairaanhoidon liittyvät ongelmat voitaneen yleistää muitakin perusterveydenhuollon lääkäreitä koskeviksi. Ongelmien merkittävyyttä lisää myös se, että ne hidastavat oletettavasti työeläkekuntoutuksen lisäksi muidenkin kuntoutuksen osajärjestelmien kuntoutus selvittelyjä. Erikoissairaanhoidon ongelmien syiden selvittäminen ja toiminnan kehittäminen olisikin äärimmäisen tärkeää kuntoutuksen mahdollisimman varhaisen ja tehokkaan käynnistämisen turvaamiseksi.

Tutkimustulosten mukaan työterveyslääkärit pitävät myös työnantajan ja työntekijän työeläkekuntoutukseen liittyvää tiedonpuutetta kehittämistä vaativana ongelmana. Kenties ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia tulisikin – erään vastaajan ehdotuksen mukaisesti – markkinoida enemmän työpaikoille. Koulutushalukkuutta koskevien tulosten nojalla voidaan tiedonpuutteen todeta koskevan osaltaan työterveyslääkäreitäkin. Saatujen kommenttien perusteella olisikin syytä harkita koulutuksen lisäämistä jo työterveyslääkäriopintojen vaiheessa. Samoin asioiden säännöllinen kertaaminen ja kuntoutusosaamisen päivittäminen olisi tärkeää. Koska työkykyongelmista kärsivien potilaiden auttaminen koskee myös muuta lääkärikuntaa, tulisi koulutuksen ulottamista myös muualle perusterveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidon pohtia. Syvällisempi ammatillisen kuntoutuksen osaaminen kuuluu työterveyslääkärille, mutta myös muiden lääkäreiden olisi varmasti hyvä hallita toiminnan perusteet, jotta työkyvyttömyyden uhkaan voitaisiin puuttua entistä tehokkaammin myös työterveyshuollon ulkopuolella.

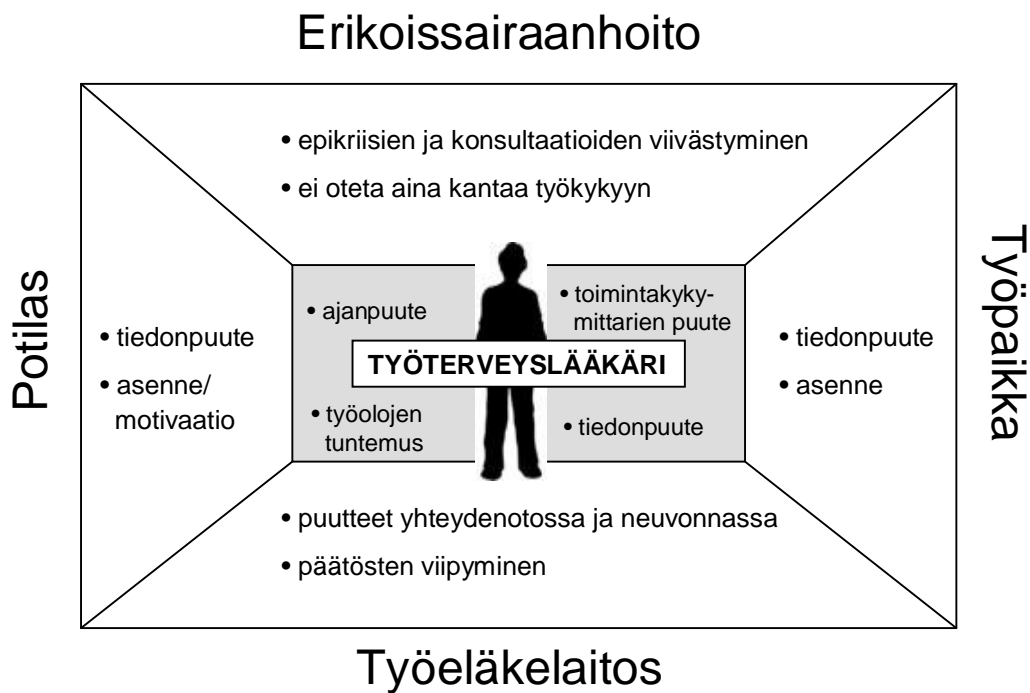
Noin neljäsosa työterveyslääkäreistä kokee, etteivät potilaat ole yleisesti ottaen motivoituneita työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen. Jos potilas ei osallistu aktiivisesti oman kuntoutussuunnitelmansa laatimiseen, johtuu tämä vastaajien mukaan useimmin motivaation puutteesta. Valtaosa pitää työnantajien suhtautumista työeläkekuntoutukseen pääosin positiivisena. Kuitenkin noin viidennes on asiasta eri mieltä. Työnantajien asenteessa koettuja ongelmia tuotiin esiin melko runsaasti myös

avoimissa kysymyksissä. Vastajien mukaan esimerkiksi työnantajien suhtautuminen vajaakuntoisuuteen on toisinaan ongelmallista ja jopa syrjivää. Ehkä osaltaan kyse on yhteiskunnassamme vallalla olevasta tehokkuus- ja tuottavuuskeskeisyydestä, jossa vain vahvat selviävät. Tutkimuksen teoriaosuudessa ammatillisen kuntoutuksen toimintastrategioiden yhteydessä esiintuotua työvoiman kysyntäaspektia pitäisikin kenties soveltaa enemmän – työpaikoilla vallitsevia vajaakuntoisuuteen liittyviä ennakkoluuloja tulisi vähentää, ja näin tukea kuntoutujan työllistymismahdollisuuksia. Voisi myös olettaa, että sekä työntekijöiden että työnantajien työeläkekuntoutusta koskevan tiedon lisäämisen myötä asenteet saattaisivat muuttua positiivisemmiksi. Tutkimuksen teoriaosuudessa mainitun TELA:n teettämän tutkimuksen mukaan kaksi kolmasosaa kansalaisista pitää työeläkekuntoutusta työkyvyttömyyseläkettä parempana vaihtoehtona. Tietoon ja asenteisiin vaikuttamalla tämä osuus voisi mahdollisesti olla vieläkin suurempi.

