

**KUKA PÄÄSEE TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEELLE
ELMA-HANKKEEN KAUTTA?**

Pirjo Nordström
Pro Gradu –tutkielma
Sosiologia
Tampereen yliopisto,
Porin yksikkö
Heinäkuu 2008

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta/Porin yksikkö

NORDSTRÖM, PIRJO HANNELE: Kuka pääsee työkyvyttömyyseläkkeelle
ELMA -hankkeen kautta

Sosiologian pro gradu-tutkielma, 58 sivua, 7 liitesivua
Heinäkuu 2008

Tutkimuskohteena on työvoimatoimistoissa v. 2001 käynnistynyt Eläkemahdollisuuksien selvittelyhanke, lyhyemmin ELMA - hanke. Se on tarkoitettu pitkäaikaistyöttömille, syrjäytyneille tai moniongelmaisille, joiden työkyky, eläkemahdollisuudet ja toiminnan rajoitukset halutaan tutkia.

Nämä Elma – hankkeeseen ohjautuvat asiakkaat ovat olleet vuosia poissa työelämästä. He eivät ole olleet perusterveydenhuollon asiakkainakaan mahdollisesti vuosin. Yleisimmät ongelmat heillä ovat päihde- ja mielenterveysongelmat, tuki- ja liikuntaelinoireet ja tunnistamatta jääneet, vaikeat kehitys- ja oppimishäiriöt.

Porin seudun työvoiman palvelukeskus on yksi näistä eläke-edellytysten selvittelyä tekevistä toimipisteistä. Asiakkaat Elmaan tulevat pääsääntöisesti työvoimatoimiston tai sosiaalitoimen ohjaamina. Elma-hankkeen alusta eli 1.1.2001 - 31.12.2004 on Porin seudun työvoiman palvelukeskuksessa (myöhemmin Palvelukeskus) Elma-asiakkaana yhteensä 625 henkilöä, joista myönteisen eläkepääätöksen kyseisenä aikana oli saanut 223 henkilöä. Hylkääviä päätöksiä vastaavana ajankohtana oli tullut 111.

Tutkimuksen kohteena ovat nämä myönteisen ja hylkäävän eläkepääätöksen saaneiden B-lausunnot, joilla eläkettä on haettu. Eläkelausunnot on kirjoitettu joko B1- tai B2 –lausuntolomakkeelle. Tässä tutkimuksessa vertaillaan, onko merkitystä sillä, mille lausuntolomakkeelle hakemus kirjoitetaan ja sillä, kuka lääkäri on lausunnon kirjoittanut. Vertailukohtana on Suomessa 2000 –luvulla valtakunnallisesti myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrät alueittain. sekä aiempi aiheeseen liittyvä tutkimus.

Avainsanat: ELMA-hanke, B-lomake, lääkärinlausunto, hylkäys- ja hyväksymispäätökset, työkyvyttömyyden arviointi

| | |
|--|----|
| JOHDANTO | 4 |
| 1. TYÖTTÖMYYS JA TERVEYS..... | 6 |
| 2. TYÖKYKY KÄSITTEENÄ | 9 |
| 2.1 Toimintakyky | 11 |
| 2.1.1 Fyysinen toimintakyky..... | 11 |
| 2.1.2 Psyykinen toimintakyky | 14 |
| 2.1.3 Sosiaalinen toimintakyky..... | 15 |
| 3. TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEEN MYÖNTÄMISEN | 16 |
| EDELLYTYKSET LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ | 16 |
| 4. MIKÄ ON ELMA? | 17 |
| 4.1 Kohderyhmät..... | 17 |
| 4.2 Toimintamalli..... | 18 |
| 4.3. ELMA-hankkeen syntyyn johtaneita syitä..... | 19 |
| 4.4. ELMA-hankkeen tuloksia..... | 20 |
| 5. TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKÖITYMINEN SUOMESSA..... | 20 |
| 5.1 Työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys 1996-2003 | 21 |
| 5.2 Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus ¹ 1990-luvulta vuoteen 2004 | 22 |
| 5.3 Työttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeiden erisuuntainen kehitys..... | 24 |
| 5.4 Työkyvyttömyyseläkkeiden sairausryhmät Gouldin ja Nymanin (2004) mukaan | 25 |
| 5.5 Työkyvyttömyyseläkkeiden alueellinen jakautuminen Suomessa..... | 27 |
| 6. LÄÄKÄREILLE SUUNNATTU LAINSÄÄDÄNTÖ LAUSUNTOKÄYTÄNNÖISTÄ..... | 29 |
| 6.1 Sairauteen, vikaan tai vammaan liittyvät todistukset..... | 31 |
| 6.2 Terveyttä ja työkykyisyyttä koskevat todistukset | 32 |
| 7. TUTKIMUSONGELMA JA -AINEISTO | 33 |
| 7.1. B-lausuntojen mahdollisuudet ja ongelmat..... | 34 |
| 7.2 Työkyvyn arvioinnin ongelmat..... | 35 |
| 8. TUTKIMUSMENETELMÄ..... | 36 |
| 9. TULOKSIA..... | 38 |
| 9.1 Taustaa tuloksille | 38 |
| 9.2 Elma- hankkeen kautta eläkkeelle hakeneet | 39 |
| 9.3 Eläkkeelle päässeet ja hylätyt | 40 |
| 9.4 Lausuntojen diagnoosit | 41 |
| 9.4 Hyväksytyt ja hylätyt lääkäreittäin | 48 |
| 9.5 Lausuntolomakkeet | 51 |
| JOHTOPÄÄTÖKSIÄ | 53 |
| LIITTEET | 59 |

JOHDANTO

Suomen työllisyystilanne on 90 –luvun laman jälkeen parantunut tasaisesti ja kansainvälisesti vertailtuna ripeästikin. Tilanteen parantuminen on kuitenkin selvästi hidastunut vuodesta 2000 alkaen. Suomeen on syntynyt tilanne, jossa pitkäaikaistyöttömyys jatkuu sitkeänä ja toisaalta on työvoimapulaa. (Aho, 2004).

Eduskunta totesi valtion vuoden 2001 talousarvioesityksen käsittelyn yhteydessä pitkäaikaistyöttömien ryhmissä olevan henkilöitä, joiden työllistäminen tehokkaillakaan toimenpiteillä ei ole mahdollista. Joidenkin arvioiden mukaan noin 10 - 15 prosenttia pitkäaikaistyöttömistä on henkilöitä, jotka perusteellisten tutkimusten jälkeen voisivat päästä eläkkeelle. Näillä perusteilla pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytysten selvittämiseen osoitettiin valtion vuoden 2001 talousarviossa 10 miljoonaa markkaa, vuonna 2002 1 682 000 euroa ja vuonna 2003 yhteensä 1 732 000 euroa työvoimapalvelujen erityismenoihin pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytysten selvittämiseen. Määrärahalla arvioitiin järjestettävän vuosittain 2 500 pitkäaikaistyöttömän työkunnan selvitystä ja vastaavaa tutkimusta. Ensi vaiheessa toiminta käynnistyi 2-4 suuressa/keskisuudessa työvoimatoimistossa jokaisella TE -keskusalueella. Hallituksen politiikkaohjelman mukaisesti pitkäaikaistyöttömien eläkemahdollisuuksien selvittämishanke laajeni koko maahan vuoden 2004 alusta lukien.

Työvoimatoimistoissa käynnistyi v. 2001 Eläkemahdollisuuksien selvittelyhanke, lyhyemmin ELMA - hanke. Se on tarkoitettu pitkäaikaistyöttömille, syrjäytyneille tai moniongelmaisille, joiden työkyky, eläkemahdollisuudet ja toiminnan rajoitukset halutaan tutkia.

Nämä Elma – hankkeeseen ohjautuvat asiakkaat ovat olleet vuosia poissa työelämästä. He eivät ole olleet perusterveydenhuollon asiakkainakaan mahdollisesti vuosiin. Yleisimmät ongelmat heillä ovat päihde- ja mielenterveysongelmat, tuki- ja liikuntaelinoireet ja tunnistamatta jääneet, vaikeat kehitys- ja oppimishäiriöt.

Asiakkaan ohjaututtua Elma – hankkeeseen hänen lähtötilanteensa kartoitetaan konsultoimalla esimerkiksi asiantuntijalääkärinä, joka arvioi asiapapereiden perusteella lisätutkimuksen tarpeen. Tämä asiakkaan ”myllytys” kaikenlaisten lisätutkimuksien ja mahdollisten työkokeilujen kautta saattaa kestää useita kuukausia ennen kuin tarvittavat asiapaperit eläkehakemusta varten ovat koossa. Ennen eläkehakemuksen lähettämistä on asiakasta siis tarkastelleet lukuisat asiantuntijatahot.

Pitkäaikaistyöttömien joukossa on myös lukuisia Elma – hankkeeseen tulevia, jotka eivät ehdi selvittelyjä kulkea loppuun ennen kuin heidän maallinen vaelluksensa päättyy lopullisesti; hyvin monet eläkepäättöksen saaneetkin kokevat lyhyen eläkejakson jälkeen saman kohtalon.

Porin seudun työvoiman palvelukeskus on yksi näistä eläke-edellytysten selvittelyä tekevästä toimipisteistä. Asiakkaat Elmaan tulevat pääsääntöisesti työvoimatoimiston tai sosiaalitoimen ohjaamina. Porin seudun työvoiman palvelukeskuksessa on ajanjaksolla 1.1.2001 - 31.12.2004 Elma-asiakkaana yhteensä 625 henkilöä, joista myönteisen eläkepäättöksen kyseisenä aikana oli saanut 223 henkilöä. Hylkääviä päätöksiä vastaavana ajankohtana oli tullut 111. Muut eläkehaut ovat olleet vielä kesken tai eläkkeen hausta on jostain syystä luovuttu nyt käsillä olevan tutkimuksen otosta on poimittu.

Valtakunnallisesti eläkkeiden hylkäysprosentti on asettunut 20- 30 prosentin tasolle. Porin osalta hylkäysprosentti on asettunut 30 prosentin tasolle, mikä on valtakunnallisesti tarkasteltuna korkea lukema. Erityisen mielenkiinnon kohteena tässä työssäni ovat ne, jotka ovat pudonneet työelämän rattailta; fyysinen tai psyykinen terveys, oppimiskyvyn puutteet ynnä muut seikat ovat aiheuttaneet sen, että kysyntää työmarkkinoilla ei ole. Terveystieteiden sektorilla tämä joukko kuuluu niihin, jotka käyttävät terveystieteiden palveluita vähiten, vaikka tarvetta tutkimuksiin ja hoitoon olisikin. Työssä oleville kuuluu lakisääteisenä työterveyspalvelut, mutta työttömille vastaavaa toimintaa ei järjestelmällisesti ole ollut. Joillakin paikkakunnilla on järjestetty ja järjestetään työttömien terveystarkastuksia.

Tarkoitukseni on tässä tutkimuksessa selvittää, millaiset tapaukset saavat kielteisen päätöksen. Tutkimus perustuu edellä mainittuihin 334 asiakkaan B-lausuntoihin, joilla työkyvyttömyyseläkettä on haettu.

1. TYÖTTÖMYYS JA TERVEYS

Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteyttä yksilön työkykyyn on 1990-luvulta lähtien enenevässä määrin kiinnostuttu tutkimaan. Aiempi työttömyyteen liittyvä tutkimus on pitkälti liittynyt työttömyyteen kokemuksena ja syrjäytymisen problematiikkaan kokonaisuutena. Nytemmin on kiinnostuttu tutkimaan myös terveyden vaikutuksia työttömyyden syihin ja seurauksiin.

Vuoden 2005 alusta voimaan tullut uusi eläkelaki tuo esiin sen, että työelämässä pitäisi jaksaa pidempään; eläkeläiset tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. Yli 50-vuotiaiden osuus työvoimasta kasvaa merkittävästi. Työvoiman ikääntyminen asettaa erityisiä haasteita: työntekijän haasteita ovat työkyvyn säilyttäminen ja jaksaminen, yritykset ponnistelevat tuottavuuden ja organisaatiomuutosten kanssa ja yhteiskunta kamppailee varhaisen eläkkeelle siirtymisen kustannusten vähentämiseksi. Vuoden –05 uusi eläkelaki toi tullessaan rahallisia houkuttimia jatkaa työelämässä pidempään, mutta toisaalta työn muuttuminen entistä monimutkaisemmaksi ja jatkuvaa uuden oppimista vaativaksi sekä arvojen muuttuminen houkuttavat kuitenkin jäämään eläkkeelle heti kun se on mahdollista.

Pitkäaikaistyöttömien terveydellinen tilanne näyttäytyy eri tutkimuksissa kovasti samanlaisena. Työttömät arvioivat terveydentilansa pääsääntöisesti huonommaksi kuin vastaavanikäiset työssä käyvät. Työttömät kokevat sekä fyysisen että psyykkisen terveytensä heikentyneen työttömyyden aikana. Pitkäaikaissairaiden osuus pisimpään työttömänä olleiden joukossa on kaksinkertainen työlliseen tai vain lyhytaikaisesti työttömänä olleeseen väestöön verrattuna (Karjalainen & Melametsä 2001).

Työttömien terveyttä käsittelevissä tutkimuksissa selitetään työttömyyden ja terveyden välistä yhteyttä lähinnä kahden hypoteesin valossa. Työttömyyteen

valikoituvat jo terveydeltään heikentyneet työntekijät ja toisaalta työttömyys heikentää terveyttä varsinkin pitkään jatkuessaan. Jälkimmäinen hypoteesi on todennettu useissa tutkimuksissa. On osoitettu, että työn puuttuminen voi aiheuttaa stressiä, kuormittuneisuutta ja terveydellisiä pulmia. Työttömyyden pitkittyessä terveydelliset pulmat lisääntyvät. Oleellisinta on, että varsin yleisesti työttömät, ja varsinkin pitkäaikaistyöttömät, voivat muuta väestöä huonommin . (Karjalainen & Melametsä 2001).

Taloudellisen laman vaikutuksista suomalaisiin tehdyssä tutkimuksessa on havaittu, että työttömät miehet ja yli kuusi kuukautta työttömänä olleet naiset arvioivat terveytensä huonoksi yli kaksi kertaa useammin kuin muut (Kontula, Viinamäki & Koskela 1998). Työttömät miehet olivat käyttäneet psyykelääkkeitä noin kaksi kertaa useammin kuin työssä olevat miehet. Naisilla psyykelääkkeiden käyttö oli yleisempää yli kuuden kuukauden työttömyyden jälkeen. Yli kuusi kuukautta työttömänä olleilla miehillä ja naisilla oli kaksi kertaa useammin mielenterveyshäiriö kuin työssä olevilla. Työttömillä miehillä itsemurha-ajatukset olivat kolme kertaa yleisempiä ja naisilla kaksi kertaa yleisempiä kuin muilla. (Kontula ym. 1998.)

Vuonna 2005 tutkittiin suomalaisten työttömien työkykyindeksiä ja siinä todettiin, että toistuvaistyöttömillä ja pitkäaikaistyöttömillä oli heikompi työkyky kuin muilla työttömillä. Alle 45-vuotiaista työttömistä vajaalla kymmenellä prosentilla ja yli 45-vuotiaista reilulla kahdellakymmenellä prosentilla oli heikko työkyky. Työttömillä naisilla työkyky heikkeni iän myötä selvemmin kuin miehillä. Kuitenkin nuorten työttömien miesten syrjäytymisriski oli noin kolminkertainen verrattuna työttömiin naisiin. (Holm ym. 2006.)

Huono terveys ja toimintakyky mainitaan usein syrjäytymisen riskitekijöinä. Huonon fyysisen terveyden on todettu altistavan työttömyydelle. Keski-ikäisillä suomalaisilla työttömyyttä voitiin ennustaa neljä vuotta aikaisemmilla terveysongelmilla (Leino-Arjas, Liira, Mutanen, Malmivaara & Matikainen 1999) ja 7-8 vuotta aikaisemmin lääkärikäynneillä (Nyman 2002). Suomalaisilla määräaikaaisella työsopimuksella työssä olleilla julkisen sektorin työntekijöillä oli neljän vuoden seurannassa suurempi todennäköisyys joutua työttömäksi tai

epävakaalle työuralle, mikäli heillä oli seurannan alussa huonoksi arvioitu terveys (Virtanen ym. 2005).

Pitkään jatkuva tai toistuva työttömyys, köyhyys ja heikko koulutustaso ovat keskeisiä sosiaalisen syrjäytymisen riskitekijöitä. Jos perus- tai kansakoulun jälkeiset opinnot puuttuvat tai jäävät kesken, voi työttömyysriski kasvaa ja syrjäytymisen todennäköisyys lisääntyä työttömyyden aikana. Huono taloudellinen tilanne ei rajoitu ainoastaan tuloköyhyyteen, vaan se voi merkitä myös sellaisten hyödykkeiden puuttumista, joita ilman ihmiset eivät voi osallistua yleisesti hyväksytyyn elämäntapaan ja joiden puute heikentää sosiaalisen osallisuuden mahdollisuuksia (Gould 2006).

Syrjäytymisprosessia voidaan kuvata myös elämänhallinnan käsitteellä, joka jakautuu ulkoiseen (työ, toimeentulo, sosiaaliset suhteet) ja sisäiseen (turvallisuus, minäkuva). Syrjäytymisprosessin eteneminen merkitsee sitä, että ongelmia esiintyy elämänhallinnan eri osa-alueilla. Kukin yksittäinen riski tai ongelma voi lisätä syrjäytymisen todennäköisyyttä. Työttömyys sinällään ei merkitse syrjäytymistä, jos sosiaaliset suhteet kestävät, minäkuva ja itsetunto pysyvät hyvinä, terveys ja työkyky säilyvät hyvinä ja mikäli toimeentulo ei putoa niin, että perustarpeiden tyydyttäminen olennaisesti heikentyy. Sen sijaan syrjäytymisprosessi on käynnissä, jos elämänhallinnan eri osa-alueilla ilmenee ongelmia ja yksilö on yhä enemmän riippuvainen yhteiskunnan tukitoimista pystyäkseen ylläpitämään kohtuullista elintasoa ja elämänlaatua (Gould 2006).

Tuoreen meta-analyysin mukaan monet työttömyyden mukanaan tuomat tekijät ja erilaiset muut elämäntilanteeseen liittyvät tekijät johtavat heikentyneeseen hyvinvointiin enemmän kuin työttömyys sinänsä. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa työttömyyden kesto, henkilön elämäntilanne ja koetut taloudelliset vaikeudet. Työttömien reaktiot työttömyyteen eivät myöskään ole kaikilla samanlaisia. Tutkimukset osoittavat, että tärkeä tekijä työttömyyden ja terveyden välisessä yhteydessä ovat taloudelliset vaikeudet ja niistä johtuvat vaikeudet ja riskit, kuten sopimaton ravinto, huono asuminen, kyvyttömyys maksaa laskuja, sosiaalisen elämän ja harrastusmahdollisuuksien kaventuminen. Oman työttömyyden lisäksi myös työttömien suurella määrällä yhteiskunnassa ja asuinalueella voi olla vaikutuksia hyvinvointiin ja terveyteen, kuten myös

asuinalueen sosioekonomisella statuksella; tästä on tosin ristiriitaisia tutkimustuloksia (Heponiemi ym. 2008, 26-29).

