

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamiskorkeakoulu

**MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT KUNTOUTUSTARPEEN
AIHEUTTAJINA –
CASE TYÖELÄKEYHTIÖ
VARMA**

Vakuutustiede
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2013
Tekijä: Niina Haanpää

Ohjaajat:
Pauliina Havakka
Olli-Pekka Ruuskanen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamiskorkeakoulu: vakuutustiede
Tekijä:	HAANPÄÄ, NIINA
Tutkielman nimi:	Mielenterveyden häiriöt kuntoutustarpeen aiheuttajina – case työeläkeyhtiö Varma
Pro gradu –tutkielma:	102 sivua, 2 liitesivua
Aika	Huhtikuu 2013
Avainsanat:	mielenterveyden häiriö, masennus, työkyky, työeläkekuntoutus työkyvyttömyyseläke

Yhteiskuntamme väestörakenteen muuttuessa ja taloudellisen huoltosuhteen heikentyessä on alettu kiinnittää huomiota työurien pidentämiseen ja eläkejärjestelmän taloudelliseen kestävyYTEEN. Erityistä huolta aiheuttaa työikäisen väestön ennen aikainen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen. Yhteiskunnan muutos on saanut aikaan mielenterveyden häiriöiden ja erityisesti masennuksen merkityksen korostumisen työkyvyttömyyden aiheuttajana; mielenterveyden häiriöt ovat koko 2000-luvun ajan olleet suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairauspääryhmä. Työeläkevakuuttajien järjestämisen ja kustantaman ammatillisen kuntoutuksen eli työeläkekuntoutuksen keinoin voidaan hillitä työikäisen väestön työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ja tukea eläkejärjestelmän taloudellista kestävyyttä. Vaikka työeläkekuntoutuksen rooli on koko ajan kasvanut, ei sitä kyetä vielä mielenterveyden häiriöistä toipuvien kohdalla riittävän tehokkaasti hyödyntämään.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva Keskinäisen työeläkevakuutusyhtiö Varman mielenterveyden häiriöihin perustuvasta työeläkekuntoutuksesta. Ensimmäisen päätutkimusongelman ja sen alatutkimusongelman yhteydessä keskitytään tilastotiedon valossa tarkastelemaan Varman järjestämisen ja kustantaman kuntoutuspalveluohjelman vuonna 2009 päättäneiden kuntoutujien joukkoa ja heidän ajankohtaista työtilannettaan. Toiseen päätutkimusongelmaan vastaamalla pyritään laadullisin tutkimusmenetelmin täydentämään ensimmäisen päätutkimusongelman tuloksia. Kiinnostuksen kohteena tällöin ovat kuntoutujien kokemukset omasta kuntoutusprosessistaan sekä sen onnistumisesta tai epäonnistumisesta. Aineisto on kerätty haastatteleamalla 14 ensimmäisen tutkimusongelman aineiston perusjoukkoon kuuluvaa kuntoutujaa.

Tutkimuksessa todettiin, että Varma järjesti ja kustansi vuonna 2009 merkittävän osan (42 %) yksityisen työeläkesektorin mielenterveyden häiriöihin perustuvista kuntoutuspalveluohjelmista. Tyypillinen Varman mielenterveyskuntoutuja oli vähintään 45-vuotias nainen, joka tuli kuntoutuksen piiriin ilman taustalla ollutta työkyvyttömyyseläkemyöntöä. Kahden vuoden tarkastelujakson aikana oli työssäkäyvien kuntoutujien osuus hieman laskenut ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien noussut. Vuoden 2011 ansiorekisteritietojen mukaan ainakin osittain työelämässä oli 55 % kuntoutuksensa vuonna 2009 päättäneistä. Eläkkeellä sen sijaan oli 26 % ja työelämän sekä eläkkeen ulkopuolella 19 % kyseisen ryhmän mielenterveyskuntoutujista. Varman mielenterveyden häiriöihin perustuva kuntoutus oli tarkastelujaksolla muuta yksityistä työeläkesektoria tuloksellisempaa: keskimääräistä useampi kuntoutuja oli työelämässä ja harvempi työkyvyttömyyseläkkeellä. Myös haastatellut pitivät kuntoutustaan pääosin onnistuneena. Kehityskohteena nostettiin esiin esimerkiksi työterveyshuollon kuntoutustietouden parantaminen. Moni olisi ollut valmis palaamaan takaisin työelämään toteutunutta aikaisemminkin. Työeläkeyhtiön rooli jäi joillekin kuntoutujille tarkentumatta ja muutenkin eläkeyhtiö miellettiin varsin ulkopuoliseksi tahoksi. Tärkeimmäksi syyksi kuntoutuksen onnistumiselle kuntoutajat nostivat oman motivaationsa ja muut henkilökohtaiset ominaisuutensa, sairauden tilanteen ja mahdollisuuden asteittaiseen työhönpaluuseen.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
1.1 Tutkielman taustaa	6
1.2 Tutkimusongelmat.....	8
1.3 Rajaukset ja case-yrityksen esittely.....	9
1.4 Teoreettinen viitekehys	11
1.5 Keskeiset käsitteet	12
1.6 Tutkimusmetodologia.....	14
1.7 Aikaisemmat tutkimukset.....	16
1.8 Tutkielman rakenne.....	17
2 TYÖELÄKEKUNTOUTUS SUOMALAISESSA KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄSSÄ	19
2.1 Mitä kuntoutus on?.....	19
2.2 Suomen kuntoutusjärjestelmä	21
2.2.1 Toimijat	22
2.2.2 Parannusehdotuksia.....	26
2.3 Työeläkekuntoutus	27
2.3.1 Työeläkekuntoutuksen historia osana kuntoutusjärjestelmän historiaa	27
2.3.2 Myöntämisen edellytykset.....	31
2.3.3 Työeläkekuntoutuksen keinot	32
2.4 Työntekijän ja yrittäjän eläkelain mukainen työkyvyttömyyseläke.....	34
3 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT KUNTOUTUSTARPEEN AIHEUTTAJINA.....	37
3.1 Masennus.....	37
3.1.1 Diagnosointi	38
3.1.2 Taustatekijät ja yleisyys	40
3.1.3 Hoito.....	41
3.2 Muut mielenterveyden häiriöt	43
3.3 Mielenterveyden häiriöt, työkyvyttömyys ja kuntoutus.....	45
3.3.1 Mielenterveyden häiriöt suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja.....	45
3.3.2 Mielenterveyden häiriöt eivät korostu työeläkekuntoutuksessa.....	48
3.4 Kuntoutustarpeen havaitseminen ja kuntoutuksen käynnistyminen	51
4 VARMAN TYÖELÄKEKUNTOUTUS LUKUINA.....	55
4.1 Aineiston kuvaus ja analysointi.....	55
4.2 Katsaus Varman työeläkekuntoutukseen vuonna 2009.....	58
4.3 Varman mielenterveysperusteinen työeläkekuntoutus vuonna 2009	60
4.4 Varman mielenterveyskuntoutujien työtilanne vuoden 2009 lopussa.....	64
4.5 Varman mielenterveyskuntoutujien työtilanne vuoden 2011 lopussa.....	68
4.6 Pohdintaa.....	73
5 KUNTOUTUSPROSESSIN ETENEMINEN KUNTOUTUJAN NÄKÖKULMASTA	76
5.1 Aineiston keruu	77
5.2 Aineiston käsittely ja analysointi	80
5.3 Haastattelujen tulokset	81
5.3.1 Kuntoutusaloitteen teko.....	81
5.3.2 Kuntoutuspäätös	85
5.3.3 Kuntoutussuunnitelman toteutusprosessi	88

5.3.4 Seuranta ja työllistyminen	91
5.3.5 Kuntoutuksen jälkeen	94
5.4 Pohdintaa	99
6 PÄÄTELMÄT	101
6.1 Tutkimusongelmiin vastaaminen ja jatkotutkimusehdotuksia	101
6.2 Tutkimuksen arviointia	106
6.3 Lopuksi.....	107
LÄHTEET.....	109
LIITE 1: ENNAKKOTIETOKIRJE.....	115
LIITE 2: HAASTATTELURUNKO	116

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

KUVIOT

KUVIO 1 Varman uudet työkyvyttömyyseläkkeet ja kuntoutujat 2008-2012	11
KUVIO 2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys	12
KUVIO 3 Kuntoutus jälkihoidollisena, korjaavana toimintaja	28
KUVIO 4 Varhaiskuntoutuksen periaate	29
KUVIO 5 Yksityisellä sektorilla vuosina 1984-2010 alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet eräissä mielenterveyden häiriöiden ryhmissä	46
KUVIO 6 Kuntoutuksen taustalla oleva diagnoosi sukupuolen mukaan, 2009, Varma.....	61
KUVIO 7 Kuntoutuksen taustalla oleva diagnoosi iän mukaan, 2009, Varma	61
KUVIO 8 Tilanne ennen kuntoutusta sukupuolen mukaan, 2009, Varma ja muu yksityinen työeläkesektori	63
KUVIO 9 Tilanne vuoden 2009 lopussa kuntoutuksen alkutilanteen mukaan, Varma	67
KUVIO 10 Tilanne vuoden 2009 lopussa kuntoutuksen alkutilanteen mukaan, yksityinen työeläkesektori	68
KUVIO 11 Työtilanne vuosina 2009 ja 2011, mielenterveyden häiriöt, Varma	70
KUVIO 12 Tilanne vuoden 2011 lopussa: vertailussa mielenterveyden häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet, Varma	72
KUVIO 13 Tilanne vuoden 2011 lopussa, Varma vs. yksityinen työeläkesektori	73
KUVIO 14 Tyypillisen ammatillisen kuntoutusprosessin vaiheet.....	77
KUVIO 15 Vuoden 2009 aikana työeläkekuntoutuksensa päättäneiden mielenterveys- kuntoutujien tilanne vuoden 2011 lopussa, Varma	94

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Suomen kuntoutusjärjestelmän toimijat	23
TAULUKKO 2 Masennuksen oirekriteerit	39
TAULUKKO 3 Työeläkejärjestelmän kuntoutus(KM)- ja työkyvyttömyyseläkemyönnöt(KM) vuonna 2006 sairauspuuryhmän mukaan, %	49
TAULUKKO 4 Kuntoutustoiminnan vertailua, Varma ja muu yksityinen työeläkesektori	59

1 JOHDANTO

1.1 Tutkielman taustaa

Työurien pidentäminen ja eläkejärjestelmän taloudellinen kestävyys on saanut paljon painoarvoa viimeaikaisessa julkisessa keskustelussa. Taloudellisen huoltosuhteen ja julkisen talouden tasapainon heikentyessä korostuu työikäisen väestön työelämässä pysymisen tärkeys entistään. Keskeisenä huolena on työikäisen väestön ennen aikainen eläkkeelle siirtyminen. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota juuri työelämän kehittämiseen ja työurien pidentämiseen. Esimerkkeinä työurien pidentämisestä ja työkyvyttömyyden ehkäisemisestä on mainittu kuntoutuksen tehostaminen. Erityisesti mielenterveyshäiriöiden hoitoon ja työelämään paluun helpottamiseen olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Oikea-aikainen ja viivytyksetön kuntoutus on otettava osaksi vajaakuntoisten hoito- ja työhönpaluu prosessia. (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011)

Työntekijöiden voimakas siirtyminen perinteisistä suorittavista ammateista kohti palvelu- ja tietoyhteiskuntaa aikaansaa mielenterveyden syiden korostumisen työkyvyttömyyden aiheuttajina. Sosiaalisten ja kognitiivisten vaatimusten lisääntyminen sekä työelämän jatkuva muutos ja hektisyys tuovat mielenterveyden ongelmat helpommin myös työnteon esteeksi. Vaikka masennus sairautena ei olekaan yhteiskunnassamme yleistynyt, aiheuttavat masennuksen oireet nykypäivän työntekijälle suuremman haasteen kuin menneinä vuosikymmeninä. Masennukselle tyypillisten oireiden kuten keskittymiskyvyn, tarkkaavaisuuden ja muistin heikentymisen sekä uusien asioiden omaksumiskyvyn puute vaikeuttavat nykypäivän työelämässä selviämistä. (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011, 13)

Mielenterveyden häiriöt ovat olleet 2000-luvun alusta saakka tärkein työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Esimerkiksi vuonna 2009 lähes 40 prosentilla työkyvyttömyyseläkettä työeläkkeinä saaneista vajaakuntoisuuden taustalla oli mielenterveyden häiriö. Huolestuttavaa on, että työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on viimeisen 20 vuoden aikana vähentynyt huomattavasti, mutta mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on samaan aikaan lisääntynyt. Tämän lisäksi mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet alkavat keski-

määräistä nuorempana ja niitä maksetaan keskimääräistä pidempään. Esimerkiksi vuonna 2009 mielenterveyshäiriöisistä työkyvyttömyyseläkkeen saajista alle 50-vuotiaita oli hieman alle puolet, kun taas tuki- ja liikuntaelinsairaista tähän ikäryhmään kuului ainoastaan 17 prosenttia. (Hiltunen & Kiviniemi 2010, 25)

Suurin yksittäinen työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa on masennus. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana masennuksen aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kaksinkertaistunut, toisin kuin muiden mielenterveyshäiriöiden aiheuttamien eläkkeiden määrä. Vuoden 2010 lopussa oli masennusperusteisella työkyvyttömyyseläkkeellä yhteensä 38 200 henkilöä, joka on 14 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkeläisistä. Samana vuonna masennusperusteinen eläkemeno oli 523 miljoonaa euroa. (Masto-hankkeen loppuraportti 2011; 3, 11–12) Muita sairausryhmiä suurempi osuus masennusperusteisista työkyvyttömyyseläkkeistä alkaa määräaikaikaisina kuntoutustukina, mutta muuttuu myöhemmin toistaiseksi myönnettyiksi työkyvyttömyyseläkkeiksi. (Gould, Grönlund, Korpiluoma, Nyman & Tuominen 2007, 48–50)

Entistä toimivamman ja paremmin suunnatun työeläkekuntoutuksen keinoin olisi mahdollista hillitä edellä kuvattua huolestuttavaa kehityskulkua kohti mielenterveyshäiriöisten ja erityisesti masennuksen takia vajaakuntoisten työelämästä pysyvästi syrjäytymistä. Työeläkekuntoutuksen keinoin voidaan tukea vakuutetun työssä jatkamista sairaudestaan huolimatta sekä auttaa työnantajia huolehtimaan henkilöstön sairausperusteisista riskeistä ja henkilöstön riittävästä määrästä. Työeläkekuntoutus tukee myös laajemmassa mittakaavassa yhteiskunnallista tavoitetta työurien pidentämisestä ja auttaa hillitsemään eläkemaksujen nousupaineita. (Kiviekäs 2012) Sen lisäksi, että työeläkekuntoutuksen keinoin päästään puuttumaan mielenterveyden häiriöiden yhteiskunnalle ja yrityksille aiheuttamiin haasteisiin, voidaan sillä myös helpottaa mielenterveyden häiriön aiheuttamaa sairastuneen henkilön subjektiivista kärsimystä ja tukea hänen integroitumistaan takaisin yhteiskuntaan sairausjakson jälkeen.

Vaikka työkyvyttömyyseläkemyönnoissä mielenterveyden häiriöt, erityisesti masennus, korostuvat, ei sama päde työeläkekuntoutusmyöntöihin. Ammatillista kuntoutusta ei kyetä vielä masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden kohdalla hyödyntämään yhtä tehokkaasti kuin muiden sairausryhmien ollessa vajaakuntoisuuden aiheuttajana. Tämä on huolestuttavaa, sillä yleisesti masennusta pidetään parannettavissa olevana sairautena, jonka työkykyä heikentävä vaikutus on vain väliaikainen (www.kaypahoito.fi/ 2012a). Tässä tutkimuksessa keskity-

tään tarkastelemaan mielenterveyden häiriöitä kuntoutustarpeen aiheuttajina. Tutkimuksen tarkoituksena on omalta osaltaan lisätä tietoutta mielenterveysperusteisesta työeläkekuntouksesta ja auttaa sen kehittämisessä.

1.2 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva Varman mielenterveyshäiriöihin perustuvasta työeläkekuntouksesta. Aihetta tarkastellaan sekä tilastotietojen valossa että kuntoutujien itsensä kokemana. Kokonaiskuva pyritään muodostamaan etsimällä vastauksia kahteen päätutkimusongelmaan ja yhteen alatutkimusongelmaan. Ensimmäisen päätutkimusongelman ja sen alatutkimusongelman tavoitteena on tarkastella Varman kuntoutustoimintaa tilastotiedon valossa ja tätä kautta saada yleiskäsitys tutkimuksen kohteesta. Tätä käsitystä tarkennetaan toisen päätutkimusongelman avulla. Sen tavoitteena on perehtyä tarkemmin yksittäisiin kuntoutusprosesseihin ja saada kuntoutujien ääntä kuuluviin.

- **TUTKIMUSONGELMA 1:** Millaista oli Varman työeläkekuntoutus vuonna 2009?
 - **Alatutkimusongelma:** Mikä on kuntoutujien ajankohtainen työtilanne?

Ensimmäisen päätutkimusongelman tavoitteena on kuvailla Varman kuntoutustoimintaa vuonna 2009 ja suhteuttaa sitä muun yksityisen työeläkesektorin harjoittamaan kuntoutustoimintaan. Tarkastelun keskiössä ovat kyseisenä vuonna kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneet mielenterveyskuntoutujat. Tämä tarkastelu luo pohjaa alatutkimusongelmaan vastaamiselle. Alatutkimusongelmassa ollaan kiinnostuneita edellä mainitun kuntoutujaryhmän kuntoutuksen tuloksellisuudesta. Sen tarkoituksena on selvittää kuntoutujien ajankohtaista elämäntilannetta kuntoutusvuoden lopussa ja kaksi vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Tarkastelussa kiinnitetään huomiota erityisesti kuntoutujien työssäkäyntiin. Paremman yleiskäsityksen saamiseksi Varman mielenterveyskuntoutujien työtilannetta verrataan sekä tuki- ja liikuntaelinsairaiden että muun yksityisen työeläkesektorin mielenterveyskuntoutujien ajankohtaiseen työtilanteeseen. Ensimmäiset tutkimusongelmat luovat pohjaa toista päätutkimusongelmaa silmälläpitäen.

- **TUTKIMUSONGELMA 2:** Miten kuntoutujien kuntoutusprosessit ovat onnistuneet?

Toisen tutkimusongelman tavoitteena on kartoittaa kuntoutusprosessien sujumista kuntoutujien omasta näkökulmasta ja selvittää syitä niiden onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Mielinkiinto kohdistuu niihin henkilöihin, joille on myönnetty työeläkekuntoutus nimenomaan masennuksen perusteella. Nämä kuntoutajat ovat suppeampi näyte ensimmäisen tutkimusongelman perusjoukosta eli Varman mielenterveyskuntoutujista. Haastatteluissa keskitytään aiemmasta tutkimuksesta kumpuaviin tema-alueisiin, joita ovat kuntoutukseen ohjautuminen, tiedonsaanti, kuntoutuksen oikea-aikaisuus, kuntoutussuunnitelman laadinta sekä tuki kuntoutusprosessin aikana. Tutkimusongelman yhteydessä tarkastellaan myös, millainen on haastateltujen työtilanne kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Toisen tutkimusongelman avulla saadaan kuntoutujien ääni kuuluviin melko kvantitatiivisessa työeläkekuntoutuksen tutkimuksen kentässä. Haastattelujen avulla päästään myös syvemmälle ja konkreettisemmalle tasolle ensimmäisen tutkimusongelman yhteydessä analysoituun aineistoon.

1.3 Rajaukset ja case-yrityksen esittely

Tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan työeläkelakien mukaista ammatillista kuntoutusta. On aiheellista keskittyä ainoastaan työeläkekuntoutukseen, koska esimerkiksi vuonna 2007 työeläkejärjestelmän masennukseen perustuva työkyvyttömyyseläkemenot oli 413 miljoonaa euroa, kun taas Kansaneläkelaitoksen vastaava meno oli ainoastaan 78 miljoonaa euroa (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008, 13). Tätä suurta eläkemenoa olisi työeläkekuntoutuksen keinoin mahdollista pienentää.

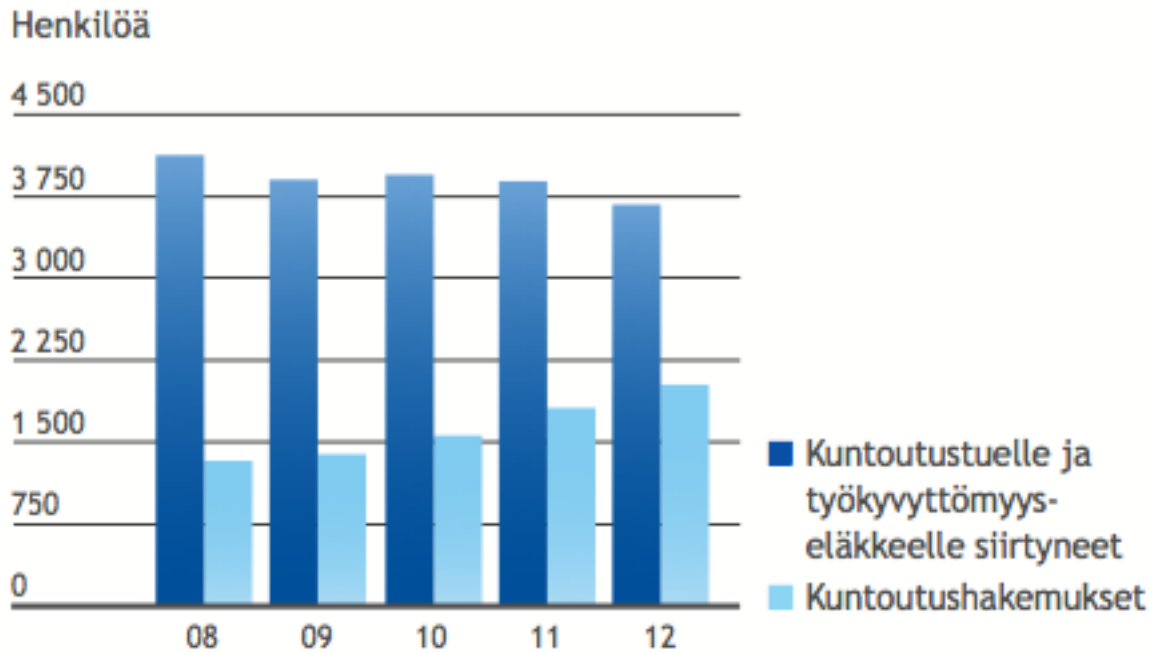
Tutkimuksen pääfokus on siis nimenomaan työeläkejärjestelmän järjestämässä ja rahoittamassa ammatillisessa kuntoutuksessa. Tutkielman teoriaosuudessa selvitetään lyhyesti myös kuntoutusjärjestelmää laajemmin, sillä se on välttämätöntä järjestelmän monimutkaisuuden ja siitä kumpuavien ongelmien hahmottamiseksi. Se auttaa myös ymmärtämään tutkielman empiiriseen osioon haastateltujen henkilöiden kokemia kuntoutusprosessin ongelma-alueita paremmin. Pääpaino teoriassa annetaan kuitenkin työeläkekuntoutukselle. Tutkimuksessa ei ole tarkoitus etsiä vastauksia pitkäaikaistyöttömien tai muuten työelämästä syrjäytyneiden mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden takaisin työelämään aktivoimiseen. Empiirinen

osuus käsittelee pelkästään työeläkekuntoutusta ja päämielenkiinto kohdistuu työeläkeyhtiö Varman järjestämään ja rahoittamaan kuntoutukseen. Suuren kokonsa vuoksi sen aineistosta saadaan edustava otos vuonna 2009 ammatillisen kuntoutuksensa päättäneistä mielenterveyshäiriöiden takia työeläkekuntoutetuista henkilöistä.

Ensimmäisen tutkimusongelman yhteydessä keskitytään tarkastelemaan niitä henkilöitä, joiden työeläkekuntoutusmyöntö perustuu mielenterveyden häiriöön. Sen sijaan toisessa tutkimusongelmassa mielenkiinnon kohteena ovat työeläkekuntoutujat, joiden työeläkekuntoutusmyönnön taustalla on joko masennus (F32) tai toistuva masennus (F33) ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Edellytyksenä on myös, että näiden kuntoutujien kuntoutus on päätynyt vuoden 2009 aikana. Vuonna 2009 työeläkekuntoutuksensa päättäneiden henkilöiden tutkiminen on perusteltua, koska on laskettu, että työeläkekuntoutus maksaa itsensä takaisin keskimäärin 1,6 vuodessa (Saarnio 2012, 32). Mikäli henkilö on siis vielä vuoden 2011 lopussa työelämässä, voidaan karkeasti arvioida, että kuntoutus on ollut kannattavaa.