Työterveyslääkäreiden mielestä myös eläkeyhtiöiden toiminnassa on työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyviä ongelmia, joita tulisi kehittää. Avoimissa vastauksissa nousi esiin erityisesti työterveyslääkärin ja työeläkeyhtiön välisen yhteistyön aloittamisen kankeus. Osa vastaajista kokee, että eläkeyhtiön neuvontapalveluiden saaminen tulisi tehdä helpommaksi. Kuten eräs työterveyslääkäri totesi, jo pelkkä yhteystietojen helppo saatavuus edesauttaisi kuntoutusprosessin käynnistämistä. Myös neuvonnan puutteellinen sisältö sekä päätösten viipyminen saivat osakseen kritiikkiä. Työeläkelaitokset näyttäisivät siis osaltaan itse vaikeuttavan järjestämänsä työeläkekuntoutuksen tehokasta käynnistämistä. Työterveyshuollon ja eläkelaitosten välisen yhteistyön kehittäminen olisikin äärimmäisen tärkeää, jotta heidän yhteinen tavoitteensa – kuntoutujan palaaminen työmarkkinoille – voisi toteutua mahdollisimman hyvin.

Työterveyshuollon resurssien osalta ongelmaksi koetaan erityisesti B-lausuntojen laatimiseen tarvittavan ajan puute. Ratkaisu ongelmaan löytynee resurssien lisäämisestä ja mahdollisesta töiden uudelleenorganisoinnista. Huolellisesti tehdyn lääkärinlausunnon vaatimien edellytysten toteutuminen tulisi turvata, jotta lausunto voisi olla alusta lähtien mahdollisimman kattava. Lausunnon ollessa kattava, vähenee lisäselvitysten tarve, jolloin kuntoutus voidaan käynnistää nopeammin. Huolella, ilman kiirettä tehtyjen lääkärinlausuntojen myötä myös hylättävien kuntoutushakemusten määrän voisi olettaa laskevan. Vastauksissa toivotut toimintakykymittarit helpottaisivat varmasti osaltaan lausuntojen tekemistä säästämällä samalla niihin kuluva aikaa. Kuntoutuksen suunnittelun osalta erään ratkaisun lausuntojen laatimisen helpottamiseksi saattaisi tarjota myös työterveyshuollossa toimiva kuntoutusohjaaja, jollaista joissakin vastauksissa toivottiinkin. Tällaisen kuntoutusohjaajan toimenkuva voisi sisältää myös työntekijöiden neuvontaa vähentäen näin työterveyslääkäreiden

kuntoutustietämykseen kohdistuvaa painetta. Alla olevaan kuvioon 18 on koottu tutkimuksessa esiin nousseita työterveyslääkäriin, potilaaseen, erikoissairaanhoidon, työpaikkaan sekä työeläkelaitokseen liittyviä kehittämistä vaativia asioita, jotka vaikeuttavat työterveyslääkäreiden mukaan työeläkekuntoutuksen käynnistämistä.



Kuvio 18 Työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen liittyviä kehittämistarpeita

Osa kyselyyn osallistuneista totesi myös työeläkekuntoutuksen keskeisenä kriteerinä olevan työkyvyttömyyden uhan vaikeuttavan kuntoutuksen käynnistämistä. Työkyvyttömyyden uhan arviointi on varsin haastavaa, koska se tulee ulottaa usean vuoden päähän. Kuntoutuksen onnistumiseksi arviointi tulisi lisäksi tehdä mahdollisimman varhain, jolloin työkyky ei ole vielä merkittävästi alentunut. Lainsäädäntö edellyttää kuitenkin terveydentilan heikentymisestä johtuvaa toimintakyvyn alenemaa, mikä merkinnee usein jo selkeää vajetta työkyvyssä. Mielenpitoet ovatkin yhdensuuntaisia tutkimuksen teoriaosuudessa mainitun tutkimustuloksen kanssa, jonka mukaan valtaosa työeläkekuntoutujista kokee kuntoutuksen alkaneen liian myöhään. Olisikin syytä pohtia, voivatko lakiin kirjatut työeläkekuntoutuksen saamisen kriteerit olla joskus jopa esteenä kuntoutuksen varhaiselle käynnistämiseksi.

6.2 Tutkimuksen arviointia

Tutkimusta voidaan pitää sikäli onnistuneena, että asetettuihin tutkimusongelmiin saatiin selkeitä vastauksia. Tärkeää on myös se, että tuloksiin sisältyy käytännön kannalta konkreettisia kehittämisideoita. Kyselyä pidetään joskus pinnallisena tiedonkeruumenetelmänä. Tässä tutkimuksessa näin ei kuitenkaan ole, sillä tutkimuksessa on melko vahva, avoimilla kysymyksillä luotu laadullinen ulottuvuus. Avointen kysymysten avulla vastaajilta saatiin paljon arvokkaita näkemyksiä, jotka olisivat muuten jääneet huomaamatta. Ne tukivat myös osittain kvantitatiivisiin kysymyksiin saatuja tuloksia. Tavallisesti avointen kysymysten vastausprosentit jäävät varsin alhaisiksi. Tässä tutkimuksessa näin ei kuitenkaan käynyt, vaan niihin saadut vastausprosentit vaihtelivat 25–86 prosentin välillä keskiarvon sijoituessa 57 prosenttiin.