Köyhyyden ja syrjäytymisen keskiössä ovat pitkäaikaistyöttömät, joiden osuus köyhistä on lähes 30 prosenttia (v. 2001). Köyhyys on erityinen riski työttömillä, joiden ansiosidonnainen päiväraha-kausiksi tulee täyteen ja he putoavat työmarkkinatuella. Vuonna 2001 työmarkkinatukea saavista sai noin kolmannes myös toimeentulotukea. Vaikka pitkäaikaistyöttömien määrä on 90-luvun laman jälkeen vähentynyt, on jäljellä olevien työttömyys entistä pitkäkestoisempaa ja vaikka riski jäädä pitkäaikaistyöttömäksi on 90-luvun puolivälin jälkeen selvästi alentunut, se on jäänyt kuitenkin noin 10 prosentin tienoille eikä ole siitä enää alentunut. Paikallistasolla nähtynä syrjäytyminen ei ole vain työ- ja toimeentulo-ongelma, vaan monisyinen elämän hallitsemattomuuteen ja koko elinoloihin liittyvä ilmiö. (Työryhmäraportti, 2001).

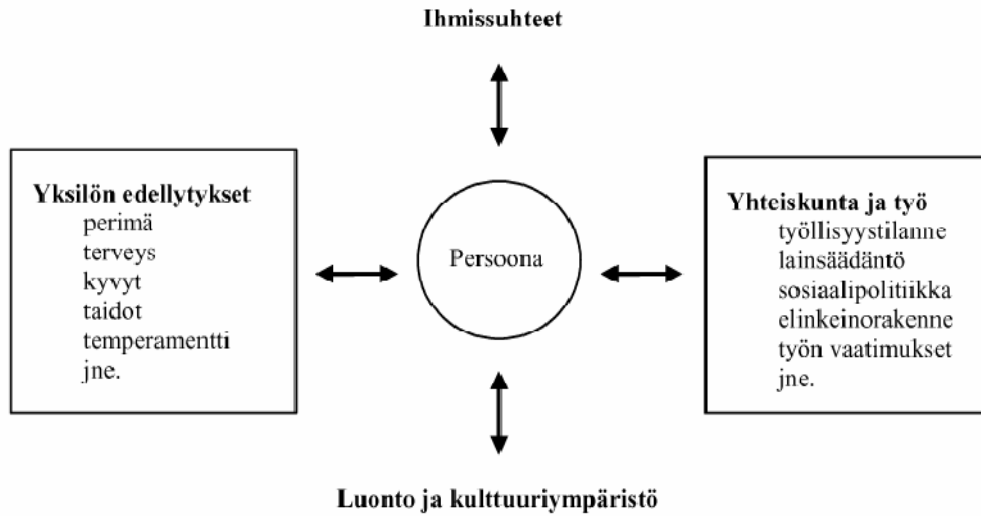
2. TYÖKYKY KÄSITTEENÄ

Työkyvyllä tarkoitetaan henkilöiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista *toimintakykyä* suhteessa työn vaatimuksiin. *Fyysisellä* kunnolla tarkoitetaan liikunta- sekä hengitys- ja verenkiertoelinten toimintakykyä. Liikuntaelimiä ovat lihakset, nivelet ja luusto. *Psyykkisen* työkyvyn osatekijöitä ovat yksilön kyvyt ja taidot, motivaatio, vireys ja energia, tunne-elämän tasapaino, minäkäsitys ja sosiaaliset taidot. *Sosiaalisella* työkyvyllä tarkoitetaan taitoa omaksua työrooli ja muokata sitä, kykyä avoimeen vuorovaikutukseen ja toisten tukemiseen sekä sitoutumista työpaikan arvoihin ja normeihin. (<http://www.pk-rh.com/14.2.2005>).

Työkyky ei merkitse pelkästään sairauden haittojen puuttumista. Siihen liittyy keskeisesti työn merkitys yksilölle, kuten työn mielekkyys, työn ensisijaisuus tai toissijaisuus toimintamuotona sekä asenne työyhteisöön. Kaksiosaisessa työkyky-käsitteessä *työ* on yhteiskunnallinen ja taloustieteellinen kategoria ja *kyky* yksilönäkökulma.

Työkyky tarkoittaa myös yksilön kykyä toimia tietty ajanjakso säilyttäen toiminnalle sovitut laadulliset ja määrälliset vaatimukset. Työkykyisyys on

biologisen ja sosiaalisen, yksilön ja yhteiskunnan samanaikaista ykseyttä ja ristiriitaa ihmisessä (kuvio 1).



Kuvio 1. Dynaaminen työkykymalli (Heikkilä 1996).

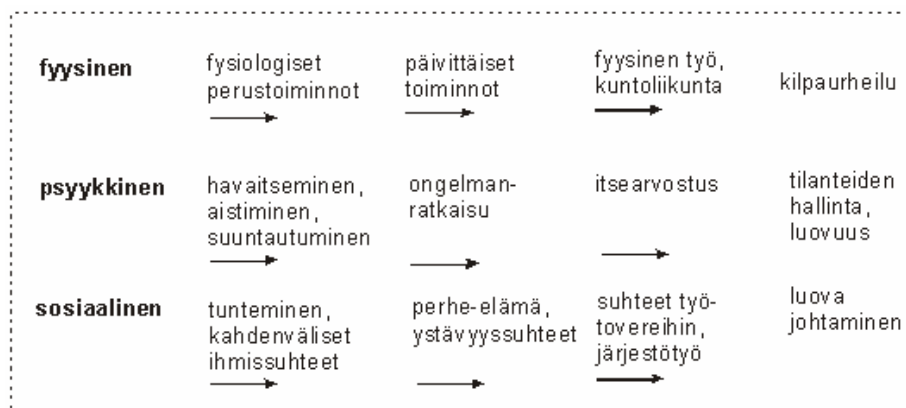
Moniulotteisen työkykykäsityksen mukaan työkyky on osatekijöistä muodostuva kokonaisuus. Nämä osatekijät ovat työssä jaksaminen, työn hallinta ja työyhteisön toimintaan osallistuminen, joita voidaan tarkastella sekä yksilönäkökulmasta että työn ja työolosuhteiden näkökulmasta. Työn hallinnan ja osallistumisen ulottuvuuteen liittyvien ristiriitojen ilmenemismuotoja ovat yksilötasoiset jaksamisen ongelmat ja sairastavuus (Kuvio 2). (Järvikoski et al. 2001).

| TYÖNTEKIJÄ | KOKONAIS- TYÖKYKYISYYS | TYÖPROSESSI JA TYÖ- OLOSUHTET | TYÖORGANISAATION TEHTÄVÄT JA TOIMIN- TAYMPÄRISTÖ |
|--|---------------------------|---|--|
| Fyysinen ja psyykinen toimintakyky, kestävyys | TYÖSSÄ JAKSAMINEN | Työn fyysinen ja psyykinen, kuormittavuus, työympäristön resurssi- ja haittatekijät | Organisaation perustehtävät ja työympäristöt työntekijöiden kuormittumisen näkökulmasta |
| Ammatilliset valmiudet | TYÖN HALLINTA | Ammatin ja työtehtävän vaatimukset, kvaalifikaatiot | Organisaation tehtävät ja töiden organisointi työntekijöiden kuormittumisen, vaihtelevuuden ja kehittymismahdollisuuksien kannalta |
| Sosiaaliset taidot, yleiset työelämänvalmiudet | OSALLISTUMINEN | Sosiaalisen tuen saatavuus, sosiaalisten verkostojen käytettävyys | Organisaation arvot ja asenteet työyhteisön ilmapiiri, erilaisuuden ja monikulttuurisuuden hyväksyminen |

Kuvio 2. Moniulotteinen työkykykäsitys (Järvikoski et al. 2001).

2.1 Toimintakyky

Työkyky –käsitteen rinnalla käytetään käsitettä toimintakyky. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä hänelle asetetuista vaatimuksista sekä työssä että kotona. Ihmisen terveys ja toimintakyky koostuvat fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta alueesta. Toimintakykyyn ja terveyteen vaikuttavat mm. elintavat ja työ, perimä ja sosio-ekonominen asema. Iän myötä sairaudet usein lisääntyvät ja erityisesti fyysinen toimintakyky heikkenee. Terveys ja toimintakyky voivat kuitenkin säilyä hyvänä pitkälle vanhuusikään. Toimintakyvyn osa-alueita voidaan kuvata seuraavasti:



Kuvio 3. Toimintakyvyn eri osa-alueet (Heikkinen ym., 1984).

2.1.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky jaotellaan yleiskestävyyteen, lihaskuntoon ja motoriseen taitoon. Fyysisen toimintakyvyn voidaan ajatella olevan monissa ammateissa työkyvyn perusta. Fyysisen toimintakyvyn eri osa-alueet heikentyvät iän myötä. Fyysinen toimintakyky jaotellaan yleiskestävyyteen, lihaskuntoon ja motoriseen taitoon.



Kuvio 4. Fyysinen toimintakyky. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Antropometriset ominaisuudet, energiantuottomekanismit, hermostolliset toiminnot sekä motivaatio vaikuttavat aina fyysiseen suoritukseen. Fyysinen toiminta perustuu kykyyn ja tahtoon liikuttaa tahdonalaisia lihaksia. Aerobinen kestävyys kuvaa verenkiertoelimistön toimintakykyä. Lihaskunto, voima ja kestävyys sekä nopeus ovat liikuntaelinten toimintakyvyn osa-alueita. Motorisen taidon edellytyksenä pidetään liikehallintakykyä. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Muutokset fyysisen toimintakyvyn osa-alueilla alkavat viimeistään 30 vuoden iässä. Muutokset eivät ole suoraviivaisia iän lisääntyessä. Miehillä ja naisilla muutokset alkavat ja etenevät eri tavalla. Itse vanhenemiseen liittyvien muutosten erottaminen on usein vaikeaa, sillä työ ja elintavat voivat nopeuttaa tai hidastaa muutoksia. Ei myöskään tiedetä, missä määrin muutokset johtuvat ikääntymisestä ja missä määrin iän myötä vähentyneestä liikunnasta. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen iän myötä voi kuitenkin olla niin merkittävää, että se tulisi ottaa huomioon työn vaatimusten säätelyssä. Erityisesti yli 55-vuotiaiden naisten aerobinen suorituskyky on usein heikentynyt niin, ettei se riitä ruumiillisesti raskaiden töiden tekemiseen ylikuormittumatta. Työjärjestelyillä ja työympäristön parannuksilla sekä huolehtimalla työn

riittävästä tauotuksesta ja työntekijöiden elpymisestä voidaan merkittävästi helpottaa ikääntyvien suoriutumista työtehtävistä. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Verenkiertoelimistön toimintakyky eli aerobinen kapasiteetti kuvaa elimistön kykyä sopeutua fyysiseen kuormitukseen. Aerobinen taso riippuu terveillä henkilöillä sydämen ja muun verenkiertoelimistön kyvystä toimittaa energiaa työskenteleville lihaksille ja poistaa energia-aineenvaihdunnan lopputuotteita niistä. Viimeaikainen tutkimus korostaa myös ikääntymiseen liittyvän lihasmassan pientymisen aiheuttavan aerobisen kapasiteetin alentumista. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Aerobisen kapasiteetin eli verenkiertoelimistön toimintakyvyn muutokset ikääntyessä eivät noudata tasaista, samalla nopeudella etenevää mallia, vaan muutokseen liittyy nopeampia ja hitaampia vaiheita. Muutoksessa on nopea vaihe 20–30 vuoden iässä, vähäisiä muutoksia 30–60 vuoden iässä ja jälleen nopeampi vaihe 60 ikävuoden jälkeen. Muutokset elintavoissa, erityisesti fyysisessä aktiivisuudessa, terveydentilassa ja kehon koostumuksessa voivat monin tavoin vaikuttaa tosiasialliseen kehityskaareen. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Aerobisen kapasiteetin muutokset aktiivisen työiän aikana ovat usein niin merkittäviä, että työnaikainen kuormitus voi muodostua kohtuuttoman suureksi ruumiillisesti raskaissa töissä. Maksimaalisen hapenkulutuksen heikkeneminen iän myötä vaikuttaa merkittävästi työssä selviytymiseen. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Tietty määrä fyysistä aktiivisuutta on välttämätöntä, jotta elimistön rakenteet ja toiminnot pysyvät kunnossa. Fyysisellä aktiivisuudella tarkoitetaan tässä liikuntaa. Biologisesti liikunta on lihasten toimintaa ja sen tuottamaa liikettä. Vähimmäismäärä fyysistä aktiivisuutta ehkäisee liikkumattomuuden haitat ja tuottaa kohtalaisen (liikunnasta riippuvan) terveyden. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Yleiskestävyuden mittana käytetään yleisimmin maksimaalista hapenottokykyä tai maksimaalista aerobista tehoa, jotka tarkoittavat elimistön maksimaalista kykyä tuottaa energiaa hapen avulla. Sen yksikkönä on litraa happea minuutissa tai painokiloa kohti ilmoitettuna minuutissa. Yleiskestävyyttä voidaan mitata

myös kykyä suoriutua maksimia pienemmästä submaksimaalisesta kuormituksesta. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Fyysisen toimintakyvyn säilyminen edellyttää liikuntaa. Liikunnan avulla voidaan olennaisesti lievittää vanhenemisen ja pitkäaikaissairauden haittoja. Kohtuullinen liikunta säilyttää ja parantaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

2.1.2 Psyykinen toimintakyky

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua erilaisista älyllisistä ja muuta henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Psyykkisen toimintakyvyn käsitteessä olennaisia ovat ihmisen omat voimavarat, selviytyminen päivittäisen elämän vaatimuksista sekä muutos- ja kriisitilanteiden hallinta. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Työelämän kannalta merkittävimmät muutokset iän myötä koskevat havaintotoimintojen ja nopeuden hidastumista. Näitä muutoksia voidaan kuitenkin varsin hyvin kompensoida työympäristön ergonomisilla järjestelyillä, työn paremmalla organisoinnilla ja henkilökohtaisilla apuvälineillä. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Aistitoimintojen muutokset yleisyydestään huolimatta ovat harvoin niin merkittäviä, ettei niitä voitaisi tasapainottaa työympäristön järjestelyillä. Eri aistikanavien toiminnot ovat pääosin riippumattomia toisistaan. Aistitoiminnot ovat kuitenkin usein edellytyksenä havaintomotoriseen nopeuteen ja kognitiiviseen toimintaan ja niillä on tärkeä merkitys vaativimpien henkisten toimintojen kannalta. Fyysiselle suoriutumislle ja keskeisille aistitoiminnoille on ominaista paitsi niiden alenemistaipumus myös suuri vaihtelu iän myötä. Sama ihminen voi olla tietyn ominaisuuden suhteen vanha ja toisen ominaisuuden suhteen nuori. Suuren yksilöllisen vaihtelun vuoksi tulisi kaavamaisia ratkaisuja välttää ikääntyvien työntekijöiden työjärjestelyissä. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Useat ikääntyvien työntekijöiden vakavien työtapaturmien vaaratekijät liittyvät havaitsemiseen ja erityisesti havaintomotoriseen nopeuteen. Suorituksen hidastuminen iän myötä tulisi ottaa huomioon sekä tapaturmien torjunnassa että töiden kuormittavuudessa. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

2.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalista toimintakykyä ja sen muutoksia työuran aikana on tutkittu selvästi vähemmän kuin fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksia.

Sosiaaliseen toimintakykyyn voidaan liittää ainakin kaksi ulottuvuutta:

- ihminen vuorovaikutussuhteissaan
- ihminen aktiivisena sosiaalisena toimijana erilaisissa yhteisöissä.

Yhteisöissä toimiminen (perheyhteisö, työyhteisö, yhteiskunnallinen osallistuminen jne.) edellyttävät erilaisia sosiaalisia taitoja. Myös erilaiset työtehtävät, kuten hoitoala ja asiakaspalvelutehtävät, edellyttävät erilaisia sosiaalisia valmiuksia.

Yhteistä monille työelämän vaatimuksille on, että toiminta tapahtuu ryhmissä tai tiimeissä, mikä korostaa sosiaalisten taitojen tarvetta kaikenikäisillä.

Sosiaaliset taidot muuttuvat iän myötä, koska useimmat ihmiset oppivat ikääntyessään tuntemaan omat rajoituksensa ja mahdollisuutensa ja muuttavat käyttäytymistään näiden mukaan. Muutokset ovat suhteessa oman itsetuntemuksen kasvuun. Vanheneminen ei näytä vähentävän sellaisia taitoja, jotka nojaavat toisten sietokykyyn, itsensä tuntemiseen ja ihmistuntemukseen. Ikääntyminen tarjoaa ihmiselle mahdollisuuden kehittää vuorovaikutustaitojaan. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

Sosiaalisen osallistumisen ja aktiivisuuden uskotaan olevan merkityksellisiä terveyden, toimintakyvyn ja henkisen hyvinvoinnin säilyttäjinä. Toimivat ihmissuhteet ja yhteisöllisyys lisäävät ja ylläpitävät työn sujumista ja

työviihtyvyyttä. Työn hallinnalla ja sosiaalisilla suhteilla onkin voimakas yhteys työntekijän selviytymiseen ja terveyteen. (<http://www.ttl.fi/7.4.2008>)

3. TYÖKYVYTTÖMYYSSELÄKKEEN MYÖNTÄMISEN EDELITYKSET LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ

Oikeus saada työkyvyttömyyseläkettä on työntekijällä, jonka työkyvyn voidaan sairauden, vian tai vamman johdosta arvioida, kun otetaan huomioon myös jo kulunut aika, olevan yhdenjaksoisesti ainakin vuoden ajan *alentunut* vähintään kahdella viidenneksellä. Työkyvyn alentumista arvioitaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja saatavissa olevalla sellaisella työllä, jonka suorittamista voidaan häneltä kohtuudella edellyttää silmällä pitäen hänen koulutustaan, aikaisempaa toimintaansa, ikäänsä ja asumisolosuhteitaan sekä näihin verrattavia muita seikkoja.

Ennen kuin eläkelaitos tekee päätöksen työkyvyttömyyseläkkeestä, sen on varmistettava, että työntekijän mahdollisuudet kuntoutukseen on selvitetty. Jos eläkehakemus hylätään, eläkelaitoksen tehtävänä on huolehtia siitä, että hakijalle annetaan tietoja kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan kuntoutustarvettaan vastaavaan kuntoutukseen tai muiden palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa. (Työntekijän eläkelaki, Eläkeoikeus 4 § , 27.6.2003/634).

Työkyvyttömyyseläkkeen edellytyksenä on sellainen sairaus, vika tai vamma, joka aiheuttaa ansiotulojen vähentymistä tai kokonaan estää työnteon. Työkyvyttömyyseläkettä haetaan lääkärin kirjoittaman *laajan B-lausunnon* perusteella. Kyseessä täytyy olla sairaus, joka vie työkyvyn kokonaan tai osittain vähintään vuoden ajaksi. Eläkelaitos ratkaisee, onko hakijan työkyky niin paljon heikentynyt, että täysi työkyvyttömyyseläke on paikallaan, vai tuleeko kysymykseen kuntoutustuki tai osatyökyvyttömyyseläke. Eläkelaitos voi myös hylätä hakemuksen.

Eläkepäättöstä tehtäessä otetaan huomioon hakijan ikä, aikaisempi työkokemus, koulutus, perhesuhteet ja asuinpaikka sekä se, onko hänen mahdollista saada sellaista työtä, jota hän sairaudestaan huolimatta pystyy tekemään.