Tämän tutkimuksen case-yrityksenä on Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma. Varman yhteiskunnallisena tehtävä on hoitaa yksityisten yritysten sekä yrittäjien lakisääteistä työeläketurvaa. Se on Suomen suurin työeläkeyhtiö vakuutusmaksutulolla mitattuna ja toiseksi suurin vakuutettujen määrällä mitattuna (Työeläke 3/2012, 6). Se on myös maan suurin yksityinen sijoittaja. Vuonna 2012 Varmalla oli yhteensä 539 700 TyEL- ja YEL-vakuutettua¹. Samana vuonna se maksoi eläkkeitä 4,5 miljardia euroa. Yhtiömuodoltaan Varma on keskinäinen yhtiö, eli sen omistajina ovat yhtiön yritys- ja yrittäjäasiakkaat, vakuutetut työntekijät sekä takuupääoman omistajat. (Varman vuosikertomus 2012, 6-9)

¹ vertaa: Ilmarinen 571 717 TyEL- ja YEL-vakuutettua (Ilmarisen vuosikertomus 2011, 38)



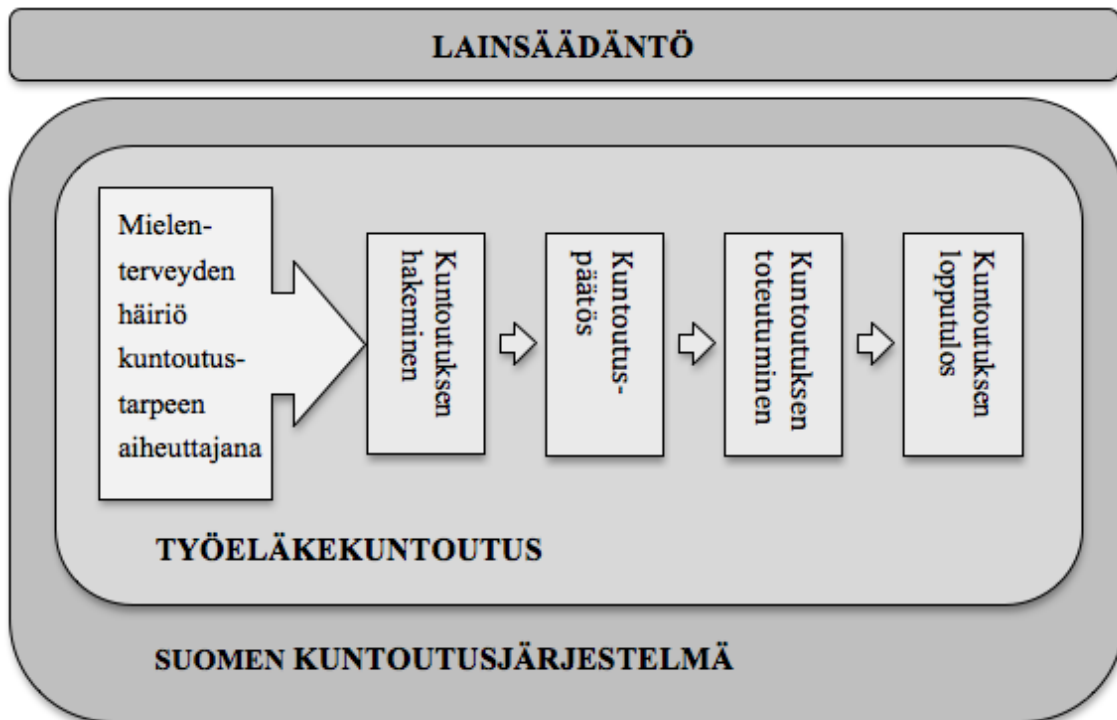
KUVIO 1 Varman uudet työkyvyttömyyseläkkeet ja kuntoutujat 2008-2012 (Varman vuosikertomus 2012, 24)

Toiminnassaan Varma kiinnittää erityistä huomiota sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden ehkäisyyn asiakasyrityksissään panostamalla työkykyjohtamiseen sekä kuntoutustoimintaan. Kuten kuvioista 1 nähdään, on työkyvyttömyyseläkkeiden määrä Varman asiakasyrityksissä ollutkin jo useamman vuoden laskussa kuntoutushakemusten määrän samanaikaisesti lisääntyessä. (Varman vuosikertomus 2012, 6-25) Esimerkiksi tarkastelun kohteena olevana vuonna 2009 Varmassa päättyi 1 075 henkilön kuntoutuspalveluohjelma. Tämä on noin 36 % koko yksityisellä työeläkesektorilla kyseisenä vuonna päättyneistä kuntoutuspalveluohjelmista. (Ks. tutkielman empiirinen osio)

1.4 Teoreettinen viitekehys

Kuviossa kaksi esitellään tutkimuksen teoreettinen viitekehys, jonka tarkoituksena on kuvata tutkimuksen teoreettista lähestymistapaa. Tutkielman teoriaosuus rakentuu hyvin pitkälti kuviossa mainittujen elementtien varaan. Siitä nähdään, että työeläkekuntoutus on osa Suomen kuntoutusjärjestelmää. Se on luonteeltaan ammatillista kuntoutusta, jonka kohderyhmänä on työelämään vakiintunut aikuisväestö. Työeläkekuntoutusta järjestävät ja kustantavat työeläkevakuuttajat kuten tämän tutkimuksen case-yritys Varma. Kutakin kuntoutusjärjestelmän toi-

mijaa sitoo oma lainsäädäntönsä, mutta niille on säädetty myös yhteistyövelvollisuus. Työeläkeyhtiöiden kuntoutustoiminnasta säädetään työntekijän ja yrittäjän eläkelaeissa.



Kuvio 2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Tässä tutkimuksessa erityismielenkiinto kohdistuu kuvion kaksi mukaisesti mielen-terveyden häiriöihin vajaakuntoisuuden aiheuttajina ja kuntoutustarpeen käynnistäjinä. Tutkielman teoreettisessa osuudessa korostetaan erityisesti masennuksen merkitystä, muihin tärkeimpiin vajaakuntoisuutta aiheuttaviin mielen-terveyden häiriöihin luodaan ainoastaan lyhyt katsaus. Itse kuntoutusprosessi koostuu Saarniota (2012, 3) mukailleen neljästä vaiheesta: kuntoutuksen hakemisesta, kuntoutusoikeuden ratkaisemisesta, kuntoutuksen toteutuksesta ja sen tuloksesta. Kaikkia näitä kuntoutusprosessin osa-alueita tarkastellaan tutkielman teoriaosuudessa laajemmin.

1.5 Keskeiset käsitteet

Tutkielman keskeisimpiä käsitteitä ovat ammatillinen kuntoutus, työeläkekuntoutus, mielen-terveyden häiriö, masennus, työkyky ja työkyvyttömyyseläke. Nämä käsitteet on määritelty lyhyesti alla. Muut tutkielmassa esiintyvät käsitteet on selitetty niiden esiintyessä tekstissä.

Ammatillinen kuntoutus: Prosessi, jonka avulla vajaakuntoiset henkilöt saavat tai säilyttävät sopivan työn ja etenevät siinä. Tarkoituksena on tämän prosessin avulla edistää henkilöiden integroitumista tai uudelleenintegroitumista yhteiskuntaan. (ILO 2002, 4). Kyseessä on tavoiteperusteinen ammatillisen kuntoutuksen määritelmä, jossa ammatilliseksi kuntoutukseksi mielletään sellainen kuntoutustoiminta, joka tavoittelee työhön pääsemistä, siihen palaamista tai siinä pysymistä (Järvikoski, Härkäpää & Gould 2012, 14).

Työeläkekuntoutus (myös työeläkelakien mukainen kuntoutus): Työeläkevakuuttajien järjestämää ja kustantamaa ammatillista kuntoutusta, jonka päämääränä on vähentää työkyvyttömyyttä ja mahdollistaa ansiotyössä jatkaminen diagnosoidusta sairaudesta, viasta tai vammasta huolimatta. Työeläkekuntoutus on aina ammatillista, yksilöllistä ja tarkoituksenmukaista. (www.tela.fi 2012)

Mielenterveyden häiriö: Kliinisesti merkitsevä yksilön käyttäytymiseen liittyvä tai psyykinen oirekokonaisuus. Siihen liittyy: 1) ajankohtaista haittaa joko oireina tai toimintakyvyn heikentymisenä, tai 2) merkittävästi lisääntynyt kuoleman vaara tai vaara kärsiä kivusta, toimintakyvyn haitasta tai vapauden menetyksestä. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR 2000, xxxi)

Masennus: Hyvinvointia ja toimintakykyä haittaava, diagnosoitavissa oleva lyhytkestoista masentunutta mielialaa vakavampi masentuneisuuden tila. Masennusdiagnoosit jaetaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella. Masennusdiagnoosin vaikeusaste korreloi yleensä selvästi toimintakyvyn heikkenemisen kanssa. (Isometsä 2008a, 160)

Työkyky: Työkyvyn tasapainomallin mukaan työkyky muodostuu yksilöllisten edellytysten ja työn fyysisten ja psyykkisten vaatimusten välisestä suhteesta. Kun työkyky on hyvä, ovat yksilön toimintakyky ja työn vaatimukset tasapainossa keskenään. Työkyvyn aleneminen indikoi häiriötä tässä suhteessa. (Mäkitalo & Palonen 1994, 158)

Työkyvyttömyyseläke: Työeläkejärjestelmän mukaisella työkyvyttömyyseläkkeellä korvataan sairaudesta, viasta tai vammasta johtuvan, vähintään vuoden kestävästä työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiotulojen menetystä. Työkyvyttömyyseläke myönnetään joko määräajaksi kun-

toutustukena tai toistaiseksi joko osana tai täytenä eläkkeenä. (Rantala & Pentikäinen 2009, 308–309)

1.6 Tutkimusmetodologia

Ensimmäinen ja toinen tutkimusongelma ovat luonteeltaan varsin erilaisia niin aineistonsa kuin sovellettavien tutkimusmenetelmienkin osalta. Toisaalta ne myös tukevat toisiaan ja tarjoavat eri näkökulman samaan ilmiöön. Seuraavassa luodaan yleisluontoinen katsaus tutkimusmetodologiaan, mutta tutkimusongelma-kohtaisiin tutkimusmenetelmiin ja -aineistoihin paneudutaan tarkemmin niitä käsittelevien lukujen alussa.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran mukaan tutkimukselle on aina asetettu tietty tarkoitus tai tehtävä, joka ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimus voi olla tarkoitukseltaan kuvaileva, selittävä, ennustava tai kartoittava. Kuvaileva tutkimus esittää tarkkoja kuvauksia ja dokumentoi ilmiön keskeisiä sekä kiinnostavia piirteitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 137–139) Tämän tutkimuksen ensimmäisen tutkimusongelman tehtävänä on kuvailla tilastojen valossa rajattuun ryhmään kuuluvia kuntoutujia ja Varman kuntoutustoimintaa. Puhtaan kuvailun lisäksi siihen sisältyy myös selittäviä piirteitä. Toinen tutkimusongelma on tarkoitukseltaan ensimmäistä tutkimusongelmaa enemmän selittävä, koska sen avulla pyritään löytämään selityksiä ensimmäisen tutkimusongelman tilastotiedoille ja kuntoutusprosessien onnistumiselle. Uusitalon mukaan kuvailevan ja selittävän tutkimuksen tavoitteiden erottaminen ei tosin useinkaan ole helppoa eikä liiemmin kovin tärkeää. (Uusitalo 1991, 63) Koska yksi tutkimus voi sisältää useita tutkimusongelmia, tulisi yksittäisen tutkimusongelman tarkoituksen määrittää se, mitä tutkimusstrategiaa siihen käytetään (Hirsjärvi & Hurme 2011, 27). Tutkimusongelmien tehtäviä avataan vielä edellistä laajemmin niiden tuloksia raportoivissa pääluvuissa.

Tutkimus voi olla luonteeltaan kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen. Alun perin luonnontieteiden piirissä luodussa kvantitatiivisessa tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena ovat eritoten yleispätevät syyn ja seurauksen lait. Sen taustalla vaikuttaa realistinen ontologia, jonka taustalla on oletus siitä, että todellisuus rakentuu kovista, objektiivisesti todennettavista tosiasioista. Laadullisessa tutkimuksessa sen sijaan ollaan kiinnostuneita todellisen elämän kuvaamisesta ja ihmistä itseään käytetään ainutlaatuisena tiedonkeruun instrumenttina. (Hirsjärvi ym.

2009, 139–165) Brymanin mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan suhde tutkittavaan on etäinen sekä ulkopuolinen ja menetelmällisiltä ratkaisuiltaan tutkimus on strukturoitu. Aineisto on luonteeltaan kovaa sekä luotettavaa ja tutkimus on teoriaa varmistava. (Bryman 1988, 94) Tarkoituksena on siis pääasiassa vahvistaa olemassa olevaa tietoa eikä niinkään löytää uutta tietoa tai kehittää teoriaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 49). Melko päinvastoin laadullinen tutkimus taas on kuvattu teoriaa luovaksi ja aineistoltaan rikkaaksi ja syväksi. Tutkijan suhde tutkittavaan on siinä läheinen ja tutkimusmenetelmät ovat strukturoimattomia. Näiden kahden tutkimustyyppin erottelun perusta on syvällä tieteenfilosofiassa ja metodologiassa. (Bryman 1988, 94) Toisin kuin usein ajatellaan, kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus eivät ole toisiaan poissulkevia tutkimuksen muotoja vaan parhaimmillaan ne täydentävät toisiaan. Aina niitä ei voi edes tarkasti erottaa toisistaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 136)

Järvikosken & Härkäpään mukaan monia kuntoutustutkimuksen ongelmia on hyödyllistä lähestyä sekametodisella tutkimusotteella. Moninaiset tutkimusmenetelmät tuottavat erilaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja erojen analysointi tuo lisää näkökulmia kuntoutuksen ja kuntoutumisen ymmärtämiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 289–290)

Sekametodinen tutkimus yhdistelee sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tiedonkeru- ja analysointimenetelmiä. Menetelmätasolla näitä kahta menetelmää voidaan yhdistää monella eri tavalla. Menetelmät voidaan esittää peräkkäin, rinnakkain tai sisäkkäin. Tässä tutkimuksessa menetelmät esiintyvät peräkkäin siten, että ensin tulee kvantitatiivinen osio ja sitä seuraa kvalitatiivinen osa. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan tällöin voidaan kvantitatiivisesta aineistosta löytää ryhmä, jota tutkitaan tarkemmin kvalitatiivisella menetelmällä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 29-31) Sekametodista tutkimusta voidaan jaotella myös menetelmien tehtävien suhteen. Menetelmiä voidaan käyttää varmentamaan, täydentämään, laukaisemaan tai kuvailemaan toisiaan. Tässä tutkimuksessa menetelmien tehtävä on täydentää toisiaan. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan tällöin menetelmät suunnitellaan kattamaan tutkimuksen eri osa-alueita jo alusta alkaen, jolloin ne täydentävät toisiaan. Sekametodisella tutkimuksella ei tässä tutkimuksessa niinkään pyritä varmentamaan tuloksia eli hyödyntämään triangulaation periaatetta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 31–32)

1.7 Aikaisemmat tutkimukset

Työeläkekuntoutus sijoittuu teorialähtökohdiltaan muun muassa vakuutustieteen, kuntoutustieteen ja lääketieteen leikkauskohtaan. Tutkielman teoriaosuus perustuukin pitkälti kuntoutusjärjestelmää, työeläkekuntoutusta sekä mielenterveyshäiriöitä ja erityisesti masennusta käsittelevistä sähköisistä lähteistä ja kirjallisuuslähteistä. Tutkimuksen aihealuetta sivuten on tehty runsaasti tutkimusta varsinkin Eläketurvakeskuksen toimesta. Myös sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntoutussäätiö ovat antaneet oman panoksensa tutkimukseen. Ammatillista kuntoutusta on niin ikään tutkittu usean eri koulutusalan näkökulmasta eri puolella Suomea tehdyissä pro gradu –tutkielmissa. Pääosa lähdeaineistosta on suomenkielistä, sillä työeläkekuntoutus on pitkälti sidoksissa maakohtaiseen lainsäädäntöön.

Työeläkekuntoutuksen tutkimus on viime aikoina painottunut kvantitatiivisiin tilasto- ja rekisteriseurantoihin. Eniten aihealueen tutkimustietoa tuottaa Eläketurvakeskus. Tämän tutkielman kannalta kaksi tärkeintä viimeaikaista tutkimusta esitellään seuraavassa. Eläketurvakeskuksen vuonna 2012 julkaisemassa tutkimuksessa ”Toimiiko työeläkekuntoutus?” (Gould, Härkäpää & Järvikoski (toim.) 2012) on selvitetty hyvin kattavasti työeläkekuntoutusta, sen toimivuutta ja vaikuttavuutta. Tutkimuksen tietoja on koottu kuntoutushakemusten asiakirjoista, Eläketurvakeskuksen rekisteritiedoista sekä laajalla postikyselyllä, johon vastasi yhteensä yli tuhat henkilöä. Vuonna 2012 on lisäksi julkaistu Eläketurvakeskuksen toimesta julkisen- ja yksityisen sektorin työeläkekuntoutuksen kehitystä, toimivuutta ja tuloksellisuutta vuodesta 1992 tarkasteleva jokavuotinen tilastoraportti. Tarkastelu painottuu vuoteen 2011 ja raportin nimi on ”Työeläkekuntoutus vuonna 2011” (Saarnio 2012).

Mielenterveyshäiriöistä erityisesti masennuksen ja työkyvyttömyyseläkkeen suhdetta on 2000-luvulla tutkittu runsaasti. Nämä tutkimukset sivuavat vahvasti työeläkekuntoutusta ja tarjoavat panoksensa masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden vähentämiseen työeläkekuntoutuksen keinoin. Esimerkiksi Eläketurvakeskuksen raportissa ”Miksi masennus vie eläkkeelle?” (Gould, Grönlund, Korpiluoma, Nyman & Tuominen 2007) tarkastellaan masennuksen aiheuttaman työkyvyttömyyden kasvua ja sen ehkäisemiseen liittyviä toimenpideehtoja. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2011 päättyneen Masto-hankkeen tavoitteena oli vähentää masennusperusteista työkyvyttömyyttä. Hanke on tuottanut kaksi julkaisua; vuonna 2008 julkaistun ”Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011: Masennuksen ehkäi-

syyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke” sekä vuonna 2011 julkaistun hankkeen loppuraportin ”Masto-hankkeen loppuraportti (2008-2011): Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset”.

Työeläkekuntoutuksen ongelmiin on perehdytty sekä Tampereen yliopistossa että muissa korkeakouluissa tehdyissä pro gradu –tutkielmissa. Vuonna 2003 valmistunut Laura Vaalavuon pro gradu -tutkielma selvitti työeläkekuntoutuksen ongelmia ja kehittämistä kuntoutujille suunnatun survey-kyselyn avulla. Anna Lindholm puolestaan keskittyi vuonna 2008 valmistuneessa pro gradussaan tutkimaan työterveyslääkäreiden tietoisuutta työeläkekuntoutuksesta sekä heidän ajatuksiaan sen käynnistymisen ongelmista. Aineisto on kerätty työterveyslääkäreille lähetetyn kyselylomakkeen avulla. Heiskasen (2004) tutkielmassa on keskitytty ammatillisen kuntoutuksen taloudelliseen kannattavuuteen nimenomaan eläkejärjestelmän näkökulmasta. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksella on vuonna 2000 julkaistu Susanna Karjalaisen tutkielma, jossa on tutkittu työeläkeyhtiö Ilmarisen kustantaman ammatillisen kuntoutuksen tuloksia kuntoutujille suunnatun postikyselyn avulla.

Tämä tutkielma sivuaa aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Aiemmat tutkimukset eivät ole kuitenkaan suoranaisesti keskittyneet tutkimaan työeläkekuntoutusta mielenterveyden häiriöiden näkökulmasta, vaikka ne ovat tärkeimpiä työkyvyttömyyden aiheuttajia maassamme. Tämän tutkimuksen tiimoilta päästään myös tutustumaan yhden maamme suurimman työeläkeyhtiön kuntoutustoimintaan. Työeläkekuntoutusta on kokonaisuudessaan tutkittu varsin vähän laadullisten menetelmien valossa. Jos tällaista tutkimusta on, se sijoittuu teoreettisilta lähtökohdiltaan vahvasti kuntoutustieteen kenttään.

1.8 Tutkielman rakenne

Tutkielma koostuu kuudesta pääluvusta. Ensimmäisen eli johdantoluvun tarkoitus on luoda lukijalle yleiskuva tutkimuksen aihealueesta ja tutkimuksen lähtökohdista. Ensimmäisessä luvussa paneudutaan tutkimusongelmiin, tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen, rajauksiin, tutkimusmetodologiaan sekä aihealueeseen liittyvään aiempaan tutkimukseen. Ensimmäiseen lukuun on myös sisällytetty case-yrityksen esittely. Johdantoluvussa tutkimusmeto-

dologiaan luodaan ainoastaan lyhyt katsaus, jota tarkennetaan vielä kunkin empirialuvun alussa.

Tutkielman teoriaosuus koostuu kahdesta pääluvusta. Ensimmäisen teorialuvun eli luvun kaksi tarkoituksena on perehtyä Suomen kuntoutusjärjestelmään. Ensin luodaan yleisluontoinen katsaus koko järjestelmään, jonka jälkeen keskitytään tarkemmin tutkimuksen kohteeseen eli työeläkekuntoutukseen. Lopuksi luodaan vielä lyhyt katsaus työkyvyttömyyseläkkeisiin, koska työeläkekuntoutusta ja työkyvyttömyyseläkkeitä on vaikea täysin erottaa toisistaan. Toisessa teorialuvussa eli luvussa kolme keskitytään tarkemmin mielenterveyden häiriöihin vaajakuntoisuuden aiheuttajana. Ensin paneudutaan masennukseen mielenterveyden häiriönä ja loppupuolella tarkastellaan mielenterveyden häiriöitä niin työkyvyttömyyden kuin kuntoutustarpeenkin aiheuttajana. Lopuksi käsitellään vielä prosessia, jonka kautta mielenterveyshäiriöinen työeläkekuntoutuksen piiriin ohjautuu.

Luvut neljä ja viisi muodostavat tutkielman empiirisen osuuden. Kummankin luvun alussa luodaan vielä johdantoa tarkempi katsaus niihin liittyviin metodologisiin valintoihin sekä aineistoon. Luvussa neljä keskitytään tarkastelemaan työeläkeyhtiö Varman työeläkekuntoutusta tilastojen valossa. Luvun päättää lyhyt pohdintaosio, johon on koottu yhteen tilastotarkastelun herättämiä ajatuksia tutkimuksen aihepiiristä. Luvussa viisi puolestaan käsitellään kuntoutusprosesseja kuntoutujien näkökulmasta. Kuten edellinenkin pääluku, myös tämä alkaa perehtymällä metodologisiin valintoihin ja päättyy lyhyeen pohdintaosioon. Tutkielman viimeisessä pääluvussa eli luvussa kuusi vedetään vielä yhteen tutkimuksen tuloksia vastaamalla tutkimusongelmiin ja tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusongelmiin vastaamisen jälkeen tuodaan myös esille muutama jatkotutkimusehdotus. Lopuksi pohditaan vielä tutkimuksen aihealuetta yleisesti.

2 TYÖELÄKEKUNTOUTUS SUOMALAISESSA KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄSSÄ

Tämän tutkimuksen kohteena olevalla työeläkekuntoutuksella on historian saatossa muovautunut vahva asema suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Jotta voitaisiin paremmin ymmärtää työeläkekuntoutuksen kokonaisuutta, kuvaillaan tässä luvussa työeläkeyhtiöiden järjestämän ja rahoittaman ammatillisen kuntoutuksen sijoittumista kuntoutuksen kokonaiskentässä. Myöhemmin luodaan myös lyhyt katsaus siihen, miten työeläkekuntoutus on historian saatossa saanut nykyisen muotonsa. Lopuksi perehdytään tarkemmin työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytyksiin ja sen keinovalikoimaan sekä kolikon käänttöpuoleen eli työkyvyttömyyseläkkeeseen. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuden ymmärtäminen on välttämätöntä ennen tutkimuksen empiiriseen osioon syventymistä.

2.1 Mitä kuntoutus on?

Kuntoutusta voidaan jäsentää usealla eri tavalla. Se on sisällöltään monialainen toimintokokonaisuus, jonka vuoksi ihmisten käsitykset ja kokemukset siitä vaihtelevat. Vuoden 2002 kuntoutusselonteon mukaan kuntoutus on monialaista, suunnitelmallista ja yleensä pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on saada kuntoutuja paremmin hallitsemaan omaa elämäntilannettaan (Kuntoutusselonteko 2002, 3). Järvikosken ja Härkäpään mukaan kuntoutuksella pyritään muuttamaan yksilön ja ympäristön välistä suhdetta. Muutoksen tavoitteena on:

- parantaa kuntoutujan toimintakykyä ja -mahdollisuuksia
- vahvistaa arkielämässä selviytymistä
- tukea työkykyä ja työssä sekä opinnoissa selviytymistä
- vahvistaa hyvinvointia ja elämänhallintaa
- kannustaa sosiaaliseen osallisuuteen

Tavoitteena ei ole välttämättä vamman tai sairauden poistaminen kokonaan vaan henkilön voimavarojen ja toimintaympäristön muokkaaminen sellaiseksi, että ne mahdollistavat täysi-

painoisen elämän fyysisistä tai psyykkisistä puutteista huolimatta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 14)

Kuntoutusta voidaan jäsentää jakamalla se erillisiin toiminnan alueisiin. Kuntoutus voi olla lääkinällistä, kasvatuksellista, sosiaalista tai ammatillista. Alueet eivät ole täysin erillisiä vaan niiden kesken on havaittavissa myös päällekkäisyyttä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20) Seuraavassa esitellään nämä kuntoutuksen eri osa-alueet.

Lääkinällisen kuntoutuksen tarkoituksena on parantaa yksilön fyysisistä ja psyykkistä toimintakykyä joko auttamalla menetetyn toimintakyvyn takaisinsaannissa tai kompensoimalla menetystä muilla keinoin. Tähän pyritään yleensä lääketieteellisten tutkimusten sekä niiden pohjalta käynnistettävien fyysisistä ja psyykkistä toimintakykyä parantavien toimenpiteiden avulla. Lääkinällisen kuntoutuksen ja hoidon välinen raja ei ole selkeä, mutta toisaalta sen määrittely ei välttämättä ole edes tarpeellista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 21) Lääkinällisen kuntoutuksen kenttää on määritelty muun muassa terveydenhuoltolaissa. Siinä mainittuja lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteitä ovat esimerkiksi kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, toimintakykyä edistävät ja ylläpitävät terapiat sekä apuvälinepalvelut. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326)

Kasvatuksellisen kuntoutuksen keinoin yritetään yleensä avustaa vammaisen tai erityistä tukea vaativan lapsen tai aikuisen kehitysprosessia. Tätä prosessia tuetaan kasvatuksen, koulutuksen ja niitä tukevien erityisjärjestelyiden avulla. Päävastuun kasvatuksellisesta kuntoutuksesta kantavat kunnat. Sosiaalisella kuntoutuksella sen sijaan viitataan prosessiin, jonka tarkoituksena on henkilön sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi kykyä selvitä arkipäivän toiminnoista ja vuorovaikutussuhteista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 22) Sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteitä ovat muun muassa asumisen tukeminen, taloudellisen toimeentulon helpottaminen tai sosiaalisten verkostojen tukeminen. (www.kuntoutusportti.fi 2012)

Tässä tutkielmassa pääpaino on ammatillisella kuntoutuksella. Ammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan sellaisia toimenpiteitä, joilla pyritään tukemaan vajaakuntoisen henkilön mahdollisuuksia saada tai säilyttää työkyvyllään soveltuva työ. Tähän voidaan pyrkiä esimerkiksi koulutuksen, työpaikkojen kanssa toteutettavan yhteistyön tai vaikka tuetun työllistymisen avulla. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 21) Vastuu ammatillisen kuntoutuksen järjestämisestä

jakautuu useille tahoille yhteiskunnassamme (ks. taulukko 1). Työeläkeyhtiöiden järjestämään ja kustantamaan ammatilliseen kuntoutukseen eli työeläkekuntoutukseen paneudutaan enemmän omassa luvussaan myöhemmin.