Sitä, kuinka luotettavaa tietoa tutkimuksesta saadaan, voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliaabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti on siis sitä parempi, mitä vähemmän sattuma on vaikuttanut tutkimustuloksiin. Tutkimuksen reliabelius voidaan todeta esimerkiksi siten, että kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen tai siten, että samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos.¹⁷² Jos toinen tutkija toistaisi tässä tutkimuksessa suoritetun kyselyn, voisi hänen olettaa saavan pitkälti samansuuntaiset tulokset, koska kysymykset olisivat täsmälleen samat. Kyselylomakkeen ollessa kaikille vastaajille samanlainen, ei tutkimuksen reliabiliteettia pääse heikentämään erot kysymysten esittämisessä, kuten esimerkiksi suullisessa haastattelutilanteessa voisi käydä. Toisaalta esimerkiksi vastaajan mielialasta tai muista mahdollisista vastausolosuhteista johtuvista sattunaisvirheistä ei voida sanoa mitään. Joitakin asioita, kuten työterveyslääkäreiden työeläkekuntoutusta koskevaa koulutushalukkuutta, selvitettiin useammalla eri kysymyksellä. Tällaisella rinnakkaismittauksella saadut yhdenmukaiset tulokset lisäävät osaltaan tutkimuksen reliabiliteettia¹⁷³.

Validiudella eli pätevyydellä viitataan tutkimuksessa käytetyn mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyyn mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Näin ollen tutkimuksen huono reliabiliteetti alentaa myös sen validiteettia. Kääntäen tämä suhde ei kuitenkaan päde, sillä mittaus voi antaa hyvinkin reliaabeleja tuloksia, mutta täysin eri asiasta kuin oli tarkoitus. Mittarit ja menetelmät eivät vastaa aina sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa, ja jonka mukaan hän käsittelee

¹⁷² Hirsjärvi ym. 2005, 216.

¹⁷³ Alkula ym. 1995, 96–97.

saatuja tuloksia. Kun näin käy, aiheuttaa mittari tuloksiin systemaattista virhettä ja tutkimuksen validiteetti heikkenee. Vastajat ovat esimerkiksi voineet käsittää monet kysymyksistä aivan toisin kuin tutkija on ajatellut.¹⁷⁴ Tässä tutkimuksessa validiutta pyrittiin lisäämään tältä osin antamalla kyselylomake etukäteen kohderyhmän edustajien testattavaksi. Näin varmistuttiin paitsi kysymysten relevanttiudesta, myös siitä, että käytetty kieli ja kysymystenasettelut ovat lääkärikunnan kannalta ymmärrettäviä ja mahdollisimman yksiselitteisiä. Avoimia kysymyksiä voidaan pitää sisällöllisesti valideina, sillä yhtäkään vastausta ei jouduttu hylkäämään siksi, että vastaaja olisi käsittänyt kysymyksen väärin. Saadut vastaukset tukevat monilta osin kvantitatiivisillakin mittareilla saatuja tuloksia lisäten siten myös niiden validiutta.

Alkula ym. (2005, 89–90) toteavat validiuden olevan tulosta ajatusprosessista, jossa tutkija hyödyn­ tää aiheen tuntemustaan, aiempia tutkimuksia ja yleistä logiikkaa vakuuttaakseen itsensä ja muut valittujen mittareiden järkevyydestä. Kvalitatiivisen aineiston luotettavuutta arvioitaessa korostuvat tutkimuksen toteutuksen tarkka selostaminen sekä johdonmukaisten luokittelu- ja tulkintasääntöjen tekeminen. Validius tarkoittaa tällöin kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteen­ sopivuutta.¹⁷⁵ Tämän tutkimuksen laadullisen osuuden luotettavuutta onkin pyritty lisäämään tutki­ muksen toteutuksen tarkalla selostuksella sekä käyttämällä tulkintoja tukevia suoria lainauksia.

Siinä määrin kuin mittaaminen on reliaabelia ja validia, voidaan tutkimusta pitää sisäisesti luotetta­ vana. Ulkoinen luotettavuus toteutuu silloin, kun otos edustaa perusjoukkoa.¹⁷⁶ Tässä tutkimuksessa otoksen edustavuus pyrittiin varmistamaan huolellisesti suoritettulla satunnaisotannalla. Korkea ul­ koinen luotettavuus merkitsee, että tulokset voidaan yleistää koko perusjoukkoa koskeviksi. Tämän tutkimuksen aineisto oli pienehkö (n = 112), mikä asettaa rajoituksia tulosten yleistettävyydelle. Otokselle asetettu, tulosten tarkastelemiseen kokonaistasolla riittävä minimimitavoite kuitenkin yli­ tettiin. Tutkimuksessa saatiin myös varsin yhdensuuntaisia, usealla mittarillakin todettuja tuloksia, jotka voitaneen yleistää melko suurella todennäköisyydellä kaikkia Suomessa toimivia työterveys­ lääkäreitä koskeviksi. Vähäiseen vastausmäärään perustuvien tulosten yleistämiseen tulee kuitenkin suhtautua varovaisemmin.

¹⁷⁴ Hirsjärvi ym. 2005, 216–217; Alkula ym. 1995, 89.