Jos vuonna 1944 tai sen jälkeen syntynyt hakee työkyvyttömyyseläkettä 60 vuotta täytettyään, painotetaan hakemuksen käsittelyssä työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta. (<http://www.työeläke.fi/26.1.2006>)

4. MIKÄ ON ELMA?

4.1 Kohderyhmät

ELMA- hanke koskee pitkäaikaistyöttömiä työnhakijoita, joilla voidaan arvioida olevan mahdollisuus eläkkeeseen. Keskeisinä kohderyhminä eläke-edellytysten selvittämishankkeessa ovat

- 1) ne pitkäaikaistyöttömät, joilla on ikääntymisen ja pitkänkin työelämän mukanaan tuomia työ- ja toimintakyvyn rajoitteita siinä määrin, että työllistymisen esteet ovat huomattavia. usein voi olla kyse esimerkiksi sairauksista, joiden haittoja asiakkaan työ- ja toimintakyvyn kannalta ei ole riittävän perusteellisesti selvitetty. Tähän ryhmään kuuluvat myös ne henkilöt, joille hoitavat lääkärit ovat suositelleet sairauslomaa ja /tai eläkeratkaisua. Huolimatta eläkettä puoltavista lausunnoista monet heistä ovat saaneet hylkääviä eläkeratkaisuja yhden tai useamman kerran. Heidän kohdallaan on arvioitava aikaisempaa monipuolisemmin ja perusteellisempien tutkimusten tarve.
- 2) ne pitkäaikaistyöttömät, joille on tyypillistä monien ongelmien kasautuminen: syrjäytyminen työelämästä, pitkäaikaiset päihde- ja/tai mielenterveysongelmat, elämänhallinnan vaikeudet, työelämän rikkonaisuus, vähäinen ammatillinen koulutus ja osaaminen sekä heikot koulutusedellytykset. mainitut kohderyhmät ovat usein eri asiantuntijoiden mukaan erityisen vaikeasti työllistettäviä, eläkeorientoituneita, monissa tapauksissa hyvin tunnistettavia. He ovat työmarkkinoilla työkyvyttömiä henkilöitä omasta, asiantuntijoiden,

työnantajien ja työhönottajien mielestä. Näiden henkilöiden jäljellä oleva työkyky on useimmiten niin heikko, ettei heillä katsota olevan realistisia kuntoutusmahdollisuuksia työelämään.

4.2 Toimintamalli

Asiakkaan sosiaalisen tilanteen, elämänhistorian ja työkyvyn alkukartoitus tehdään asiakkaan yksilöllisen palvelutarpeen mukaan. Asiakkaan *kirjallisella suostumuksella* pyydetään tarvittavat taustadokumentit (terveyskeskus, sairaalat, mielenterveystoimisto, armeija, vankeinhoitolaitos, koululaitos, työnantajat jne.). Asiantuntijalääkäreiden konsultaatioissa arvioidaan, minkälaisia tutkimuspalveluja eri palveluntuottajatahoilta on tarpeen hankkia.

Esitiedot somaattisista ja psyykkisistä sairauksista ja vammoista selvitetään tarkoin. Myös alkoholi- ja muu päihdekäyttö kartoitetaan, samoin työhistoria. Asiakkaan kanssa on uskallettava ottaa esille hyvinkin vaikeat ja henkilökohtaiset asiat. Elämänkaari käydään läpi, mm. syntymä (onko syntynyt keskosena), varhaiskehitys ja -taidot, avioliitto, lapset, asumismuoto, koulutustausta, ammatilliset opinnot ja asevelvollisuuden suorittaminen, työhistoria, työsuhteiden määrä, työttömyysjaksot ja harrastukset. Nämä seikat kertovat aiemmasta psykososiaalisesta selviytymisestä ja kognitiivisesta kapasiteetista sekä näissä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista.

Neurologin, neuropsykologin, psykiatrin tai psykologin lausunto on usein välttämätön, kun epäillään tai halutaan dokumentoida hahmotushäiriöitä, oppimishäiriöitä, tarkkaavaisuushäiriöitä, heikkolahjaisuutta, persoonallisuus- tai muita kehityshäiriöitä tai päihderiippuvuutta tai muuta mielenterveyden häiriötä ja näihin mahdollisesti liittyvää hoidon tarvetta ja kuntoutusmahdollisuuksia.

Asiakkaat eivät aina saavu tutkimuksiin, mutta heillä voi silti olla mahdollisuus eläkkeeseen. Syynä tutkimuksiin tulematta jättämiseen voi olla mm. masennuksesta johtuva aloitekyvyn puuttuminen, senhetkinen päihdekierre tai heikkolahjaisuuteen, kehitysvammaisuuteen tai dementiaan liittyvät

ymmärrysvaikeudet. Tällaiset asiakkaat pyritään saamaan tutkimuksiin toistuvilla yhteydenotoilla ja joskus jopa kotoa hakemalla.

Eläkkeen hylkäämistapauksissa huolehditaan asianmukaisesta muutoksenhausta ja siihen tarvittavista lisäselvityksistä tai -tutkimuksista. Eläkelaitoksiin ollaan yhteydessä ja tiedustellaan kielteisen ratkaisun taustoja.

4.3. ELMA-hankkeen syntyyn johtaneita syitä

Lääketieteen ja kirurgian tohtori, sosiaalilääketieteen dosentti ja kansanedusta Ilkka Taipaleta voidaan pitää Elma-hankkeen isänä. Hän on aloitteessaan Eduskunnalle (Talousarvioaloite 973/2000) esittänyt määrärahan osoittamista työkyvyttömiä eläke-edellytysten selvittelyyn. Aloitteessaan hän perustelee määrärahan tarvetta muun muassa sillä, että Työhallinnon omien arvioiden mukaan pitkäaikaistyöttömistä on työkyvyttömiä 12 – 15 % eli siinä työttömyystilanteessa, missä hän esityksensä teki, oli tuo luku henkilömääräksi muutettuna noin 16 000.

Taipale esittää rahaa myönnettäväksi Työministeriön momentille, koska hänen mukaansa ”maamme terveyskeskuksilla ei ole voimavaroja eikä aina erikoistaitojakaan monimutkaisten sosiaalilääketieteellisten eläke-edellytysten selvittelyjen tekoon, ei mahdollisuuksia neuropsykologisiin konsultaatioihin eikä esimerkiksi pään tietokonetomografiakuvauksiin näissä tapauksissa.” Toisaalta hän ottaa kantaa myös sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon rooliin: ”Sosiaalitoimistot puolestaan eivät kykene selvityksiä tekemään, koska niillä ei ole käytössään lääkäreitä eikä aina varoja em. erikoistutkimuksiin. Erikoissairaaloissa tämä selvittävien joukko tahtoo jäädä jonojen hännille, jos pääsevät jonoihinkaan, ja kuntoutuslaitoksiin osaa heistä ei oteta.” Projektiin myönnettäväksi rahamääräksi hän esitti 20 000 000 markkaa. (<http://www.eduskunta.fi/31.1.2006>).

Pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytysten selvittelyn avuksi tohtori Taipale on laatinut ”Sosiaalilääketieteellinen eläke-edellytysten selvittely-opas” -nimisen

kirjan (2001), missä hän seikkaperäisesti esittelee sen prosessin, miten eläke-edellytysten selvittelyn tulee edetä. Opaskirjanen sopii käyttöön sekä Elma-hanketta toteuttaville viranomaisille että lääkäreille, jotka eläkelausuntoja laativat.

4.4. ELMA-hankkeen tuloksia

Valtakunnallisesti eläkkeelle on Elma -hankkeen kautta tehty yli 12 000 eläkehakemusta. Satakunnan osuus siitä on vajaa kymmenen prosenttia. Valtakunnallisesti myönteisen eläkepäättöksen on saanut noin 74 prosenttia Satakunnan alueen prosenttien ollessa hieman alempi eli noin 71 prosenttia. Oma aineistoni käsittelee vuosia 2001-2004. Seuraavassa taulukossa tuoreimmat saatavissa olevat valtakunnalliset Elma-tilastot TE -keskusalueittain vuosilta 2001 – 2007. Satakunnan osalta luvuissa on muutkin kunnat kuin Pori, vaikka tosin Porissa alueen suurimpana kuntana on tehty valtaosa eläkeselvittelyistä.

| TE-keskus | asiakkaita | työkunnan selvityksiä | B-lausuntoja | eläkehakemuksia | aikaisempia eläkehakemuksia | myönteisiä eläkepäättöksiä | hylkääviä eläkepäättöksiä | tehtyjä valituksia | työttömyysjaksoja päättyneet |
|-------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------|
| Uusimaa | 4338 | 4898 | 2664 | 2511 | 465 | 1140 | 927 | 800 | 969 |
| Varsinais-Suomi | 792 | 1040 | 628 | 432 | 69 | 342 | 133 | 108 | 535 |
| Satakunta | 1653 | 2358 | 1339 | 1085 | 192 | 772 | 336 | 286 | 1246 |
| Häme | 2315 | 2645 | 1780 | 1137 | 197 | 882 | 497 | 442 | 997 |
| Pirkanmaa | 2223 | 3357 | 2020 | 1489 | 465 | 1069 | 469 | 351 | 1576 |
| Kaakkois-Suomi | 1658 | 1868 | 1248 | 945 | 228 | 692 | 400 | 339 | 934 |
| Etelä-Savo | 2014 | 2992 | 1267 | 1034 | 474 | 847 | 405 | 337 | 1351 |
| Pohjois-Savo | 1597 | 1794 | 948 | 616 | 227 | 598 | 246 | 175 | 706 |
| Pohjois-Karjala | 950 | 1182 | 585 | 404 | 184 | 351 | 156 | 148 | 573 |
| Keski-Suomi | 1583 | 1757 | 814 | 487 | 190 | 476 | 193 | 148 | 858 |
| Etelä-Pohjanmaa | 867 | 927 | 583 | 318 | 167 | 337 | 158 | 127 | 557 |
| Pohjanmaa | 722 | 909 | 546 | 400 | 143 | 218 | 153 | 134 | 352 |
| Pohjois-Pohjanmaa | 2007 | 2579 | 1340 | 973 | 285 | 861 | 374 | 315 | 1427 |
| Kainuu | 320 | 237 | 197 | 120 | 67 | 99 | 66 | 57 | 183 |
| Lappi | 1512 | 2471 | 1072 | 671 | 279 | 644 | 271 | 189 | 921 |
| Yhteensä | 24551 | 31014 | 17031 | 12622 | 3632 | 9328 | 4784 | 3956 | 13185 |

Taulukko 1. Elma-hankkeen seuranta 2001- 2007

5. TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKÖITYMINEN SUOMESSA

Mielenterveyden häiriöt ovat kansantautejamme; ne ovat sairauslomien ja työkyvyttömyyden yleisin syy. Vuonna 2002 mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkkeellä oli lähes 75 000 suomalaista, mikä on yli 34 prosenttia työkyvyttömistä. Kelan selvitysten mukaan jo joka viides sairauslomapäivä johtuu mielenterveysongelmista. Työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen syynä

mielenterveyden häiriöt, lähinnä vakava masennus, ovat kiilanneet kärkeen ohituki- ja liikuntaelinsairauksien. Sairastuneiden sosiaalinen asema ja koulutustaso vaikuttavat siihen, miten masennuspotilas toipuu takaisin työkuuntoon. Potilaat, joilla on parempi koulutus ja sosiaalinen asema, kuntoutuvat paremmin takaisin työelämään. Työntekijätason työntekijän näyttää olevan vaikeampi palata työelämään pitkän, vakavan masennuksen aiheuttaman sairausloman jälkeen. Seurantatutkimuksen alkamisen jälkeen vuoden päästä yli puolet masennuspotilaista oli edelleen työelämän ulkopuolella. Tutkimuksen mukaan mitä vakavampi masennus on, sitä epätodennäköisempää on, että potilas palaa töihin. (<http://www.stm.fi/16.4.2004>)

Mielenterveyden häiriöiden diagnosointi on tasaisesti 90-luvun laman jälkeen lisääntynyt. Eläkkeelle jäämisen syinä perinteisten sydän- ja verisuonitautien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien käyrät laskevat suhteessa mielenterveysongelmiin. Mielenterveyden häiriöistä vakava masennus ja neuroosit ovat yleisimpiä työkyvyttömyyttä aiheuttavia sairauksia, niiden osuus on 85 prosenttia. (<http://www.stm.fi/16.4.2004>).

5.1 Työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys 1996-2003

Suomessa maksettiin työkyvyttömyyseläkettä vuoden 2003 lopussa lähes 270 000 henkilölle. Naisia tästä joukosta oli hieman alle puolet (47 %). Suurin osa heistä, noin 250 000 henkilöä, sai varsinaista työkyvyttömyyseläkettä, loput saivat yksilöllistä varhaiseläkettä. (Gould & Nyman, 2004) .

Verrattaessa työkyvyttömyyseläkeläisten määrää 1980 –luvun alkuvuosiin, siinä ei ole tapahtunut suurta muutosta lukumääräisesti. Sen sijaan työkyvyttömyyseläkeläisten osuus 16-64 –vuotiaasta väestöstä on pienentynyt. Vuoden 2003 lopussa Suomessa asuvasta työikäisestä väestöstä oli työkyvyttömyyseläkkeellä 7,4 prosenttia. Vuoden 1981 vastaava osuus oli 8,4 prosenttia. (Gould & Nyman, 2004) .

| | Väestöosuus, % | | Muutosindeksi (1996=1) |
|---|----------------|------|---------------------------|
| | 1996 | 2003 | |
| 16-44 –vuotiaat, kaikki | 2,3 | 2,2 | 0,96 |
| Miehet | 2,7 | 2,4 | 0,89 |
| Naiset | 2,0 | 1,9 | 0,95 |
| 45-54 –vuotiaat, kaikki | 8,6 | 8,5 | 0,99 |
| Miehet | 9,5 | 9,3 | 0,98 |
| Naiset | 7,7 | 7,7 | 1,00 |
| 55-64 –vuotiaat | | | |
| Varsinainen työkyvyttömyyseläke, kaikki | 23,1 | 19,1 | 0,83 |
| Miehet | 25,1 | 20,5 | 0,82 |
| Naiset | 21,1 | 17,8 | 0,84 |
| Yksilöllinen varhaiseläke, kaikki | 10,4 | 2,5 | 0,24 |
| Miehet | 10,1 | 2,4 | 0,24 |
| Naiset | 10,7 | 2,5 | 0,23 |
| 16-64-vuotiaat¹, ikävakioitu² kaikki | 9,8 | 7,4 | 0,76 |
| Miehet | 10,4 | 7,9 | 0,76 |
| Naiset | 9,3 | 7,0 | 0,75 |

¹Sisältää myös yksilölliset varhaiseläkkeet

²Vakioväestönä vuoden 2003 väestö

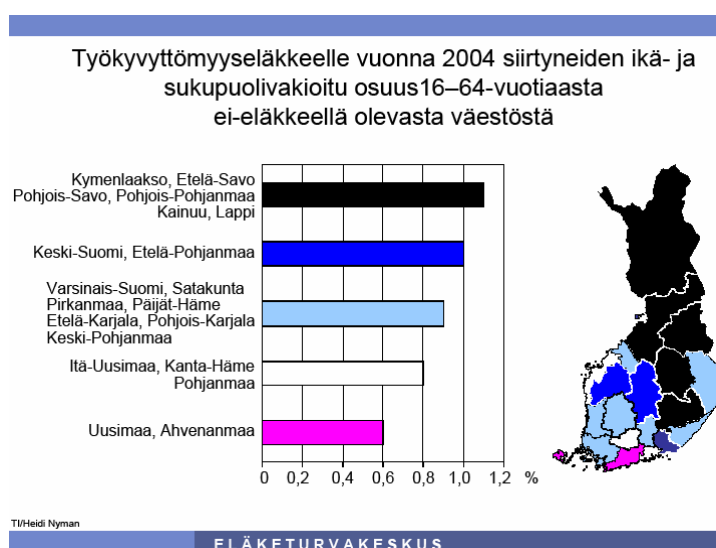
Taulukko 2. Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus Suomessa ikäryhmittäin vuosina 1996 ja 2003, Gould & Nyman

5.2 Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus¹ 1990-luvulta vuoteen 2004

Uusien alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden määrä pieneni 1990 –luvun loppupuolelle asti, mutta viime vuosien aikana uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kääntynyt kasvuun. Määrän kasvu selittyy osin ikärakenteen muutoksella; suuret ikäluokat ovat saavuttaneet kohonneen työkyvyttömyysriskin iän. Vuodesta 1998 alkaen ikävakioitu alkavuus on kasvanut puolellatoista promilleyksiköllä. Ennen vuotta 1998 työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus sen

sijaan pieneni koko 1990-luvun ajan. Naisten työkyvyttömyyseläkealkavuus on pienempi kuin miesten. Vuodesta 1998 alkaen alkavuus on kasvanut naisilla yhdellä promilleyksiköllä ja miehillä runsaalla puolellatoista promilleyksiköllä (Gould & Nyman 2004).

Oheisessa kuviossa 1 on esitetty vuonna 2004 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet alueittain. Satakunnasta, jossa Porikin sijaitsee, on siirrytty työkyvyttömyyseläkkeelle keskiarvon mukaisesti. Uudeltamaalta ja Ahvenanmaalta on eläkkeelle siirrytty harvemmin ja taas Pohjois-Suomen, Savon, Keski-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan alueilta on työttömyyseläkkeelle siirrytty useammin.



Kuvio 5. Työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2004 siirtyneiden ikä- ja sukupuolivakioitu osuus 15-64 -vuotiaasta ei-eläkkeellä olevasta väestöstä. (Eläketurvakeskuksen neuvottelukunta)

Viime vuosien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden muutos ei ole ollut kaikissa ikäryhmissä samanlainen. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on alle 45-vuotiailla kasvanut tasaisesti vuodesta 1996. Alkavuus on tässä ikäryhmässä kuitenkin melko pieni; 35 – 44 -vuotiaista runsas neljä promillea ja 25 – 35 -vuotiaista noin kolme promillea siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2003. (Gould & Nyman 2004).

Gouldin ja Nymanin tarkastelun mukaan näyttää siltä, että kaikkein nuorimmilla, alle 25 –vuotiailla, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on kasvanut eniten. Vuosien 1998 ja 2003 välillä alle 25 –vuotiaiden työkyvyttömyyseläkealkavuus lähes kaksinkertaistui. Lukumääräisesti tämä ryhmä ei kuitenkaan ole iso, vuonna 2003 heitä oli vajaa sata. (Gould & Nyman 2004).

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski on jo selvästi kohonnut 45 – 54 –vuotiaiden ryhmässä. 45 – 49 –vuotiailla alkavuus oli noin kahdeksan promillea vuonna 2003 ja 50 –54 –vuotiailla lähes 15 promillea. Alkavuus on näissä ikäryhmissä kääntynyt varsinaisesti kasvuun vasta vuoden 1998 jälkeen. (Gould & Nyman 2004).

(Alkavuudella tarkoitetaan kalenterivuoden aikana alkaneiden työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeidenosuutta ei-eläkkeellä olevasta työeläkevakuutetusta väestöstä kalenterivuoden alussa.)