2.2 Suomen kuntoutusjärjestelmä

Suomen kuntoutusjärjestelmä on monen eri tahon muodostama, usein liian monimutkaisenaakin pidetty, kokonaisuus. Pääperiaatteena on, että kuntoutus järjestetään osana yleisiä palveluita ja sosiaalivakuutusjärjestelmää. Kuntoutusta järjestävät esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi ja työhallinto, Kansaneläkelaitos sekä työeläkelaitokset. Juuri tämän monitahoisuuden johdosta käytännön kuntoutustoiminnassa henkilön kuntoutus rakentuukin usein monen eri toimijan palveluista ja etuuksista. (Paatero, Lehmijoki, Kivekäs & Ståhl 2008, 31)

Kutakin toimijaa sitoo oma lainsäädäntönsä, mutta kuntoutusta järjestäville viranomaisille ja yhteisöille on säädetty myös yhteistyövelvollisuus. Vuonna 2003 uudistetussa laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (13.6.2003/497) säädetään viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten asiakasyhteistyöstä sellaisissa tapauksissa, joissa kuntoutujan tilanne edellyttää usean järjestelmän piirissä tarjottavia kuntoutustoimenpiteitä. Yhteistyötavoite tulee toteutua osana järjestelmien normaalia toimintaa. Lisäksi kuntoutusta järjestävien tahojen on toimittava yhteistyössä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla toimivien yhteistyöelimiensä kautta. Laki koskee suoranaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä Kansaneläkelaitoksen välistä yhteistyötä, mutta näiden tahojen tulee myös toimia yhteistyössä muiden kuntoutussektorin toimijoiden kanssa. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä) Lain yhtenä tärkeänä tavoitteena on erityisesti moniongelmaisten asiakkaiden tilanteen kokonaisvaltainen selvittäminen ja ohjaaminen tarpeellisten kuntoutuspalvelujen piiriin (Toimeentuloturva 2009, 116). Samanlaista tiedonanto- ja ohjausvelvollisuutta sovelletaan myös eläkejärjestelmässä, jos eläkehakemus hylätään (Paatero ym. 2008, 32).

2.2.1 Toimijat

Kuntoutus on kirjallisuudessa esitetty pääasiassa kahdeksan tahon hoitamana ja koordinoimana kokonaisuutena. Taulukossa 1 esitellään tiivistetysti Suomen kuntoutusjärjestelmän pääpiirteitä. Seuraavassa avataan taulukkoa laajemmin eri toimijoiden tehtäviä ja niiden paikkaa kuntoutusjärjestelmässä. Se, mikä toimija henkilölle tarjoaa kuntoutusta, riippuu esimerkiksi siitä, mihin kohderyhmään henkilö kuuluu ja millaista kuntoutusta hän tarvitsee. Koska kuntoutus ei yleensä ole suoraviivainen prosessi, liittyy siihen usein useampi kuin yksi järjestelmän toimija.

Kansaneläkelaitos on monipuolinen kuntoutuksen toimija. Sen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluu vajaakuntoisen ammatillinen kuntoutus, vaikeavammaisen lääkinnällinen kuntoutus sekä kuntoutuspsykoterapia. Muu Kelan tarjoama ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus on harkinnanvaraista. Kela voi järjestää ja korvata vajaakuntoisen ammatillista kuntoutusta henkilölle, jonka työkyky ja ansaintamahdollisuudet ovat heikentyneet tai ne uhkaavat olennaisesti heikentyä sairauden, vian tai vamman seurauksena. Mikäli henkilö täyttää eläkelakien mukaiset vaatimukset, toteutetaan hänen ammatillinen kuntoutuksensa työeläkejärjestelmän piirissä. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566)

Vaikeavammaisen lääkinnällinen kuntoutus on suunnattu henkilöille, jolla yleinen lääketieteellistä ja toiminnallista haittaa aikaansaava sairaus, vika tai vamma aiheuttaa huomattavia vaikeuksia tai rasituksia selvitä jokapäiväisistä toimista. Kuntoutustarve on oltava vähintään vuoden kestävä eikä henkilö saa kuntoutuksen aikana olla julkisessa laitoshoidossa. 16-67-vuotiaille voidaan myös korvata kuntoutuspsykoterapiaa työ- ja opiskelukyvyn tukemiseksi ja parantamiseksi. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista) Harkinnanvaraista kuntoutusta järjestetään eduskunnan vuosittain myöntämällä rahamäärällä pääasiassa työikäiselle väestölle. Se voi olla esimerkiksi yksilöllisiä kuntoutusjaksoja, apuvälineitä työhön tai sopeutumisvalmennuskursseja. Edellä mainittujen lisäksi Kela korvaa myös kuntoutuksesta aiheutuneita matkakustannuksia. (Kela 2012a, 7)

TAULUKKO 1 Suomen kuntoutusjärjestelmän toimijat

Toimija	Kohderyhmä	Kuntoutusalue	Esimerkkejä sisällöstä
Vakuutuslaitokset	Työ- tai liikenne- tapaturman tai ammatti- taudin vammauttamat	Toimintakykyä ylläpi- tävää ja edistävää sekä ammattillinen	Kuntoutustutkimukset, työ- ja koulutus- kokeilut, työhön val- mennus, vaikeavam- maisen tukeminen
Työeläkelaitokset	Työkyvyttömyysuhan alaiset ja työeläkkeelle jo siirtyneet työntekijät, yhteys työelämään olemassa	Ammattillinen	Ammattillinen kuntou- tus: työolojen järjeste- ly, työkokeilu, työ- hönvalmennus, uudel- leen koulutus
Kela	Alle 65-vuotiaat vaja- kuntoiset, yhteys työ- elämään vähäinen ----- Vaikeavammaiset	Lääkinnällinen ja am- matillinen	Kuntoutustarpeen selvitys, ammatillinen koulutus, ASLAK- ja TYK-toiminta, psyko- terapia
Työhallinto	Vajaakuntoiset työvoi- matoimiston asiakkaat	Ammattillinen	Ammatinvalinta- ja urasuunnittelu, työ- ja koulutuskokeilut, työhönvalmennus, työolosuhteiden järjes- telytuki, palkkatuki työnantajalle
Terveydenhuolto	Koko väestö	Lääkinnällinen	Työ- ja toiminta- kyvyn arviointi, apu- välinepalvelut, kun- toutusohjaus, terapia- ja kuntoutusjaksot
Työterveyshuolto	Työntekijät	Ammattillinen	Työ- ja toimintakyvyn arviointi, neuvonta, ohjaus, kuntoutus- suunnitelma
Sosiaalihuolto	Koko väestö	Sosiaalinen	Asumista, liikkumista ja tiedonsaantia edis- tävät palvelut ja talou- dellinen tuki, henkilö- kohtainen avustaja, perhekuntoutus
Koulutoimi	Vaikeavammaiset ja vajaakuntoiset lapset ja nuoret	Kasvatuksellinen	Koulunkäyntiavustaja, apuvälineet

(Mukaillen Paatero ym. 2008, 34; Toimeentuloturva 2009, 134)

Yksityisen *vakuutuslaitokset* kustantavat muun muassa työ- tai liikennetapaturmasta tai ammattitaudista aiheutunutta kuntoutusta. Lakisääteinen tapaturmavakuutus takaa työntekijälle turvan työtapaturman ja ammattitaudin varalta. Yrittäjät voivat vakuuttaa itsensä tapaturman varalta vapaaehtoisella tapaturmavakuutuksella. (Rantala & Pentikäinen 2009, 344) Tapatur-

mavakuutuslakiin sisältyvästä kuntoutuksesta säädetään laissa tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (27.3.1991/625). Sen mukaan henkilön kuntoutus korvataan, jos henkilön työ- ja toimintakyky tai ansiomahdollisuudet ovat heikentyneet työtapaturman tai ammattitaudin vuoksi. Laissa liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (27.3.1991/626) sen sijaan määritellään kuntoutus korvattavaksi henkilölle, jolla on oikeus korvaukseen liikennevakuutuslain perusteella ja jonka työ- ja toimintakyky tai ansiomahdollisuudet ovat liikennevahingon johdosta heikentyneet. Vahingoittuneelle tapaturmavakuutus- tai liikennevakuutuslain perusteella kuntoutuksesta suoritettava korvaus katsotaan osaksi henkilön saamaa vahingonkorvausta. Keskeistä on, että kuntoutuksen tarve kiistatta johtuu sattuneesta korvattavasta vahingosta (nk. kausaaliperiaate) ja että korvaus on oikeassa suhteessa vahingoittuneen kokemaan menetykseen (nk. differenssiperiaate). Lainsäädäntö myös rajaa näissä tapauksissa tiukasti sen, millaista kuntoutusta voidaan korvata. (Paatero ym. 2008, 32) Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen perusteella kustannettava kuntoutus on ensisijaista muuhun sosiaaliturvaan nähden (Toimeentuloturva 2009, 96).

Työeläkelaitosten vastuulla on työelämään vakiintuneen aikuisväestön ammatillinen kuntoutus. Sen tavoitteena on mahdollistaa vajaakuntoisen henkilön työelämässä pysyminen tai sinne palaaminen. Työeläkekuntoutus tulee hakijalle myöntää, jos on todennäköistä, että hakija siirtyisi ilman ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä työkyvyttömyyseläkkeelle seuraavan viiden vuoden sisällä ja jos tämän uhkan toteutumiseen voidaan ammatillisen kuntoutuksen keinoin vaikuttaa. Myönnetyllä kuntoutuksella täytyy myös olla työkyvyttömyyseläkemenoja säästävä vaikutus. Kuntoutusta voidaan tarjota neuvontana, tukena kuntoutussuunnitelman laatimisessa, työhön johtavana ammatillisena koulutuksena, työkokeiluna, työhönvalmennuksena tai elinkeinotukena. (Paatero ym. 2008, 38-39)

Työhallinto vastaa pääasiassa työttömien ja työttömyysuhan alaisten vajaakuntoisten henkilöiden ammatillisesta kuntoutuksesta. Työhallinnossa vajaakuntoisena henkilönä pidetään asiakasta, jonka mahdollisuudet saada työtä, säilyttää se tai edetä siinä ovat huomattavasti vähentyneet vamman, sairauden tai vajavuuden takia. Tämän kuntoutuksen tavoitteena on edistää vajaakuntoisen ammatillista suunnittelua, kehittymistä, työllistymistä ja työssä pysymistä. Tätä tavoitetta voidaan tukea henkilökohtaisena palveluna muun muassa ammatinvalinta- ja urasuunnittelupalveluin, työhönsijoitus- ja kuntoutusneuvonnalla sekä koulutukseen liittyvällä neuvonnalla. Ostopalveluina työhallinto tarjoaa esimerkiksi edellisiin liittyviä ter-

veydentilaa ja soveltuvuutta selvittäviä asiantuntijakonsultaatioita, tutkimuksia ja työkokeiluja. (Laki julkisesta työvoimapalvelusta 30.12.2002/1295; Paatero ym. 2008, 41–42)

Sosiaalihuolto on vastuussa henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalisen turvallisuuden sekä toimintakyvyn ylläpitämisestä ja edistämisestä. Tavoitetta voidaan pitää yhtenevänä kuntoutuksen tavoitteen kanssa etenkin, jos sosiaalipalveluiden tarjoamisessa ilmenee kuntoutuksellinen työote ja ne tukevat muuta kuntoutusjärjestelmää. Kunnan sosiaalihuolto on vastuussa useassa eri laissa säädettyjen erityistehtävien toteuttamisesta. Näitä lakeja ovat lastensuojelulaki, päihdehuoltolaki, laki kehitysvammaisten erityishuollosta sekä vammaispalvelulaki. (Paatero ym. 2008, 35–36) Konkreettisempia esimerkkejä sosiaalihuollon tarjoamasta kuntoutuksesta on lueteltu taulukossa 1.

Koulutoimi huolehtii kasvatuksellisesta kuntoutuksesta eli vaikeavammaisten ja vajaakuntoisten lasten ja nuorten opetuksesta ja koulutuksesta. Koulutoimi järjestää peruskoululaisille ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleville tarvittaessa koulunkäyntiavustajan sekä opetuksen järjestämiseen liittyvät apuvälineet. (Toimeentuloturva 2009, 133)

Terveysdenhuollon tehtävänä on tarjota kuntalaisille lääkinnällistä kuntoutusta, josta on säädetty kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja mielenterveyslaissa. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on kunnallisen terveydenhuollon vastuulla silloin, kun sitä ei ole määritelty Kelan vastuulla olevaksi. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluina voidaan tarjota neuvontaa ja ohjausta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittäviä tutkimuksia, terapioiden ja kuntoutusjaksoja sekä sopeutumisvalmennusta ja muita näihin rinnastettavia toimenpiteitä (asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015). Terveysdenhuollon on myös tarjottava apuvälinepalvelut, kun niiden kustantajaksi ei ole laissa määritelty Kelaa, kunnan sosiaalihuoltoa tai koulutoimea. Eräs terveydenhuollon tärkeistä tehtävistä kuntoutuksen kentässä on kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta. Tämä kuuluu terveydenhuollon vastuulle usein myös silloin, kun itse kuntoutuksen järjestäminen on jonkin muun tahon vastuulla. Terveysdenhuollon on tarvittaessa laadittava potilaalle tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta kuvaava suunnitelma, joka on usein edellytyksenä muiden toimijoiden tarjoamien kuntoutustoimenpiteiden ja etuuksien hakemiselle. (Paatero ym. 2008, 33–35)

Työterveyshuollolla on tärkeä asema työssäkäyvien henkilöiden terveyden ja työkyvyn edistämässä sekä työhön liittyvien ongelmien varhaisessa havaitsemisessa. Työterveyshuoltolain

(21.12.2001/1383) mukaan työterveyshuollon vastuulla on seurata ja edistää vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymistä. He ovat myös velvollisia antamaan kuntoutusta koskevaa neuvontaa ja ohjaamaan vajaakuntoisen työntekijän hoitoon tai lääkinälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen. Usein Kelan ja työeläkelaitosten edellyttämä kuntoutussuunnitelma laaditaan työterveydenhuollossa taikka julkisessa terveydenhuollossa. (Toimeentuloturva 2009, 131) Tarkemmin työterveydenhuollon roolia kuntoutusprosessissa kuvataan luvussa 3.4.

2.2.2 Parannusehdotuksia

Edeltävä luku kuvastaa hyvin Suomen kuntoutusjärjestelmän monimutkaisuutta ja monitahoisuutta. Varsinkin moniongelmaisen kuntoutujan ohjautuminen siinä saattaa olla varsin sattumanvaraista siitä huolimatta, että toimijoiden välille on säädetty yhteistyölaki. Tavallisen kansalaisen voi olla vaikea hahmottaa omaa paikkaansa järjestelmässä eikä yksittäinen kuntoutuksen toimija välttämättä osaa ohjata asiakasta eteenpäin, koska sen tietämys rajoittuu ainoastaan omiin toimintoihin. Järjestelmän monimutkaisuus ja sirpaleisuus ei ole jäänyt huomaamatta myöskään kansainvälisissä organisaatioissa.

Muun muassa OECD on antanut kehitysehdotuksia järjestelmän parantamiseksi. Suosituksen mukaan järjestelmän toimijoiden vastuuta tulisi laajentaa järjestelmää yksinkertaistamalla. Kuntoutusjärjestelmän läpinäkyvyyttä tulisi lisätä ja kuntoutujan ohjautumista järjestelmässä helpottaa. Tämä voitaisiin toteuttaa luomalla järjestelmään yksi sisääntuloväylä, josta kuntoutuja ohjattaisiin eteenpäin. Sen tahon, jolle henkilön kuntoutus lain mukaan kuuluu, tulisi myös huolehtia henkilön kuntoutuksesta loppuun saakka eikä henkilöä tulisi pomputella toimijalta toiselle. OECD:n mukaan nykyistä lakia kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä tulisi edelleen kehittää ja parantaa yhteistyötä erityisesti työhallinnon ja Kelan sekä työeläkelaitosten välillä. (OECD 2008, 25–26)

Samoilla linjoilla OECD:n kanssa on myös vuosina 2007-2009 sosiaaliturvan kokonaisuudistusta pohtinut SATA-komitea. Se esitti vuonna 2009 julkaistussa loppuraportissaan, että kuntoutusjärjestelmää tulisi muokata asiakaslähtöisemmäksi. Vaikka järjestelmä todellisuudessa muodostuukin useasta eri toimijasta, tulisi kuntoutujan edetä siinä johdonmukaisesti ja ilman turhia viivytyksiä. Esityksen mukaan viranomaisaloitteisesti tulisi kolmen viikon kuluessa määrittellä järjestelmä, joka on vastuussa kuntoutustarpeen selvittämisestä ja kuntoutuksen

käynnistämisestä. Työttömien osalta tämä vastuu kuuluisi TE-toimistoille ja muiden kansalaisten osalta Kelalle. (STM 2009, 62–64)

2.3 Työeläkekuntoutus

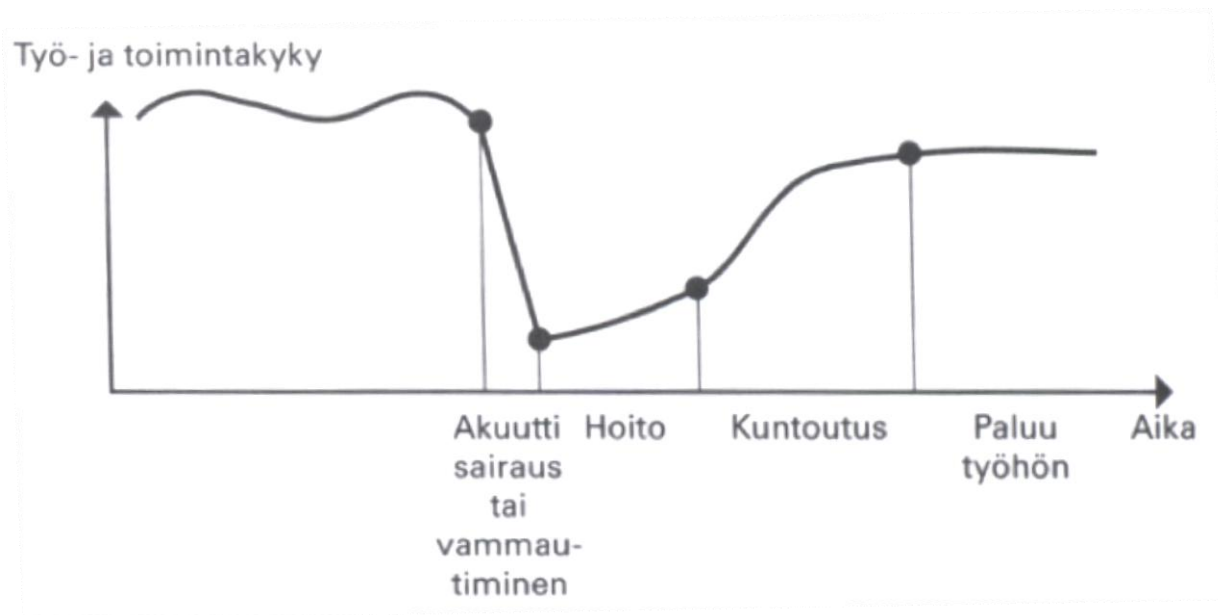
Työeläkekuntoutuksella on tärkeä asema suomalaisen työikäisen väestön ammatillisessa kuntoutuksessa. Sen avulla on mahdollista pidentää vajaakuntoisen työntekijän työuraa ja samalla tukea koko eläkejärjestelmän taloudellista kestävyyttä. Työeläkekuntoutuksesta on hyötyä myös yrityksille, sillä onnistuessaan se vaikuttaa joko suoraan tai välillisesti yrityksen työeläkemaksuun. Suuremmissa yrityksissä työkyvyttömyyseläketapausten väheneminen vaikuttaa yritysten maksuluokkaan ja sitä kautta pienentää niiden työeläkemaksua. Myös pienemmissä yrityksissä väheneminen vaikuttaa koko työeläkejärjestelmän eläkemaksun nostopaineiden vähenemisen kautta. (Ks. esim. www.etk.fi 2013)

2.3.1 Työeläkekuntoutuksen historia osana kuntoutusjärjestelmän historiaa

Voidaan ajatella, että kuntoutusta on jossain muodossa ollut olemassa aina ihmiskunnan alkua ajoista lähtien. Todellisena alkusysäyksenä Suomen nykyiselle kuntoutusjärjestelmälle voidaan kuitenkin pitää toista maailmansotaa. Sen jälkimainingeissa 1940-luvulla sotainvalidien kuntoutus tuli ajankohtaiseksi. Vuoden 1947 invalidihuoltolain mukaisia toimintamuotoja olivat lääkintähuolto, työhuolto² ja koulutus³. Kuntoutuksen kohderyhmänä oli tuolloin pääasiassa nuoria fyysisesti vammautuneita miehiä eikä laki koskenut lainkaan mielisairaita tai vajaamielisyyden takia työkyvyttömiä. Kuntoutus käsitettiin nimenomaan jälkihoidollisena, korjaavana toimintana (kuvio 3). 1960-luvulta lähtien alettiin kuntoutusta sisällyttää laajemmalla mittakaavalla hyvinvointivaltion tarjoamiin sosiaali-, terveystyövoima- ja koulutuspalveluihin järjestelmiin. Tuolloin myös Kansaneläkelaitokseen perustettiin erillinen kuntoutusosasto, jonka jälkeen sen tarjoama kuntoutus alkoi nopeasti laajentua. Tämän lisäksi 1960-luvulla käynnistyi myös työeläkejärjestelmän sekä tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmän toteuttama kuntoutustoiminta. 1980-luvun puolivälissä invalidihuoltoon sisällytettiin lääkintähuolto säädettiin lailla osaksi yleistä terveydenhuoltojärjestelmää, koska se haluttiin nähdä osana hyvää hoitokäytäntöä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 35–49)

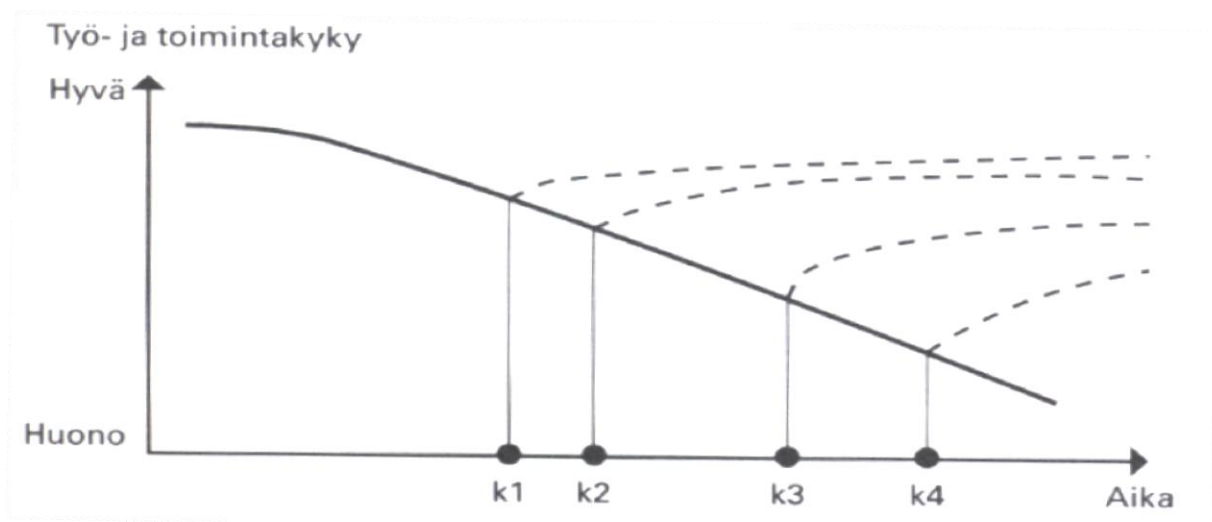
² Työhuolto sisälsi muun muassa työhönsijoitustoimintaa ja elinkeinotukea.

³ Koulutukseen kuului pohja- ja ammattikoulutus sekä yleiskoulutuksen taloudellinen tukeminen.



KUVIO 3 Kuntoutus jälkihoidollisena, korjaavana toimintana (Järvikoski & Härkäpää 2011, 38)

Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana kuntoutuksen piirissä on Järvikosken & Härkäpään mukaan havaittavissa laajentumista neljässä osa-alueessa: määrässä, sairauskäsityksessä, strategiassa sekä kohderyhmän laadussa. Esimerkiksi työeläkejärjestelmän kuntoutujamäärät ovat kasvaneet vuoden 1992 noin 1 500 kuntoutujasta vuoden 2008 lähes 8 000 kuntoutujaan. Sairauksikäsitteiden laajenemisesta kertoo muun muassa se, että 1970-luvulta alkaen invalidihuoltoon sisältyvän kuntoutuksen perusteiksi hyväksyttiin myös mielenterveyden häiriöt ja pitkäaikaissairaudet. Samoihin aikoihin alettiin terveystieteellisen tutkimuksen uusien tuloksien valossa ymmärtää, että psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä on myös merkitystä eri sairauksien kehityksessä. Tämä vaikutti myös ajatuksiin ja mielipiteisiin siitä, millaisiin ongelmiin kuntoutuksen keinoin voidaan vaikuttaa. Kuntoutuksen strategisesta laajenemisesta kertoo kuntoutuksen jälkihoidollisen luonteen muuttuminen ennakoivaan suuntaan (kuviot 3 ja 4). 1970-luvulla ymmärrettiin, ettei välttämättä ole aiheellista odottaa henkilön invalidisoitumista ennen kuntoutustoimenpiteiden aloittamista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 40–48)



KUVIO 4 Varhaiskuntoutuksen periaate (Järvikoski & Härkäpää 2011, 45)

Työeläkejärjestelmän toteuttama kuntoutustoiminta käynnistyi 1960-luvulla. Alun perin työeläkekuntoutuksen tarkoituksena oli kuntouttaa jo työkyvyttömyyseläkkeellä olevia vakuutettuja. Sen luonne oli siis selkeästi nykyistä korjaavampi (kuvio 3). Nykyään suurin osa kuntoutujista tulee kuitenkin suoraa työelämän piiristä. (Järvikoski ym. 2012, 15) Koko 1990-luvun ajan on työeläkekuntoutuksen kehityksessä kuitenkin havaittavissa trendi kohti kuntoutuksen esisijaisuutta eli kuvion 4 mukaista varhaiskuntoutuksen toimintamallia. Kuvio ilmentää sitä, että hetkinä k1 tai k2 aloitettu kuntoutus on sekä tuloksellisempaa, että edullisempaa kuin myöhemmin aloitettu (Järvikoski & Härkäpää 2011, 45).