¹⁷⁵ Hirsjärvi ym. 2005, 217; Uusitalo 1995, 84.

¹⁷⁶ Uusitalo 1995, 86.

6.3 Lopuksi

Erityisesti väestörakenteen muutoksesta seuraava työvoiman tarjonnan supistuminen on merkittävä hyvinvointiyhteiskuntaamme lähivuosina koetteleva haaste. Sosiaaliturvan kestävän rahoituksen turvaamiseksi on työllisyysaste kuitenkin pystyttävä pitämään riittävän korkeana. Tämänpäiväisen Suomen keskeisimpiä haasteita onkin, että kansalaiset jaksaisivat jatkaa työelämässä mahdollisimman pitkään. Ammatillinen kuntoutus on eräs tärkeä keino lisätä väestön työkykyä ja siten pidentää työuria. Muutaman vuoden takaisen laajan, työssä jatkamiseen kannustavan työeläkereformin yhteydessä toteutettiin myös kuntoutusuudistus, jonka yhtenä merkittävänä tavoitteena oli varhentaa kuntoutuksen aloittamista ja täten lisätä sen onnistumisen mahdollisuuksia. Uudistuksen myötä työeläkekuntoutuksesta tuli lakisääteinen etuus.

Kuntoutus ei kuitenkaan uudistu vain lakeja ja asetuksia säätämällä. Säädökset muuttuvat käytännöksi vasta, kun niitä tunnetaan, ymmärretään ja sovelletaan. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää, minkälaisena kuntoutuksen arkipäivä näyttäytyy käytännön työssä. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin työeläkekuntoutuksen käynnistämisvaiheen ongelmia ja kehittämistarpeita työterveyslääkäreiden näkökulmasta. Saatujen tulosten mukaan prosessissa on selkeitä kuntoutuksen käynnistämistä hidastavia tekijöitä, joita tulisi kehittää. Esiin tulleiden ongelmakohtien käytännön kehittäminen tarjoaa lukuisia jatkotutkimusaiheita: esimerkiksi erikoissairaanhoidon hitauden taustalla vaikuttavien syiden selvittäminen ja toiminnan kehittäminen, työterveyshuollon resurssien oikeanlainen mitoittaminen sekä työnantajatahon asenteisiin paneutuminen ja niihin vaikuttaminen helpottaisivat osaltaan kuntoutuksen varhaista käynnistämistä. Työeläkekuntoutuksen käynnistämisen sujuvuuden kehittäminen korostuneet tulevaisuudessa, kun työkyvyn arviointi ja kuntoutusasiat lisääntyvät työterveyshuollossa suurten ikäluokkien siirtyessä eläkeikään.

Jotta työeläkekuntoutus voitaisiin jatkossa toteuttaa entistä tarkoituksenmukaisemmin, useammin ja tehokkaammin, tulee onnistuneen käynnistämisen prosessin edellytyksiä tutkia ja kehittää laajemmin. Työterveyshuollolla on huomattava kuntoutusaloitteiden tekijän rooli, mutta myös muiden tahojen vireille saattamiin kuntoutusprosesseihin tulisi syventyä. Yhtä lailla olisi tärkeää arvioida prosessien etenemistä myös käynnistämisvaiheen jälkeen. Yksilölle onnistunut työeläkekuntoutus tarjoaa sosiaalisesti ja taloudellisesti perustellun mahdollisuuden jatkaa työelämässä. Yhteiskunnalle työeläkekuntoutus on ennen kaikkea tärkeä investointi tulevaisuuteen, sillä suomalainen työ tarvitsee tekijöitä.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

- Ahonen, Guy 2006. Työkyvyn taloudellinen merkitys. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 47–53.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Antti-Poika, Mari 2002. ”Työeläkekuntoutus – mitä, kenelle ja milloin”. Suomen Lääkärilehti 40/2002 vsk 57, 4004–4007.
- Antti-Poika, Mari 2006a. Kuntoutus osana työkyvyn edistämistä. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 219–228.
- Antti-Poika, Mari 2006b. Työkykyongelmien varhainen havaitseminen ja hoito. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 205–212.
- Aro, Timo 2004. Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 22–27.
- Aro, Timo 2006. Työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyysuhan arviointi. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 213–218.
- Aro, T., Kivekäs, J. & Martimo, K-P 2004. Työ- ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Tola, S. & Torstila, I. (toim.) Vakuutuslääketiede. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 54–64.
- Arola, Heikki 2004. ”Työterveyshuolto – mitä se on ja mihin se pyrkii?”. Suomen Lääkärilehti 43/2004 vsk 59, 4149–4152.
- Autio, Sari 2007. Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuvien ikääntyvien työntekijöiden ammatillisen kasvun tuki työpaikoilla. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Eläketurvakeskuksen julkinen soveltamisohje 2007, Kuntoutus.
Saatavilla internetissä osoitteessa:
<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/?_avaa_ohjeisto=39&ohjeistonumero=39#ohjeisto_39> 12.8.2007.