5.3 Työttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeiden erisuuntainen kehitys

Gouldin ja Nymanin mukaan työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvua on aiemmin selitetty mm. lamavuosien jälkeisen tilanteen normalisoitumisella. Suurtyöttömyyden aikana, 1990 –luvun alkupuolella työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus pieneni; työttömyysputki toimi osittain korvaavana varhaisen työstä poistumisen väylänä. Kun työllisyys 1990 –luvun loppupuolella kääntyi kasvuun, eivät työkyvyn ongelmat enää peittyneet työttömyyteen, vaan tulivat selvemmin esille (Gould & Nyman 2004).

Työttömyyseläkkeelle siirtyminen kasvoi jonkin verran suurtyöttömyyden seurauksena vuosina 1996 – 1998 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vähetessä vuosikymmenen alkupuolen tapaan. Aivan 1990 –luvun lopulla ja 2000 –luvun alkuvuosina kehitys on ollut päinvastainen: työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kasvanut samalla kun työttömyyseläkkeiden alkavuus on pienentynyt. Gould ja Nyman toteavat tutkimuksessaan, että esimerkiksi Työministeriön käynnistämään ELMA -hankkeeseen sisältyvä

eläkemahdollisuuksien selvittely ja työkyvyltään heikentyneiden työttömien ohjaaminen työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiksi on osaltaan kasvattanut työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuutta. He toteavat, että ilman ELMAn kaltaisia hankkeita niiden kohteena olleet henkilöt eivät tuskin olisi hakeneet eläkettä; ilman näitä tapauksia eläkkeelle siirtyneiden lukumäärän kasvu olisi viime vuosina ollut melko vähäistä. (Gould & Nyman 2004).

5.4 Työkyvyttömyyseläkkeiden sairausryhmät Gouldin ja Nymanin (2004) mukaan

Mielenterveyden häiriöiden perusteella työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus on viime vuosina kasvanut. Mielenterveysdiagnoosien perusteella vuonna 1996 varsinaista työkyvyttömyyseläkettä sai 2,9 prosenttia 16 – 64 –vuotiaista (vuoden 2003 ikärakenteella vakioituna) ja vuonna 2003 vastaava osuus oli 3,1 prosenttia. Erityisesti mielenterveyseläkeläisten väestöosuus kasvoi 45 vuotta täyttäneillä nuorempien mielenterveyssyistä eläkkeellä olevien osuuden pysyessä ennallaan. Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olevista kasvoi 27 prosentista 35 prosenttiin. Mielenterveyden häiriöt ovat viime vuosina nousseet sekä lukumääräisesti että alkavuudella mitattuna suurimmaksi työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena olevaksi sairausryhmäksi. Vielä 1990 –luvun alussa oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus kaksinkertainen verrattuna mielenterveyden sairausryhmään. (Gould & Nyman 2004).

Selityksenä Gould & Nyman (2004) esittävät mielenterveydellisten syiden lisääntymistä työkyvyttömyyseläkkeiden myöntöperusteena sitä, että psyykkiset syyt ovat muuttuneet aiempaa hyväksyttymmiksi ja julkisemmiksi sairauksiksi. Mielenterveydellisten syiden lisäksi on työkyvyn heikkenemisessä mukana usein myös somaattisia sairauksia; esimerkiksi masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle vuosina 1993 – 1994 siirtyneistä oli lähes puolella myös jokin muu kuin mielenterveysryhmään kuuluva sairaus. (Gould & Nyman 2004).

Toinen mahdollinen selityslinja Gouldin & Nymanin (2004) mukaan on työelämän ja työllisyystilanteen muutokset. Eräs viime vuosikymmenien työelämän muutossuuntia on ollut toimihenkilöistyminen. Työ vaatii entistä enemmän henkistä työkykyä, mikä on lisännyt psyykkisten syiden merkitystä työkyvyn heikkenemisessä. (Gould & Nyman 2004).

Kolmantena selityslinjana Gould & Nyman (2004) tuovat esiin suomalaisten sairastavuuden muutokset. Monet kansansairaudet, kuten sepelvaltimotauti ja useat tuki- ja liikuntaelinsairauden vähenivät Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan 1980- ja 1990 –luvuilla, kun taas mielenterveysongelmien esiintyvyys pysyi ennallaan. (Gould & Nyman 2004).

Mielenterveyseläkkeiden alkavuus on kasvanut kaikissa ikäryhmissä 1990 –luvun lopulta lähtien sekä miehillä että naisilla. Ne poikkeavat kuitenkin sekä sukupuolen että iän suhteen muista työkyvyttömyyseläkkeistä. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kokonaisuudessaan suurempi miehillä kuin naisilla, mutta mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyvät naiset useammin kuin miehet. Eläkkeelle siirrytään mielenterveyssyistä myös nuorempina kuin muille työkyvyttömyyseläkkeille; mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyvät ovat keskimäärin 48 –vuotiaita, kun taas muista syistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään keskimäärin 52,5 –vuotiaana. (Gould & Nyman 2004).

Masennus on mielenterveyssyistä alkaneista eläkkeistä Gouldin & Nymanin mukaan yleisin diagnoosi. Mielenterveyden ryhmään sisältyvistä diagnooseista alkoholisairauksien lukumäärä uusien eläkkeiden perusteena on kasvanut nopeasti viime vuosina. Niiden perusteella myönnettyjen eläkkeiden määrä on viime vuosikymmenen lopulla kaksinkertaistunut, kun esimerkiksi skitsofreniadiagnoosilla myönnettyjen uusien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on pysynyt viime vuodet ja koko 1990 –luvun suunnilleen samana. (Gould & Nyman 2004).

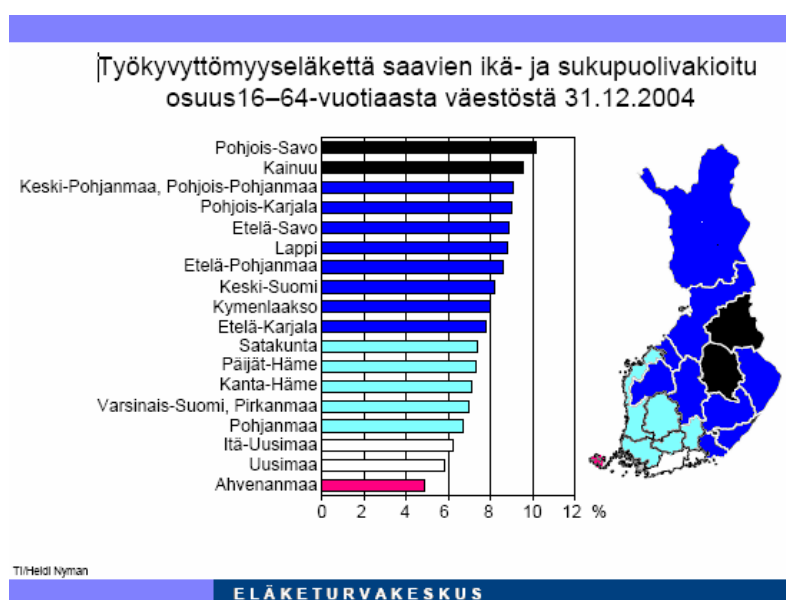
Työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysosuudet ovat kasvaneet 1990 –luvun alusta kokonaisuudessaan 50 prosenttia. Mielenterveyden sairausryhmässä hylkäysprosentti on kasvanut enemmän ollen lähes 80 %. Tämä tarkoittaa sitä,

että eläkettä hakeneiden määrä on kasvanut vielä enemmän kuin eläkkeelle siirtyneiden määrä. Mielensterveyssairauksien ryhmässä hylkäysosuus on kasvanut eniten alkoholisairauksiin perustuvissa eläkehakemuksissa; se on lähes kaksinkertaistunut tällä vuosituhannella. (Gould & Nyman 2004).

5.5 Työkyvyttömyyseläkkeiden alueellinen jakautuminen Suomessa

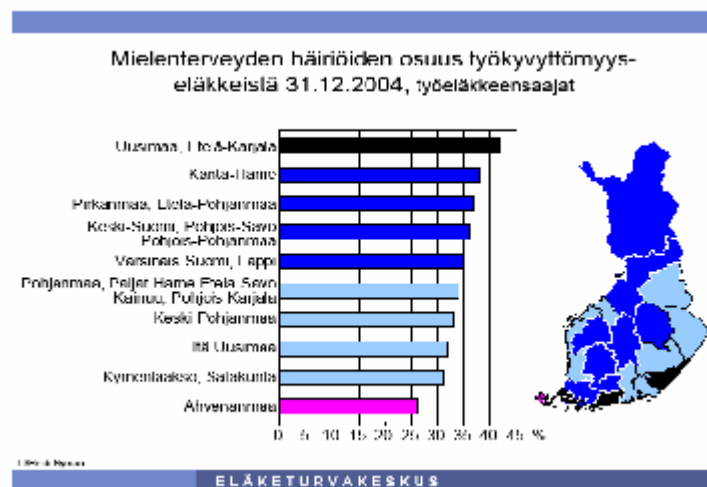
Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus työikäisestä väestöstä on jakautunut Suomessa varsin epätasaisesti. Eniten työkyvyttömyyseläkkeellä olevia on Pohjois-Savossa, noin 10 prosenttia työikäisestä väestöstä, ja vähiten Ahvenanmaalla, jossa työkyvyttömyyseläkeläisten osuus on vain noin viisi prosenttia. Satakunnasta, mistä aineistoni on kerätty, työkyvyttömyyseläkkeellä on noin 7,5 prosenttia työikäisestä väestöstä eli satakuntalaiset sijoittuvat kutakuinkin keskiarvon tienoille. (Kuvio 7.)

Mielenkiintoisinta on juuri tuo alueittainen suuri vaihtelu: miksi Pohjois-Savossa tullaan useimmin työkyvyttömäksi kuin Satakunnassa ja miksi ahvenanmaalaiset ovat suhteellisesti niin paljon terveempiä kuin pohjois-savolaiset?



Kuvio 6. Työkyvyttömyyseläkettä saavien ikä- ja sukupuolivakioitu osuus 16 – 64 –vuotiaasta väestöstä 31.12.2004 (Eläketurvakeskuksen neuvottelukunta)

Valtakunnallisesti tarkasteltuna mielenterveyden häiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkkeelle päässeistä vaihtelee noin 26 ja noin 42 prosentin välillä. Yllättävää kyllä, Uudellamaalla, joka muuten on aluetta, mistä on yhdessä Ahvenanmaan kanssa hakeuduttu vähiten työkyvyttömyyseläkkeelle, on mielenterveydellisistä syistä työkyvyttömäksi jouduttu eniten. Taasen Satakunnasta, mikä on tämän tutkimuksen ydinaluetta, on mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jouduttu toiseksi vähiten koko maassa.



Kuvio 7. Mielenterveyden häiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkkeistä 31.12.2004, työeläkkeensaajat (poislukien Kelan eläkettä saavat), (Eläketurvakeskuksen neuvottelukunta)

Työkyvyttömyyseläkkeitä on hylätty eniten Kymenlaakson alueella, noin 26 prosenttia. Vähiten eläkkeitä on hylätty Ahvenanmaan alueella. Satakunnan alueella työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentti sijoittuu 21 prosentin tienoille eli on hieman yli keskiarvon.

Kaiken kaikkiaan ahvenanmaalaiset tuntuvat olevan tervein kansanosana Suomessa: heitä on työkäisestä väestöstä vähiten hakeutunut työkyvyttömyyseläkkeelle, heillä on vähiten mielenterveysongelmia ja siitä syystä, että eläkkeelle hakeutumisia on vähiten myös eläkehylyjä on vähemmän, kuin muilla alueilla.



Kuvio 8. Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentti yksityisellä sektorilla vuonna 2004, (Eläketurvakeskuksen neuvottelukunta)

6. LÄÄKÄREILLE SUUNNATTU LAINSÄÄDÄNTÖ LAUSUNTOKÄYTÄNNÖISTÄ

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) todetaan lääkärin velvollisuus antaa lääkintölaillisia todistuksia ja lausuntoja (23 §) sekä säädetään sosiaali- ja terveysministeriölle oikeus antaa tarvittaessa näitä koskevia tarkempia määräyksiä ja ohjeita. Suomen Lääkäriliiton hallitus on alunperin 1977 hyväksynyt lääkärintodistusten kirjoittamista koskevan ohjeiston, jota on muutamaan otteeseen täydennetty. Viimeinen täydennys tehtiin 1993 koskien lääkärin esteellisyyttä todistuksen kirjoittajana. Lääkäriliiton ottaessa kantaa jäsentensä kirjoittamien todistusten sisältöön tai muotoon pohjaavat kannanotot tähän ohjeistoon. (<http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

Lääkärinlausuntoa tai -todistusta tarvitaan useimmiten jonkun sairauten, vikaan tai vammaan liittyvän etuuden saamiseksi. Kansalaisten oikeus-, sosiaali-, vakuutus- ja eläketurvaa koskevaan lainsäädäntöön perehtyminen auttaa lääkäriä ymmärtämään potilaansa odotuksia ja vaatimuksia. Kunkin etuuden myöntämisen perusteena olevien säännösten tai sopimusten tunteminen auttaa myös tarvittavan todistamisasiakirjan laadinnassa. Nimikkeinä lausuntoa ja todistusta käytetään aika horjuvasti. Periaatteessa todistuksessa esitetään vain lähinnä todetut

tosiseikat ja lausunnossa niihin liitetään vielä lääkärin johtopäätökset käsiteltävässä asiassa. <http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

Todistajana lääkärille on annettu erityinen asema. Tällöin oletetaan lääkärin toimivan todistusta tai lausuntoa laatiessaan puolueettomana asiantuntijana asiassa, jossa on useita osapuolia. Lääkärilläkään ei ole velvoitetta todistaa sellaista asiaa, mitä hän ei voi todistaa. Potilaalta saadut tiedot pysyvät todistusta kirjoitettaessa edelleen vain potilaalta saatuina tietoina. Lääkärille kerrottuina ne eivät sellaisenaan muutu objektiivisiksi tosiasioiksi. Todistuksen ja lausunnon sisällöstä vastaa aina sen laatija. <http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

Lausunnossaan lääkäri esittää omat havaintonsa ja päätelmänsä, mutta ei päätä etuuden myöntämisestä. Lääkärintodistus on yksi todiste ratkaistaessa potilaan oikeutta johonkin etuuteen. Päätöstä tehdessään ratkaisijalla voi olla käytettävissään muuta tietoa, johon nojaten esimerkiksi hylkäävä päätös tehdään. Jos hylkäävän päätöksen taustalla tuntuu olevan puutteet alunperin kirjoitetussa lääkärinlausunnossa, on lääkärin laadittava potilaan pyynnöstä uusi lausunto ja opastettava potilasta muutoksen hakemisessa. Ilmeisen perusteetonta valitusta ja muutoksenhakua lääkärin ei ole syytä tukea ja hänen on kerrottava näkemyksensä myös potilaalleen. <http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

Etuuksia koskevassa todistamisessa on lääkärin tehtävä kirjoittaa niin täsmällinen ja oikeat tiedot sisältävä todistus kuin hän suinkin osaa. Lääkärintodistuksen tulee perustua sellaisiin tietoihin, joiden paikkansapitävyydestä lääkäri itse on vakuuttunut. Nämä tiedot voivat koostua omakohtaisista havainnoista ja tutkimuksista, omista laajemmista muistiinpanoista ja sairaaloiden, laitosten tai toisten lääkärin asiakirjoista. Todistus ei saa nojautua yksinomaan sen pyytäjän kertomukseen eikä omaisten tai sivullisten kertomaan. Näin saadut tiedot ovat taustatietoa, jonka lähteet on sopivalla tavalla todistuksessa ilmaistava. Todistukseen on sisällytettävä kaikki johtopäätösten kannalta olennainen tieto. Toisaalta on pyrittävä välttämään kaikenlaisen turhan tai epäolennaisen tiedon kirjaamista todistukseen. (<http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

6.1 Sairauteen, vikaan tai vammaan liittyvät todistukset

Laajoissa todistuksissa, kuten lääkärinlausunto B pitkäaikaisesta työkyvyttömyydestä, invaliditeetista, oikeudesta erilaisiin etuuksiin jne., anamneesi ja objektiiviset havainnot on esitettävä niin täydellisesti, että toinen lääkäri voi niistä päätellä, yhtyykö hän esitettyihin johtopäätöksiin. Työkyvyttömyyttä arvioitaessa on tärkeää tietojen korreloiminen potilaan tekemän työn laatuun. Jos lääkäri ei sitä riittävästi tunne, on käytettävä työn rasittavuutta ja laatua yleisesti kuvaavia termejä. Näin on tehtävä myös potilaan jäljellä olevaa työkykyä arvioitaessa. Pysyvän työkyvyttömyyden tai haitan arviointi voidaan suorittaa vasta silloin, kun hoidolla on saavutettu maksimaalinen pysyvä vaste. Eläkelakien mukaista työkyvyttömyyttä määriteltäessä on pystyttävä arvioimaan, mikä on jäljellä oleva toiminta- ja ansiokyky. Ratkaisevaa on, onko sairaudesta, viasta tai vammasta toiminnallista haittaa työssä. Todistusten keskeisen sisällön muodostavat näin ollen ne tiedot, joiden perusteella on pääteltävissä, kykeneekö eläkkeen hakija suorituskyvyn toiminnallisen laskusta huolimatta selviytymään sellaisista tilanteista, joita häneltä voidaan kohtuudella edellyttää. Tällaisia oleellisia tietoja ovat kuvatut toiminnalliset vajavuudet täydennettynä asiaan merkittävästi vaikuttavilla laboratorio- ja röntgenlöydöksillä. Todistus on vain yksi eläkkeen myöntämisen perusteista eikä kirjoittava lääkäri sinänsä "määrää eläkkeelle".

(<http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

Antaessaan lausuntoa syy-yhteydestä lääkäri voi harvoin lausua mitään täysin varmaa. Yleensä arvio tehdään todennäköisyyden pohjalta, jolloin lääkärintodistuksessa on lausuttava, minkä asteinen syy-yhteyden todennäköisyys on. Oikeus- tai hallintoviranomainen, joka käyttää lääkärintodistusta eräänä ratkaisuperusteena, tutkii esitetyn todennäköisyyspäätelmän painavuutta todisteena. Tätä varten syy-yhteyden varmuus on käytännöllistä ilmaista viitenä asteena:

1. "Erittäin todennäköinen" on yleensä suurin varmuus, minkä lääkäri voi esittää. Tällöin voi oikeudellisen tms. ratkaisun tekijä pitää syy-yhteyttä käytännössä todistettuna.