Vuonna 1991 toteutettiin koko kuntoutuslainsäädäntöä koskenut laajuudistus. Ennen uudistusta työntekijän kuntoutus tuli ajankohtaiseksi yleensä vasta, kun hän oli jo siirtymässä eläkkeelle. Uudistuksen tavoitteena oli korostaa kuntoutujan asemaa ja pyrkimyksenä oli, että kuntoutuja pystyisi jatkamaan työelämässä mahdollisimman pitkään tai palaamaan takaisin sen piiriin. Samana vuonna säädettiin myös kuntoutuksen yhteistyötä säätelevä laki, jolla pyrittiin tehostamaan ja selkiyttämään eri tahojen välistä yhteistyötä. Uudistuksista huolimatta kuntoutus oli yhä harkinnanvaraista, ei siis subjektiivista, eikä hakijoilla ollut minkäänlaista valitusoikeutta päätöksistä. (<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/> 2012a; Saarnio 2012, 8)

Kuntoutuksen esisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden pyrittiin edelleen parantamaan vuonna 1996 tehdyllä lakimuutoksella. Tähän tähdättiin muun muassa muuttamalla määräaikainen työkyvyttömyyseläke kuntoutustueksi, jonka saamiseksi vaadittiin aina hoito-

ja kuntoutussuunnitelma. Työelämässä jatkamiseen haluttiin myös kannustaa mahdollistamalla ennakkopäätöksen hakeminen osatyökyvyttömyyseläkkeeseen.

(<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/> 2012a; Saarnio 2012, 8)

Vuonna 2004 toteutettu lakiuudistus muutti ammatillisen kuntoutuksen lakisääteiseksi työeläke-etuudeksi ja poisti sen harkinnanvaraisuuden. Sen tavoitteena oli saada työntekijät kuntoutuksen piiriin entistä aiemmin ja parantaa sen vaikuttavuutta. Samalla otettiin käyttöön osakuntoutusraha, jolla mahdollistettiin osittainen ansiotyössä kuntoutuksen rinnalla jatkaminen. Uudistuksen seurauksena mahdollistettiin myös muutoksen hakeminen kuntoutusoikeutta koskevaan päätökseen. Kuntoutuksen sisällöstä valittaminen mahdollistui tosin vasta vuonna 2007. (<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/> 2012a; Saarnio 2012, 8)

Vuoden 2005 työeläkeuudistuksen seurauksena myös työeläkekuntoutuksen saamisen edellytykset ja kuntoutusrahan laskenta muuttuivat. Enää ei huomioitu kuntoutuksen hakijan tulevan ajan oikeutta vaan kuntoutujan tuli täyttää ansiorajavaatimus. Työkyvyttömyyseläkkeen laskentatavan muutos aiheutti muutoksia myös kuntoutusrahan laskentaan. (<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/> 2012a; Saarnio 2012, 8) Viimeisin merkittävä lakimuutos kuntoutusetuuksiin on toteutettu vuonna 2007. Tuolloin, kuten jo edellä mainittiin, valitusoikeus laajeni myös kuntoutuksen sisältöä koskevaksi ja kuntoutuksen keinovalikoimaa muutettiin hieman. (Saarnio 2012, 8)

Suomalaisella kuntoutuksella on pitkät perinteet fyysisten sairauksien vaivaamien vajaakuntoisten henkilöiden työ- ja toimintakyvyn parantamisessa. Sen kehityshistoriasta johtuen onkin luonnollista, että vasta viime aikoina mielenterveyden häiriöt ovat alkaneet yleistyä kuntoutuksen perusteena. Kuntoutusjärjestelmän historia näkyy kuitenkin edelleen erityisesti mielenterveyshäiriöiden kohdalla. Kysymys ei ole pelkästään niiden suhteellisesta vähäisyydestä kuntoutuksen myöntöperusteena vaan myös kuntoutuksen keinovalikoimasta. Nykyään käytössä olevat työeläkekuntoutuksen keinot ja toimintatavat on alunperin kehitetty fyysisesti rajoittuneiden henkilöiden saattamiseksi takaisin työelämään. Niissä ei ole pystytty kovin laajasti huomioimaan psyykkisesti sairaiden henkilöiden erityistarpeita. Myös kuntoutuksen alkuvaiheen kehityksessä korostunut jälkihoidollinen luonne on yhä edelleen arkipäivää mielenterveysongelmaisten työeläkekuntoutuksessa (vrt. kuviot 3 ja 4).

2.3.2 Myöntämisen edellytykset

Työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytykset ovat samansisältöiset sekä työntekijän että yrittäjän eläkelaisissa. Näiden lakien mukaan ammatillista työeläkekuntoutusta voi saada alle 63-vuotias työntekijä tai yrittäjä, jolla on asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma. Kuntoutus voidaan myöntää, jos tämä sairaus, vika tai vamma aiheuttaa todennäköisen ja todellisen työkyvyttömyyden uhkan. Uhkaa voidaan pitää todellisena, jos hakija todennäköisesti tulisi työkyvyttömäksi kuntoutuksen hakemista seuraavan viiden vuoden aikana. Edellytyksenä on myös, että tähän uhkaan voidaan ammatillisen kuntoutuksen keinoin vaikuttaa. (Korpiluoma, Grönlund, Herrlin, Kekäläinen, Kouvonen, Levander, Lilius, Mustonen, Määttä, Perälä-Virkkala, Takanen ja Tuomikoski 2011, 116–117)

Työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen on oltava tarkoituksenmukaista. Kuntoutus katsotaan tarkoituksenmukaiseksi, jos sillä voidaan siirtää tai estää hakijan työkyvyttömäksi tulemistä taikka palauttaa tai korjata hänen työkykyään. Edellytyksenä on myös, että kuntoutustoimenpiteellä on todennäköisesti eläkemenoa säästävä vaikutus eli että kuntoutustoimenpiteet kuluttavat vähemmän työeläkejärjestelmän varoja kuin todennäköisesti ilman kuntoutusta myönnettäväksi tuleva työkyvyttömyyseläke kuluttaisi. Tavoitteena on, että hakija voi jatkaa entisessä työssään tai palata takaisin työelämäänsä. Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa huomioidaan työntekijän tai yrittäjän ikä, ammatti, aikaisempi toiminta, koulutus ja työelämäänsä vakiintuminen. (Korpiluoma ym. 2011, 117)

Hakijalta edellytetään työelämäänsä vakiintumisen lisäksi olemassa olevaa yhteyttä työelämäänsä. Työansioita täytyy olla kertynyt kuntoutuksen hakemista edeltäneen viiden vuoden ajalta vähintään 33 352 euroa (vuoden 2013 taso). Työkyvyttömyyseläkkeen saajalta edellytetään vähintään ansaintavaatimuksen suuruista tulevan ajan ansiota. Pelkästään ansaintavaatimuksen tai tulevan ajan oikeuden täytyminen ei yksinään takaa oikeutta ammatilliseen kuntoutukseen vaan hakijalla täytyy myös olla yhteys työelämäänsä. Tämä ei edellytä aukotonta työuraa eikä kokonaistyössäolon kestolle ole asetettu yksiselitteistä aikarajaa. Hakijalta kuitenkin vaaditaan joko työssäolon tai koulutuksen kautta hankittua ammattipätevyyttä. (Saarnio 2012, 9) Nuorten hakijoiden osalta työelämäänsä vakiintuminen nousee usein merkitykselliseksi. Esimerkiksi 30-vuotiaan ammattikoulutuksen omaavan henkilön voidaan katsoa vakiintuneen työelämäänsä, jos hän on ehtinyt työskennellä viisi vuotta ennen sairastumista ja työeläkekuntoutuksen hakemista. Jos henkilö ei täytä työeläkekuntoutuksen kriteerejä, saattaa hän kuitenkin

kin olla oikeutettu Kansaneläkelaitoksen tukemaan ammatilliseen kuntoutukseen. Samoin jos henkilöllä on oikeus kuntoutukseen tapaturmavakuutuksen tai liikennevakuutuksen perusteella, ei hänellä ole oikeutta työeläkekuntoutukseen. (Korpiluoma ym. 2011, 116–117)

2.3.3 Työeläkekuntoutuksen keinot

Työeläkekuntoutuksen tavoitteena on, että jokaisella kuntoutujalla olisi yksilöllisesti räätälöity kuntoutussuunnitelma, joka vastaisi mahdollisimman hyvin hänen henkilökohtaisia tarpeitaan ja näin ollen tukisi työhönpaluuta tehokkaasti. Kun kuntoutusta aletaan suunnitella, on lähtökohtana yhteistyö kuntoutujan nykyisen työpaikan kanssa. Tavoitteena on saada asiakas kuntoutettua takaisin omaan entiseen työhönsä. Mikäli tämä ei onnistu, selvitetään töiden järjestely- ja uudelleensijoituksen mahdollisuudet jo olemassa olevalla työpaikalla. Toissijainen vaihtoehto on, että kuntoutuja siirtyy terveydentilalleen paremmin sopiviin tehtäviin jonnekin toisen yrityksen tai yhteisön palvelukseen. Viimeisenä mahdollisuutena on miettiä, tarjoaisiko uudelleenkoulutus mahdollisuuden kuntoutujan työelämässä pysymiseen. (Toimeentuloturva 2009, 122). Eri kuntoutustoimenpiteet eivät ole toisiaan poissulkevia vaan tarpeen vaatiessa kuntoutusprosessissa voidaan hyödyntää useampaakin menetelmää optimaalisen kokonaisuuden rakentamiseksi.

Työeläkelaitos voi tukea kuntoutussuunnitelman laatimista varten tehtäviä tutkimuksia silloin, kun kuntoutujalla on jo todettu olevan oikeus työeläkekuntoutukseen, mutta kuntoutussuunnitelman teko on vielä kesken. Työeläkeyhtiö voi myös tarvittaessa käyttää työvoimatoimiston tai muun palveluntuottajan palveluita kuntoutujan kuntoutusmahdollisuuksien selvittämisessä. (Toimeentuloturva 2009, 122) Tällainen palvelu on esimerkiksi ammatinvalintapsykologin resurssiselvitys. Siihen, onko hakijalla tarvetta kuntoutuspalveluiden käyttöön, liittyviä selvityksiä työeläkeyhtiöt eivät tue. (Saarnio 2012, 23)

Eniten käytetty työeläkeyhtiöiden tarjoaman ammatillisen kuntoutuksen keino on työpaikalla toteutettava työpaikkakuntoutus. Työpaikkakuntoutusta on sekä työkokeilu että työhönvalmennus. (Korpiluoma ym. 2011, 119) Mikäli kuntoutuja on työeläkekuntoutuksen avulla koulutettu uuteen ammattiin, voidaan työhön paluuta vielä tukea työkokeilun avulla. Työkokeilua taas voidaan jatkaa työhönvalmennuksella. Työhönvalmennus on luonteeltaan työkokeilua pidempiaikaista työhönperehdyttämistä. (Saarnio 2012, 22)

Työkokeilun avulla voidaan helpottaa kuntoutujan työhönpaluuta työkyvyttömyysjakson jälkeen. Paluuta voidaan helpottaa esimerkiksi lyhentämällä työaikaa tai keventämällä työtehtäviä. Työkokeilun avulla voidaan myös antaa kuntoutujalle mahdollisuus muokata nykyisiä työtehtäviä paremmin olemassa olevaa työkykyä vastaaviksi tai siirtyä toisenlaisiin, terveydentilalleen paremmin sopiviin työtehtäviin. Kokeilu voidaan toteuttaa joko yhteistyössä oman työkyvyttömyyttä edeltäneen työpaikan tai muun työnantajan kanssa. Tavallisesti työkokeilun pituus on kahdesta kolmeen kuukauteen mutta tilanteen niin vaatiessa sitä voidaan jatkaa aina kuuteen kuukauteen saakka. (Korpiluoma ym. 2011, 119; <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi> 2012b)

Toinen työpaikkakuntoutuksen muoto on työhönvalmennus. Työhönvalmennuksen avulla työeläkeyhtiö voi tukea kuntoutujan työelämässä pysymistä työkyvyn ollessa uhattuna. Työhönvalmennus on työkokeilun tapaan työssä oppimista, mutta siihen voidaan integroida myös tietopuolista opetusta. Sen avulla työntekijällä on mahdollisuus siirtyä kokonaan uudenlaisiin tehtäviin, jotka pitkällä tähtäimellä soveltuvat paremmin hänen toimintakyvyilleen ja mahdollistavat työuran pidentämisen. Työhönvalmennuksen aikana noudatetaan yksilölliseksi laadittua työhönvalmennusohjelmaa, jossa määritellään yksityiskohtaisesti muun muassa valmennuksen tavoitteet, kesto ja sisältö. Usein työhönvalmennusjaksoa edeltää työkokeilu kuntoutuksen tavoitteena olevassa työssä, että voidaan varmistua sen soveltuvuudesta kuntoutujalle. (Korpiluoma ym. 2011, 119; <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi> 2012b)

Mikäli kuntoutujan aiemmalla työkokemuksella ja koulutuksella ei ole mahdollista työllistyä uusiin jäljellä olevalle toimintakyvyille paremmin sopiviin työtehtäviin, voi työeläkeyhtiö tukea ammatillisissa tai muissa oppilaitoksissa järjestettävää ammatillista koulutusta. Käytännössä tämä tarkoittaa yleensä toisen asteen ammatillisen perustutkinnon, ammattikorkeakoulututkinnon tai oppisopimuskoulutuksen suorittamista. Uuteen ammattiin johtavaa tutkintoa voidaan lähteä tukemaan, jos se perustellusti tukee työelämässä mahdollisimman pitkään jatkamista ja pidemmällä tähtäimellä pienentää työkyvyttömyyden riskiä. (Korpiluoma ym. 2011; <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi> 2012b)

Yrittäjänä jo toimiville tai yrittäjäksi aikoville voidaan myöntää elinkeinotukea, jos työkyky on uhattuna nykyisessä toimessa. Yrittäjyyttä voidaan tukea myöntämällä avustusta tai korotonta/matalakorkoista lainaa yritystoiminnan perustamiseen, muuttamiseen tai ammatin har-

joittamiseen. Suositeltavaa on, että tämä rahoitus ei kuitenkaan ylittäisi korkeintaan puolta yrityshankkeen kokonaisrahoituksesta. Yrityshankkeen on oltava realistinen ja kuntoutujan terveydentilalle sopiva, jotta työeläkeyhtiö voi sitä lähteä tukemaan. Sen täytyy myös kyetä turvaamaan kuntoutujalle siedettävä toimeentulo. Yrittäjänä jo toimivaa voidaan tukea työntekoa helpottavien apuvälineiden hankinnassa, jos vamman tai sairauden aiheuttamat toimintarajoitukset estävät työntekoa. (Korpiluoma ym. 2011; <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi> 2012b)

2.4 Työntekijän ja yrittäjän eläkelain mukainen työkyvyttömyyseläke

Työkyvyttömyyseläkkeen tehtävänä on turvata kansalaisen toimeentulo silloin, kun hän sairauden, vian tai vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden takia on kykenemätön hankkimaan toimeentuloaan (Korpiluoma ym. 2011, 121). Mikäli työeläkekuntoutuksessa ei saavuteta toivottavaa tulosta ja henkilö todetaan työkyvyttömäksi, turvaa työkyvyttömyyseläke hänen toimeentuloaan. Henkilölle voidaan myös myöntää ammatillinen kuntoutus, vaikka hän olisi-kin työeläkekuntoutusta hakiessaan työkyvyttömyyseläkkeellä. Tällöin henkilölle on lähes poikkeuksetta myönnetty määräaikainen työkyvyttömyyseläke eli kuntoutustuki (Härkäpää, Järvikoski & Gould 2011, 75). Työkyvyttömyyseläke tulee esiin myös arvioitaessa hakijan oikeutta työeläkekuntoutukseen: jotta kuntoutus voidaan myöntää, on hakijalla oltava uhka työkyvyttömyydestä seuraavan viiden vuoden aikana. Ellei kuntoutuksellisiin toimenpiteisiin ryhdytä, tulisi hakijalle tämän mukaan myönnettäväksi työkyvyttömyyseläke myöhemmin.

Työeläkekuntoutus on ensisijainen etuus työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden, joten eläkelaitoksen on varmistettava, että hakijan kuntoutusmahdollisuudet on selvitetty ennen työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä. Jos työkyvyttömyyseläkehakemuksen käsittelyn yhteydessä päädytään siihen, että työeläkekuntoutuksen keinoin olisi mahdollista auttaa henkilön työelämässä jatkamista ja näin ollen säästää eläkemenoa, tulee hakijalle myöntää kuntoutus työkyvyttömyyseläkkeen sijasta. Mikäli työkyvyttömyyseläkehakemus hylätään, eikä kuntoutusta voida työeläkejärjestelmän piirissä toteuttaa, tulee hakija ohjata muiden palveluiden piiriin. (Korpiluoma ym. 2011, 123) Joskus työeläkeyhtiö voi tukea ammatillista kuntoutusta myös silloin, kun työkyvyttömyyseläkkeen tai kuntoutustuen saajan terveydentilan arvioidaan parantuneen eläkkeellä olon aikana niin paljon, että henkilön työelämään paluu näyttää realistiselta. Tällöin jo tapahtuneesta toipumisesta huolimatta henkilöllä tulee edelleen olla uhka

työkyvyttömyyden jatkumiseen ellei kuntoutustoimenpiteitä käynnistetä.
(<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/> 2012b)

Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää 16–62-vuotiaalle työntekijälle tai yrittäjälle, joka täyttää työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen edellytykset. Mikäli hakija on jo täyttänyt 63 vuotta, myönnetään hänelle työkyvyttömyyseläkkeen sijaan vanhuuseläke. Työkyvyttömyyseläke muuttuu vanhuuseläkkeeksi eläkkeensaajan täyttäessä 63 vuotta. (Korpiluoma ym. 2011; 121,162)

Hakijan oikeus työntekijän eläkelain mukaiseen työkyvyttömyyseläkkeeseen määritellään työntekijän eläkelain kolmannen luvun 35 §:ssä seuraavasti⁴:

Työntekijällä on oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen, jos hänen työkykynsä arvioidaan olevan heikentynyt sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään kahdella viidesosalla yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajan. – Työkyvyn heikentymistä arviotaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja sellaisella saatavissa olevalla työllä, jota työntekijän voidaan koh- tuudella edellyttää tekevän. Tällöin otetaan huomioon myös työntekijän koulu- tus, aikaisempi toiminta, ikä, asuinpaikka ja muut näihin rinnastettavat seikat.

Ehdottomia edellytyksiä työntekijän ja yrittäjän eläkelain mukaiselle työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle ovat siis lääketieteellisesti todettavissa oleva sairaus, vika tai vamma sekä sen aiheuttama, yli vuoden kestävä työkyvyttömyys. Mikäli hakijalle ei voida selkeästi myöntää työkyvyttömyyseläkettä pelkästään lääketieteellisiin seikkoihin vedoten, kiinnitetään ratkaisussa huomiota myös sosiaalis-taloudellisiin seikkoihin.
(<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/> 2012c)

Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää työntekijälle tai yrittäjälle joko täytenä eläkkeenä tai osaeläkkeenä joko määrääjäksi tai toistaiseksi. Täysi työkyvyttömyyseläke voidaan hakijalle myöntää, jos hänen työkykynsä on alentunut yli kolmella viidenneksellä eikä sen enää arvioida palautuvan kuntoutustoimenpiteistä ja hoidosta huolimatta. Mikäli hakijan työkyky on

⁴ Yrittäjän eläkelain (22.12.2006/1272) mukainen oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen on täysin analoginen työntekijän eläkelain määritelmän kanssa.

alentunut yli kaksi viidesosaa mutta kuitenkin alle kolme viidesosaa, on hän oikeutettu osatyökyvyttömyyseläkkeeseen. Jos taas hakija täyttää toistaiseksi myönnettävän työkyvyttömyyseläkkeen kriteerit, mutta sairauden, vian tai vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden arvioidaan olevan määräaikaista, on hän oikeutettu määräaikaiseen työkyvyttömyyseläkkeeseen eli kuntoutustukeen työkyvyn palautumiseen saakka. (Korpiluoma ym. 2011, 124)

3 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT KUNTOUTUSTARPEEN AIHEUTTAJINA

Työkyvyttömyyseläkkeen ja työeläkekuntoutuksen myöntämisen taustalla on aina lääketieteellisesti todettu sairaus, vika tai vamma, joka vaikuttaa työntekijän tai yrittäjän työkykyyn. Tavallisesti nämä sairaudet, viat ja vammat jaotellaan kolmeen pääryhmään: mielenterveyden häiriöihin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä muihin sairauksiin. Mielenterveyden häiriöt ovat olleet vuodesta 2000 lähtien suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairauspääryhmä. Sitä ennen kärkipaikkaa piti tuki- ja liikuntaelinten sairausryhmä, kun taas 1970-luvun loppupuolelle saakka tilastoja hallitsivat verenkiertoelinten sairaudet. (Hiltunen & Kiviniemi 2010, 25) Työeläkekuntoutuksessa mielenterveyshäiriöisten ryhmä ei kuitenkaan yhtä paljon korostu.

Mielenterveyden häiriöiden ryhmässä yleisin diagnoosi on masennus. Kuviosta 5 nähdään, että esimerkiksi vuonna 2010 yksityisellä sektorilla alkoi noin 3 500 masennusperusteista työkyvyttömyyseläkettä, joka on huomattavasti enemmän kuin kaikkien muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden yhteenlaskettu määrä (Masto-hankkeen (2008-2011) loppuraportti 2011,12). Myös työeläkekuntoutuksessa masentuneiden osuus mielenterveyskuntoutujista on suuri: vuonna 2011 masennusdiagnoosi oli noin 70 prosentilla (Eläketurvakeskuksen tilasto, 2013). Tässä luvussa suurin huomio annetaankin masennukselle sen yleisyyden vuoksi. Tätä mielialahäiriötä tarkastellaan niin mielenterveyden häiriönä kuin vajaakuntoisuuden aiheuttajanakin. Muihin suurimpiin työkyvyttömyyttä ja kuntoutustarvetta aiheuttaviin mielenterveyden häiriöihin luodaan vain lyhyt silmäys.

3.1 Masennus

Hetkellinen masentuneisuuden tunne on ohimenevänä normaali osa lähes jokaisen ihmisen tunne-elämää. Pitkittyessään ja syventyessään masennus alkaa kuitenkin usein heikentää henkilön työ- ja toimintakykyä. Masennuksen taustalla on usein niin biologisia, psykologisia kuin sosiaalisiaakin riskitekijöitä. Masennustilat ovat usein monitekijäisiä, helposti uusiutuvia ja pitkäkestoisia mielenterveyden häiriöitä, mikä tekee niistä erityisen ikäviä sekä sairastuneelle itselleen että yhteiskunnalle. (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008, 13) Edellä mainitut

seikat tekevät tästä mielenterveyden häiriöstä myös haasteellisen työeläkejärjestelmän näkökulmasta.

3.1.1 Diagnosointi

Menetykset ja pettymyksen aiheuttamat hetkelliset masennuksen tunteet ovat normaaliin tunte-elämään kuuluvia reaktioita. Nämä tuntemukset kuuluvat lähes kaikkien ihmisten elämään ja ovat yleensä lyhytkestoisia ja ohimeneviä vaiheita. Masentuneella mielialalla tarkoitetaan sen sijaan pysyvämmäksi muuttunutta masentunutta tunnevirettä, joka saattaa kestää viikoista jopa vuosiin. Mikäli masentuneeseen mielialaan yhdistyy myös muita masennusoireryhmään liittyviä oireita, kärsii henkilö työkykyä heikentävästä masennuksesta. (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008, 13)

Masennusoireryhmän diagnostiikan yhteydessä on tärkeää yksittäisten oireiden toteamisen ohella myös itse oireryhmän toteaminen. ICD-10 tautiluokitusjärjestelmä jaottelee masennusoireryhmät yksittäisiksi masennustiloiksi (F32) ja toistuvaksi masennukseksi (F33). Masennusoireryhmän kriteerit ovat näissä diagnooseissa samat (ks. taulukko 2), mutta jälkimmäisessä henkilöllä on esiintynyt masennustila vähintään kerran aiemminkin. Masennustiloja jaotellaan myös niiden vaikeusasteen mukaan lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen masennukseen. (Isometsä & Katila 2004, 135)

Taulukossa 2 on esitelty masennusoireryhmän diagnoosin oirekriteerit ja niihin liittyvä oirekuva. Masennuksen diagnoosi edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta esiintyy yli kahden viikon ajan vähintään neljä kuitenkin niin, että henkilöllä esiintyy vähintään kaksi oireista 1-3. Myös masennuksen vaikeusasteen määrittelyssä oireet ovat samat, mutta niiden lukumäärä ja vaikeusaste vaihtelevat. Lievässä masennuksessa esiintyy 4-5 oiretta, keskivaikeassa 6-7, vaikeassa 8-10 ja psykoottisessa masennuksessa lisäksi harhaluuloja tai hallusinaatioita. (www.kaypahoito.fi/ 2009a).