- Gould, R., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Laisola-Nuotio, A., Lehikoinen, T. & Saarnio, L. 2007. Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen? Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2007:2. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Heiskanen, Hannele 2004. Ammatillisen kuntoutuksen taloudellinen kannattavuus eläkejärjestelmän näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Oikeustieteiden laitos. Tampereen yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Husman, Kaj 2006. Työterveyslainsäädäntö. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 22–33.
- Ilmarinen, Juhani 2003. Ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 395–407.
- Ilmarinen, Juhani 2006a. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health.
- Ilmarinen, Juhani 2006b. ”Työkykyresepti avuksi, kun työntekijä uupuu”. Suomen Lääkärilehti 44/2006 vsk 61, s. 4606–4608.
- Ilmarinen, J., Gould, R., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2006. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, 17–34.
- Janhonen, Minna & Husman, Päivi 2006. Työterveyshuollot ja työelämän muutos – pohdintoja työterveyshuollon roolista työyhteisöjen kehittäjänä. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 29. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Järholm, Bengt & Netz, Pelle 2002. Arbetsförmåga. Teoksessa Järholm, Bengt & Olofsson, Christer (toim.) Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur, 36–40.
- Järvikoski, Aila 2002. Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, A-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. STAKES:n raportteja 267:2002, 45–55.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 1995. Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessinohjaus. Teoksessa Suikkanen A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M. & Wikström, J. (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY, 174–187.

- Järvikoski, Aila & Härkäpää Kristiina 2001. Johdanto. Teoksessa Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Nouko-Juvonen, S. (toim.) Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Tutkimuksia 69/2001. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 1–10.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Karjalainen, Susanna 2000. Kuntoutusasiakkaiden työllistyminen ja ammatillisesta kuntoutuksesta koettu hyöty. Pro gradu -tutkielma. Sosiologian laitos. Helsingin yliopisto.
- Karjalainen, Vappu 2004. Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi: STAKES, 11–25.
- Kivekäs, Jukka 2003. ”Mitä ammatillinen kuntoutus odottaa lääkäriltä?”. Suomen Lääkärilehti 18–19/2003 vsk 58, 2061–2064.
- Kivekäs, Jukka & Kallanranta, Tapani 2004. Toimintakyky ja kuntoutus. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 374–379.
- Kivekäs, Jukka & Rissanen, Paavo 2004. Työkyvyn ja sen arvioinnin muuttuminen. Teoksessa Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Tola, S. & Torstila, I. (toim.) Vakuutuslääketiede. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 65–76.
- Kukkonen, S., Mikkola, J., Siitonen, T. & Vuorinen, M. 2003. Kuntoutus ja vakuutus: työtapaturmat, liikennevahingot ja työeläkekuntoutus. Helsinki: Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kuntoutusta tutkitaan. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaoston raportti 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lahtela, K., Grönlund, R., Röberg, M. & Virta, L. (toim.) 2002. Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen vaiheen havainnot. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Manninen, Pirjo (toim.) 2007. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 – kehitystrendien tarkastelu. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. (toim.) 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Manninen, P., Peurala, M., Pulkkinen-Närhi, P., Rautio, M. & Husman, K. 2007. ”Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa”. Suomen Lääkärilehti 6/2007 vsk 62, 529–533.

- Mustaniemi, Hanna 1999. Työeläkekuntoutus 1990-luvulla ja sen merkityksen muuttuminen. Pro gradu -tutkielma. Oikeustieteiden laitos. Tampereen yliopisto.
- Mäkitalo, Jorma 2006. Työkyvyn käsite. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 172–179.
- Nokso-Koivisto, Pekka 2001. Potilas ja kaksi hahmoa työkyvynarvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmassa. Semioottinen tulkinta lääkärinlausunnosta. KELA: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 59. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Näkemykset työssä jaksamisesta 2007. TELA:n tutkimusraportti.
 Saatavilla internetissä osoitteessa:
 <[http://www.tela.fi/tela/telaweb.nsf/kuvaview2/tutkimus0607.pdf/\\$file/tutkimus0607.pdf?openelement](http://www.tela.fi/tela/telaweb.nsf/kuvaview2/tutkimus0607.pdf/$file/tutkimus0607.pdf?openelement)> 15.11.2007.
- Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:7.
 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Palomäki, H., Onninen, S. & Arola, H. 2006. ”Osasairauspäiväraha – uusi sairausvakuutusetus työhön paluun tueksi”. Suomen Lääkärilehti 51–52/2006 vsk 61, 5359–5362.
- Piirainen, H., Manninen, P., Hirvonen, M., Viluksela, M., Mikkola, J., Huhtaniemi, P. & Husman, K. 2005. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutus ja käyttö vuonna 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pohjolainen, Timo 2007. ”Kuntoutuksella on kysyntää – onko tarjonta kunnossa?” Lääketieteellinen pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 23/2007 vsk 62, 2247.
- Puumalainen, Jouni & Vilkkumaa, Ilpo 2001. Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 16–29.
- Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Helsinki: Edita Prima Oy.
 Saatavilla internetissä osoitteessa:
 <<http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-040507.pdf>> 4.11.2007.
- Rantanen, Marika 2007. Ammatillinen kuntoutus työkyvyn tukena: "Se on esimiehelle työkalu ja sen lisäksi se on työntekijälle mahdollisuus...". Pro gradu -tutkielma. Taloustieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.
- Rissanen, Paavo 2001. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen P. & Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 502–509.
- Rissanen, Paavo & Wikström, Juhani 2004. Kuntoutuksen sekä työ- ja toimintakyvyn käsitteet lääkärin työssä. Teoksessa Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Tola, S. & Torstila, I. (toim.) Vakuutuslääketiede. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 77–88.