2. "Jokseenkin todennäköinen" merkitsee, että syy-yhteys katsotaan todistetuksi, mikäli muita vastakkaisia todisteita ei ole.
3. "Mahdollinen" on mitäänsanomaton todennäköisyyden aste. Tämä merkitsee sitä, että syy-yhteys voi yhtä hyvin olla olemassa kuin olla olemattakin eikä asiaa voida ratkaista yksinomaan tämän lääkärintodistuksen perusteella.
4. "Jokseenkin epätodennäköinen" on ymmärrettävä kuten "jokseenkin todennäköinen" käännettynä. Syy-yhteys siis voidaan tällä perusteella kieltää, mutta lisätodisteet olisivat suotavia.
5. "Erittäin epätodennäköinen" merkitsee, että syy-yhteyttä ei ole olemassa. (<http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

6.2 Terveyttä ja työkykyisyyttä koskevat todistukset

Yleistä terveyttä koskevissa todistuksissa luetellaan yleensä ne seikat, joihin on kiinnitetty huomiota. Ne voivat koskea suppeasti tiettyä elintä, toimintaa tai sairautta taikka laajasti yleistä terveydentilaa. Mahdollisuudet arvioida henkilön todellista työkykyä ja sopivuutta ovat rajalliset. Jos ko. tarkoitusta varten on oma lomakkeensa, *on sitä ensisijaisesti käytettävä*. Lomakkeita laaditaan sen takia, että kaikki tarpeelliset seikat tulisivat katsotuksia ja kirjatuksi. Mikäli lomaketta ei ole, todistus kirjoitetaan normaalikokoiselle paperille. Todistuksen kirjoitustekstin tulee olla kaikin kohdin niin selvää, että jokainen kirjain ja numero voidaan vaikeuksitta lukea asianomaisessa yhteydessä. Käytännössä tämä edellyttää kirjoitus-/tietokoneen käyttämistä. Todistuksessa tulee käyttää mahdollisuuksien mukaan selkokieltä ja sellaisia termejä, jotka yleisesti tunnetaan. Lyhennysten käyttäminen on syytä välttää. Todistuksesta tulee käydä ilmi potilaan henkilötiedot kuten nimi ja syntymäaika sekä mikäli mahdollista, henkilötunnus ja ammattinimike riittävän yksilöidysti. Ellei lääkäri tunne ennestään todistuksen pyytäjää, on hänen varmistettava tämän henkilöllisyys ja kirjattava varmistus myös todistukseen. Todistuksen on oltava asiallinen eikä siinä tule tuoda esiin sellaisia seikkoja, joilla ei ole asian ratkaisemisen kanssa mitään tekemistä. Jos lääkäri ei nojaudu omiin havaintoihinsa, on hänen todistuksessa selvästi mainittava, mihin seikkoihin (esim. työkyvyttömyys, työkyvyttömyysaika) esitetty arvio perustuu. Lääkäri on aina selvennettävä allekirjoituksensa leimasimella tai tekstaamalla ja mainittava toimipaikkansa sekä mahdollinen erikoisalansa. Jos todistus on niin puutteellinen, ettei sitä voi asiallisin perustein käyttää tarkoitukseensa, on lääkärin annettava tarpeelliset selvitykset

salassapitovelvollisuuden rajoissa tai laadittava uusi todistus perimättä lisäpalkkiota. (<http://www.therapiafennica.fi/6.6.2008>).

7. TUTKIMUSONGELMA JA -AINEISTO

Edellä kappaleessa ”Elman toimintamalli” on esitetty lyhyesti se monivaiheinen ja -ammattillinen prosessi, minkä kautta pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytysten selvittely etenee. Olen valinnut aineistokseni 111 eläkehylkyyn johtanutta B-lausuntoa ja vertailen niitä vastaavana aikana tulleisiin 223 myönteiseen eläkepäättökseen johtaneeseen B-lausuntoon. Kyseessä on nimenomaan ensimmäiseen eläkehakemukseen tullut hylkypäätös. Aineistoni rajautui tähän joukkoon, koska ne olivat saatavilla. Eläkehylkyjä on Porin seudun työvoiman palvelukeskuksen kautta lähteneistä hakemuksista tullut toki paljon enemmän, mutta niihin liittyvien lausuntojen etsintä on tässä vaiheessa melko mahdoton tehtävä, koska kaikkia eläkehylkyjä ei ole järjestelmällisesti arkistoitu.

Eläkehyllyn jälkeen pääsääntöisesti käynnistyy valituskierron ja lopullisen eläkepäättökseen tultua paperit arkistoituvat loppuun käsiteltyinä ja niistä on vaikea päätellä, ovatko ne menneet kerralla läpi vai vasta valituksen jälkeen. Asian tarkistamista hankaloittaa myös Työhallinnon tietojärjestelmästä aika ajoin tehtävät tietojen poistoajat; siitä johtuen Elma-hankkeen alkuvuosina eläkeasiakkaan tietoihin kirjatut tiedot eläkehyllystä ovat jo poistuneet.

Mielenkiintoni tässä tutkimuksessa kohdistuu erityisesti hylätyn eläkepäättökseen saaneisiin, joille vertailuryhmäksi olen ottanut samana ajanjaksona hyväksytyt eläkepäättökseen saaneet. Tarkoitukseni on kuvata sitä, millaisia ovat ne henkilöt, joita Elma-hankkeen kautta on ollut eläkkeelle hakeutumassa sekä analysoida eläkelausuntoja eli

- mitä eroja on hyllyn saaneiden ja hyväksytyjen eläkehakemusten eläkelausunnoissa (B1- vai B2 –lausunto)

- mitä eroja on hyllyn saaneiden ja hyväksytyjen eläkehakemusten diagnooseissa.

Tarkoitukseni on lisäksi tutkia, minkä ikäiset henkilöt eläkkeelle ovat päässeet ja keiden lääkäreiden lausunnoilla eli onko sillä merkitystä, kuka lausunnon on tehnyt (tarkoitukseni ei ole julkistaa lääkäreiden nimiä, ainoastaan prosentuaalinen osuus /lääkäri 1, 2, 3 jne).

Mielenkiintoni aihetta kohtaan johtuu siitä, että olen työskennellyt Yhteispalvelukokeilussa sen alusta lähtien (v:sta 2002) ja sittemmin vakinaistetussa Työvoiman palvelukeskuksessa työvoimaohjaajana ja sinä aikana ohjannut lukuisia omia asiakkaitani Elma-selvittelyn piiriin, koska näkemykseni on ollut, ettei heistä enää työmarkkinoille ole; pääsääntöisesti useiden erilaisten toimenpidekokeilujen jälkeen.

7.1. B-lausuntojen mahdollisuudet ja ongelmat

Vuoden 1996 eläkeuudistusten yhteydessä kehitettiin työkyvyttömyyseläkkeen haussa käytettävää B-lääkärinlausunnon lomaketta ottamalla valinnaiskäyttöön kaksi eri versiota: B1- ja B2 –lomakkeet (liitteenä). Sisällöltään lomakkeet ovat melko identtiset, mutta nelisivuista B2-lomaketta on pidetty kaksisivuista B1-lomaketta ohjaavampana tutkimushavaintojen ja toimintakyvyn arvioinnin kannalta. Siten B2-lomakkeen käyttöönoton oletettiin täsmentävän lääkärinlausuntojen tietoja. Kela suosittaakin B2-lomakkeen käyttämistä perusteelliseen työkykyarvioon, minkä yleensä tulkitaan tarkoittavan yli 60 päivää kestävästä sairauslomaa. (Virta, 2001, 20).

Eläkelainsäädännön ja B-lomakkeiden uudistusten yhteydessä Kela järjesti eri puolilla maata kuusi yksipäiväistä Työkyvyn arviointi- ja ylläpitoseminaaria (1996), joihin osallistui kaikkiaan runsaat 900 lääkäriä terveydenhuollosta kevään 1996 aikana. Huomisen työkyky –projektin osana Työeläkelaitosten liitto (TELA) järjesti yhdessä Suomen Lääkäriliiton koulutusyhtiön Fennomed Oyn ja ulkopuolisen kehitysyrityksen DuoPlus Oy:n kanssa työkyvyn arviointikoulutuksen.

Koulutus kesti keskimäärin neljä kahden tunnin jaksoa, ja se toteutettiin pääosin vuoden 1997 aikana. Valtaosa osallistujista oli lääkäreitä. Koulutuksella haettiin terveydenhuoltoon sellaista uutta toimintatapaa, jossa potilaan hoito- ja kuntoutusmahdollisuudet otettaisiin paremmin huomioon ja siten annettaisiin mahdollisuus jatkaa työelämässä entistä pidempään. Koulutuksessa keskityttiin mm. lääkäreiden menettelytapoihin ja hoitojärjestelmien yhteistyökäytäntöihin. Työkyvyttömyyden todistamisen sijaan opetettiin jäljellä olevan toimintakyvyn arviointia. Puolen vuoden kuluttua edellä mainittuun koulutukseen osallistujille (n. 500 henkilöä) postitettiin kysely heidän työkyvyn arviointikäytäntöjensä muutoksista. Puolet vastanneista (250 henkilöä vastasi) koki arviointikäytäntönsä muuttuneen koulutuksen ja lomakeuudistuksen jälkeen. Noin kaksi kolmasosaa piti uusittua B-lomaketta riittävän hyvänä tai aikaisempaa parempana, kun taas kolmasosan mielestä se oli aikaisempaa lomaketta huonompi. (Virta, 2001, 20-21).

7.2 Työkyvyn arvioinnin ongelmat

Jäljellä olevan työkyvyn arvioinnit eivät käytännössä ole useinkaan yksiselitteisiä eivätkä helppoja. Lääkärien peruskoulutukseen ei ole sisältynyt paljoakaan arviointiopetusta potilaan yleisestä toimintakyvystä. Jäljellä olevan työkyvyn eri osatekijöiden muodostaman profiilin vertaamista työtehtävien vaatimuksiin vaikeuttaa toisaalta myös se, etteivät terveydenhuollon lääkärit useinkaan tunne riittävästi eläkkeenhakijan työn vaatimuksia. (Virta, 2001, 21).

Eläkelaitosten asiantuntijoille tuli 1990-luvun lopulla vaikutelma, että osassa eläkehakemuksia varsinkin B1-lomakkeille laadittujen lausuntojen tiedot ovat usein siinä määrin puutteellisia, että niitä joudutaan täydentämään aikaa vievillä lisäselvityspyynnöillä. Lisäksi arveltiin, että B2-lomakkeita käytetään selvästi vähemmän kuin B1-lomakkeita. Siten heräsi epäily, olivatko B-lomakeuudistus ja sitä koskeva lääkäreiden jatkokoulutus tarkentaneet riittävästi työkyvyttömyyden arviointia. (Virta, 2001, 22).

Edellä olevan johdosta käynnistyi vakuutuslääketieteellinen tutkimushanke, missä ensinnäkin haluttiin selvittää B1- ja B2- lausuntojen osuutta työkyvyttömyyseläkehakemuksista. Toisaalta haluttiin selvittää sitä, oliko B-lomaketyypillä yhteyttä puutteellisten tietojen esiintyvyyteen lääkärinlausunnoissa sekä B-lomaketyypin yhteyttä vakuutuslääkärin ehdottamiin eläkeratkaisuihin, erityisesti hylkävään ratkaisuehdotukseen. (Virta, 2001, 23).

Tutkimuksen tuloksena oli, että neljäsosa työkyvyttömyyseläkehakemuksista oli tiedoiltaan puutteellisia eläkeratkaisun kannalta. Lomaketyypeittäin analysoituna B1-lomakkeelle laaditut lääkärinlausunnot olivat lähes kaksi kertaa useammin (29%) tiedoiltaan puutteellisia kuin B2-lomakkeet (16%). Vaikuttaa siltä, että eläkelausuntojen tietojen puutteista ainakin osa selittyy lomaketeknisistä tekijöistä. On myös perusteltua olettaa, että tiedoiltaan puutteelliset eläkehakemukset voisivat vähentyä puoleen, jos lääkärit siirtyisivät laatimaan eläkelausuntoja B2-lomakkeelle suurimmassa osassa hakemuksia. Edellytyksenä on myös tietysti se, ettei B1-lomaketta käyttäneillä lääkäreillä ole vaikeuksia itse työkyvyttömyyden arvioinnissa.

Lääkäreiden koulutukseen ollaan panostamassa ja tarkoituksena on yhtenäistää lausuntojen tekoa. Työeläkevakuuttajat Tela on aloittamassa mahdollisimman kattavaa lääkärinkunnan kouluttamista vuonna 2007. Koulutuksen tavoitteena on luoda yhtenäinen käytäntö lääkärinlausuntojen laatimiseen ja pyrkiä yhtenäistämään työkyvyn arvioinnin mittarit, jotta arviointi palvelisi työeläkevakuuttajaa paremmin. (Aamulehti 19.10.2005)

8. TUTKIMUSMENETELMÄ

Sosiologiassa keskeisinä kiinnostuksen kohteina ovat ihmisten toiminnan ja yhteiskunnallisten rakenteiden sekä ihmisten näille antamien merkitysten havainnointi. Nyt käsillä oleva tutkimukseni liittyy sosiologian alaan sikäli, että työkyvyttömyyseläkejärjestelmä on keskeinen osa suomalaisen yhteiskunnan sosiaaliturvaa ja sen myöntämisen edellytykset on määritelty tarkasti

lainsäädäntötasolla. Työkyvyttömyyseläkettä hakeneet henkilöt uskovat vilpittömästi siihen, että heillä on työkyvyttömyyseläkkeeseen oikeus, vaikka he ehkä omalla toiminnallaan ovatkin joiltakin osin työkyvyttömyytensä aiheuttaneet. Toisaalta myös ”työkyvyttömän” status loisi perustellumpaa pohjaa työelämästä poissaololle kuin ”työttömän” status, toisin sanoen olisi hyväksyttävämpää olla eläkeläinen kuin työtön.

Tutkimusotteeni tässä työssä on kvantitatiivinen käsiteltävän aineiston suuren koon sekä strukturoitujen lomakkeiden (B-lausunnot) vuoksi. Menetelmänä on niin sanottu *ryväotanta (cluster sampling)*, missä kohdehenkilöt tutkitaan määriteltujen ominaisuuksien mukaan. Tässä tapauksessa otanta on kaikki tiettyinä ajanjaksona hylkäävän eläkepäätöksen saaneet. (www.jyu.fi/ 7.4.2008).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena mittaus ja mittarin laadinta. Se on numeerisen tiedon, datan keräämistä. Tulokset ovat tilastollisen analyysien tuloksia (kappaleet, eurot, tonnit, keskiarvo, prosenttijakaumat, korrelaatio, faktorianalyysi, regressioanalyysi, varianssianalyysi). Koska tutkimusyksikköjen määrä on suuri, on tulokset myös yleistettävissä (keskimäärin). Tutkimus on objektiivista ja tutkijan vaikutus tuloksiin on olematon. (www.jyu.fi/ 7.4.2008).

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa tutkimusta, jossa käytetään täsmällisiä ja laskennallisia, ihmistieteissä usein tilastollisia menetelmiä. Termiä käytetään yleensä ihmistieteiden kuten yhteiskuntatieteiden ja kasvatustieteiden yhteydessä, mutta laajasti ottaen se voi tarkoittaa myös luonnontieteellistä tutkimusta.

Esimerkiksi sosiologiassa tutkimuskohteena ovat ihmisten muodostamat yhteisöt sekä ihmisyyhteisöjen toiminnasta seuraavat ilmiöt. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija pyrkii keräämään itselleen empiiristä havaintoaineistoa. Havaintoaineistoa tarkastelemalla tutkija pyrkii ymmärtämään jotakin yhteiskunnallista ilmiötä. Havaintoaineistoa tarkastelemalla tutkija pyrkii tekemään yleistyksiä keräämästään havaintoaineistosta. Määrällisen tutkimuksen havaintoaineiston keruumenetelmiä voivat olla esimerkiksi haastattelu tai kirjekysely. Määrällinen tutkimusmenetelmä sopii suuria ihmisryhmiä kartoittaviin tutkimuksiin. Sen

avulla ei saada yksittäistapauksista kattavaa tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa käytetään usein tilastollisia malleja. (<http://fi.wikipedia.org/> 7.4.2008).

Kvantitatiivinen (määrällinen) tutkimus kuvaa ja tulkitsee yhteiskuntailmiöitä *tieteen yleisen logiikan mukaisesti* kehittämällä mahdollisimman tarkkoja mittausten menetelmiä, keräämällä tutkimusaineistot muun muassa edustavista väestötöistä ja käsittelemällä tutkimusaineistoja tilastotieteen menetelmin oikeiden johtopäätösten tekemiseksi. (<http://www.stat.fi/>7.4.2008).

9. TULOKSIA

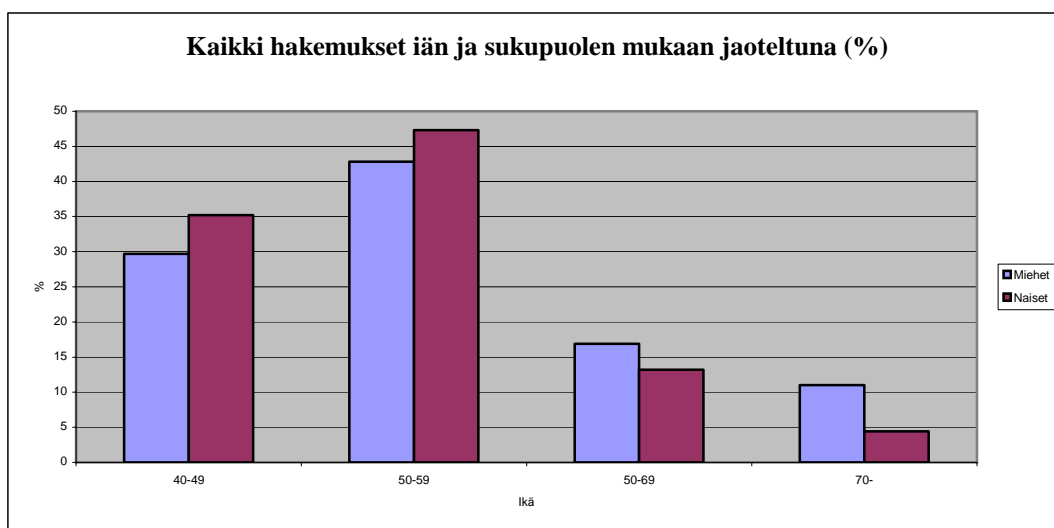
9.1 Taustaa tuloksille

Aineistonani on 111 eläkehylkyyn johtanutta B-lausuntoa ja vertailen niitä vastaavana aikana tulleisiin 223 myönteiseen eläkepäätökseen johtaneeseen B-lausuntoon. Kyseessä on nimenomaan ensimmäiseen eläkehakemukseen tullut hylkypäätös. Aineistoni rajautui tähän joukkoon, koska ne olivat saatavilla. Eläkehylkyjä on Porin seudun työvoiman palvelukeskuksen kautta lähteneistä hakemuksista tullut toki paljon enemmän, mutta niihin liittyvien lausuntojen etsintä on tässä vaiheessa melko mahdoton tehtävä, koska kaikkia eläkehylkyksiä ei ole järjestelmällisesti arkistoitu. Vaikka aineistoni ei olekaan täydellinen, niin tulokseksi saamani eläkkeiden hylkyprosentti vastaa kuitenkin niitä tuloksia, joita muiden aineistojen perusteella Satakunnan alueella on eläkkeiden hylkäysprosentiksi saatu, joten tässä suhteessa nyt käsitelty aineisto näyttää kuvaavan Elma-asiakkaita totuudenmukaisesti.

Eläkehyllyn jälkeen pääsääntöisesti käynnistyy valituskierron ja lopullisen eläkepäätöksen tultua paperit arkistoituvat loppuun käsiteltyinä ja niistä on vaikea päätellä, ovatko ne menneet kerralla läpi vai vasta valituksen jälkeen. Asian tarkistamista hankaloittaa myös Työhallinnon tietojärjestelmästä aika ajoin tehtävät tietojen poistoajat; siitä johtuen Elma-hankkeen alkuvuosina eläkeasiakkaan tietoihin kirjatut tiedot eläkehylystä ovat jo poistuneet.