TAULUKKO 2 Masennuksen oirekriteerit

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
	3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna
	8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
	9. Unihäiriöt
	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

(www.kaypahoito.fi/ 2012a)

Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida myös masennustilaan liittyvän toimintakyvyttömyyden perusteella (Isometsä & Katila 2004, 135). Masentuneen henkilön työkyvyn alenemisen taso on usein suorassa yhteydessä masennuksen oirekuvan vaikeusasteeseen. Lievää masennuksesta kärsivä henkilö kykenee usein käymään työssä, vaikkakin se vaatii häneltä ylimääräisiä ponnisteluja toimintakyvyn ollessa normaalia alempi. Keskivaikeasti masentuneen henkilön työ- ja toimintakyky ovat usein jo merkittävästi alentuneet, ja hän tarvitsee yleensä sairauslomaa. Vaikeasti tai psykoottisesti masentunut henkilö tarvitsee lähes poikkeuksetta jatkuvaa seurantaa ja huolenpitoa, usein sairaalahoidossa. Tällainen henkilö on siis poikkeuksetta työkyvytön. Keskivaikeasta, vaikeasta tai psykoottisesta masennuksesta kärsivien henkilöiden hoito toteutetaan yleensä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, kun taas lievä ja keskivaikea masennus pystytään tavallisesti hoitamaan perusterveydenhuollon piirissä. (Isometsä 2008a, 160)

Oikean diagnoosin ja hoidon varmistamiseksi on tärkeää erottaa masennus muista samantapaisista sairauksista ja tiloista. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä esiintyy masennusoireiden lisäksi kohonnutta mielialaa ja maniaa (ks. tarkemmin luku 3.2). Myös somaattiset sairaudet, lääkehoidot, päihderiippuvuus ja päihteiden väärinkäyttö saattavat aiheuttaa masennuksen kaltaisia oireita, joiden hoito kuitenkin eroaa masennuksen hoidosta. Menetyksen yhteydessä syntyvää normaalia surureaktiota ei pidä diagnosoida masennuksena, elleivät oirekriteerit täyty. (Isometsä 2008a, 162–163)

3.1.2 Taustatekijät ja yleisyys

Useissa tutkimuksissa on todettu, että alttius sairastua depression on jossain määrin perinnöllinen. Geenit eivät kuitenkaan ole yksinään masennuksen taustalla sillä myös ympäristötekijöillä on oma osuutensa henkilön sairastumiseen. Niinpä saattaakin olla, että suotuisissa olosuhteissa masennustaipumuksen perinyt henkilö ei sairastu masennukseen. Toisaalta taas sellainen henkilö, jolla ei ole masennukseen geneettistä alttiutta saattaa selvitä hyvin vaikeistakin elämäntapahtumista masentumatta. (Melartin & Isometsä 2009, 1771–1779)

Masennuksen periytyvyyttä on tutkittu paljon kaksostutkimusten avulla. Tutkimukset osoittavat, että jos toinen identtisistä kaksosista on masentunut, on toisellakin keskimäärin noin 50 prosentin todennäköisyys sairastua masennukseen. Ei-identtisten kaksosten tapauksessa todennäköisyys on noin 20 prosentin luokkaa. Arviot masennuksen geneettisestä periytyvyydestä vaihtelevat yleensä välillä 37–75 prosenttia. Muun muassa masennuksen vaikeus, toistuvuus tai varhainen alkaminen kasvattavat tätä todennäköisyyttä. (Sullivan, Neale & Kenneth 2000, 1552–1562)

Vakavista masennustiloista yli kaksi kolmasosaa ilmaantuu yhden tai useamman merkittävän kielteisen elämäntapahtuman jälkeen. Tällaisia ovat esimerkiksi parisuhteen päätyminen, työttömäksi jääminen ja lähiomaisen sairastuminen tai kuolema. Myös muut tapahtumat, joihin liitetään perinteisesti häpeän, nöyryytyksen tai umpikujaan joutumisen tunteita, saattava olla masennuksen laukeamisen taustalla. (Isometsä 2008a, 164) Näihin kielteisiin elämäntapahtumiin liittyvää kroonista tai akuuttia psykososiaalista stressiä pidetään depression keskeisenä riskitekijänä (Melartin & Isometsä 2009, 1771). On tutkittu, että riski sairastua masen-

nukseen on selvästi kohonnut puolen vuoden ajan henkilön kohdattua merkittävän kielteisen elämäntapahtuman (Kendler, Gardner & Prescott 2006, 115–124).

Masennuksen yleisyyttä on niin Suomen kuin maailmankin mittakaavassa tutkittu paljon. Esiintyvyyden vertailu eri maissa on kuitenkin vaikeaa erilaisten tutkimusmenetelmien vuoksi. On arvioitu, että noin viisi prosenttia suomalaisista kärsii ICD-10-luokituksen luokkien F32-33 kuvaamasta masennuksesta kunakin ajankohtana (Isometsä 2008a, 168). Paraikaakin siis joka kahdeskymmenes suomalainen, mikä tuntuu varsin suurelta luvulta. Tutkimusten mukaan masennuksen todennäköisyys koko elämän aikana on noin 20 prosenttia (Lönngqvist 2009, 3628). Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan noin puolella niistä suomalaisista, jotka ovat kärsineet masennustiloista, oli ollut masennusjakso aiemminkin tai masentunut mieliala oli muuttunut pitkäaikaiseksi (Pirkola, Isometsä, Suvisaari, Aro, Joukamaa, Poikolainen, Koskinen, Aromaa & Lönngqvist 2005, 1-10). Suomalaisissa tutkimuksissa on löytynyt joitain masennustilojen esiintymisen kanssa yhteydessä olevia piirteitä. Näitä piirteitä ovat muun muassa naissukupuoli, nuori aikuisikä tai keski-ikä, matala koulutus- tai tulotaso sekä sosio-ekonominen asema, avioero tai leskeksi jääminen, työttömyys sekä alkoholismi. Ei ole kuitenkaan selvillä, mitkä edellä mainituista ovat todellisia riskitekijöitä ja mikä on niiden välinen syy-seuraussuhde. (Isometsä 2008a, 168)

3.1.3 Hoito

Masennuksen oikea diagnoosi ja masennustilan vaikeusaste ovat keskeisiä tekijöitä hoidon suunnittelun ja potilaan paranemisennusteen kannalta. Masennustilan vaikeusasteesta ja eri hoitomuotojen saatavuudesta riippuen voidaan masentunutta hoitaa muun muassa psykoterapialla, antidepressiivisellä lääkehoidolla, sähköhoidolla, kirkasvalohoidolla tai näitä yhdistelemällä. Lääkehoidon käyttö on erityisen tärkeää keskivaikeiden, vaikeiden ja psykoottisten masennustilojen hoidossa, lievän masennuksen hoidossa psykoterapia yksinään saattaa olla riittävä hoitomuoto. Erityisesti kroonisen tai hoidollisesti vaikeaksi osoittautuneen masennustilan ollessa kyseessä saavutetaan paras hoitotulos usein eri hoitomuotoja yhdistelemällä. (Isometsä 2008a, 181–182)

Masennuksen lääkehoito koostuu kolmesta vaiheesta. Akuuttihoiton vaiheessa tavoitteena on potilaan oireettomuus. Noin kaksi kolmasosaa masennuslääkkeitä käyttävistä saa selvän hoi-

toivasteen ja lähes puolella oireet häviävät kokonaan 6-8 viikon kuluttua hoidon aloittamisesta. Kun potilas on saatu kutakuinkin oireettomaksi, alkaa jatkohoito, jonka tavoitteena on estää masennuksen oireiden palaaminen. Lääkehoitoa on yleensä tarpeellista jatkaa jatkohoidon ajan eli noin 4-6 kuukautta akuuttivaiheen päättymisen jälkeen. Viimeisessä, ylläpitohoidon vaiheessa, on tavoitteena estää masennuksen uudelleen puhkeaminen. Ylläpitohoito on suositeltavaa lähes aina kun potilaalla on taipumusta toistuviin masennusjaksoihin. (www.kaypahoito.fi/ 2012a) Masennuksen psykoterapeuttisen hoidon on osoitettu olevan lääkehoidon kanssa samanveroinen masennuksen oireiden lievittäjä. Psykoterapeuttisten hoitojen oireita lievittävä vaikutus ilmenee hitaammin kuin lääkehoidon, mutta sillä on usein muita, lääkehoitoa laajempia myönteisiä vaikutuksia. (FACULTAS toimintakyvyn arviointi: Mieli-alahäiriöt 2008, 4)

Hoidon piiriin tulevien masennustapausten keskimääräinen kesto on 5-6 kuukautta, mutta osalla masennusoireryhmä saattaa jälkitiloinen kestää vuosia. Noin 10 prosenttia kaikista hoidon piirissä olevista masennustiloista on pitkäaikaisia ja vakavia. Hoidon onnistuminen ja masennustilan vaikeusaste eivät ole ainoita masennustilan ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä. Myös muut seikat kuten kielteiset elämäntapahtumat masennuksen aikana, aikaisempien masennusjaksojen määrä ja muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt huonontavat masennustilan ennustetta. Masennusjaksojen uusiutuminen on varsin yleistä, itse asiassa suurin osa hoitoa hakevista depressiopotilaista kärsii toistuvasta masennuksesta. (Isometsä 2008a, 163–165)

Melartin (2004) on Suomessa tehdyssä tutkimuksessaan seurannut yhteensä 269 vakavasta masennuksesta kärsivää psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasta ja heidän toipumistaan. Tutkimuksen mukaan potilaat reagoivat toteutettuun hoitoon melko nopeasti, keskimäärin noin yhdestä kahteen kuukauden kuluessa hoidon aloittamisesta. Ongelmana oli kuitenkin pitkä osittaisen toipumisen tila, jossa depressiivinen oireilu oli jo helpottanut jonkin verran mutta toimintakyvyssä oli yhä huomattavia puutteita. Täydellinen toipuminen vei keskimäärin noin kahdeksan kuukautta. Masennukselle tyypillistä on, että hitaan toipumisen lisäksi noin 40 % potilaista masentui uudelleen puolentoista vuoden seurantajakson aikana. Positiivista on kuitenkin, että tämä uusiutunut masennusjakso oli usein kestoaltaan lyhyempi ja lievempi kuin alkuperäisen hoidon tarpeen aiheuttanut sairausjakso.

3.2 Muut mielenterveyden häiriöt

Vaikka masennus on suurin työkyvyttömyyttä ja kuntoutustarvetta aiheuttava mielenterveyden häiriö, on myös muilla mielenterveyshäiriöillä osuutensa tilastoissa. Kuten jo edellä mainittiin, ovat mielialahäiriöt, joihin myös masennus kuuluu, suurin kuntoutustarvetta aiheuttava mielenterveyshäiriöiden ryhmä. Samaan ryhmään kuuluu myös toiseksi eniten kuntoutustarvetta aiheuttava kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31). Hieman useammalla kuin joka kymmenellä mielenterveyskuntoutujalla kuntoutuksen taustalla on kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi. Noin viiden prosentin suuruisen osuuden muodostavat myös skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt sekä ahdistuneisuushäiriöt. Edellä mainittuihin ryhmiin kuuluva diagnoosi on tärkeimpänä myöntöperusteena noin 90 prosentilla työeläkekuntoutukseen ja työkyvyttömyyseläkkeelle (kuvio 5) hakeutuvista kuntoutujista. Muiden yksittäisten mielenterveyden häiriöiden vaikutus kuntoutustarpeen aiheuttajina on varsin pieni. (Eläketurvakeskuksen tilasto, 2013) Seuraavassa kuvataan lyhyesti masennuksen jälkeen kolmea tärkeintä työkyvyttömyyttä ja kuntoutustarvetta aiheuttavaa mielenterveyden häiriötä.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa henkilö kärsii edellä kuvatuista masennuksen oireista, mutta niiden kanssa vaihtelevat myös maaniset, hypomaaniset tai sekamuotoiset jaksot. Näiden jaksojen välillä henkilö on usein oireeton. Hypomanialla tarkoitetaan lievää mielialan nousua, jonka kanssa samaan aikaan havaitaan tarmon ja toimeliaisuuden kasvua. Oireet ovat samantyyppisiä kuin jäljempänä kuvattavat manian oireet, mutta lievempiä eikä hypomania yleensä aiheuta merkittävää toimintakyvyn laskua. Sen sijaan häiriöön liittyvät masennusjaksot heikentävät toimintakykyä. Hypomaniajaksojen leimaamaa häiriötä nimitetään tyyppin II kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi. Toisin kuin hypomania, mania aiheuttaa merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn heikkenemistä ja se johtaakin yleensä sairaalahoitoon. Manian oireita ovat esimerkiksi fyysinen rauhattomuus, lisääntynyt puheliaisuus, ajatusten lento, ylikorostunut itseluottamus, vähentynyt unentarve sekä sosiaalinen estottomuus. Psykoottisessa maniassa näihin oireisiin liittyy myös psykoottisia oireita kuten harhaluuloja ja aistiharhoja. Maanisia jaksoja sisältävää häiriötä kutsutaan tyyppin I kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi. Sekamuotoisella jaksolla tarkoitetaan maanisten ja masennusoireiden esiintymistä joko samaan aikaan tai nopeasti vuorotellen. (Isometsä 2008b, 196–202)

Työkyvyille usein vahingollisempi tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö puhkeaa usein 15-35 vuoden iässä. Se, kuten myös tyypin II kaksisuuntainen mielialahäiriö, on perinnöllinen mielenterveyden häiriö ja on arvioitu, että siihen sairastuu Suomessa noin 1 prosentti väestöstä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito on käsillä olevasta jaksosta riippuen joko akuuttihoitoa tai mielialaa tasaavaa ylläpitohoitoa. (Isometsä 2008b, 205–212) Arvioitaessa kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikutusta henkilön työ- ja toimintakykyyn on otettava huomioon ajankohtainen sairausjakso. Esimerkiksi keskivaikea masennus- tai maniajakso heikentävät yleensä toimintakykyä huomattavasti. Käypä hoito –suosituksen mukaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön työkyvyille aiheuttamat rajoitteet ovat suhteellisen pieniä, mikäli sairaus on hoitotasapainossa ja potilas itse on sitoutunut hoitoon. Jos tilanne ei ole tämä, saattaa se viedä työkyvyn jo nuorena. (www.kaypahoito.fi 2012b)

Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy yleensä merkittävää ja pitkäaikaista työ- ja toimintakyvyn laskua. Se on jossain määrin perinnöllinen ja tyypillisesti puhkeaa miehillä 20–28 ja naisilla 24–32 ikävuoden tienoilla. Skitsofrenia on sairaus, jonka diagnosoinnissa noudatetaan erityistä varovaisuutta sen leimallisen luonteen vuoksi. Skitsofreniaan liittyvä psykososiaalisen toimintakyvyn lasku vaikeuttaa usein selviytymistä työssä, opinnoissa ja sosiaalisissa suhteissa. On laskettu, että sen pelkästään teollisille maille aiheuttamien suorien ja epäsuorien kustannusten osuus on 1-2 prosenttia bruttokansantuotteesta. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008; 73–74, 85, 114)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat psykiatrisia häiriöitä, joissa keskeisiä oireita ovat ahdistuneisuus, jännittyneisyys tai pelko. Niitä pidetään lievinä mielenterveyden häiriöinä, mutta ne saattavat tietyissä tapauksissa invalidisoida potilasta merkittävästi. Myös masennuksen esiintyvyys on ahdistuneisuushäiriöisten potilaiden keskuudessa yleistä. Nämä häiriöt ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä ja lievenevät yleensä iän karttuessa. Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan kuuluvaksi esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö sekä pakko-oireinen häiriö. Näiden häiriöiden hoitokeinoina käytetään usein terapiaa ja lääkehoitoa.

(www.therapiafennica.fi 2013)

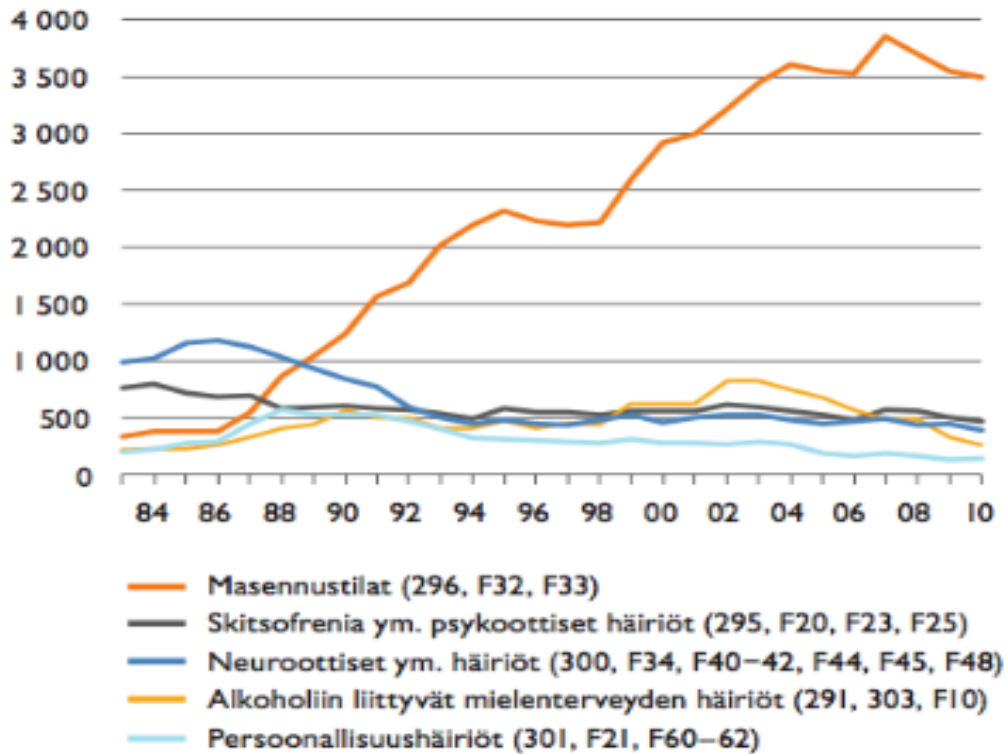
3.3 Mielenterveyden häiriöt, työkyvyttömyys ja kuntoutus

Edellä on käsitelty niin Suomen kuntoutusjärjestelmää, työeläkekuntoutusta, työkyvyttömyyseläkettä kuin mielenterveyden häiriöitäkin erillisinä kokonaisuuksina. Tässä ja seuraavassa luvussa kootaan edellisten lukujen tieto yhteen konkreettisella tasolla. Tavoitteena on luoda kattava ja ajankohtainen katsaus siihen, millä tavoin mielenterveyden häiriöt vaikuttavat työntekoon yhteiskunnassamme.

3.3.1 Mielenterveyden häiriöt suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja

Mielenterveyden häiriöt ovat suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa. Vuonna 2009 lähes 40 prosentilla työkyvyttömyyseläkettä työeläkkeenä saaneista oli eläkkeen myöntämisen perusteena jokin mielenterveyden häiriö. Tämä tarkoittaa yhteensä 82 500 henkilöä (vrt. tuki- ja liikuntaelinsairaudet 63 700 henkilöä). Samana vuonna myönnettiin 7 200 työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden häiriöiden perusteella. Kyseinen luku tuki- ja liikuntaelinsairauksien kohdalla oli lähes 8 000 kappaletta. Luvuista näkyy, että mielenterveyshäiriöihin perustuvia eläkkeitä myönnetään vuosittain vähemmän kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin perustuvia, mutta niiden kokonaismäärä on kuitenkin kokonaisuudessaan suurempi. Tämä johtuu siitä, mielenterveyshäiriöiden perusteella myönnettävät eläkkeet alkavat keskimäärin nuorempina kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin perustuvat. Tämän vuoksi niitä myös maksetaan keskimääräistä pidempään. (Hiltunen & Kiviniemi 2010, 25)

Tarkasteltaessa yksityisen sektorin mielenterveyshäiriöiden perusteella alkaneita työkyvyttömyyseläkkeitä on masennuksen osuus silmiinpistävän suuri (ks. kuvio 5). Masennus onkin suurin yksittäinen työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana masennuksen aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on yli kaksinkertaistunut. Vuonna 2010 siirtyi yksityisellä sektorilla masennusperusteiselle työkyvyttömyyseläkkeelle kaikkiaan noin 3500 henkilöä. (Masto-hankkeen loppuraportti 2011, 11–12) Vuoden 2007 lopussa työeläkejärjestelmän masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet, joita oli tuolloin yhteensä noin 35 000 kappaletta, kuluttivat työeläkejärjestelmän varoja yhteensä huimat 413 miljoonaa euroa. Tämä valtavan rahamäärän lisäksi masennus alentaa työn tuottavuutta ja aiheuttaa runsaasti työkyvyttömyyseläkettä lyhyempiä työpoissaoloja. (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008, 12–13)



KUVIO 5 Yksityisellä sektorilla vuosina 1984-2010 alkanet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet eräissä mielenterveyden häiriöiden ryhmissä (Masto-hankkeen (2008-2011) loppuraportti 2011, 12)

Masennuksen vuoksi työkyvyttömien henkilöiden työkyvyttömyyseläkkeet alkavat muita sairausryhmiä huomattavasti useammin määräaikaisina kuntoutustukina. Erityisesti tämä korostuu alle 54-vuotiaiden ryhmässä. Näistä alun perin määräajaksi myönnettyistä kuntoutustuista valtaosa, kymmenen prosenttiyksikköä enemmän kuin muiden sairauksien ollessa kyseessä, kuitenkin muuttui masentuneiden kohdalla toistaiseksi myönnettyiksi työkyvyttömyyseläkkeiksi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutustuen myönnön yhteydessä sairautta on pidetty vain väliaikaisesti työkykyä heikentävänä ja kuntoutumista takaisin työelämään on pidetty mahdollisena, ehkä jopa todennäköisenäkin. Myöhemmin on kuitenkin todettu, että työkyvyttömyys on lopullista eikä henkilöä enää hoito- tai kuntoutustoimenpitein saada palaamaan takaisin työelämään. (Gould ym. 2007, 48–50)

Masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden on tutkittu alkavan keskimäärin 49-vuotiaana eli kolme vuotta aikaisemmin kuin muiden syiden vuoksi alkavat työkyvyttömyyseläkkeet (Masto-hankkeen loppuraportti 2011, 14). Koko mielenterveyden häiriöiden vuoden 2009 työkyvyttömyyseläketilastoja tarkasteltaessa huomataan, että lähes puolet niistä joille työkyvyttömyyseläke myönnettiin, olivat alle 50-vuotiaita. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien

ryhmässä vastaava luku oli ainoastaan 17 prosenttia. (Hiltunen & Kiviniemi 2010, 25) Eläketurvakeskuksen laskelmien mukaan keskimääräinen eläkkeellesiirtymisikä nousisi 0,3 vuotta, jos masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus saataisiin supistettua puoleen nykyisestä (Masto-hankkeen loppuraportti 2011, 14)

Eläketurvakeskuksen rekistereihin perustuvan selvityksen mukaan masennuksen perusteella vuonna 2004 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden henkilöiden työurat ovat keskimäärin yhtä pitkiä kuin muiden syiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden. Vuonna 2005 täysitehoiselle työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen perusteella siirtyneiden eläkkeet sen sijaan olivat keskimäärin hieman suurempia kuin muiden syiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden. Edellisten pohjalta voidaan siis päätellä, että kyseiset henkilöt ovat pääsääntöisesti toimineet keskimääräistä paremmin palkatuissa ammateissa. Masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeellä olevat ovat paremmin koulutettuja kuin työkyvyttömyyseläkeläiset keskimäärin. Yli 55-vuotiaiden masennuksen perusteella vuonna 2005 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden korkeakoulutuksen saaneiden osuus oli jopa suurempi kuin väestössä keskimäärin. Nuoremmilla ikäryhmillä korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden osuus jäi koko väestön keskiarvon alle, mutta on kuitenkin korkeampi kuin työkyvyttömyyseläkeläisillä keskimäärin. (Gould ym. 2007, 42–46)

Naisilla masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat keskivertoa yleisempiä muun muassa seuraavissa ammateissa: lehdenjakaja, siivooja, esimies ja johtaja sekä lähi- ja sairaanhoitaja. Miehillä vastaavia ammatteja ovat esimerkiksi fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, lähihoitaja, virastojen ja laitosten asiantuntija sekä postinkäsittelijä. (Pensola & Gould 2009, 33) Edellä esitettyjen tutkimustulosten valossa on havaittavissa ristiriita: masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeellä olevien kerrotaan olevan paremmin koulutettuja ja ansaitsevan paremmin kuin työkyvyttömyyseläkeläisten keskimäärin, joissain ikäryhmissä jopa paremmin koulutettuja kuin väestö keskimäärin, ja kuitenkin masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleisimpiä perinteisesti keski- tai jopa heikkopalkkaisiksi miellettyissä ammateissa. Tämä ristiriita saattaisi johtua siitä, että masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle jäävät muodostanevat kaksi toisistaan erotettavaa ryhmää: nuoret, matalasti koulutetut ja matalapalkkaiset sekä varttuneemmat, korkeassa asemassa ja suuremmalla palkalla työskentelevät, pitkän työuran tehneet henkilöt. Lisäksi on syytä huomioida, että masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleisimpiä valtiosektorin eläkkeissä (Gould ym. 2007, 41).

3.3.2 Mielenterveyden häiriöt eivät korostu työeläkekuntoutuksessa

Mitä aikaisemmin työntekijän sairauspoissaoloon puututaan, sitä parempia tuloksia yleensä saavutetaan. Masennusperusteisen sairauspoissaolon jatkuttua yli puoli vuotta ainoastaan puolet työntekijöistä palaa takaisin työelämään. Jos sairauspoissaolo jatkuu yli vuoden, työelämään palaa enää ainoastaan neljäsosa. (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2011, 60–61) Kansaneläkelaitoksen tekemässä seurantatutkimuksessa todettiin, että masentuneiden henkilöiden sairauslomalta takaisin työelämään palaamista ennakoivat henkilön nuori ikä, hyvä sosioekonominen asema, sairausloman lyhyt kesto ja masennuksen vähäinen vaikeusaste. Tutkimuksessa havaittiin myös, että niistäkin jotka toipuivat työkykyisiksi huomattava osuus oli vielä vuodenkin kuluttua vähintään lievästi masentunut. (Salminen, Saarijärvi, Tikka, Raitasalo, Toikka, Puukka & Rissanen 2000, 311–317)

Tunnusomaista masennukselle on pitkäaikainen osittaisen toipumisen tila. Tällöin masennuksen oireet ovat saattaneet jo väistyä, mutta henkilön toimintakyky on edelleen rajoittunut. Esimerkiksi aiemmin mainitussa Melartin tutkimuksessa havaittiin, että täydellinen toipuminen masennuksesta vei noin kahdeksan kuukautta (Melartin 2004). Nimenomaan tämä osittaisen toipumisen tila olisi se, jossa henkilön osittaista työkykyä olisi luonnollista edesauttaa ja tukea erilaisten tukitoimenpiteiden avulla. Mikäli henkilöllä nähdään olevan työkyvyttömyyden riski lähitulevaisuudessa, voitaisiin hänen osittaista työkykyään tukea työeläkekuntoutuksen keinoin. Esimerkiksi lyhennetyt työpäivät tai -viikon tekeminen saattaisi estää kuntoutujaa vieraantumasta työelämästä ja samaan aikaan tukea hänen omanarvontuntoaan ja lisätä tunteita tarvitukseksi tulemisesta. Tällä saattaisi olla suora vaikutus myös masennuksen ennusteseen. Viinamäki, Hintikka, Leppänen, Heikkinen, Kinnunen & Lepola (2003, 3523–3529) esittävät myös artikkelissaan, että kuntoutusnäkökulman korostaminen masennuksen, ja miksei myös muiden mielenterveyshäiriöiden, hoidossa voisi lisätä mielenterveyshäiriöisten hakeutumista hoidon piiriin ja vähentää heidän sairauden takia kokemaansa syyllisyyttä ja häpeää.