- Roimaa, Elisa 1996. "Yksi mahdollisuus... ": ammatillisen kuntoutuksen tukemana yrittäjäksi. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto.
- Räsänen, Kimmo 2006. Työterveyshuolto osana terveydenhuoltojärjestelmää. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 34–39.
- Saarnio, Leena 2007. Työeläkekuntoutus vuonna 2006. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 2007. Saatavilla internetissä osoitteessa:
< <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=41194&Item=62132>> 6.11.2007.
- Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusjulkaisu 2007:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Soikkeli, Nina 2006. Ammatillisen kuntoutuksen järjestelmät vertailussa edellytykset, keinot ja toimeentulo. Pro gradu -tutkielma. Oikeustieteiden laitos. Tampereen yliopisto.
- Suoyrjö, Heikki 2007. ”Millainen on hyvä ammatillinen kuntoutussuunnitelma?” Suomen Lääkäri-lehti 23/2007 vsk 62, 2275–2278.
- Toimeentuloturva 2007. Helsinki: Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma.
- Tola, Sakari. Sosiaalivakuutuksen korvauseriaatteen. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 365–370.
- Työeläkeasenteet 2007. TELA:n tutkimusraportti. TELA 2007.
- Työeläke – turvaa tänään ja tulevaisuudessa. TELA 2007.
- Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat 2010. TELA 2006.
- Työeläkekuntoutus. TELA 2007.
- Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006, Taulukkoraportti. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämissuunnitelmat. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusjulkaisu 2004:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Uusitalo, Hannu 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma: johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY.
- Vaalavuo, Laura 2003. Ammatillinen kuntoutus ja sen ongelmat työeläkejärjestelmässä. Pro gradu -tutkielma. Oikeustieteiden laitos. Tampereen yliopisto.
- Vainio, Harri 2007. ”Työterveyslääkärin osaaminen – kohtaavatko koulutus ja osaaminen?”. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 6/2007 vsk 123, 707–708.

Säädökset:

Asetus erikoislääkärin tutkinnosta (678/1998).

Kunnallinen eläkelaki (KuEL) (549/2003).

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003).

Laki yksityisyyden suojasta työelämässä (759/2004).

Maatalousyrittäjän eläkelaki (MYEL) (1280/2006).

Työntekijän eläkelaki (TyEL) (395/2006).

Työterveyshuoltolaki (1383/2001).

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001).

Valtion eläkelaki (VaEL) (1295/2006).

Yrittäjän eläkelaki (YEL) (1272/2006).

Sähköiset lähteet:

E-lomake -ohjelmiston www-sivusto. <<http://www.e-lomake.fi>> 1.3.2008.

Eläkesanasto. Työeläke.fi -palvelun www-sivusto. <<http://www.tyoelake.fi/>> 12.8.2007.

FACULTAS. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim www-sivusto. <<http://www.duodecim.fi/>> 15.9.2007.

Indeksiluvut ja rahamäärät 2008. ETK:n Työeläkelakipalvelun www-sivusto. <<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/indeksi/palkkakerroin1/vuosi/2008.html>> 1.2.2008.

Keskiluvut. Menetelmäopetuksen valtakunnallisen tietovarannon www-sivusto. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/keskiluvut/keskiluvut.html>> 17.1.2008b.

Tilastollinen päättely. Menetelmäopetuksen valtakunnallisen tietovarannon www-sivusto. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/paattely/paattely.html>> 13.1.2008a.

Toiminta. TOIMIA-verkoston www-sivusto. <<http://www.toimia.fi/toiminta.html>> 1.2.2008.

Työeläkevakuuttajat TELA:n www-sivusto <<http://www.tela.fi/>> 5.1.2008.

Väestöennuste 2007–2040. Tilastokeskuksen www-sivusto.
<www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html> 7.7.2007.

LIITE 1: KUNTOUTUKSEN TYÖNJAKO

Taulukko 1 Kuntoutuksen työnjako (Toimeentuloturva 2007, 140–141)

Kuka kuntouttaa	Ketä kuntoutetaan	Kuntoutuslaji	Toimeentulo
Vakuutuslaitokset	Työ- tai sotilastapaturman, ammattitaudin, tapaturman tai liikenneonnettomuuden takia kuntoutusta tarvitsevat	Toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää sekä ammatillista	- päiväraha tai - eläke
Työeläkelaitokset	Vakuutetut työntekijät ja yrittäjät sekä eläkkeellä jo olevat, joilla on todettu työkyvyttömyyden uhka - oikeus tulevan ajan eläkkeeseen (vuodesta 2007 ansiovaatimus) - riittävä kiinnittyminen työelämään	Ammatillista	- kuntoutusraha - osakuntoutusraha - kuntoutustuki ja -korotus - työkyvyttömyyseläke ja kuntoutuskorotus - harkinnanvarainen kuntoutusavustus
Kansaneläkelaitos (Kela)	Vakuutetut, joilla on todettu työkyvyttömyyden uhka tai joiden työkyky oleellisesti heikentynyt - ei oikeutta tulevan ajan eläkkeeseen (vuodesta 2007 ansiovaatimus) - työelämäyhteys vähäinen Vaikeavammaiset	Lääkinnällistä (harkinnanvarainen) ja ammatillista Lääkinnällistä ja ammatillista	Kelan kuntoutusraha Kelan kuntoutusraha
Työhallinto	Vajaakuntoiset työvoimatoimiston asiakkaat	Ammatillista	Työmarkkinatuki, työttömyyspäiväraha tai koulutustuki
Työterveyshuolto	Työntekijät, joilla kuntoutustarve	Lääkinnällistä ja ammatillista	Kelan kuntoutusraha, jos edellytykset täyttyvät. Vakuutus- tai työeläkelaitosten toimeentulo, jos edellytykset täyttyvät.
Terveydenhuolto	Asiakkaat, joilla kuntoutustarvetta	Lääkinnällistä	Kelan kuntoutusraha, jos edellytykset täyttyvät.
Sosiaalitoimi	Asiakkaat, joilla kuntoutustarvetta	Sosiaalista	Kelan kuntoutusraha, jos edellytykset täyttyvät.
Koulutoimi	Vaikeavammaiset ja vajaakuntoiset lapset ja nuoret	Kasvatuksellista	-

LIITE 2: KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE

Hyvä työterveyslääkäri,

Sinut on valittu mukaan kyselytutkimukseen, jossa selvitetään työterveyslääkäreiden näkemyksiä työeläkekuntoutuksesta ja sen käynnistämiseen liittyvistä haasteista. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa aiheeseen liittyviä mahdollisia ongelmia ja kehittämistarpeita.