9.2 Elma- hankkeen kautta eläkkeelle hakeneet

Elma –hankkeen kautta eläkkeelle hakeutuneista tässä tarkastelun kohteena olevassa joukossa (n= 334) on miehiä 73 % (n=243) ja naisia 27 % (n=91).



Kuvio 9 . Elma-hankkeen kautta työkyvyttömyyseläkettä hakeneet syntymävuoden perusteella jaoteltuna sukupuolittain, kaikki käsitellyt tapaukset.

Kuviosta on nähtävissä työkyvyttömyyseläkkeelle hakeneiden ikäjakauma (prosentteina kaikista nyt käsitellyistä tapauksista, n=334). Lähes puolet ryhmästä sijoittuu syntymävuosien 1950 – 59 väliin (noin 46 prosenttia), henkilöt ovat olleet eläkkeenhakuhetkellä siis noin 45 – 55 –vuotiaita. Kuviosta on nähtävissä se mielenkiintoinen seikka, että vanhimmissa ikäryhmissä on naisia on eläkkeelle hakeutuneiden joukossa prosentuaalisesti enemmän, kun taas nuorimmissa ikäryhmissä miehet ovat hakeneet eläkettä useimmin.

Elma –hankkeen kautta työkyvyttömyyseläkettä hakeneissa on enemmistö ollut siis miehiä ja noin 75 % hakeneista on ollut iältään 45 –vuotiaita tai vanhempia.

Eläkkeelle hakeutuneiden työhistoria on pääsääntöisesti rikkonainen. Miehet ovat useimmiten olleet metalli-, rakennus- ja muun teollisuuden aputöissä. Naiset taas useimmiten ovat työskennelleet siivous- tai keittiöalalla. Ammatillista koulutusta ei juurikaan ole kukaan hankittuna. Työsuhteita kuvastaa lyhyys ja useat omasyisesti päättyneet työsuhteet. Tätä aineistoa ei kuitenkaan käsitellä suhteessa

ammatti- ja työhistoriaan, vaan tässä keskitytään pelkästään eläkelausuntoihin. Työhistoriatietoja ei tässä analysoida siksi, että joidenkin henkilöiden työhistoriatiedot olivat puutteelliset ja siitä syystä kaikista henkilöistä ei olisi saanut analysoitavia tietoja.

9.3 Eläkkeelle päässeet ja hylätyt

Tarkastelun kohteena olevassa joukossa on enemmän miehiä kuin naisia; miehiä 73 prosenttia ja naisia 27 prosenttia. Miesten hakemuksista on hyväksytty 70 prosenttia (kaikista miesten hakemuksista) ja naisten hakemuksia 58 prosenttia (kaikista naisten hakemuksista). Miesten osalta hylkyprosentti asettuu samalle tasolle kuin valtakunnallinenkin, mutta naisten hylkäysprosentti on huomattavasti korkeampi.

| | Hylätty % | (n) | Tot % | (n) |
|---------------|-----------|-----|-------|-----|
| Mies | 30 | 73 | 73 | 243 |
| Nainen | 42 | 38 | 27 | 91 |

Taulukko 3. Hylätyt sukupuolittain prosentteina suhteessa kaikkiin saman sukupuolen edustajiin.

Suurin hyväksytyjen ryhmä oli vuosien 50-59 välillä syntyneet, lähes puolet tapauksista. Sama ikäryhmä nousi myös hylättyjen tapausten ykkössijalle. Tämä selittyy sillä, että tuossa ikäryhmässä oli myös henkilöitä eniten koko aineistossa. Vanhimpien, vuosina 40-49 syntyneiden osalta hyväksymispäätöksen sai runsas kolmannes eläkettä hakeneista, hylättyjen osalta tämä ikäryhmä sai neljänneksen hylkypäätöksistä. Ikäryhmään 60-69 syntyneet kuuluu vain noin 11 prosenttia hyväksytyin eläkepäättöksen saaneista ja hylätyn eläkepäättöksen saaneista tässä ikäryhmässä noin viidennes kaikista hylätyistä hakemuksista.

| Syntymä vuosikymmen | Hylätyt | Kaikki |
|---------------------|---------|--------|
| 40-luku | 24,8 | 31,1 |
| 50-luku | 45,6 | 44 |
| 60-luku | 21,5 | 15,6 |
| 70-luku | 8,1 | 9,3 |

Taulukko 4. Hylätyt eläkehakemukset syntymävuoden mukaan

Tarkasteltaessa hyväksytyjä eläkelausuntoja iän ja sukupuolen mukaan on huomattavissa, että sekä miesten että naisten osalta ikäryhmä 50 – 59 –syntyneet on saanut eniten hyväksytyjä eläkepäättöksiä, naiset hieman useammin kuin miehet. Vanhimmassa ikäryhmässä, 40 – 49 –syntyneet, naiset ovat saaneet hyväksytyt eläkepäättökseen useammin kuin miehet. Nuorimmissa ikäryhmissä taas suuntaus on päinvastainen; miehet ovat saaneet kaksi kertaa useammin hyväksytyt eläkepäättökseen.

| Hyväksytyt | Miehet | Naiset |
|------------|--------|--------|
| 40-luku | 33,5 | 39,5 |
| 50-luku | 42,4 | 47,2 |
| 60-luku | 14,2 | 7,6 |
| 70-luku | 9,9 | 5,7 |

Taulukko 5. Hyväksytyt eläkehakemukset iän ja sukupuolen mukaan.

Hylättyjä eläkelausuntoja on tullut eniten samalle ikäryhmälle kuin hyväksytyjäkin ja samassa suhteessa; naisille hieman useammin kuin miehille. Vanhimmassa ikäryhmässä naiset ovat saaneet selvästi enemmän hylkääviä päätöksiä. Kaikkein nuorimmissa ikäryhmässä miesten hylkäysten määrä on huomattavasti isompi kuin naisten.

| Hylätyt | Miehet | Naiset |
|---------|--------|--------|
| 40-luku | 20,6 | 29 |
| 50-luku | 43,8 | 47,4 |
| 60-luku | 21,9 | 21,1 |
| 70-luku | 13,7 | 2,5 |

Taulukko 6. Hylätyn eläkehakemukset iän ja sukupuolen mukaan

9.4 Lausuntojen diagnoosit

Eläkettä haetaan B-lausunolla, missä on määritelty diagnoosi tai diagnoosit, mistä syystä lääkäri eläkkeen on katsonut tarpeelliseksi. Koska diagnoosiluokkia on niin useita ja useimmissa on vain marginaalinen määrä tapauksia, tarkastelen jatkossa kolmea pääasialliseksi eläkkeelle haun syyksi noussutta diagnoosia eli

diagnoosiluokka 5 (mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt), diagnoosiluokka 6 (hermoston sairaudet) ja diagnoosiluokka 13 (tuki- ja liikuntaelin sairaudet), muut diagnoosit on luokiteltu muuttujalla ”muut”.

| Kaikki hakeneet | Miehet | (n) | Naiset | (n) |
|-------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|
| Mielenterv.-ja käytt.häiriöt | 61,7 | 150 | 59,3 | 54 |
| Hermoston sairaudet | 12 | 29 | 8,8 | 8 |
| Tuki- ja liikuntael.sairaudet | 8,6 | 21 | 18,7 | 17 |
| Muut diagnoosit | 17,7 | 43 | 13,2 | 12 |
| | 100 | 243 | 100 | 91 |

Taulukko 7. Kaikki eläkehakemukset diagnoosiryhmittäin sukupuolen mukaan.

Kaikkia eläkettä hakeneita tapauksia tarkastellessa on huomattavissa, että sekä miehillä että naisilla noin kaksi kolmasosaa hakemuksista on sellaisia, että ensimmäisenä diagnoosina ollut mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvä diagnoosi. Naisten kohdalla toiseksi suurin ryhmä on tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin liittyvä diagnoosi, noin yhdellä viidesosalla tapauksista. Miesten kohdalla toiseksi sijoittuva diagnoosiluokka ”muut” on lähes yhtä suuri. Mielenkiintoisinta on se, että eläkeasiakkaiden joukossa naisilla tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvät diagnoosit ovat kaksi kertaa useammin eläkkeen hakemisen perusteena kuin miehillä.

Hyväksytyissä tapauksissa on huomattavissa, että diagnoosiryhmään 5 kuuluvilla diagnooseilla on päästy selkeästi eniten eläkkeelle. Suuntaus on sama sekä miehillä että naisilla. Tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat se diagnoosiryhmä, jolla varmimmin on eläkkeelle päästy. Diagnoosiluokkaan 6 eli hermoston sairaudet –luokkaan kuuluvissa diagnooseissa ei sukupuoli näyttäisi vaikuttavan eli hyväksymisprosentti on miehillä ja naisilla lähes sama. Sen sijaan diagnoosiluokkaan 13 eli tuki- ja liikuntaelinsairaudet kuuluvilla diagnooseilla on naisten hakemuksia hyväksytty lähes kolme kertaa useammin kuin miesten.

| Hyväksytyt | Miehet % | (n) | Naiset % | (n) |
|-------------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|
| Mielenterv.- ja käytt.häiriöt | 72,4 | 123 | 66 | 35 |
| Hermoston sairaudet | 13,5 | 23 | 13,2 | 7 |
| Tuki- ja liikuntael.sairaudet | 6,5 | 11 | 17 | 9 |
| Muut diagnoosit | 7,6 | 13 | 3,8 | 2 |
| | 100 | 170 | 100 | 53 |

Taulukko 8. Hyväksytyt diagnoosiryhmittäin sukupuolen mukaan.

Hylätyissä tapauksissa ryhmän ”muut” diagnoosi on ollut ensisijaisena diagnoosina miehistä yli 40 %:lla ja diagnoosiryhmään 5 kuuluva diagnoosi 37 %:lla. Naisten kohdalla puolella tapauksista on diagnoosiryhmän 5 diagnoosi. Erona miehiin on ryhmän 13 diagnoosit; naisilla on selkeästi enemmän tuki- ja liikuntaelinvaivoihin liittyviä diagnooseja.

| Hylätyt | Miehet % | (n) | Naiset % | (n) |
|-------------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|
| Mielenterv- ja käytt.häiriöt | 37 | 27 | 50 | 19 |
| Hermoston sairaudet | 8,2 | 6 | 2,6 | 1 |
| Tuki- ja liikuntael.sairaudet | 13,7 | 10 | 21,1 | 8 |
| Muut diagnoosit | 41,1 | 30 | 26,3 | 10 |
| | 100 | 73 | 100 | 38 |

Taulukko 9. Hylätyt diagnoosiryhmittäin sukupuolen mukaan.

Selkeimpinä eroina on hyväksytyjen ja hylättyjen kohdalla se, että diagnoosiluokkaan 6 kuuluvia diagnooseja on hyväksytyillä enemmän ja hyvin tasaisesti sekä miehillä että naisilla. Tämä tarkoittanee sitä, että päihdeongelma on jatkunut niin kauan, että sillä on ollut jo runsaasti vaikutuksia henkilön neurologiseen terveyteen. Alkoholistien osuutta hyväksytyissä tukee myös se, että osalla hylätyistä on ensimmäisenä diagnoosina ”hermoston sairaudet” –ryhmään kuuluva diagnoosi; alkoholihan mitä suuremmissa määrin pitkään ja runsaasti käytettynä tuhoaa hermostoa ja aivoja. Toisaalta erona on myös diagnoosiluokkien 13 ja muut suurempi esiintyminen hylätyissä tapauksissa. Suuntaus on sama sekä miehillä että naisilla. Tästä on vedettävissä se johtopäätös, että pitkän ja rankan

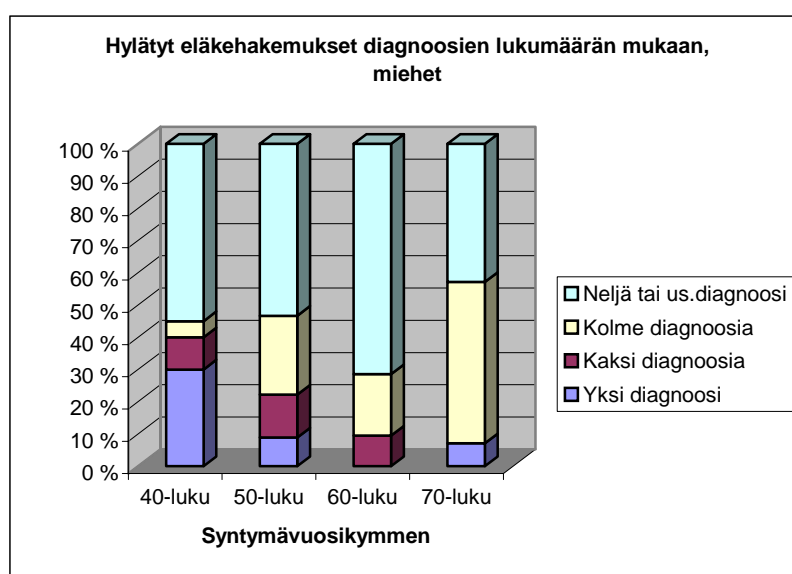
päidehistorian omaavat henkilöt pääsevät helpommin eläkkeelle kuin muista syistä terveytensä menettäneet.

Diagnoosien määrät vaihtelevat keskimäärin kolmesta neljään diagnoosiin per lausunto. Eri diagnoosiluokkiin kuuluvia diagnooseja on puolestaan kahdesta kolmeen per lausunto; asiakkaalla saattaa siis olla lausunnossaan samaan diagnoosiluokkaan kuuluvia diagnooseja useampiakin (esim. mielenterveyden problematiikka ja päihteiden väärinkäyttö kuuluvat samaan pääluokkaan).

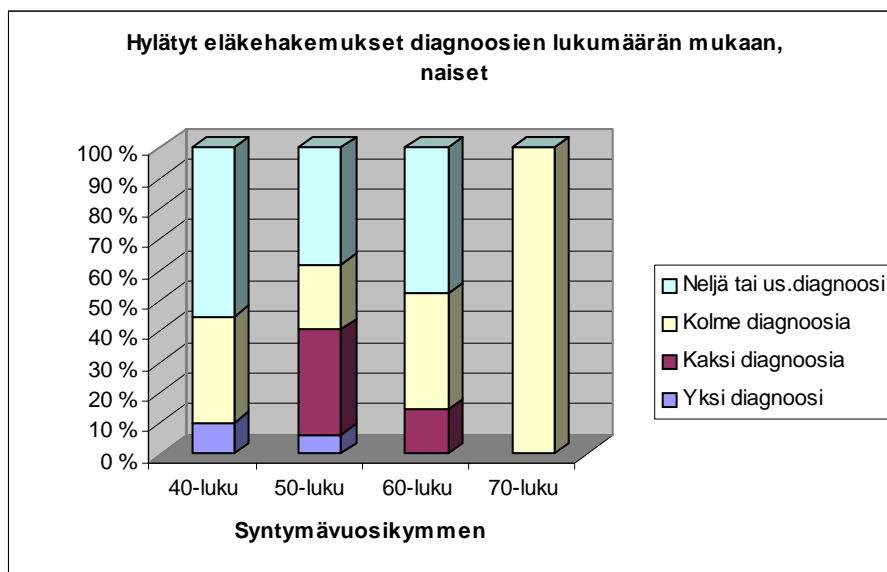
| Hylätty | 111 |
|-------------------------------|------------|
| Eri diag. /potilas keskiarvo | 2,5 |
| Diagnooseja/potilas keskiarvo | 3,5 |
| Hyväksytty | 223 |
| Eri diag. /potilas keskiarvo | 2,3 |
| Diagnooseja/potilas keskiarvo | 3,3 |

Taulukko 10. Diagnoosien lukumäärien keskiarvot sekä hylätyissä että hyväksytyissä tapauksissa.

Tarkasteltaessa *hylättyjen ja hyväksytyjen* eläkelausuntojen diagnooseja, on huomattavissa, että diagnoosien määrä per asiakas on samansuuntainen molemmissa ryhmissä; mitään merkittävää eroa ei ole huomattavissa. Samoin on keskimäärin myös eri diagnoosien määrä. Tarkasteltaessa diagnoosien lukumäärien eroja hylätyissä tapauksissa sukupuolen ja syntymävuosikymmenen mukaan on huomattavissa, että miehillä on hieman useammin monta diagnoosia kuin naisilla (kuviot 10-11).

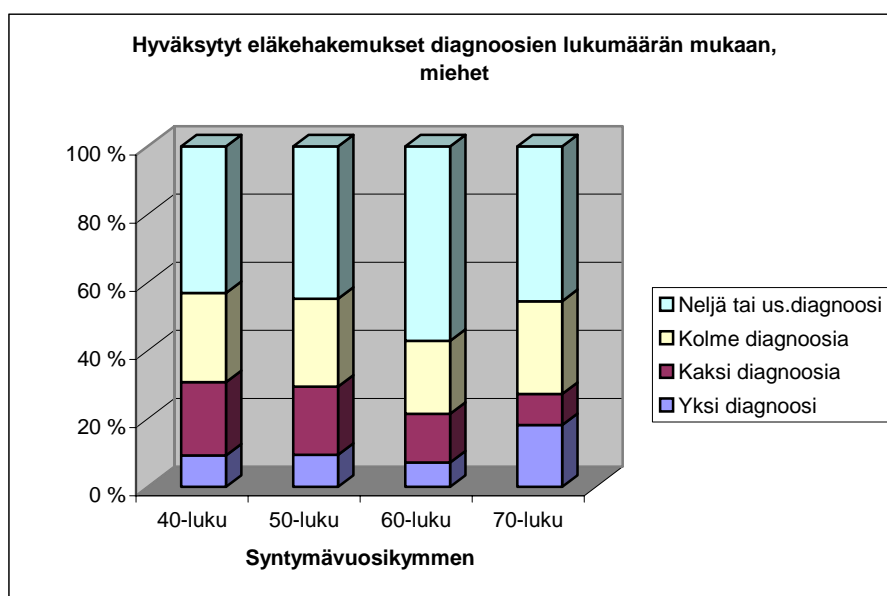


Kuvio 10. Hylätyt eläkehakemukset diagnoosien lukumäärän mukaan, miehet.

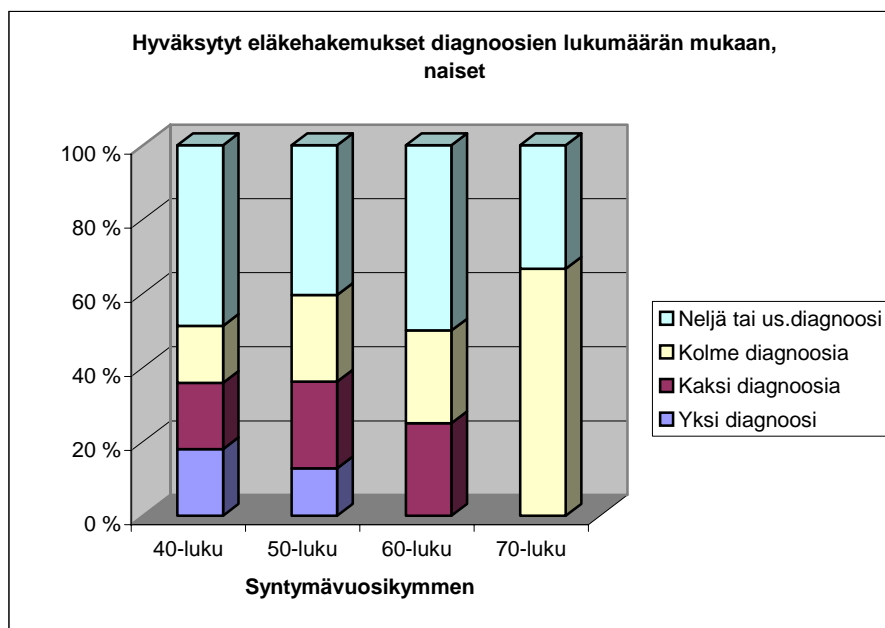


Kuvio 11. Hylätyt eläkehakemukset diagnoosien lukumäärän mukaan, naiset.