Siitä huolimatta, että mielenterveyshäiriöt ja erityisesti masennus korostuvat työkyvyttömyyseläkemyönnoissä, keskimäärin vain joka kymmenennen työeläkekuntoutusmyönnon taustalla on masennus ja mielenterveyden häiriö joka viidennen myönnon taustalla. Muissa sairausryhmissä ammatillisen työeläkekuntoutuksen toimenpiteet korostuvat erityisesti alle 45-vuotiaiden ikäryhmissä (taulukko 3). Näissä ryhmissä kuntoutusmyönnot ovat huomattavasti

yleisempiä työkyvyttömyyseläkemyöntöihin verrattuna. Sen sijaan masennuksen ollessa vaajakuntoisuuden aiheuttajana on paljon yleisempää myöntää työkyvyttömyyseläke kuin kuntoutusta (taulukko 3). (Gould ym. 2007, 52–53)

TAULUKKO 3 Työeläkejärjestelmän kuntoutus(KM)- ja työkyvyttömyyseläkemyönnot(KM) vuonna 2006 sairauspuuryhmän mukaan, %

Sairausryhmä	-34		35-44		45-54		55-64		Kaikki	
	KM	TK	KM	TK	KM	TK	KM	TK	KM	TK
Masennus	9	22	12	21	14	17	13	12	13	15
Muut mielenterveyden häiriöt	14	41	10	25	8	14	7	7	9	13
Muut sairaudet	77	37	78	54	77	70	80	81	78	72

(Gould ym. 2007, s. 53)

Työeläkekuntoutuspäätöksen saaneista 22 prosentilla (1 876 henkilöllä) oli kuntoutuksen hakemisen perusteena jokin mielenterveyden häiriöiden luokkaan kuuluva sairaus. Sen sijaan yli puolella päätöksen saaneista oli taustalla tuki- ja liikuntaelinsairaus. Hylkäysprosentit olivat näissä molemmissa ryhmissä samaa luokkaa, noin 16,5. Vuonna 2011 esimerkiksi hengityselinsairauksien ryhmässä työeläkekuntoutushakemusten hylkäysosuus oli 46 % (Saarnio 2011, 15–16). Näistä luvuista voidaan päätellä, että ongelmana on mielenterveyshäiriöiden suhteen enemmänkin se, etteivät mielenterveyshäiriöiset hakeudu työeläkekuntoutuksen piiriin kuin se, että heidän hakemuksiaan hylättäisiin enemmän kuin esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairaiden hakemuksia.

Työeläkekuntoutuslainsäädännössä tehtyjen muutosten (ks. luku 2.3.1) tavoitteena on ollut varhenta työeläkekuntoutuksen alkamista. Tarkoituksena on, että kuntoutus alkaisi jo silloin, kun työntekijän työkyvyn arvioidaan olevan lähivuosina uhattuna lääketieteellisten ja sosiaalitaloudellisten seikkojen yhteisvaikutuksesta. Varhaiskuntoutuksen periaatteen mukaan kuntoutuksen sopivan varhainen käynnistäminen mahdollistaa hyviin tuloksiin pääsemisen alhaisemmilla kustannuksilla ja vähäisemmällä toimenpiteillä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 45). Mielenterveyskuntoutujista suuri osa tulee työeläkekuntoutuksen piiriin työkyvyttömyyseläkkeeltä. Tämä tarkoittaa sitä, että heidän kuntoutustarpeeseensa ei ole kyetty tarpeeksi ajoissa reagoimaan vaan työkyvyttömyyden uhka on jo heidän kohdallaan toteutunut ennen kuntoutuksen alkamista (Gould, Järvikoski, Härkäpää & Tuomala 2012, 231). Vuonna 2011

noin 28 % työeläkejärjestelmän mielenterveyskuntoutujista tuli kuntoutuksen piiriin eläkkeel-
tä (vrt. tuki- ja liikuntaelinten sairaudet 43 %). Suoraan työelämästä tuli sen sijaan 56 % tuki-
ja liikuntaelinsairaista mutta vain 17 prosenttia mielenterveysongelmaisista. (Saarnio 2012,
21).

Mielialahäiriöisten, joista masentuneet muodostavat noin 85 prosenttia, kuntoutus on usein
työpaikkakuntoutusta. Koulutusta käytetään tässä kuntoutujaryhmässä varsin vähän. Työpaik-
kakuntoutuksen osuus korostuu erityisesti naisten ja vanhempien kuntoutujien ryhmissä. Eni-
ten työpaikkakuntoutusta hyödynnettiin yli 45-vuotiaiden naisten ryhmässä (74 %) ja vähiten
alle 45-vuotiaiden miesten ryhmässä (61 %). Edellä mainitussa naisten ryhmässä koulutuk-
seen oli osallistunut ainoastaan 9 prosenttia ja jälkimmäisessä miesten ryhmässä 28 prosent-
tia. Vaikka koulutusta ei mielialahäiriöisten ryhmässä suositakaan, joskus sen käyttö saattaa
olla perusteltua. Esimerkiksi aiemmalle työlle ominainen suuri esimiesvastuu, ihmissuhde-
kuormitus tai vuorotyö saattavat altistaa masennuksen uusiutumiselle tai tehdä samaan työhön
palaamisesta mahdotonta. Tällöin on otettava huomioon, että kyseinen kuormitus on paljon
vähäisempää uudessa, työeläkekuntoutuksen keinoin hankittavassa ammatissa. (Kivekäs,
Gould & Pellinen 2008, 2817–2818) Usein ajatellaan, että koulutuksen keskeyttämisen riski
on suuri nimenomaan mielenterveyshäiriöiden ollessa kuntoutustarpeen aiheuttajana eikä kou-
lutusta sen takia haluta tukea työeläkejärjestelmän varoin. Onkin totta, että mielenterveyskun-
toutajat tarvitsevat muita kuntoutujia enemmän koulutuksen aikaista ohjausta ja psykososiaa-
listaa tukea. Uusia kuntoutusmuotoja kehittämällä voidaan tulevaisuudessa ottaa myös mielen-
terveyskuntoutujien koulutustarpeet entistä paremmin huomioon. (Järvikoski & Härkäpää
2012, 139)

Mielenterveyshäiriöisten kuntoutus on siis useimmiten työpaikkakuntoutusta. Tämä on kun-
toutusmuoto, jossa henkilökohtaisen tuen osuus jää usein varsin vähäiseksi. Paljon on perään-
kuulutettu mielenterveyskuntoutujien ongelmat entistä paremmin huomioivia kuntoutusmuo-
toja. (Gould ym. 2012, 231) Tällaisia toimintatapoja pyrittiin löytämään Kuntoutussäätiön
2007-2011 toteuttaman Työhön paluu -projektin tiimoilta. Projektissa etsittiin toimintatapoja,
joilla masennuksen vuoksi pitkään sairauslomalla olleiden työhönpaluuta voitaisiin helpottaa.
Siinä hyödynnettiin niin kahdenkeskisiä tapaamisia projektin yhteyshenkilön kanssa, verkos-
totapaamisia työhön palaajan, esimiehen, työterveyshuollon ja projektin työntekijän kanssa
kuin ryhmämuotoista vertaistukeakin. Koko projektin ideana oli tarjota masennuksesta toipu-
valle henkilökohtaisesti räätälöityä tukea työhönpaluun prosessin aikana. Projekti sai hyvää

palautetta kaikilta siihen osallistuneilta tahoilta ja sen tarjoama tuki koettiin hyödylliseksi lisäksi pitkään työelämästä poissa olleiden työhönpaluun tukemisessa. (Tiainen, Oivo, Puumalainen & Korkeamäki 2011)

3.4 Kuntoutustarpeen havaitseminen ja kuntoutuksen käynnistyminen

Tässä osiossa keskitytään tarkastelemaan työelämään palaamisen reittiä painottaen tarkastelussa työeläkekuntoutuksen kannalta tärkeitä järjestelmän osia ja toimijoita. Toipumisprosessin kannalta hyvin merkittäviä ovat tietenkin myös hoidolliset toimenpiteet, joista on yleensä vastuussa mielenterveyden häiriön vaikeusasteesta riippuen perusterveydenhuolto tai psykiatrinen erikoissairaanhoido. Mielenterveysongelmainen henkilö kohtaa toipumisprosessinsa aikana usean eri tahon työntekijöitä. Kontaktit saattavat liittyä niin hoitoon, sosiaaliturvaan, työsuhteeseen kuin kuntoutukseenkin. Keskeisimmät toimijat kuntoutumisprosessissa ovat Kela, mielenterveyspalvelut sekä työterveyshuolto. (Kivekäs, Kinnunen & Ahlblad 2006, 2012).

Seuraavassa tarinassa nähdään yksi esimerkki tyypillisestä polusta työkyvyttömyydestä takaisin työelämään. Tarinan tarkoitus on konkretisoida työhönpaluun prosessia, joskin se on melko positiivinen ja suoraviivainen esimerkki.

Mari on 30-vuotias toimistotyöntekijä. Vaikean masennuksensa vuoksi hän on jäänyt pois työstään ensin sairauspäivärahan ja myöhemmin määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen eli kuntoutustuen turvin. Sairauspoissaolo on kestänyt jo kolme vuotta, mutta Marin työsuhde on edelleen voimassa. Sairausjakson alussa hän oli sairaalahoidossa ja sen jälkeen hänellä on ollut säännöllinen hoitosuhde psykiatriseen avohoitoon. Työterveyshuolto on seurannut Marin tilannetta koko sairauspoissaolon ajan. Hänen toipumisensa oltua hyvällä mallilla työterveyshuolto järjesti yhteistapaamisen Marin, työterveyshuollon edustajan ja työnantajan kesken. Se rohkaisi häntä kokeilemaan jaksamistaan entisessä toimistotyöntekijän työssään. Tästä motivoituneena Mari täytti kuntoutushakemuksen, johon hän liitti lääkärinlausunnon ja kuntoutussuunnitelman. Työeläkekuntoutus myönnettiin Marille ja entiselle työpaikalle palaaminen toteutettiin työeläkeyhtiön rahoittaman työkokeilun turvin. Työkokeilun aikana hän teki entistä työtään kolmena päivänä viikossa kol-

men kuukauden ajan. Tänä aikana hän varmistui omasta jaksamisestaan ja orientoitui takaisin työelämään. Työterveyshuollon tarkoituksena on vielä jatkossakin seurata Marin jaksamista työssään ja tilanteen näyttäessä siltä reagoida ennaltaehkäisevästi, ettei yhtä pitkiä sairauspoissaoloja pääsisi enää syntymään. (Mukailen STM 2008, 10).

Marin toipumisprosessi oli varsin suoraviivainen, mutta silti siihen liittyi monta toimijaa. Hän asioi toipumisensa aikana muun muassa Kelan, työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon ja työeläkeyhtiön kanssa. Kyseessä saattaa kuntoutujan näkökulmasta olla sekava kokonaisuus, eikä hän välttämättä käytännössä hahmota mikä kunkin toimijan rooli on. Seuraavassa avataan hieman tarkemmin kuntoutukseen ohjautumisen prosessia ja toimijoiden roolia siinä.

Kelan sairauspäiväraha korvaa alle vuoden kestävästä työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiotulojen menetystä. Sitä voidaan maksaa enintään 300 arkipäivää. Sairauspäivärahan omavastuu-aika on yleensä sairastumista seuraavat yhdeksän arkipäivää. (www.kela.fi 2012) Kesällä 2012 uudistuneet sairausvakuutus- sekä työterveyshuoltolait edellyttävät työnantajalta ja työterveyshuollolta aktiivista tukea silloin, kun työntekijän työkyky uhkaa heikentyä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että työterveyslääkärin on laadittava lausunto vajaakuntoisen työntekijän työkyvyn heikentymisestä ja mahdollisuuksista jatkaa työssä. Tämän lausunnon toimitaminen Kelaan on edellytys sairauspäivärahan maksamiselle 90 suorituspäivän jälkeen. Jos henkilö toimii yrittäjänä, ei kyseinen työterveyshuollon lausunto ole sairauspäivärahan maksamisen edellytyksenä määräajan jälkeen kuten työntekijöiden kohdalla. (Kela 2012b, esite: Työterveyshuollon lausunto työhön paluun mahdollisuuksista) Mikäli lausunnossa ilmenee tarve kuntoutustoimenpiteille, on Kelan tehtävänä ohjata henkilö työeläkejärjestelmän tai työhallinnon kuntoutuksen piiriin. Jos kuntoutusta ei järjestetä muun lain perusteella, on Kelalla kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus. (Toimeentuloturva 2009, 133) Sairausvakuutus- sekä työterveyshuoltolakien lakimuutosten seurauksena työnantajan on ilmoitettava sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun se kestää yli kuukauden tai jos työntekijällä on jatkuvia lyhyempiä sairauspoissaoloja. (Kela 2012b, esite: Työterveyshuollon lausunto työhön paluun mahdollisuuksista)

Työterveyshuolto on avainroolissa työntekijän sairauden aikaisessa havaitsemisessa kuten myös sairauden jälkeisen työhönpaluun järjestämisessä, mikäli se on jo ehtinyt vaikeuttaa työntekijän työssä suoriutumista. Työterveyshuollon tehtävänä on olla vajaakuntoisen työntekijän

kijän työhönpaluun aktiivinen seuraaja ja tukija. Se on siinä myös etulyöntiasemassa, koska sillä on paras käsitys työhönpalauksen työpaikasta ja työolosuhteista. (Kivekäs ym. 2006, 2012-2013) Yhteistyöneuvottelu on eräs työterveyshuollon keino puuttua havaittuun työkyvyttömyyden uhkaan. Neuvottelussa keskustellaan kuntoutujan, työterveyshuollon edustajan sekä esimiehen kanssa työntekijän työkyvystä sekä siitä, miten todettu sairaus, vika tai vamma vaikuttaa työntekoon. Yleensä yhteistyöneuvottelut käydään sairauspoissaolon aikana tai vasta työhönpaluun yhteydessä. Neuvotteluiden tarkoituksena on löytää työntekijälle keino palata takaisin työelämän piiriin esimerkiksi juuri työkokeilun turvin. Mikäli työterveyshuollon keinoin ei pystytä puuttumaan työkyvyn ongelmiin, on työterveyshuollon ohjattava asiakas eteenpäin oikeaan paikkaan. Vaikka työntekijä ohjattaisiinkin eteenpäin, on työterveyshuollon tehtävänä työntekijän tilanteen seuraaminen kuntoutumisen aikana ja sen jälkeen. (STM 2008; 17, 23)

Työntekijän tai yrittäjän potentiaalinen kuntoutustarve havaitaan yleensä esimerkiksi juurikin työterveyshuollossa taikka sitten työpaikalla tai muun terveydenhuollon piirissä. Muun terveydenhuollon rooli kuntoutustarpeen havaitsemisessa korostuu erityisesti silloin, kun henkilö ei esimerkiksi eläketäustansa tai työsuhteen puuttumisen vuoksi kuulu työterveyshuollon piiriin. Edellä mainitut tahot toimivat usein kuntoutusprosessissa aloitteen tekijöinä. Potentiaalisen kuntoutustarpeen havaitsemisen jälkeen lähdetään tarkemmin selvittämään, millä tavoin henkilö saataisiin pysymään työelämässä tai onko se edes realistinen tavoite. (Härkäpää ym. 2011, 75)

Mikäli päädytään siihen, että kuntoutuksen keinoin olisi mahdollista tukea henkilön työelämässä jatkamista, voidaan työeläkeyhtiöltä hakea ennakkopäätöstä ammatilliseen kuntoutukseen. Tällöin kuntoutushakemuksen liitteeksi tarvitaan B-lääkärintlausunto. Saatuaan hakemuksen työeläkeyhtiö pyytää vielä työnantajalta työnantajakuvausta, jossa on kuvaus hakijan työstä, työolosuhteista ja työssä selviytymisestä. Jos hakija täyttää työeläkekuntoutuksen edellytykset ja ammatillinen kuntoutus katsotaan työeläkeyhtiönkin mielestä tarpeelliseksi, annetaan hakijalle ennakkopäätös ammatillisesta kuntoutuksesta. Ennakkopäätöksessä otetaan kantaa ainoastaan siihen, täyttääkö hakija työeläkekuntoutuksen saamisen edellytykset, ei vielä kuntoutuksen sisältöön. Ennakkopäätös sitoo eläkeyhtiötä, jos hakija toimittaa kuntoutussuunnitelman eläkeyhtiöön yhdeksän kuukauden sisällä päätöksen tulosta lainvoimaiseksi. Siispä jos hakija ei toimittanut kuntoutussuunnitelmaa eläkeyhtiöön kuntoutushakemuksen liitteenä, voi hän toimittaa sen takautuvasti ennakkopäätöksen voimassaoloaikana. Mikäli

hakemuksen liitteenä on sellainen kuntoutussuunnitelma, jonka eläkeyhtiö voi suoraan hyväksyä, voidaan hakijalle antaa päätös oikeudesta kuntoutukseen ja kuntoutuksen sisällöstä samalla päätöksellä. Työeläkeyhtiö lähtee tukemaan työeläkekuntoutusta vain, jos kuntoutussuunnitelma on sen mielestä hyvä ja toteuttamiskelpoinen henkilön kokonaistilanne huomioon. (www.ilmarinen.fi 2012; www.varma.fi 2012; <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi> 2012d)

Työeläkekuntoutuksen myöntämisen edellytyksenä on yksilöllinen ja tavoitteellinen kuntoutussuunnitelma. Suunnitelman tavoitteena on jäsentää kuntoutujan tilannetta ja tehdä siitä helpommin ymmärrettävä. Tällä tavoin kuntoutuja voi paremmin sitoutua kuntoutukseen ja sen tavoitteisiin. Kuntoutujan sitoutumisen ja motivoimisen takia on myös tärkeää laatia suunnitelma yhteistyössä kuntoutujan itsensä kanssa. (Paatero ym. 2008, 32) Kuntoutussuunnitelma on siis kirjallinen dokumentti, josta ilmenee tavoitteena oleva työ tai ammatti, suunniteltu kuntoutusohjelma, aikataulu, toteutuspaikka sekä arvio työllistymismahdollisuuksista kuntoutuksen jälkeen. Lähtökohtana kuntoutussuunnitelman laatimiselle ovat hakijan aikaisemman työkokemuksen ja koulutuksen hyödyntäminen. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa olisi otettava huomioon hakijan terveydentila ja kaavailtujen kuntoutustoimenpiteiden soveltuvuus sille, henkilökohtaiset ominaisuudet ja kiinnostuksen kohteet sekä kuntoutusohjelman kesto ja sen kustannukset. Hyväksymällä kuntoutussuunnitelman työeläkeyhtiö sitoutuu rahoittamaan siinä suunnitellun kuntoutusohjelman. Kuntoutusetuuden maksupäätös voidaan antaa, kun kuntoutuksen alkamisajankohta on tiedossa. (<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi> 2012d)

Kuntoutushakemuksen ja kuntoutussuunnitelman hyväksymisen jälkeen on varsinaisen kuntoutustoimenpiteen käynnistämisen vuoro. Työeläkekuntoutuksen toimenpiteitä ovat työkeilu, työhönvalmennus, koulutus, elinkeinotuki sekä apuvälineet. Toimenpiteitä on kuvattu tarkemmin aiemmassa luvussa 2.3.3. Itse kuntoutuksen tavoitteena on tietenkin se, että kuntoutuja pystyisi kuntoutustoimenpiteen jälkeen jatkamaan työelämässä eikä joutuisi lähivuosina työkyvyttömyyseläkkeelle. On laskettu, että kuntoutus maksaa itsensä takaisin eli kuntoutus on ollut kannattavaa, jos kuntoutettu henkilö pysyy työelämässä kuntoutuksen päättämisen jälkeen keskimäärin 1,6 vuotta. (Saarnio 2012, 32)

4 VARMAN TYÖELÄKEKUNTOUTUS LUKUINA

Tämän luvun tarkoituksena on kuvailla Varman kuntoutustoimintaa ja kuntoutujien ajankohtaista työtilannetta. Ensin luodaan lyhyt katsaus Varman kuntoutustoimintaan tarkastelun kohteena olevana vuonna 2009. Sen jälkeen eritellään tarkemmin kuntoutujien ajankohtaista työtilannetta vuosien 2009 ja 2011 lopussa. Kvantitatiivisen tilastoanalyysin tarkoituksena on luoda pohjaa seuraavaa päälukua silmälläpitäen. Lukua viisi varten haastatellut 14 henkilöä sisältyvät tässä luvussa analysoituun perusjoukkoon.

4.1 Aineiston kuvaus ja analysointi

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan etsitään vastausta analysoimalla Eläketurvakeskuksen rekistereistä koottuja tietoja. Tiedot on ajettu Eläketurvakeskuksen järjestelmistä ja ristiintaulukoitu valmiiksi. Tarkastelun kohteena ovat vuonna 2009 kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneet Varman työeläkekuntoutajat. Mielenkiinto kohdistuu erityisesti mielenterveyskuntoutujiin ja heidän tarkasteluhetken työtilanteeseensa, joka on analyysin kohteena olevassa aineistossa eritelty vuosien 2009, 2010 ja 2011 osalta. Vuoden 2010 työssäolotiedot sisältävä aineisto on päätetty jättää analysoinnin ulkopuolelle ja tarkastella työtilannetta vuosien 2009 ja 2011 lopussa. Vuoden 2010 aineiston huomioimisen ei katsottu tuovan tutkimukselle merkittävästi lisäarvoa erityisesti tutkimuksen laajuus huomioiden. Vuosien 2009 ja 2011 sisällyttäminen tarkasteluun mahdollistaa kuntoutujien työtilanteen tarkastelun niin lyhyellä kuin pidemmällä kahden vuoden jaksollakin. Seurantajakson pituus perustuu siihen, että Saarnion (2012, 32) mukaan onnistunut työeläkekuntoutus maksaa itsensä takaisin keskimäärin 1,6 vuodessa. Työelämässä vuoden 2011 lopussa olleiden henkilöiden kuntoutuksen voidaan siis katsoa olleen kannattavaa.

Suurin mielenkiinto kohdistuu niihin kuntoutujiin, joille kuntoutus on myönnetty ensisijaisesti jonkin mielenterveyden häiriön perusteella. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei näillä henkilöillä voisi olla kuntoutustarpeen taustalla muitakin sairauksia. Usein näin onkin. Kuntoutusratkaisua tehdessään vakuutuslääkäri määrittää tärkeimmän työkykyä uhkaavan ja samalla kuntoutustarvetta aiheuttavan diagnoosin, joka merkitään työeläkeyhtiön järjestelmään. Tämän diagnoosin perusteella myös käsillä olevan tutkimuksen aineistot on ajettu Eläketurva-

keskuksen rekistereistä. Eläkejärjestelmiin kirjattavan ykkösdiagnoosin taustalla vaikuttaa vahvasti vakuutuslääketieteellinen näkemys. On siis mahdollista, että vakuutuslääkäri ja kuntoutuja saattavat pitää kuntoutustarpeen aiheuttajana eri sairautta.

Eläketurvakeskuksen rekistereistä ajetut tiedot on ristiintaulukoitu kuntoutuksen alkutilanteen ja ajankohtaisen työtilanteen mukaan. Alkutilanteen suhteen aineisto on ryhmitelty kolmeen pääryhmään: kaikki, miehet ja naiset. Nämä ryhmät on edelleen jaoteltu iän mukaan alle ja vähintään 45-vuotiaisiin sekä eläketilanteen mukaan ryhmiin ”ei saanut eläkettä” ja ”sai eläkettä” ennen kuntoutustoimenpiteen käynnistymistä. Aineistossa ovat mukana paitsi toteutuneet kuntoutuspalveluohjelmat myös ns. ”tehtiin vain selvitys”-tapaukset. Tällöin kuntoutuja ei ole lainkaan osallistunut varsinaiseen kuntoutuspalveluohjelmaan, vaan jostain syystä jättäytynyt pois alkuselvittelyn jälkeen. Tämän ryhmän suuruudesta tutkimuksen kohteena olevassa aineistossa ei ole varmaa tietoa, mutta esimerkiksi Saarnion (2012, 28) raportissa kyseisen ryhmän osuus koko yksityisen ja julkisen työeläkesektorin kuntoutustoimenpiteistä oli yhdeksän prosenttia. Voitaneen siis olettaa, että Saarnion raportin pohjana olleen aineiston samankaltaisuuden vuoksi ”tehtiin vain selvitys”-tapausten muodostaman ryhmän suuruus lienee tämänkin tutkimuksen aineistossa samaa luokkaa. Käsillä olevan tutkimuksen aineistossa on eritelty edellä mainitut tiedot Varman, yksityisen työeläkesektorin sekä koko työeläkejärjestelmän osalta. Käytettävissä ovat siis myös julkisen työeläkesektorin tilastot, mutta niiden tarkastelu on lähtökohtaisesti rajattu tutkimuksen ulkopuolelle järjestelmien erilaisuuden vuoksi. Vuoden 2008 vastaavia tietoja on myös harvakseltaan käytetty hyväksi. Niistä on lähinnä haettu tukea ja varmuutta, jos vuoden 2009 aineistossa on esiintynyt jokin huomiota herättävä poikkeama.

Tarkastelun kohteena olevassa aineistossa on vuonna 2009 kuntoutusohjelmansa päättäneiden henkilöiden ajankohtainen tilanne jaoteltu pääosin neljään ryhmään: 1) työssä, 2) eläkkeellä, ei työssä, 3) ei työssä eikä eläkkeellä ja 4) kuolleet. Ensimmäinen ryhmä sisältää kaikki ne, joilla on merkintä työansioista Eläketurvakeskuksen ansiorekisterissä. Nämä henkilöt voivat myös samaan aikaan olla joko täydellä tai osatyökyvyttömyyseläkkeellä taikka jollain muulla eläkkeellä. Tämä perustuu siihen, että vuoden 2005 lainsäädäntömuutoksen jälkeen ”työsuhteessa ovat mukana myös eläkkeen rinnalla tehdyt työsuhteet” (Saarnio 2010, 31). Henkilö saattaa siis tehdä täydenkin työkyvyttömyyseläkkeen rinnalla hieman töitä, minkä johdosta hänet luokitellaan työssäkäyviin. Ryhmään kaksi kuuluvat henkilöt, joille on myönnetty joko täysi tai osatyökyvyttömyyseläke tai muu eläke, mutta jotka eivät ole sen ohella lainkaan työ-

elämässä. Nämä henkilöt eivät siis lukeudu samanaikaisesti ensimmäiseen ryhmään. Kolmannen ryhmään luokitellut henkilöt eivät kuulu kahteen edelliseen ryhmään eli eivät ole työssä-käyviä tai eläkkeellä. He voivat olla esimerkiksi työttömiä, opiskelijoita tai kotivanhempia. Neljännen ryhmän muodostavat tarkastelujakson aikana menehtyneet henkilöt.