Kysely on osa Tampereen yliopiston vakuutustieteen alaan kuuluvaa Pro gradu -tutkielmaa, ja sen toteuttaja on Anna Lindholm. Työeläkevakuuttajat TELA tukee tutkimusta. Tekijän lisäksi myös TELA:lla on oikeus hyödyntää tutkimuksen tuloksia. Kaikki vastaukset käsitellään ehdottoman anonyymisti ja luottamuksellisesti.

Kysely toteutetaan internetissä, ja vastaamiseen kuluu aikaa arvioilta noin 5-12 minuuttia. Valtaosa kysymyksistä on monivalintakysymyksiä, joihin vastaaminen on varsin vaivatonta. Kyselyssä on kuitenkin jätetty tilaa myös vapaamuotoisille kommenteille, joiden avulla voi jättää tutkimuksen kannalta arvokasta palautetta. Pääset kyselyyn klikkaamalla alla olevaa linkkiä.

<https://elomake.uta.fi/lomakkeet/2439/lomake.html>

Vastaathan kyselyyn mahdollisimman pian, kuitenkin **VIIMEISTÄÄN MAANANTAINA 5.11.2007**. Vastausajan päättymisen jälkeen yhteystietonsa jättäneiden kesken arvotaan kaksi kirjapalkintoa (à n. 40€).

Kiitän vastauksestasi jo etukäteen, sillä jokainen vastaus on äärimmäisen tärkeä tutkielman onnistumisen kannalta! Vastaamalla kyselyyn Sinä olet mukana vaikuttamassa työterveyshuollon ja työeläkekuntoutuksen välisen yhteistyön kehittämiseen.

Ystävällisin terveisin,

Anna Lindholm
sähköposti: anna.l.lindholm@uta.fi
puh. 050 XXX XXXX

Olet tullut valituksi tähän kyselyyn Työterveyslaitoksen rekisteristä tehdyn otannan perusteella.

LIITE 3: KYSELYLOMAKE

Työeläkekuntoutukseen ja sen käynnistämiseen liittyvä kysely työterveyslääkäreille [1/5]

Arvoisa työterveyslääkäri, tervetuloa vastaamaan työeläkekuntoutusta koskevaan kyselyyn!

Tällä kyselyllä kerätään tietoa työterveyslääkärien tietämyksestä ja heidän kokemistaan haasteista työeläkelaitosten järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen liittyen. Kyselyllä halutaan kartoittaa erityisesti työeläkekuntoutuksen käynnistämisvaiheeseen liittyviä mahdollisia ongelmakohtia.

Kysely on osa Tampereen yliopiston Oikeustieteiden laitoksen vakuutustieteeseen liittyvää pro gradu -tutkielmaa. Kyselyn tekijä on Anna Lindholm, sähköposti anna.l.lindholm@uta.fi. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Työeläkevakuuttajat TELA ry:n kanssa.



Aikaa kyselyyn vastaamiseen kuluu arviolta noin 5-12 minuuttia. Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti!

Kyselyyn pääset alla olevaa painiketta klikkaamalla.

Tietojen lähetyks

Seuraava >>

Työeläkekuntoutukseen ja sen käynnistämiseen liittyvä kysely työterveyslääkäreille [2/5]

Taustatiedot

Ole hyvä ja täytä seuraavat tiedot:

Ikä (vuosina)

Sukupuoli

Nainen

Mies

(Suomen 20 maakuntaa)

Sijainti

Työterveyshuollon erikoislääkäri
Työterveyshuoltoon erikoistuva lääkäri
Vähintään 7 opintoviikon lisäkoulutus
Lisäkoulutuksen suoritus käynnissä
Ei työterveyshuollon koulutusta

Työterveyshuollon koulutus

Terveyskeskus
Lääkärikeskus
Yrityksen/yritysten oma työterveysasema

Työnantaja (jos useita, valitse pääasiallinen työnantajasi)

Toimitko työterveyslääkärinä päätoimisesti vai osa-aikaisesti?

Päätoimisesti
Osa-aikaisesti

Tietojen lähetyk

<< Edellinen

Seuraava >>

Työeläkekuntoutukseen ja sen käynnistämiseen liittyvä kysely työterveyslääkäreille [3/5]

OSIO I: Työeläkekuntoutusta koskevat yleiset kysymykset

Kuinka hyvin koet tuntevasi työeläkekuntoutuksen yleiset eläkepoliittiset tavoitteet? _____

–Valitse tästä– ▾

Erittäin hyvin
Hyvin
Kohtalaisesti
Välttävästi
Heikosti

Kyllä Ei Ehkä

Toivoisitko lisäkoulutusta työeläkekuntoutuksesta?

Jos vastauksesi edelliseen kysymykseen oli "Kyllä" tai "Ehkä", vastaa myös alla olevaan kysymykseen.