Hyväksytyjen hakemusten diagnoosien lukumäärät ovat hyvin samansuuntaisia sekä miehillä että naisilla (kuviot 12-13).

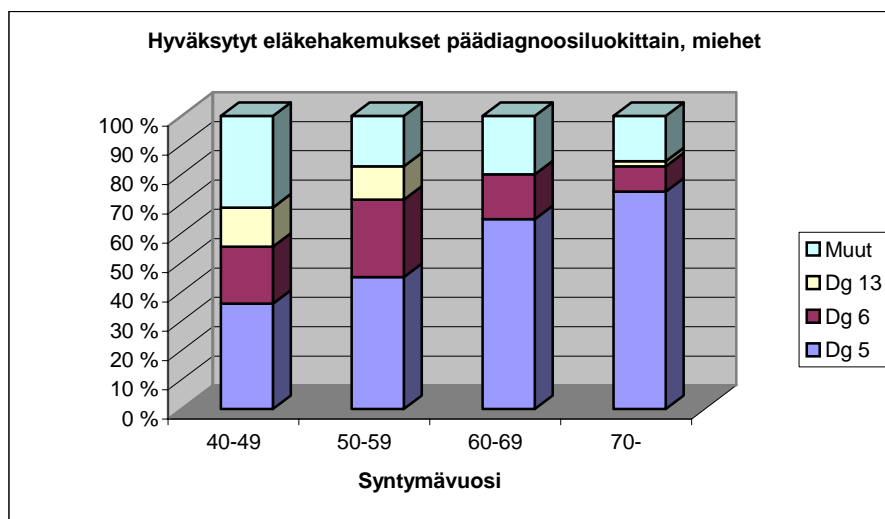


Kuvio 12. Hyväksytyt eläkehakemukset diagnoosien lukumäärän mukaan, miehet.

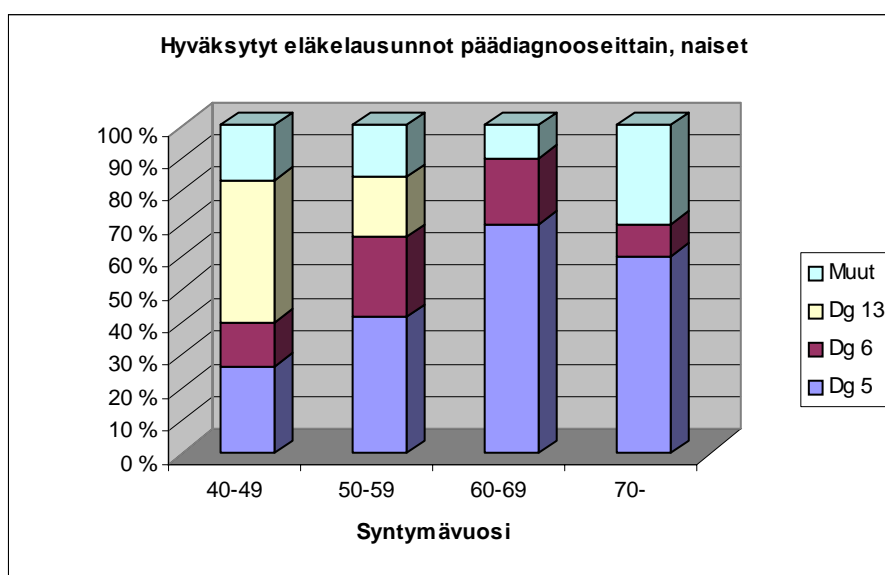


Kuvio 13. Hyväksytyt eläkehakemukset diagnoosien lukumäärän mukaan, naiset.

Tarkasteltaessa hyväksytyjä eläkelausuntoja, vanhimmissa ikäryhmissä miehillä näyttäisi olevan eniten *mielenterveyden ja käyttäytymisen* –luokkaan sekä *hermoston sairaudet* –luokkaan kuuluvia diagnooseja. Kolmanneksi suurin diagnoosiryhmä on *tuki- ja liikuntaelinten* sairaudet. Näitä diagnooseja selittänee se, että mitä pidempään on juonut, sitä enemmän hermosto on kärsinyt vaurioita ja tuki- ja liikuntaelinvaivaa tulee kaikille iän mukana. Nuorempiin ryhmiin päin mentäessä diagnoosina korostuu *mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt* ja sen lisäksi *tartunta- ja loistaudit* sekä päihteiden käytöstä johtuneet muut vammat. Nuorimmissa ryhmissä alkoholin sijaan päihteenä on käytetty enemmän huumeita, jotka nautintatavasta johtuen lisäävät riskiä sairastua hepatiittiin ja aidsiin. Kiinnostavaa kuviossa on kuitenkin se, että eläkkeelle pääsyn peruste muuttuu ikävuosien myötä; nuorimpiin ikäryhmiin päin mentäessä diagnoosiluokka 5 korostuu tasaisesti.



Kuvio 14. Hyväksytyjen eläkehakemusten päädiagnoosit syntymävuosien mukaan jaoteltuna, miehet.



Kuvio 15. Hyväksytyjen eläkehakemusten päädiagnoosit syntymävuosien mukaan jaoteltuna, naiset..

Naisten kohdalla diagnoosit eroavat sikäli, että vanhimmissa ikäryhmissä useimmin naisilla on ollut diagnoosina luokkaan tuki- ja liikuntaelinsairaudet kuuluva diagnoosi. Lähes yhtä paljon heillä on myös luokkaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt kuuluvia diagnooseja. Nuorempiin ikäryhmiin päin mentäessä korostuu mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus. Heidän

osuutensa tässä käsillä olevassa joukossa on kuitenkin hyvin vähäinen, hyväksytyjä kahdessa viimeisessä ikäryhmässä on vain 7 henkilöä.

9.4 Hyväksytyt ja hylätyt lääkäreittäin

Yksi mielenkiintoni kohde tässä tutkimuksessa on lääkärin merkitys hylätyyn/hyväksytyyn eläkepäätökseen. Elma-asiakkaat ovat pääsääntöisesti ohjautuneet Työvoiman palvelukeskuksen valitsemalle lääkärille. Lääkäri, joka eläkehakemukseen johtaneen lausunnon on kirjoittanut, on valikoitunut kunkin asiakkaan kohdalla sen mukaisesti, minkälaista problematiikkaa hänen terveydentilassaan on arveltu olevan tai mitä aiempien tutkimusten tuloksena on todentunut.

Tarkasteltaessa lääkäreiden ensimmäiseksi diagnoosiksi asettamia sairauksia, on alla olevasta taulukosta selkeästi nähtävissä ryhmään ”*mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt*” kuuluvien diagnoosien suuri määrä jokaisella lausuntoja kirjoittaneella lääkärillä. Lääkärillä ”1” on diagnooseissa eniten hajontaa, mutta yli puolessa tapauksista on kuitenkin ensimmäisenä diagnoosina luokkaan 5 kuuluva diagnoosi. Muilla lääkäreillä diagnoosit sijoittuvat tähän luokkaan vähintään $\frac{3}{4}$:ssa tapauksia.

| Hyväksytyt % | n | Mielenterv.- ja käytt.häiriöt | Hermoston sairaudet | Tuki- ja liikuntael. sairaudet | Muut diagnoosit | |
|--------------|----|-------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------|------|
| Lääkäri 1 | 42 | 55 | 5 | 21 | 19 | 100% |
| Lääkäri 2 | 62 | 71 | 8 | 14 | 7 | 100% |
| Lääkäri 3 | 98 | 75 | 22 | 0 | 3 | 100% |
| Lääkäri 4 | 21 | 85 | 5 | 5 | 5 | 100% |

Taulukko 11. Hyväksytyjen eläkehakemusten päädiagnoosiluokat lääkäreittäin, prosenttiosuudet.

Hylättyjen eläkehakemusten lausunnoissa on myös suurimpana ryhmänä diagnoosiluokka 5, mutta hyväksytyistä poiketen diagnoosiluokka ”muut” on korostuneempi. Esimerkiksi lääkäriillä ”2” on tässä luokassa yli puolet tapauksista.

| Hylätyt % | n | Mielenterv.- ja käytt.häiriöt | Hermoston sairaudet | Tuki- ja liikuntael. sairaudet | Muut diagnoosit | |
|-----------|----|-------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------|------|
| Lääkäri 1 | 28 | 36 | 3 | 36 | 25 | 100% |
| Lääkäri 2 | 51 | 31 | 4 | 14 | 51 | 100% |
| Lääkäri 3 | 18 | 50 | 17 | 0 | 33 | 100% |
| Lääkäri 4 | 14 | 79 | 7 | 7 | 7 | 100% |

Taulukko 12. Hylättyjen eläkehakemusten päädiagnoosiluokat lääkäreittäin.

| Lausunnot | Hylätty lkm | Hyväksytty lkm | Tot | Hylky-% ko.lääk.lausunnoista |
|-----------|----------------|----------------|-----|---------------------------------|
| Lääkäri 1 | 28 | 42 | 70 | 40 |
| Lääkäri 2 | 51 | 62 | 113 | 45 |
| Lääkäri 3 | 18 | 98 | 116 | 15 |
| Lääkäri 4 | 14 | 21 | 35 | 40 |
| | 111 | 223 | 334 | |

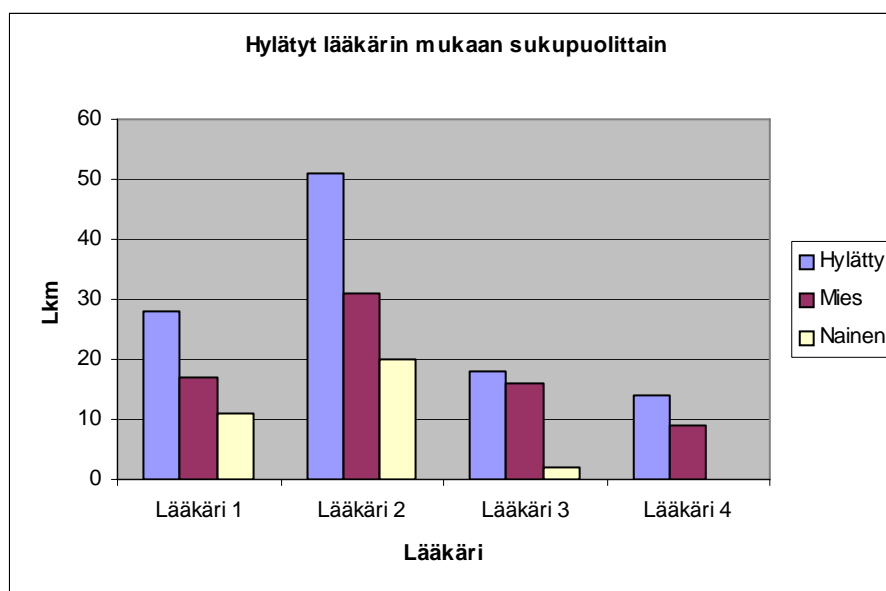
Taulukko 13. Lääkärikohtaiset hylkyprosentit kaikista kyseisen lääkärin lausunnoista.

Oheisessa taulukossa on luokiteltuna kaikki sekä hylätyt että hyväksytyt lausunnot lääkäreittäin. Lääkärit 1,2,3 ovat kolme eri tiettyä lääkäriä, ”lääkäri 4” kohdassa on erään suuremman tutkimuslaitoksen lääkäreiden tekemiä lausuntoja sekä yksittäisten lääkäreiden tekemiä lausuntoja (lukuisia eri lääkäreitä). Potilaat ovat valikoituneet lääkäreille 1, 2 ja 3 sen mukaan, mikä on arvioitu asiakkaan pääasialliseksi sairaudeksi. Lääkäri 4 tarkoittaa tässä sitä, että asiakkaalle on

varattu joltain yksityiseltä lääkäriasemalta aika sopivalle erityisalan lääkärille tai lausunto on saatu joltain muulta asiakasta hoitaneelta taholta.

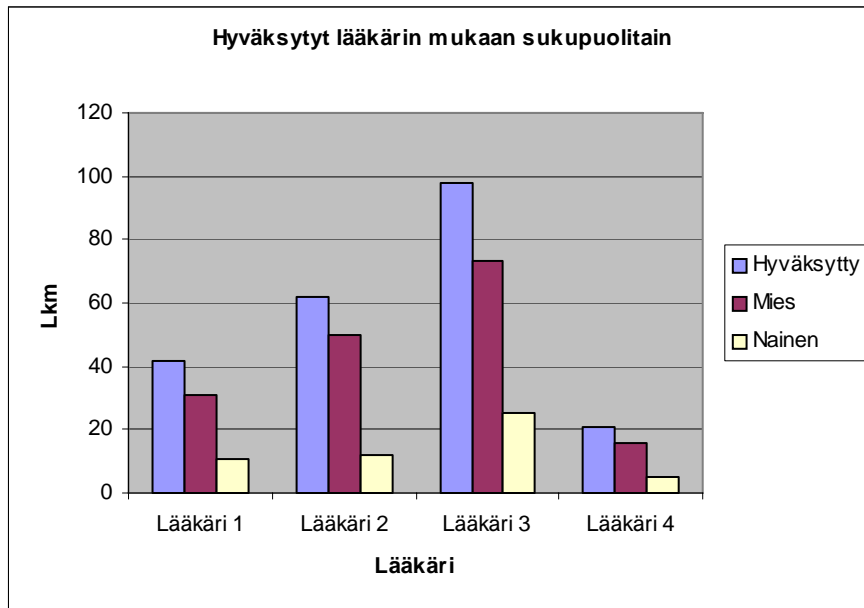
Taulukosta 13 on nähtävissä, että ”lääkäri 3” on tehnyt eniten lausuntoja, jotka ovat johtaneet eläkkeen läpimenoon; 85 % hänen lausunnoistaan on tuottanut myönteisen eläkepäätyksen. Muiden lääkäreiden lausunnoilla eläkkeen on saanut vain noin 55- 60 % hakeneista.

Hylättyjä eläkepäätyksiä on lääkäreiden ”1 ja 2” lausunnoilla tullut melko tasaisesti sekä miehille että naisille.



Kuvio 14. Hylätyt eläkelausunnot lääkärin mukaan sukupuolittain.

Hyväksytyissä eläkehakemuksissa on huomattavissa, että miehet ovat saaneet hyväksytyyn päätöksen useammin kuin naiset; noin kaksi kolmasosaa hyväksytyistä päätöksistä on tullut miehille. Suuntaus on samanlainen kaikilla lääkäreillä, mitään merkittävää eroa ei ole nähtävissä.



Kuvio 15. Hyväksytyt eläkelausunnot lääkärin mukaan sukupuolittain.

9.5 Lausuntolomakkeet

Edellä kappaleissa 6 ja 7 käydään läpi lääkäreille suunnattua lainsäädäntöä ja ohjeistusta lausuntokäytäntöihin liittyen. Kela suosittaakin lääkäreille, että pitkiin sairauslomiin ja eläke- sekä kuntoutushakemuksiin liittyvät lausunnot kirjoitettaisiin laajalle B2 –lausuntolomakkeelle. Tässä kappaleessa tarkastellaan nyt käsillä olevan aineiston perusteella, onko sillä, millaiselle lomakkeelle lääkäri on lausuntonsa kirjoittanut, ollut vaikutusta eläkepäätöksen läpimenoon.

Hylätyistä lausunnoista 41 on tehty suositusten mukaisesti B2-lomakkeelle, kolme lausuntoa on laadittu tekstinkäsittelyohjelmalla käyttäen suunnilleen samoja otsikoita kuin varsinaisissa B-lomakkeissakin. Muut lausunnot on laadittu B1-lomakkeelle. Huomioitavaa on, että ”lääkäri 2” on tehnyt lähes kaikki lausuntonsa B1 –lomakkeelle ja ”lääkäri 3” taasen B2 –lomakkeelle. Muut eli ryhmän 4 lääkärit ovat kaikki tehneet lausuntonsa suosituksena olevalle B2 –lomakkeelle.

| | Lääkäri 1 | Lääkäri 2 | Lääkäri 3 | Lääkäri 4 | Tot |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|
| Hylätty | 28 | 51 | 18 | 14 | 111 |
| Lausuntolomake 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Lausuntolomake 1 | 18 | 49 | 0 | 0 | 67 |
| Lausuntolomake 2 | 8 | 2 | 17 | 14 | 41 |

Taulukko 14. Hylättyjen lausuntojen määrä per lääkäri

Tarkasteltaessa hyväksytyjä lausuntoja, voidaan huomata, kuten jo edelläkin on esitetty, että eri lääkäreillä näyttää olevan erilainen käytäntö lausuntolomakkeen käytössä. Esimerkiksi ”lääkäri 2” näyttää käyttävän pääsääntöisesti B 1 – lausuntolomaketta, mutta hyväksytyjä eläkepäätöksiä on tullut silti. Toisaalta ”lääkäri 3” näyttää pääsääntöisesti käyttävän lomaketta B 2 ja hänen lausunnoillaan on tullut sekä hylättyjä että hyväksytyjä päätöksiä, hyväksytyjä kuitenkin enemmän.

| | Lääkäri 1 | Lääkäri 2 | Lääkäri 3 | Lääkäri 4 | Tot |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|
| Hyväksytty | 42 | 62 | 98 | 21 | 223 |
| Lausuntolomake 1 | 34 | 62 | 0 | 1 | 97 |
| Lausuntolomake 2 | 6 | 0 | 98 | 20 | 124 |

Taulukko15. Hyväksytyjen B 1 – ja B 2 –lausuntojen määrä per lääkäri

Hyväksytyistä lausunnoista noin 43 prosenttia on kirjoitettu B 1-lomakkeelle ja noin 57 prosenttia B 2 –lomakkeelle. Hyväksytyissä ei muunlaisia lomakkeita ollut käytössä.

Kaiken kaikkiaan B 1 –lausunnoilla on tullut 60 prosenttia hylkypäätöksistä, vajaa 3 prosenttia hylkyyn johtaneista lausunnoista oli kirjoitettu muulle kuin B-lomakkeelle ja loput eli noin 37 prosenttia hylätyistä oli kirjoitettu suositusten mukaiselle B 2 –lomakkeelle.

Lausuntolomakkeella näyttäisi siis olleen pientä merkitystä eli toisin sanoen hyväksytyistä suurin osa on kirjoitettu suositusten mukaiselle lausuntopohjalle B2 ja hylätyistä suurin osa on kirjoitettu suositusten vastaisesti lausuntopohjalle B1.

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Käsillä olevassa tutkimuksessa on siis pohdittu porilaisten Elma-asiakkaiden eläkkeiden hylkäämisten ja hyväksymisten syitä. Selvitettävänä kysymyksinä tässä tutkimuksessa on ollut eläkelausunnon teossa käytetyn lausuntolomakkeen ja lausunnon kirjoittaneen lääkärin valikoitumisen merkitys eläkkeen läpimenoon, millaisilla diagnooseilla Elma-asiakkaat eläkettä hakevat ja keitä nämä asiakkaat ovat.