Varman mielenterveyskuntoutujista analysoidun tilastotiedon lisäksi syvempää ymmärrystä aiheesta on pyritty saavuttamaan suhteuttamalla lukuja muun yksityisen työeläkesektorin lukuihin. Näistä muun yksityisen työeläkesektorin luvuista on vähennetty Varman luvut, sillä Varma on niin suuri toimija alalla, että sen tietojen sisällyttäminen vertailun kohteena olevaan aineistoon vääristäisi tuloksia ja pienentäisi eroja. Tämän vertailun lisäksi vertaillaan lyhyesti myös mielenterveyskuntoutujien sekä tuki- ja liikuntaelinsairaiden tilastoja keskenään. Tämä on mielenkiintoista, koska nämä kaksi ryhmää on totuttu näkemään varsin vastakkaisina nimenomaan sairauden luonteen vuoksi. Mielenterveyden häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat lisäksi kaksi työeläkekuntoutuksessa selvästi erottuvaa suurta sairausryhmää. Eri-tyyseen mielenkiintoista on tutkia, eroaako tuki- ja liikuntaelinsairaiden tilanne seurantajakson lopussa vuonna 2011 mielenterveyskuntoutujien tilanteesta.

Tämän empiirisen osion tarkoituksena on olla kuvaileva, joskin siinä on myös selittäviä piirteitä. Alkulan, Pöntisen & Ylöstalon mukaan kuvailevassa tutkimuksessa voi olla myös kausaalipäätelmiin pyrkiviä osia, mikä on taas tyypillistä selittävälle tutkimukselle. Kuvailevaa tutkimusta voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun halutaan selvittää, onko muutoksia tapahtunut tai millaisia ne ovat olleet. Tämän lisäksi kuvaileva tutkimus voi sisältää myös esimerkiksi ajallisia vertailuja, joka tekee rajan kuvailevan ja selittävän tutkimuksen välillä häilyväksi. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1991, 187–188) Tämän tutkimuksen aineisto ei mahdollista laajojen kausaalipäätelmien tekoa, joten tutkimuksessa keskitytään enemmänkin kuvailemaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Tutkimukseen on kuitenkin pyritty tuomaan myös selittäviä piirteitä, sillä aineiston analysoinnin kautta tehdyille havainnoille yritetään löytää perusteluita ja havaintojen välille luomaan suhteita. Tutkimus sisältää lisäksi huomattavasti ajallista vertailua, joka Alkulan ym. (1991, 187–188) mukaan vie sitä selittävään suuntaan.

Kysymys on retrospektiivisestä tutkimuksesta, jossa tilannetta tarkastellaan ennalta määrättyiltä vuosilta takautuvasti. Käytettävä aineisto on valmiiksi ristiintaulukoitu, mikä helpottaa siihen tutustumista ja sen analysointia. Alkulan ym. mukaan taulukoinnin avulla voidaan kuvail-

la havainnollisesti ja selvästi muuttujien välisiä yhteyksiä. Absoluuttisten frekvenssien lisäksi taulukot on esitetty suhteellisina lukuina eli tässä tapauksessa prosentteina. Kuvailevassa tutkimuksessa aineiston analysoinnissa selvitetään mittarin esiintyminen sekä jakaantuminen koko otoksessa ja tuodaan esille osajoukkojen erilaisuus tai samanlaisuus. Saatuja tuloksia voidaan myös vertailla aiempiin tutkimuksiin, kuten tässä tutkimuksessa tehdäänkin. (Alkula ym. 1991, 175–189) Tämän tutkimuksen kohteena ovat kaikki Varmassa vuoden 2009 aikana kuntoutuksensa päättäneet henkilöt. Ehtona on myös, että kuntoutustarpeen taustalla vaikuttava tärkein diagnoosi kuuluu mielenterveyshäiriöiden ryhmään. Tutkimuksen kohteena on siis koko perusjoukko eikä otoksen käsitettä tai sen yleistettävyyttä tarvitse erikseen pohtia. Aineiston analysointia tuetaan myös graafisin esityksin, joiden avulla tuodaan esitykseen lisää havainnollisuutta.

4.2 Katsaus Varman työeläkekuntoutukseen vuonna 2009

Vuonna 2009 koko työeläkejärjestelmässä, sekä yksityinen että julkinen työeläkesektori mukaan lukien, päättyi yhteensä 4 407 henkilön työeläkekuntoutuksen kuntoutuspalveluohjelma. Näistä yksityinen työeläkesektori järjesti ja rahoitti 2 952 kappaletta eli noin 67 prosenttia. Varmassa kuntoutuspalveluohjelma päättyi kyseisenä vuonna yhteensä 1 075 kuntoutujalta, mikä on hieman yli 36 prosenttia koko yksityisen sektorin kuntoutustoiminnasta. Seuraavassa luodaan kasaus Varman kuntoutustoimintaan ja suhteutetaan sitä muun yksityisen työeläkesektorin järjestämään ja kustantamaan työeläkekuntoutukseen.

Vuonna 2009 Varmassa työeläkekuntoutuksensa päättäneistä kuntoutujista hieman yli puolella oli taustalla jokin tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmään kuuluva diagnoosi. Yhteensä tämä tarkoittaa 544 kuntoutujaa. Mielenterveyden häiriöt sekä näihin kahteen ryhmään lukeutumattomat sairaudet muodostivat keskenään lähes yhtä suuren joukon; muiden sairauksien takia myönnettyjä ohjelmia päättyi 279 kappaletta ja mielenterveyden häiriöiden takia myönnettyjä 252 kappaletta. Kolme neljästä kuntoutuspalveluohjelmansa vuonna 2009 päättäneestä kuntoutujasta oli sellaisia, joille ei ollut ennen kuntoutuspalveluohjelman aloittamista myönnetty eläkettä. Ainoastaan neljäsosa tuli siis kuntoutuksen piiriin eläkkeeltä, eli heidän oli katsottu menettäneen työkykynsä yhtäjaksoisesti vähintään vuoden ajaksi ennen kuntoutuksen alkamista. Sukupuolittain tarkasteltuna määrät olivat tasan: mieskuntoutujia oli ainoastaan yksi enemmän kuin naisia. Lähes kaksi kolmasosaa kuntoutujista oli vähintään 45-vuotiaita (taulukko 4). Varman, kuten muunkin yksityisen työeläkesektorin, kuntoutus painottuu siis

selvästi vanhempaan ikäluokkaan. Tähän lienee syynä se, että työeläkekuntoutuksessa korostuvaan tuki- ja liikuntaelinsairaiden ryhmään kuuluvat ovat suurelta osin vanhemman ikäryhmän edustajia.

TAULUKKO 4 Kuntoutustoiminnan vertailua, Varma ja muu yksityinen työeläkesektori

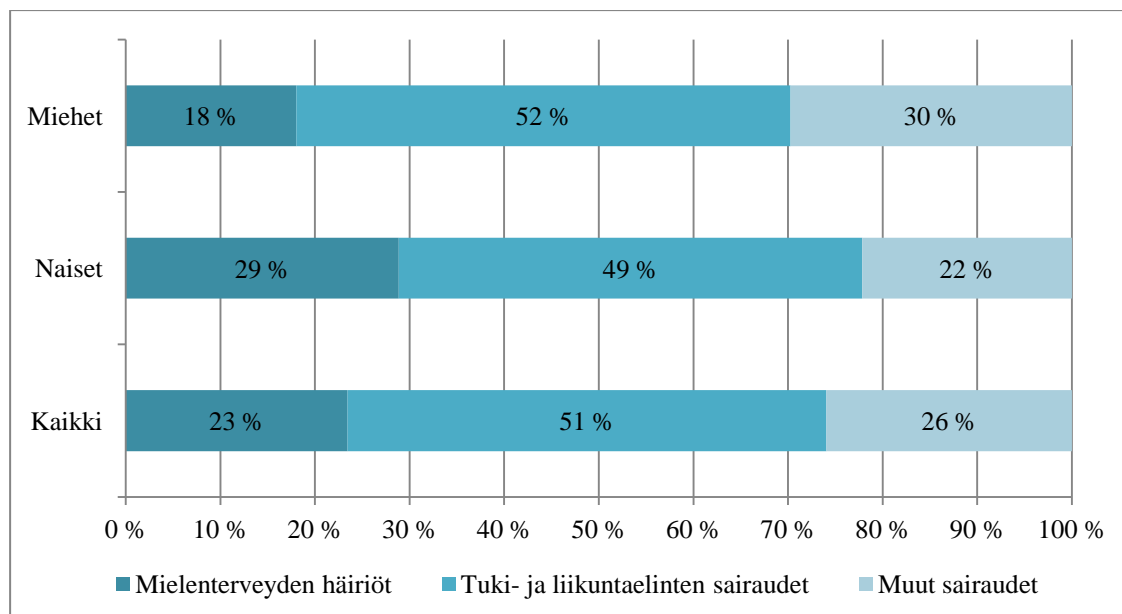
OMINAISUUDET	VARMA	MUU YKSITYISSEKTORI
IKÄ		
- Alle 45-vuotta	36 %	38 %
- Vähintään 45-vuotta	64 %	62 %
SUKUPUOLI		
- Mies	50 %	56 %
- Nainen	50 %	44 %
DIAGNOOSI		
- Mielenterveyden häiriö	23 %	18 %
- Tuki- ja liikuntaelinsairaus	51 %	55 %
- Muu sairaus	26 %	27 %
TILANNE ENNEN KUNTOUTUSTA		
- Ei eläkettä	75 %	72 %
- Eläke	25 %	28 %
YHTEENSÄ, KPL	1 075	1 877

Varmassa vuonna 2009 päättyneet kuntoutuspalveluohjelmat eroavat joukkona jonkin verran muusta yksityisestä työeläkesektorista. Varman kuntoutujat olivat kyseisenä vuonna hieman muuta yksityissektoria yleisemmin vähintään 45 vuotta täyttäneitä. Kuntoutujien sukupuoli oli Varmassa hyvin tasaisesti jakautunut, kun taas koko muulla yksityissektorilla se oli painottunut miehiin. Mielenterveyden häiriöt painoutuivat Varman työeläkekuntoutuksessa keskivertoa enemmän ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet keskimääräistä vähemmän verrattuna koko yksityiseen työeläkesektoriin. Muiden sairauksien osuus oli molemmissa ryhmissä lähes sama. Varman kuntoutujille oli hieman muuta yksityissektoria harvemmin myönnetty työkyvyttömyyseläke ennen kuntoutuksen alkamista. Taulukossa 4 on esitelty näiden kahden ryhmän eroavaisuuksia edellistä tarkemmin.

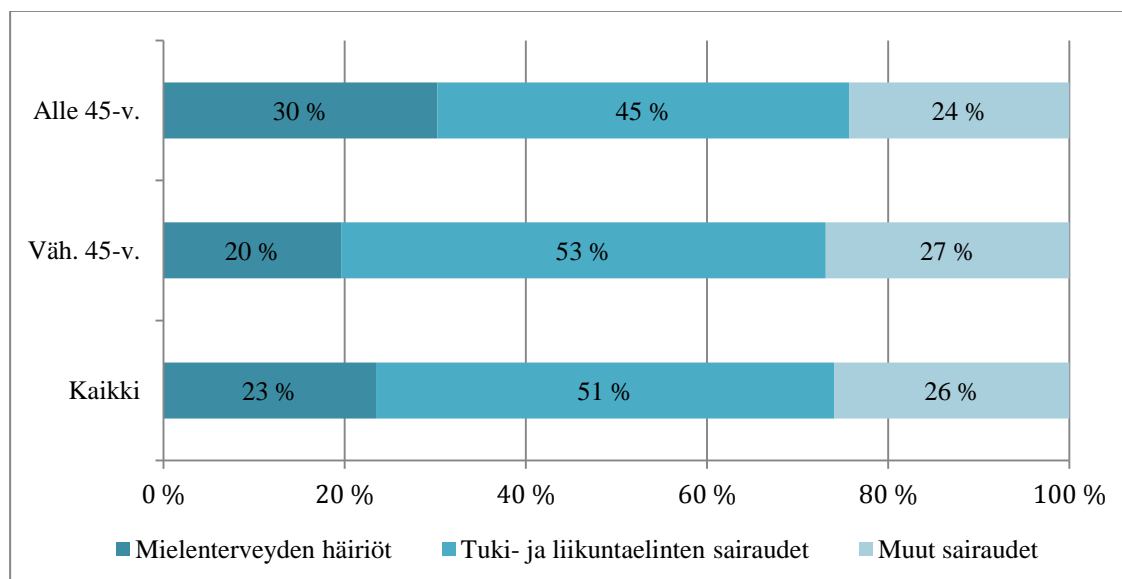
4.3 Varman mielenterveysperusteinen työeläkekuntoutus vuonna 2009

Varman kuntoutuspalveluohjelman vuonna 2009 päättäneistä kuntoutujista 23 prosentilla kuntoutusmyöntö perustui johonkin mielenterveyden häiriöiden ryhmään kuuluvaan diagnoosiin, yleisimmin masennukseen. Kuten mielenterveyshäiriöisten työeläkekuntoutusta käsittelevässä luvussa 3.3.2 on aiemmin tuotu esille, eivät mielenterveyssyyt korostu myöskään Varman työeläkekuntoutuksessa. Seuraavassa tarkastellaan hieman tarkemmin Varmassa työeläkekuntoutuksen vuonna 2009 päättäneiden kuntoutujien joukkoa. Huomiota kiinnitetään esimerkiksi heidän lukumääräänsä, ikäänsä, sukupuoleensa sekä siihen, onko kuntoutujalle myönnetty työkyvyttömyyseläke ennen kuntoutuksen alkamista. Seuraavissa luvuissa keskitytään tarkemmin kuntoutujien työtilanteeseen.

Mielenterveyskuntoutujien sukupuoli- ja ikäjakauma Varmassa seurailee masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä koko väestössä. Esimerkiksi Terveys 2000 – tutkimuksen mukaan vakava masennus on selvästi yleisempää naisilla kuin miehillä ja nuoremmilla kuin vanhemmilla. Kyseisen tutkimuksen mukaan vakava masennus oli yleisintä alle 30-vuotiaiden naisten ryhmässä. (Pirkola, Aalto-Setälä, Suvisaari & Lönnqvist 2005, 88–89; Gould ym. 2007, 26–27) Kuvioista 6 ja 7 nähdään, että naisilla ja alle 45-vuotiailla mielenterveyden häiriöt kuntoutustarpeen aiheuttajana korostuivat enemmän kuin muissa ryhmissä. Miehistä hieman useammalla kuin joka kuudennella ja naisista noin 30 prosentilla on kuntoutustarpeen taustalla mielenterveyden häiriö. Kuvioista 6 huomataan myös, että miehillä, kuten naisillakin, selvästi yleisin kuntoutustarpeen aiheuttaja on jokin tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmään kuuluva sairaus. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet korostuvat myös vanhemmalla ikäryhmällä (kuvio 7).



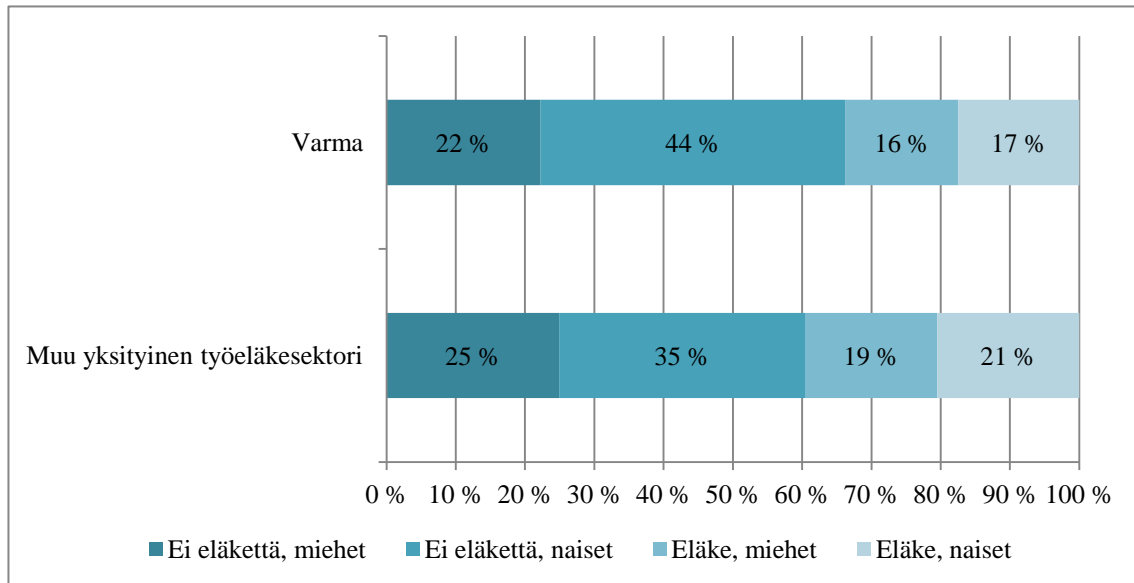
KUVIO 6 Kuntoutuksen taustalla oleva diagnoosi sukupuolen mukaan, 2009, Varma



KUVIO 7 Kuntoutuksen taustalla oleva diagnoosi iän mukaan, 2009, Varma

Vuonna 2009 Varmassa päättyi siis 252 henkilön mielenterveyden häiriöihin perustuva kuntoutuspalveluohjelma. Näistä hieman alle 40 prosentissa kuntoutuja oli mies ja vastaavasti yli 60 prosentissa nainen. Naisten osuus on siis korostunut verrattuna koko Varman kuntoutustoimintaan, jossa luvut olivat lähes tasan (taulukko 4). Alle 45-vuotiaita oli 46 % ja vähintään 45-vuotiaita 54 %. Varman naiskuntoutuja kuului todennäköisemmin vähintään 45-vuotiaiden ryhmään (55 %) kuin nuorempaan ikäluokkaan. Mieskuntoutujien osalta tässä ei juuri ole eroa.

Kaikista Varman vuonna 2009 kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneistä mielenterveyskuntoutujista suurimmalle osalle (66 %) ei ollut myönnetty eläkettä ennen kuntoutuksen alkamista. Toisaalta huomattavan suuri osuus, kolmasosa, tuli kuntoutukseen eläkkeeltä. Koko Varman vuoden 2009 aineistossa vastaavat luvut ovat 75 % ja 25 %. Tästä huomataan, että myös Varman aineistossa pätee sama tilanne kuin työeläkekuntoutuksessa laajemminkin: eläkkeeltä työeläkekuntoutukseen tulevien osuus on mielenterveyskuntoutujien tapauksessa suurempi kuin keskimäärin kaikkia sairauksia tarkasteltaessa. Tutkittavassa aineistossa naiset olivat lähempänä koko kuntoutujajoukolla tyypillisiä lukuja. Naisista yli 70 prosentille ei ollut myönnetty eläkettä ennen kuntoutusta. Miesten kohdalla vastaava luku on 58 %. Näistä luvuista voidaan päätellä, että miesten kohdalla riski työkyvyttömyyden toteutumisesta ennen työeläkekuntoutuksen piiriin ohjautumista on suurempi kuin naisten kohdalla. Toisin sanoen siis kuntoutus on aloitettu liian myöhään varhaiskuntoutuksen periaatteen näkökulmasta (ks. kuvio 4, luku 2.3.1). Absoluuttisia lukuja tarkasteltaessa todetaan kuitenkin, että lukumääräisesti eniten kuntoutujia tuli eläkkeeltä alle 45-vuotiaiden naisten ryhmässä (24 kappaletta) ja vähiten vähintään 45-vuotiaiden naisten ja alle 45-vuotiaiden miesten ryhmissä (molemmissa 20 kappaletta). Eläkkeeltä kuntoutukseen tulevien alle 45-vuotiaiden naisten suuri osuus johtuu siitä, että naisia on lukumääräisesti huomattavasti enemmän vaikka he tulevatkin kuntoutukseen useammin ilman taustalla olevaa eläkemyöntöä. Lukumääräisesti mitattuna ilman työkyvyttömyyseläkemyöntöä ohjautuu työeläkekuntoutuksen piiriin selvästi eniten vähintään 45-vuotiaita naisia, hieman yli neljäsosa kaikista vuonna 2009 kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneistä Varman mielenterveyskuntoutujista. Jakaumaa eritellään tarkemmin kuviossa 8.



KUVIO 8 Tilanne ennen kuntoutusta sukupuolen mukaan, 2009, Varma ja muu yksityinen työeläkesektori

Tarkasteltaessa Varman koko kuntoutustoimintaa havaitaan, että kaikista kuntoutuksen piiriin eläkkeeltä tulleista vuonna 2009 kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneistä henkilöistä mielenterveyskuntoutujat muodostavat hieman alle kolmasosan. Tarkasteltaessa puolestaan työkykyisinä kuntoutukseen tulleiden henkilöiden kokonaisjoukkoa huomataan, että ainoastaan joka viidennellä on kuntoutuksen taustalla mielenterveyden häiriöiden joukkoon kuuluva diagnoosi. Muulla yksityisellä sektorilla nämä luvut ovat 26 % ja 15 %. Mielenterveyden häiriöt siis korostuvat nimenomaan eläkkeeltä kuntoutukseen tulevien keskuudessa.

Vuonna 2009 päättyi koko yksityisellä työeläkesektorilla yhteensä 593 mielenterveyden häiriöihin perustuvaa kuntoutuspalveluohjelmaa. Näistä Varma järjesti ja kustansi 42 prosenttia eli sen kuntoutustoiminta painottui nimenomaan mielenterveyden häiriöihin. Vertailtaessa Varman ja muun yksityisen sektorin työeläkekuntoutusta ei silmiinpistävästi suuria eroavaisuuksia ole havaittavissa. Eräs huomioitava ero kuitenkin löytyy, kun vertaillaan kuntoutujan tilannetta ennen kuntoutusta. Tutkittavassa aineistossa kuusi prosenttiyksikköä muuta yksityistä työeläkesektoria pienempi osuus Varman kuntoutujista tuli kuntoutuksen piiriin eläkkeeltä. Varman kuntoutujat tulivat siis keskimertona useammin kuntoutukseen ennen työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä, työkykyisinä. Erityisesti tämä näkyi siinä, että Varman tapauksessa ilman eläkemyöntöä kuntoutuksen piiriin ohjautuivat muita ryhmiä useammin naiskuntoutujat (kuvio 8). Mieleen tulisi, että kyse saattaisi olla satunnaisesta vaihtelusta vuosien välillä. Kuitenkin tarkasteltaessa samoja tilastoja vuodelta 2008 on ero vielä selkeämpi. Tuolloin

Varman kuntoutujista tuli kuntoutuksen piiriin ilman eläkemyöntöä noin kaksi kolmasosaa kun taas muun yksityisen eläkesektorin vastaava luku oli ainoastaan puolet. Vaikka siis edellisessä kappaleessa kiinnitettiin huomiota siihen, että Varman mielenterveyskuntoutujat tulivat muita kuntoutujaryhmiä useammin kuntoutuksen piiriin eläkkeeltä, korostuu tämä vielä enemmän tarkasteltaessa muuta yksityistä työeläkesektoria (kuvio 8).

4.4 Varman mielenterveyskuntoutujien työtilanne vuoden 2009 lopussa

Ammatillisen työeläkekuntoutuksen päämääränä on säilyttää kuntoutujan työkykyisyys ja auttaa häntä jatkamaan työelämässä mahdollisimman pitkään sairauden, vian tai vamman aiheuttamista rajoitteista huolimatta. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeää, että kuntoutuja integroituu kuntoutuksen aikana tai mahdollisimman pian sen jälkeen takaisin työelämään. Tässä luvussa keskitytään tarkastelemaan kuntoutujien palaamista takaisin työelämään lyhyellä tarkastelujaksolla. Koska tarkastelu kohdistuu vuoden 2009 aikana kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneisiin mielenterveyskuntoutujiin, saattaa tarkastelujakso eri kuntoutujilla olla eripituinen. Sen pituus saattaa olla päivistä lähes vuoteen riippuen siitä, missä vaiheessa vuotta kuntoutus on päättynyt. Tutkimuksissa on todettu, että itse kuntoutusprosessin onnistumisen ohella sillä, tuleeko kuntoutuja kuntoutuksen piiriin eläkkeeltä vai ilman eläkemyöntöä, on erityistä merkitystä kuntoutuksen lopputilanteen kannalta (esim. Saarnio 2012, 29; Gould ym. 2012, 217). On myös havaittu, että työhön palanneiden osuus on mielenterveyden häiriöihin perustuvassa kuntoutuksessa jonkin verran pienempi kuin muiden sairausryhmien ollessa kuntoutustarpeen aiheuttajana (Gould ym. 2012, 222–223; Kivekäs ym. 2008; Saarnio 2011, 33). Seuraavassa tarkastelussa kiinnitetään huomiota muun muassa näihin seikkoihin.

Vuonna 2009 päättyneistä Varman mielenterveyshäiriöisille järjestämistä ja rahoittamista kuntoutuspalveluohjelmista 147 kappaletta eli 58 prosenttia päättyi siten, että kuntoutuja oli ainakin osittain työelämässä vuoden 2009 lopussa (kuvio 9). Noin joka kuudes näistä henkilöistä sai samaan aikaan työssäolon ohella jotakin eläkettä, yleisimmin täyttä työkyvyttömyyseläkettä. Naisista työelämään palasi 62 % ja miehistä kymmenen prosenttiyksikköä vähemmän. Tarkastellun aineiston tietojen nojalla ei kuntoutujan iällä ollut juurikaan merkitystä työelämään palaamisessa; ero oli lyhyellä tarkastelujaksolla koko Varman mielenterveyskuntoutujien joukossa ainoastaan yksi prosenttiyksikkö nuoremman ikäluokan hyväksi. Eläkkeeltä kuntoutukseen tulleista mielenterveyshäiriöisistä kuntoutujista työelämään ainakin osittain

palasi 41 % ja ilman eläkemyöntöä tulleista 67 %. Eläkkeeltä kuntoutukseen tulleista työelämässä kuntoutuksen jälkeen jatkaneista myös verrokkiryhmää suurempi osuus sai eläkettä samanaikaisesti työnteon ohella. Näiden ryhmien välillä ero työhön paluussa on siis Varman aineistossa huomattava, kuten oli aiempien tutkimusten perusteella odotettavissakin.