Valitse alla olevasta listasta se alue/alueet, joista haluaisit lisäkoulutusta. Voit valita useampia kohtia.

- Työeläkekuntoutuksen yleiset tavoitteet
- Työeläkelakien kuntoutusta koskevien säännösten soveltaminen
- Työeläkekuntoutukseen pääsemisen kriteerit
- Työeläkekuntoutuksen keinovalikoima
- Työeläkekuntoutuksen ja muiden ammatillisten kuntoutusjärjestelmien välinen työnjako
- Työeläkekuntoutuksen ja osasairauspäivärahan välinen työnjako
- Vuoden 2004 kuntoutusuudistuksen tuomat muutokset
- Muu, mikä?

Alla on esitetty viisi väittämää. Valitse mielestäsi parhaiten väittämää kuvaava vaihtoehto. Voit kirjoittaa esitettyyn asiaan liittyvän sanallisen havaintosi "Kommentit" -kenttään.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Kommentit
Työeläkekuntoutusta säätelevä lainsäädäntö on mielestäni liian vaikeaselkoista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Työkyvyttömyyden uhkan arviointia helpottaisi, jos kaikissa työeläkelaeissa olisi yhdenmukainen määritelmä työkyvyttömyydestä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Koen saaneeni riittävästi koulutusta työeläkekuntoutuksesta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Koen, että potilaat odottavat minun tuntevan kuntoutusjärjestelmien sisällöt liian tarkasti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Lääkärinä koen, että minulta vaadittava työeläkekuntoutukseen liittyvän tietomäärän hallinta on liikaa vaadittu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Sana on vapaa! Tässä voit kertoa muita mielipiteitäsi ja parannusehdotuksiasi työeläkekuntoutuksen tuntemukseen liittyen.

Tietojen lähetyk

Työeläkekuntoutukseen ja sen käynnistämiseen liittyvä kysely työterveyslääkäreille [4/5]

OSIO II: Työeläkekuntoutuksen käynnistämistä koskevat kysymykset

Käytätkö toimintakyvyn arvioinnissa jotakin standardoitua menetelmää? _____ Kyllä

—Valitse tästä—

En

Jos vastauksesi oli kyllä, mitä menetelmää/testiä käytät?

Minkälaisia ongelmia toimintakyvyn arvioinnissa mielestäsi on?

Minkälaisia ongelmia työkyvyn arvioinnissa mielestäsi on?

Koetko, että työkyvyttömyyden uhkan arviointi on jossakin/joissakin sairausryhmissä vaikeampaa kuin toisissa? _____ Kyllä

—Valitse tästä—

En

Missä sairausryhmissä työkyvyttömyyden uhkan arviointi on erityisen vaikeaa? Miksi?

Hyödynnätkö potilaan työnantajalta saatuja sairauspoissaolotietoja kuntoutustarpeen arvioinnissa? _____ Kyllä

—Valitse tästä—

En

Kuinka usein erikoissairaanhoidon epikriisin viivästyminen hidastaa kuntoutuksen käynnistämistä?

—Valitse tästä—

Aina

Usein

Toisinaan

Harvoin

Ei koskaan

Kuinka usein erikoissairaanhoidon konsultaation viivästyminen hidastaa kuntoutuksen käynnistämistä?

—Valitse tästä—

Kuinka usein potilas osallistuu aktiivisesti oman ammatillisen kuntoutussuunnitelmansa laatimiseen? _____

-Valitse tästä-

Aina
Usein
Toisinaan
Harvoin
Ei koskaan

Jos potilaat eivät mielestäsi yleensä osallistu aktiivisesti suunnitelman tekemiseen, mistä arvelet tämän johtuvan?

Alla on esitetty seitsemän väittämää. Valitse mielestäsi parhaiten väittämää kuvaava vaihtoehto. Voit kirjoittaa esitettyyn asiaan liittyvän sanallisen havaintosi "Kommentit" -kenttään.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Kommentit
Potilaat ovat yleisesti motivoituneita työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Potilaan työnantajan suhtautuminen työeläkekuntoutuksen käynnistämiseen on pääsääntöisesti positiivista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kaipaen standardoitua menetelmää toimintakyvyn arviointiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kaipaan koulutusta kuntoutussuunnitelmalta vaaditusta sisällöstä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Potilaan työpaikalta saatavien sairauspoissaolotietojen saaminen helpottaa/helpottaa työ- ja toimintakyvyn arviointia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Koen tuntevani potilaiden työolosuhteet riittävän hyvin työkyvyn arvioimista varten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Potilaan aktiivinen osallistuminen oman ammatillisen kuntoutussuunnitelmansa laatimiseen myötävaikuttaa kuntoutuksen onnistumiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Tietojen lähetyks

<< Edellinen

Seuraava >>

Työeläkekuntoutukseen ja sen käynnistämiseen liittyvä kysely työterveyslääkäreille [5/5]

Kysely on nyt melkein valmis! Alle voit vielä vapaasti kirjoittaa työeläkekuntoutukseen liittyviä ajatuksiasi ja kehittämistarpeita. SINUN MIELIPITEESI ON TÄRKEÄ!

Sana on vapaa! Mikä työeläkekuntoutuksessa on hyvin, mitä tulisi kehittää? Mitkä asiat uhkaavat työterveyslääkärin näkökulmasta työeläkekuntoutuksen käynnistämistä?

Mikäli haluat osallistua kirjapalkintojen arvontaan, jätä alle sähköpostiosoitteesi tai puhelinnumerosi mahdollisen palkinnon toimittamista varten.

Tietojen lähetyks

<< Edellinen

Valmis