Aineistosta on nähtävissä, että miehiä on lukumääräisesti huomattavasti enemmän hakemassa työkyvyttömyyseläkettä. Syyt, miksi työkyvyttömyyseläkkeelle hakeudutaan, ovat miehillä ja naisilla hieman erilaisia. Miehillä on enemmän alkoholisairauksiin liittyvää ja naisilla taasen tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin ja mielenterveyteen liittyvää problematiikkaa. Miehillä on keskimäärin useampia diagnooseja kuin naisilla eli heidän terveydelliset ongelmansa ovat moninaisempia kuin naisilla. Miehet hakeutuvat eläkkeelle myös hieman nuorempina kuin naiset ja heidän eläkehakemuksensa tulevat helpommin hyväksytyiksi. Tämän aineiston perusteella eläkkeiden hylkäysprosentti miesten kohdalla asettui samalle tasolle kuin valtakunnallisestikin, mutta naisten kohdalla hylkäysprosentti oli huomattavasti suurempi. Kaiken kaikkiaan tuloksista on nähtävissä se, että pitkään työttömänä olleet ovat kovasti sairaita. Elmaan toisaalta myös ohjautuu ne kaikkein sairaimmat työnhakijat.

Usein on siis käynyt niin, että eläkehakemukseen tulee hylkäävä päätös. Kysymyksiä herättävää on se, että lukuisten asiantuntijoiden (jotka ovat kyseisen asiakkaan nähneet henkilökohtaisesti, tutkineet ja todenneet työkyvyttömäksi) lausunnot eivät olekaan vakuutuslääkäreiden mielestä missään arvossa varsinaista eläkepääöstä tehtäessä; vai onko vika asiantuntijoissa ja heidän tavassaan dokumentoida tekemiään johtopäätöksiä?

Aineistoni perusteella näyttäisi olevan jonkin verran merkitystä sillä, mille lausunnolle (B 1 tai B 2) eläkelausunto on kirjoitettu. B 1 –lausunnolla kirjoitettu eläkelausunto antoi myönteisen päätöksen noin 40 prosentille hakeneista ja B 2 –lausunto noin 60 prosentille. Sen sijaan lääkärikohtaiset erot näyttäisivät muodostuvan merkittäviksi. Ei siis ole yhdentekevää, kuka lääkäri eläkelausunnon kirjoittaa; joillekin lääkäreille on ilmeisesti muodostunut sellainen ”maine”, että he tekevät kuin liukuhihnatyönä näitä eläkelausuntoja. Siitä syystä heidän lausunnoillaan tulee paljon hylkyjä, vaikka potilas, josta lausunto on tehty, olisi jonkun muun lääkärin lausunnolla saattanut hyväksytyin eläkepäätöksen saada.

Hylätyn eläkepäätöksen saaneiden kanssa useimmiten jatketaan työskentelyä; tehdään eläkevalituksia ja hankitaan lisälausuntoja valituksen tueksi. Toisinaan nämä asiakkaat jäävät vain odottamaan vaivojensa pahenemista työttömän työnhakijan statuksella. Työelämään paluu onnistuu tuskin keneltäkään. Nämä sairaut pitkäaikaistyöttömät ovat usein niin syrjäytyneitä ja monin eri tavoin sairaita, ettei työhönpaluu onnistu; eläkettä tuskin olisi muuten haettukaan.

Työpoliittisessa lainsäädännössä työnhakijan edellytetään olevan työkykyinen ja –haluinen. Nämä Elma-asiakkaat eivät sitä ole, mutta hylkypäätöksen saatuaan heillä ei ole muita vaihtoehtoja, kuin olla työttömänä työnhakijana. Työhallinto yrittää neuvotella sosiaalitoimen kanssa kaikkein vaikeimpien hylkytapausten siirtämisestä sosiaalitoimen asiakkaiksi, koska työttömän työnhakijan status ei missään tapauksessa ole oikea; joskus onnistuu, joskus ei.

Terveystieteiden sektorilla, mihin nämä asiakkaat ensisijaisesti kuuluisivat, aletaan vasta nyt käynnistämään pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia terveysongelmaisten pitkäaikaistyöttömien löytämiseksi.

Hylätyn eläkepäätöksen saaneen tilanne ei näytä kovin valoisalta; viranomaiset pallottelevat keskenään, kenelle asia kuuluu. Mutta, Elma jatkuu edelleen, määräaikaaisesti vuoden kerrallaan. Porin seudun työvoimatoimiston alueen pitkäaikaistyöttömistä on Elman kautta päässyt 31.3.2008 mennessä eläkkeelle 640 henkilöä. Kaiken kaikkiaan eläkehakemuksia on lähetetty eteenpäin 828

kappaletta. Eläkehakemuksiin on hankittu B –lausuntoja 1006 kappaletta. Kesken eläkeselvittelyn on ehtinyt kuolla 37 henkilöä (noin 4,5 prosenttia hakeneista!).

Tässä tutkimuksessa on vain hieman ”raapaistu pintaa” käsillä olleesta aineistosta. Mahdollisen jatkotutkimuksen aiheena voisi olla B-lausuntojen sisällöt; miten lääkärit ovat potilastaan sekä hänen sairauksiaan ja työkykyään kuvanneet. Toisaalta jatkopohdiskelun aiheena voisi olla myös se, mikä vaikutus eläkepäättöksen läpimenoon on sillä, että useimmissa tapauksissa asiakkaan asiaa hoitava virkailija tekee päätöksen siitä, kuka lääkäri lopullisen eläkelausunnon kirjoittaa.

LÄHTEET:

Aamulehti, 19.10.2005

Aho, S. (2004) Kroonisen työttömyyden laajuus, rakenne ja syntytausta. Työpoliittinen tutkimus 261/2004.

Burnard P, 1996: Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. Nurse Education Today.

Catanzaro M, 1988: Using qualitative analytical techniques. Teoksessa Woods N & Catanzaro M (eds.). Nursing Research: Theory and Practice. C.V. Mosby Company .

Gould, R & Nyman, H (2004) Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen monisteita 50, Eläketurvakeskus, Helsinki.

Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (2006) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 –tutkimuksen tuloksia. Hakapaino Oy. Helsinki.

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

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M., & Keskimäki, I. (2008). Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 14/2008.

Holm, P., Jalava, J., & Ylöstalo, P. (2006). Työttömien työkyky vuonna 2005. Työpoliittinen tutkimus 308/2006.

Järvikoski A & Härkäpää K (2001) Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa: Kallanranta T, Rissanen P & Vilkkumaa Ilpo (toim) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, s 30–41.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Nouko-Juvonen, Susanna (toim. 2001) Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö, Helsinki.

Karjalainen, V. & Melametsä, M. 2001, Työttömillekin työterveyspalveluja – hyvinvointipalvelun yhteinen tehtävä. Työpoliittinen aikakauskirja 2/2001. Artikkel.

Kontula, O., & Viinamäki, H., & Koskela, K. (1998). Köyhiä ja kipeitä. taloudellisen laman terveysvaikutuksia 1990-luvulla. Helsinki: Väestöliitto. Julkaisusarja D, 34/1998.

Krippendorff K, 1985: Content analysis. An Introduction to Its Methodology. Sage Publications.

Kyngäs H. & Vanhanen L, 1999, Sisällön analyysi, Hoitotiede-lehti nro 1/99. (3-12)

Leino-Arjas, P., Liira, J., Mutanen, P., Malmivaara, A., & Matikainen, E. (1999). Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. *Bmj*, 319, 600-605.

Lehmijoki, P 22.11.2006, Eläketurvakeskuksen työkyvyttömyysasian neuvottelukunnassa 25.10.2005 esitetty tilasto/Heidi Nyman [sähköposti]

Marshall C & Rossman G, 1995, Designin Qualitative Research. 2. ed. Sage Publications.

Mäkelä K, 1990, Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, Gaudeamus, Helsinki.

Taipale I, 2001, Sosiaalilääketieteellinen eläke-edellytysten selvittelyopas, Kustannus Oy Kunnia, Helsinki.

Virta, L, 2001, Työkyvyttömyyden lääketieteellisen arvioinnin vaikeudet ja eläkkeiden hylkääminen, Gummerus.

<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tt/01/04/index.html>.7.4.2008

<http://www.stm.fi/Resource.phx/socius/socius-22004/sivu3.htx>.7.4.2008.

<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Ika+ja+tyo/Yksilo/Toimintakyky/fyysinen+toimintakyky.htm>.7.4.2008

http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/taa_973_2000.htm31.1.2006

(<http://www.tyoelake.fi/page.asp?Section=10060> 26.1.2006).

(<http://www.pk-rh.com/> 14.2.2005).

(http://fi.wikipedia.org/wiki/Kvantitatiivinen_tutkimus.7.4.2008).

(www.jyu.fi/economics/ecampus/documents/kansikas_kvantitatiivinen_021003.ppt.7.4.2008).

http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=L%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rintodistuksia_koskevat_ohjeet

LIITTEET

Liite 1.

Tautiluokitus

- (1=) A00-B99 Tartunta- ja loistaudit
- (2=) C00-D48 Kasvaimet
- (3=) D50-D89 Veren ja verta muodostavien elinten sairaudet sekä eräät immuunimekanismin häiriöt
- (4=) E00-E90 Umpierityssairaudet, ravitsemussairaudet ja aineenvaihduntasairaudet
- (5=) F00-F99 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt
- (6=) G00-G99 Hermoston sairaudet
- (7=) H00-H59 Silmän ja sen apuelinten sairaudet
- (8=) H60-H95 Korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet
- (9=) I00-I99 Verenkierroelinten sairaudet
- (10=) J00-J99 Hengityselinten sairaudet
- (11=) K00-K93 Ruuansulatuselinten sairaudet
- (12=) L00-L99 Ihon ja ihonalaiskudosten sairaudet
- (13=) M00-M99 Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet
- (14=) N00-N99 Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet
- (15=) O00-O99 Raskaus, synnytys ja lapsivuoteus
- (16=) P00-P99 Eräät perinataaliaikana alkaneet tilat
- (18=) Q00-Q99 Synnynnäiset epämuodostumat, epämuotoisuudet ja kromosomipoikkeavuudet
- (19=) R00-R99 Muualla luokittelemattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeukselliset kliiniset ja laboratoriolöydökset
(lopun koodattu 100=)
- S00-S99 Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset
- V01-Y98 Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt
- Z00-Z99 Tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveystalvelujen tuottajiin



KANSANELÄKELAITOS

LÄÄKÄRINLAUSUNTO

sairauksista, hoidoista ja kuntoutuksesta sekä työkyvystä

B₁

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------|----------------------------------|
| Tutkittavan nimi | | Henkilötunnus | |
| Osoite ja puhelinnumero | | | |
| Ammatti | | Työnantaja | |
| Olen seurannut tutkittavan terveydentilaa alkaen: | Henkilökohtaisesti; pvm. | Asiakirjoista; pvm. | Miten henkilöllisyys on todettu? |

LAUSUNNON TARKOITUS

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sairausvakuutuslain mukainen päiväraha | <input type="checkbox"/> Erityiskorvattavat lääkkeet tai kliiniset ravintovalmisteet | <input type="checkbox"/> Kuntoutus |
| <input type="checkbox"/> Työkyvyttömyyseläke / Kuntoutustuki | <input type="checkbox"/> | |

1 SAIRAUSTIEDOT

1.1 Työkykyyn vaikuttavat sairaudet tärkeysjärjestyksessä (myös ICD-tautiluokituskoodit):

1.2 Esitiedot. Sairauden alkuvaiheet ja kehitys. Aikaisemmat tutkimukset, hoito ja kuntoutus sekä niiden vaikutus.

1.3 Tutkimushavainnot. Kliininen tutkimus; pvm. _____ Paino _____ kg Pituus _____ cm
Suoritus- ja toimintakykytutkimukset (asianmukaisesti lääkittynä), laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä muut tutkimukset.

1.4 Toimintakyky (mihin jokapäiväisen elämän toimintoihin tutkittava tehtyjen tutkimusten ja lääkärin arvion mukaan kykenee, myös mahdolliset sairauden aiheuttamat rajoitteet):

2 HOITO- TAI KUNTOUTUSSUUNNITELMA

- 2.1 Hoitosuunnitelma (esim. lääkehoito, leikkaushoito, psykoterapia).
- 2.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelma (esim. fysio- ja toimintaterapia, sopeutumisvalmennus, kuntoutustutkimus, kuntoutuslaitoshoito).
- 2.3 Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma (esim. työjärjestelyt työpaikalla, työkokeilu, työkliniikka- tai muu kuntoutustutkimus, ammatillinen koulutus tai valmennus) tai suunnitelman laadittaminen. Arvio ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta ja mahdollisuuksista. Kuntoutussuunnitelman laatija tai ehdotus laatijasta. Tutkittavan osallistuminen suunnitelmien laatimiseen ja suunnitelmien toteuttajataho.
Suunnitelmien tavoite ja aikataulu.

3 TYÖKYKYARVIO

- 3.1 Lääkärin käytössä olevat tiedot tutkittavan työnteosta ja työn luonteesta. Työhistoria ja nykyisen työn kuvaus. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus. Tutkittavan selviytyminen nykyisessä työssä.

- 3.2 Työkyky. Miten sairauden aiheuttama haitta vaikuttaa tutkittavan selviytymiseen nykyisessä työssä tai siihen läheisesti verrattavassa työssä. Mikä on tutkittavan jäljellä oleva työkyky. Miten esitettyjen hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden arvioidaan vaikuttavan työkykyyn (myös aikatauluarvio). Mikäli lausunnon laatija ei tunne tutkittavan työtä ja sen vaatimuksia riittävästi, tulee tässä arvioida minkätasoisin työsuorituksiin toimintakyky riittää.

3.3 Johtopäätökset:

- Pidän tutkittavaa työkykyisenä En ota kantaa työkykyyn
- Pidän tutkittavaa kykenemättömänä tekemään tavallista työtään tai siihen _____ alkaen määräaikaisesti _____ saakka
- läheisesti verrattavaa työtä toistaiseksi
-

4 ERITYISKORVATTAVAT LÄÄKKEET / KLIINISET RAVINTOVALMISTEET

- Sairaus (myös ICD-lautiluokituskoodi) _____ Todistus on voimassa hoidon osalta
- määräaikaisesti _____ saakka
- toistaiseksi

LÄÄKÄRIN ALLEKIRJOITUS

LIITTEITÄ KPL

Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta

Saikka ja aika _____

Lääkärin allekirjoitus ja leima tai nimen selvennys (toimipaikka)



KANSANELÄKELAITOS

LÄÄKÄRINLAUSUNTO

sairauksista, hoidoista ja kuntoutuksesta sekä työkyvystä

B₂

OSA 1 (2)

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------|----------------------------------|
| Tutkittavan nimi | | Henkilötunnus | |
| Osoite ja puhelinnumero | | | |
| Ammatti | | Työnantaja | |
| Olen seurannut tutkittavan terveydentilaa alkaen: | Henkilökohtaisesti; pvm. | Asiakirjoista; pvm. | Miten henkilöllisyys on todettu? |

LAUSUNNON TARKOITUS

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sairausvakuutuslain mukainen päiväraha | <input type="checkbox"/> Erityiskorvattavat lääkkeet tai kliiniset ravintovalmisteet | <input type="checkbox"/> Kuntoutus |
| <input type="checkbox"/> Työkyvyttömyyseläke / Kuntoutustuki | <input type="checkbox"/> | |

1 SAIRAUSTIEDOT

| |
|--|
| 1.1 Työkykyyn vaikuttavat sairaudet tärkeysjärjestyksessä (myös ICD-tautiluokituskoodit): |
| |
| 1.2 Esitiedot: a) sairauden alkuvaiheet ja kehitys b) aikaisemmat tutkimukset, hoito ja kuntoutus sekä niiden vaikutus |
| |

1.3 Tutkimushavainnot:

- a) kliininen tutkimus; pvm. _____ Paino _____ kg Pituus _____ cm
b) suoritus- ja toimintakykytutkimukset (asianmukaisesti lääkittynä), laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä muut tutkimukset

1.4 Toimintakyky (mihin jokapäiväisen elämän toimintoihin tutkittava tehtyjen tutkimusten ja lääkärin arvion mukaan kykenee, myös mahdolliset sairauden aiheuttamat rajoitteet):



| | |
|------------------|---------------|
| Tutkittavan nimi | Henkilötunnus |
|------------------|---------------|

2 HOITO- TAI KUNTOUTUSSUUNNITELMA

2.1 Hoitosuunnitelma (esim. lääkehoito, leikkaushoito, psykoterapia):

- suunnitelman tavoite ja aikataulu

2.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelma (esim. fysio- ja toimintaterapia, sopeutumisvalmennus, kuntoutustutkimus, kuntoutuslaitoshoito):

- suunnitelman tavoite ja aikataulu, toteuttajataho, tutkittavan osallistuminen suunnitelman laatimiseen

2.3 Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma (esim. työjärjestelyt työpaikalla, työkokeilu, työklänikka- tai muu kuntoutustutkimus, ammatillinen koulutus tai valmennus) tai suunnitelman laadittaminen:

- arvio ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta ja mahdollisuuksista
- kuntoutussuunnitelman laatija tai ehdotus laatijasta, tutkittavan osallistuminen suunnitelman laatimiseen
- suunnitelman tavoite ja aikataulu, toteuttajataho

3 TYÖKYKYARVIO

3.1 Lääkärin käytössä olevat tiedot tutkittavan työnteosta ja työn luonteesta:

- työhistoria ja nykyisen työn kuvaus
- työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus
- tutkittavan selviytyminen nykyisessä työssä

3.2 Työkyky:

- miten sairauden aiheuttama haitta vaikuttaa tutkittavan selviytymiseen nykyisessä työssä tai siihen läheisesti verrattavassa työssä
 - mikä on tutkittavan jäljellä oleva työkyky
 - miten esitettyjen hoito- tai kuntoutustoimenpiteiden arvioidaan vaikuttavan työkykyyn (myös aikatauluarvio)
- Mikäli lausunnon laatija ei tunne tutkittavan työtä ja sen vaatimuksia riittävästi, tulee tässä arvioida minkätasoisin työsuorituksiin toimintakyky riittää.

3.3 Johtopäätökset:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pidän tutkittavaa työkykyisenä | <input type="checkbox"/> En ota kantaa työkykyyn |
| <input type="checkbox"/> Pidän tutkittavaa kykenemättömänä tekemään tavallista työtään tai siihen läheisesti verrattavaa työtä _____ alkaen | <input type="checkbox"/> määräaikaisesti _____ saakka toistaiseksi |
| <input type="checkbox"/> | |

4 ERITYISKORVATTAVAT LÄÄKKEET / KLIINISET RAVINTOVALMISTEET

| | |
|---------------------------------------|---|
| Sairaus (myös ICD-tautiluokituskoodi) | Todistus on voimassa hoidon osalta |
| | <input type="checkbox"/> määräaikaisesti _____ saakka |
| | <input type="checkbox"/> toistaiseksi |

LÄÄKÄRIN ALLEKIRJOITUS

 LIITTEITÄ KPL

Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta

Paikka ja aika

Lääkärin allekirjoitus ja leima tai nimen selvennys (toimipaikka)