Kaikista todennäköisintä työelämään palaaminen tällä lyhyellä tarkastelujaksolla oli niiden alle 45-vuotiaiden naisten ryhmässä, jotka olivat tulleet kuntoutukseen ilman, että taustalla olisi ollut eläkemyöntö. Tästä ryhmässä kahdeksan kymmenestä oli vuoden 2009 lopussa työelämässä ainakin osittain. Työssäkävivistä vain joka kymmenes sai samanaikaisesti joko täyttä tai osatyökyvyttömyyseläkettä. Sen sijaan miesten vastaavassa ryhmässä ainoastaan 46 % oli edes osittain työelämässä ja vain 36 % alle 45-vuotiaista ennen kuntoutusta työkykyisistä miehistä ei saanut työnteon ohella eläkettä. Ero on suuri vaikka otettaisiinkin huomioon, että ryhmien välillä on kokoero; naisten kyseisen ryhmän koko on 45 kuntoutujaa ja miesten 28. Vertailun vuoksi vuoden 2008 Varman aineistoa tarkasteltaessa havaitaan, että sama epäsuhta toistuu myös siinä. Tässä aineistossa 64 % alle 45-vuotiaista työkykyisinä kuntoutukseen tulleista miehistä ja jopa 92 % vastaavasta naisten ryhmästä oli ainakin osittain työelämässä vuoden 2008 lopussa (vastaavat luvut kyseisten ryhmien sellaisilla miehillä ja naisilla, jotka eivät työnteon ohessa saaneet mitään eläkettä 50 % ja 76 %). Tarkasteltaessa koko yksityistä sektoria vähennettynä Varman tiedoilla huomataan, että ero näiden kahden ryhmän välillä on edelleen samansuuntainen, tosin pienempi kuin Varman tapauksessa. Eroa on hieman yli neljä prosenttiyksikköä.

Kaikista vähäisintä takaisin työelämään palaaminen kuntoutuksen jälkeen lyhyellä tarkastelujaksolla oli niiden vähintään 45-vuotiaiden miesten ryhmässä, jotka tulivat kuntoutukseen eläkkeeltä. Heistä ainoastaan kolmasosa oli työelämässä vuoden 2009 lopussa. Vastaavasta naisten ryhmästä työelämään palasi ainakin osittain 40 prosenttia. Vaikka esimerkiksi Saarnion (2011, 30) mukaan kuntoutuksen jälkeinen työhön palaaminen on yleisempää alle 45-vuotiaiden ryhmässä, ei Varman aineistosta ole yksiselitteisesti vedettävissä vastaavaa johtopäätöstä, ainakaan lyhyellä tarkastelujaksolla. Kuntoutukseen ilman taustalla olevaa eläkemyöntöä tulleet vähintään 45-vuotiaat miehet olivat töissä vuoden 2009 lopussa 25 prosenttiyksikköä enemmän kuin alle 45-vuotiaat miehet. Naisten ryhmässä tilanne oli ikäryhmien suhteen päinvastainen mutta ero hieman pienempi. Eläkkeeltä kuntoutuksen piiriin tulleista nuoremman ikäluokan miehistä oli työelämässä kuntoutuksen jälkeen yli 20 prosenttiyksikköä

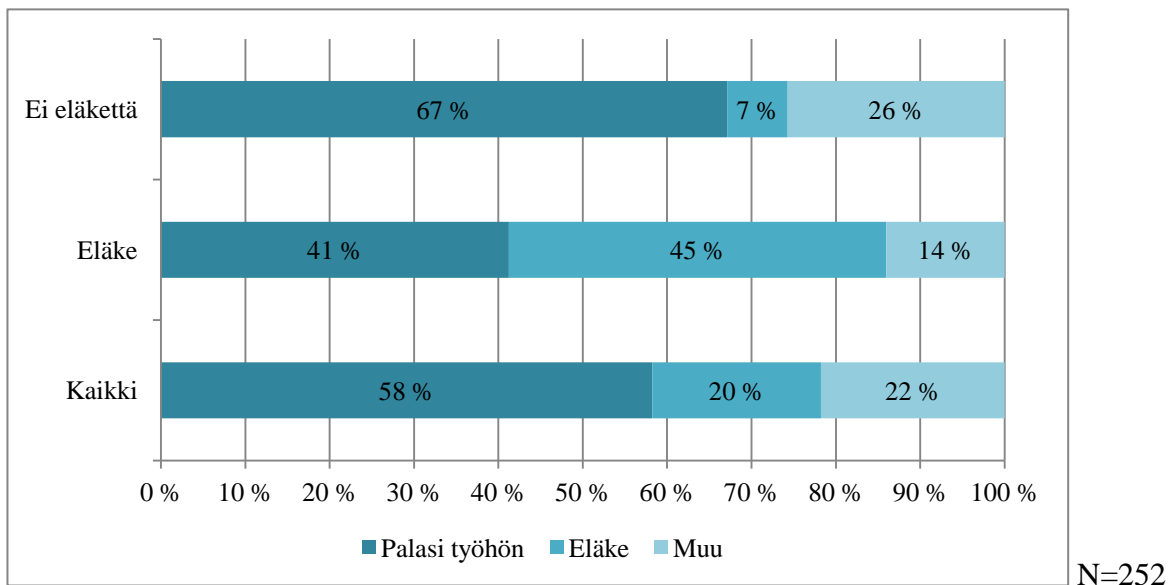
suurempi osuus kuin vanhemman ikäluokan miehistä. Naisten kohdalla näissä ryhmissä ei juuri ollut eroja. Vuoden 2008 aineisto tukee edellä esitettyjä havaintoja.

Kaikista vuonna 2009 Varmassa kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneistä kuntoutujista joka viides siirtyi eläkkeelle niin, ettei heille samaan aikaan ole rekisteröity ansiotuloja. Näistä eläkkeellä olevista ainoastaan kaksitoista prosenttia siirtyi osatyökyvyttömyyseläkkeelle ja loput täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle. Eläkkeeltä kuntoutukseen tulleiden vähintään 45-vuotiaiden miesten ryhmässä kolme viidestä jatkoi eläkkeellä, hieman yli puolet koko ryhmästä täydellä eläkkeellä. Naisten vastaavassa ryhmässä eläkkeellä jatkoi 17 prosenttiyksikköä vähemmän kuntoutuksensa päättäneistä. Vähäisintä eläkkeelle siirtyminen lyhyellä tähtämellä kuntoutuksen päättymisen jälkeen oli kaiken kaikkiaan naisten ryhmässä.

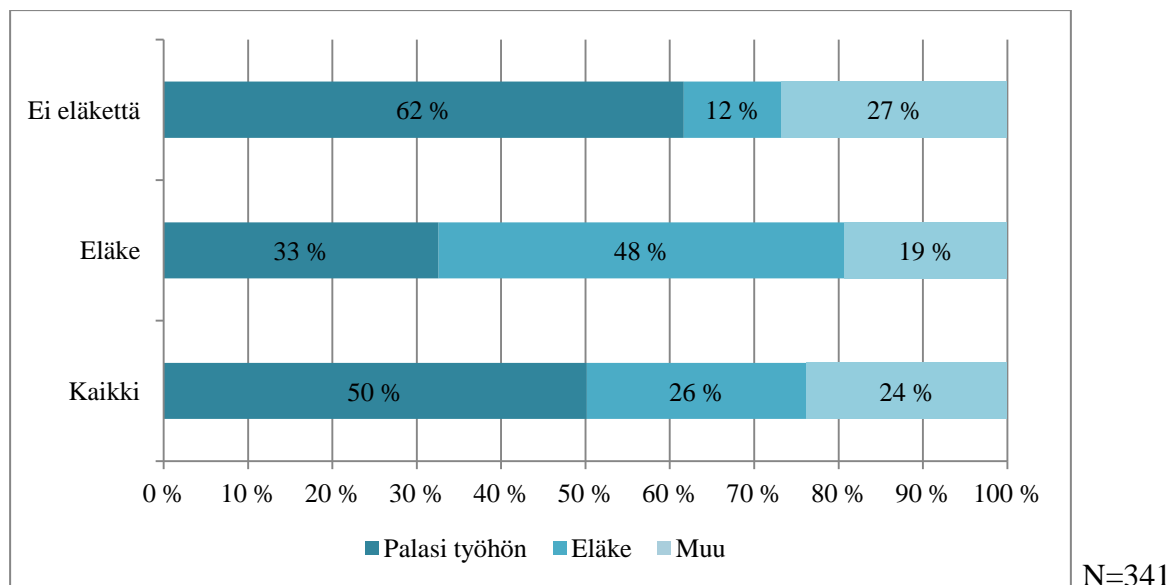
Jo aiemmin huomiota herättäneet alle 45-vuotiaiden ilman eläkemyöntöä kuntoutukseen tulleiden naisten ja miesten ryhmien väliset eroavaisuudet askarruttavat myös tarkasteltaessa eläköitymistä. Kaikkein epätodennäköisintä eläköityminen ilman samanaikaista työntekoa oli nimittäin juuri alle 45-vuotiaiden naisten ryhmässä. Tässä ryhmässä ei ollut vuoden 2009 lopussa yhtäkään sellaista henkilöä, joka olisi saanut eläkettä mutta ei ollut samaan aikaan ansiotyössä. Eläkkeellä työssäkäynnin ohessakin oli ainoastaan neljä henkilöä. Kun taas tarkastellaan vastaavaa miesten ryhmää, jossa työssäkäynnin on aiemmin todettu olevan verrokki-ryhmää huomattavasti vähäisempää, huomataan, että eläkkeellä ilman samanaikaista työntekoa oli ainoastaan yksi henkilö eli alle neljä prosenttia koko ryhmästä. Tarkasteltaessa tätä epäsuhtaa tarkemmin huomataan, että lähes puolet ryhmästä kuuluu otsikon ”ei työ eikä eläke”-alle. Nämä henkilöt ovat esimerkiksi työttömiä tai opiskelijoita. He eivät siis ole kuntoutuksen jälkeen työllistyneet, heidät on irtisanottu, heitä ei voida pitää työeläkelakien mukaan työkyvyttöminä tai he eivät ole työkyvyttömyyseläkettä edes hakeneet. Vertailussa olevasta naisten ryhmästä ilman työkyvyttömyyseläkettä ja/tai työtä on 20 prosenttia.

Kuvioissa 9 ja 10 on havainnollistettu Varman ja muun yksityisen työeläkesektorin vuonna 2009 kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneiden kuntoutujien tilannetta vuoden 2009 lopussa. Kuvioista havaitaan, että verrattuna muuhun yksityiseen työeläkesektoriin oli Varman kuntoutujista kahdeksan prosenttiyksikköä suurempi osuus työelämässä vuoden 2009 lopussa (Varma 58 % ja muu yksityinen työeläkesektori 50 %). Toisaalta myös työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi muuhun yksityiseen työeläkesektoriin verrattuna pienempi osuus kuntoutuksen alkutilanteesta riippumatta. Tarkasteltaessa tilastoja tarkemmin huomataan, että varsinkin

miesten kuntoutus on Varmassa ollut tarkastelujaksolla tuloksellisempaa työllisyystilannetta tarkasteltaessa. Esimerkiksi eläkkeeltä kuntoutuksen piiriin tulleiden alle 45-vuotiaiden miesten työtilanne vuoden 2009 lopussa oli Varmassa 24 prosenttiyksikköä parempi kuin muulla yksityisellä työeläkealalla keskimäärin. Ero on myös silmiinpistävän suuri, 20 prosenttiyksikköä, vanhemmassa ilman eläkemyöntöä kuntoutuksen piiriin tulleiden miesten ryhmässä. Ainoa ryhmä, joka on Varmassa palannut työelämään huomattavasti harvemmin kuin muissa yksityisen alan yhtiöissä on nimenomaan aiemminkin esiin nostettu ilman eläkemyöntöä kuntoutukseen tulleet alle 45-vuotiaat miehet. Tässä ryhmässä työhön paluu oli 15 prosenttiyksikköä vähäisempää muiden yhtiöiden keskiarvoon verrattuna. Toisaalta taas aiemmin esiin nostetun naisten verrokkiryhmän työhön paluu oli 15 prosenttiyksikköä menestyksekkäämpää kuin alalla keskimäärin. Sama ilmiö näkyy myös vuoden 2008 luvuissa: Varmassa näiden kahden ryhmän välillä on suuri ero työhön paluussa mutta muilla yksityisillä eläkeyhtiöillä työhön paluussa ei ole juuri havaittavissa eroa.



KUVIO 9 Tilanne vuoden 2009 lopussa kuntoutuksen alkutilanteen mukaan, Varma



KUVIO 10 Tilanne vuoden 2009 lopussa kuntoutuksen alkutilanteen mukaan, yksityinen työeläkesektori

Vuonna 2009 kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneistä Varman mielenterveyskuntoutujista oli kokonaan eläkkeellä, ei siis edes osittain työelämässä, vuoden 2009 lopussa 20 prosenttia, joka on kuusi prosenttiyksikköä pienempi osuus kuin yksityisellä työeläkesektorilla keskimäärin. Erityisesti tämä ero korostuu alle 45-vuotiaiden ryhmässä. Ero näkyy tässä ikäryhmässä sekä naisten että miesten ja sekä eläkkeeltä että ilman eläkemyöntöä kuntoutuksen piiriin tulleiden ryhmissä. Kaikkein suurin erotus oli alle 45-vuotiaiden eläkkeeltä kuntoutuksen piiriin tulleiden miesten tapauksessa. Tässä ryhmässä oli Varman kuntoutujista eläkkeellä vuoden 2009 lopussa 40 prosenttia ja muulta yksityiseltä työeläkesektorilta 52 %. On kuitenkin huomioitava, että nämä ryhmät ovat sen verran pieniä (Varman tilastoissa kahdeksan henkilöä ja muun yksityissektorin 15 henkilöä), että liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä tulee välttää.

4.5 Varman mielenterveyskuntoutujien työtilanne vuoden 2011 lopussa

Kuntoutuksen jälkeisen välittömän työhönpaluun lisäksi on tärkeää tarkastella tilannetta pidemmällä seurantajaksolla. Tämän luvun johdannossa mainittiin, että työeläkekuntoutusohjelma maksaa itsensä takaisin keskimäärin 1,6 vuodessa. Tällöin säästetty eläkemeno on keskimäärin suurempi kuin kuntoutuksen hinta työeläkejärjestelmälle. Henkilön kokonaiseläkemenossa on siis säästetty. Tämä on työeläkekuntoutuksen perusedellytys eläkejärjestelmän taloudellisen kestävyuden näkökulmasta. Tässä luvussa tarkastellaan vuoden 2009 aikana

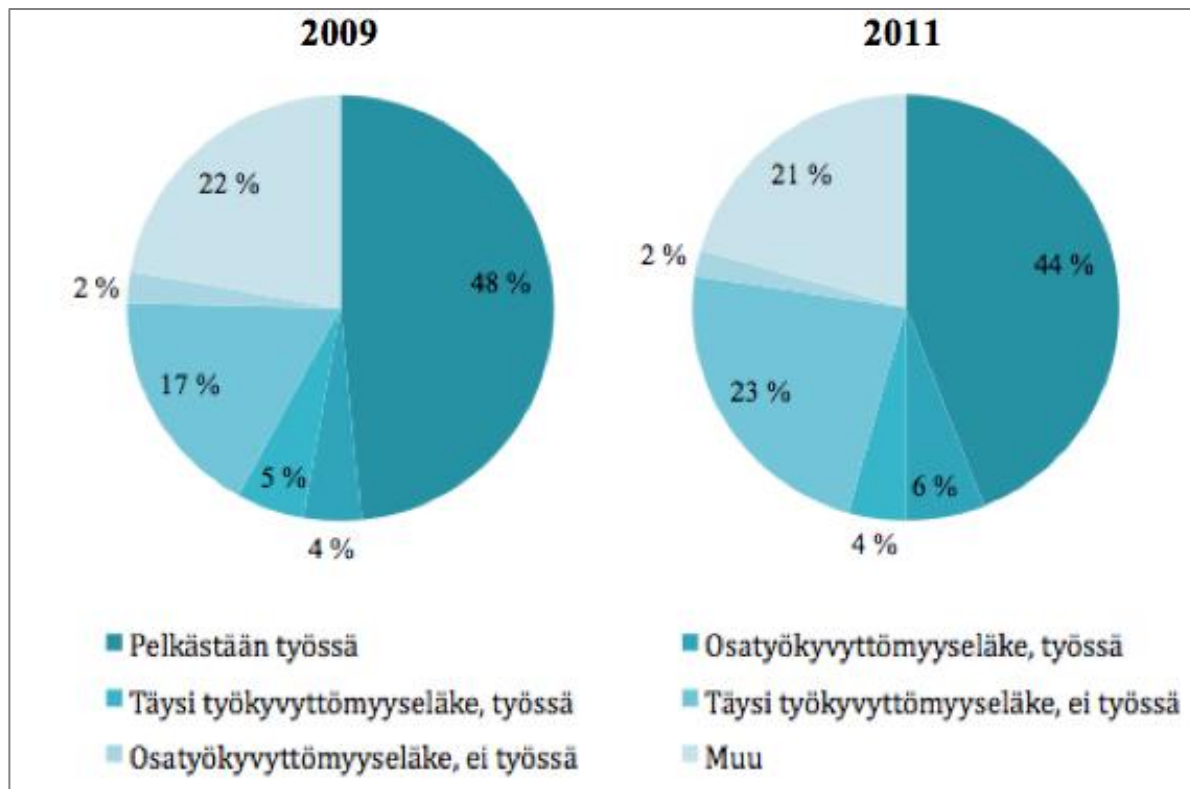
kuntoutuksensa päättäneiden kuntoutujien työtilannetta vähintään kaksi vuotta kuntoutustoit-
menpiteen päättymisen jälkeen. Tarkastelujakson täsmällinen pituus riippuu siitä, mihin ai-
kaan vuodesta henkilö on kuntoutuksensa päättänyt. Mielenterveyskuntoutujien tilannetta
verrataan sekä Varman tuki- ja liikuntaelinkuntoutujiin että muun yksityisen työeläkesektorin
mielenterveysperusteiseen työeläkekuntoutukseen. Varsinkin vertailu tuki- ja liikuntaelinsai-
rauksiin antaa viitteitä siitä, onko mielenterveyskuntoutujien kuntoutus ollut samoissa määrin
tuloksellista, koska aiemman tutkimustiedon mukaan näin ei ole ollut.

Vuoden 2011 lopussa ainakin osittain työelämässä oli 55 prosenttia vuonna 2009 Varman
järjestämän ja rahoittaman kuntoutuspalveluohjelman päättäneistä mielenterveyshäiriöisistä
kuntoutujista (kuvio 11). Heistä joka viides sai jotakin eläkettä työnteon ohella, suurin osa
osatyökyvyttömyyseläkettä (yhteensä 15 henkilöä). Joko täydellä tai osa-aikaisella eläkkeellä
ilman osittaistakaan työssäoloa oli joka neljäs alkuperäisestä kuntoutujaryhmästä. Sekä työ-
elämän että eläkkeen ulkopuolella oli joka viides kuntoutuja. Selvästi suurin työssäkäyvien
osuus oli edelleen alle 45-vuotiaiden työelämästä kuntoutukseen tulleiden naisten ryhmässä:
heistä kolme neljäsosaa oli työelämässä ilman, että sai työnteon ohella eläkettä. Huomiota
herättävän alhaista on työssäkäynti edelleen miesten vertailuryhmässä. Heistä työssä oli tar-
kasteluhetkellä ilman samanaikaista eläkemyöntöä ainoastaan 36 %. Tästä ryhmästä 40 pro-
senttia oli edelleen sekä työelämän että eläkkeiden ulkopuolella. Tarkastelun kohteena olevas-
sa aineistossa naisten työssäkäynti on selvästi, 15 prosenttiyksikköä, yleisempää kuin miesten.
Tarkasteltaessa koko mielenterveyskuntoutujien joukkoa havaitaan, että alle 45-vuotiaat oli-
vat vuoden 2011 lopussa jonkin verran yleisemmin työelämässä kuin vanhempi ikäluokka.
Näyttäisi siis siltä, että pidemmällä tarkastelujaksolla ikäryhmien välille alkaa muodostua
aiempia tutkimustuloksia tukevia eroavaisuuksia työssäkäynnissä.

Vertailtaessa vuosien 2009 ja 2011 työssäolotietoja huomataan, että mielenterveyden häiriöi-
den perusteella työeläkekuntoutukseen hakeutuneiden kokonaistyössäolo on laskenut 3,5 pro-
senttiyksikköä. Aineistosta havaitaan myös, että työtä tekevien osuus on vähentynyt enemmän
vanhemmassa ikäryhmässä. Huomionarvoista on, että ero on kasvanut tarkastelujaksolla yh-
destä prosenttiyksiköstä kuuteen prosenttiyksikköön. Luvuista nähdään myös, että tässä ei ole
kysymys pelkästään vanhuuseläkkeelle siirtymisestä vaikka se olisi ilmeinen selitys. Sen si-
jaan vanhemmassa ikäryhmässä täysien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on tarkastelujaksol-
la lisääntynyt. Ilman eläkemyöntöä kuntoutuksen piiriin tulleiden työssäkäynti on hieman
vähentynyt (koko ryhmässä seitsemän prosenttiyksikköä) mutta toisaalta eläkkeeltä kuntou-

tukseen tulleiden työssäkäynti on lisääntynyt. Tämä näyttää johtuvan erityisesti siitä, että eläkkeeltä kuntoutukseen tulleiden ryhmässä työnteko eläkkeen ohella on yleistynyt, ei niinkään pelkkä työssäkäynti ilman samanaikaista eläkemyöntöä. Kokonaisuudessa voidaan silti todeta, että vuoden 2011 aineistossa osatyökykyisyyttä on hyödynnetty enemmän kuin vuonna 2009. Erityisesti naisten ryhmässä työssäkäynti osatyökyvyttömyyseläkkeen ohella on kasvanut lähes kaikissa osaryhmissä. Esimerkiksi vähintään 45-vuotiaista eläkkeeltä kuntoutukseen tulleista naisista 15 prosenttia sai osatyökyvyttömyyseläkettä samanaikaisesti työssäolon ohella. Tosin luvut ovat niin pieniä, ettei niistä kannata vetää pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Tarkemmin tilannetta on kuvattu kuviossa 11.

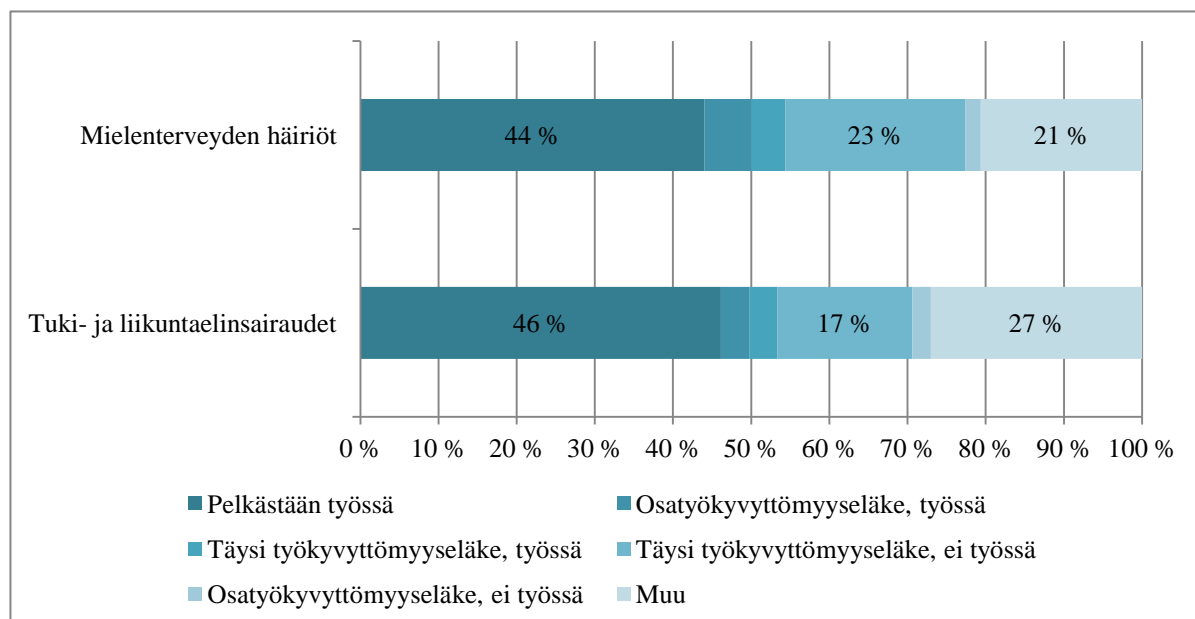
Pelkkää eläkettä saavia on lähes kaikissa tarkastelun kohteena olevissa ryhmissä enemmän kuin vuonna 2009. Erityisesti täyttä työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus on kasvanut, mutta osatyökyvyttömyyseläkeläisten osuus on kasvanut maltillisemmin. Kokonaan työelämän ja eläkkeen ulkopuolella olevien määrä on seurantajaksolla pääsääntöisesti pienentynyt. Ainut ryhmä jossa se on kaksinkertaistunut kahden vuoden aikana on eläkkeeltä kuntoutukseen tulleet miehet. Vertailua on havainnollistettu kuviolla 11.



KUVIO 11 Työtilanne vuosina 2009 ja 2011, mielenterveyden häiriöt, Varma

Kuviossa 12 vertaillaan vuonna 2009 kuntoutuspalveluohjelmansa päättäneiden mielenterveyshäiriöisten sekä tuki- ja liikuntaelinsairaiden työtilannetta vuoden 2011 lopussa. Siitä havaitaan, että tuki- ja liikuntaelinsairauden vuoksi kuntoutukseen hakeutuneet ovat kaksi vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen kaksi prosenttiyksikköä todennäköisemmin pelkästään työelämässä. Jos taas otetaan huomioon myös eläkettä (osaa tai täyttä) työnteon ohella saavat, kääntyy tilanne päinvastoin: mielenterveyshäiriöiset ovat työelämässä yhden prosenttiyksikön todennäköisemmin kuin tuki- ja liikuntaelinsairaajat. Toisaalta tuki- ja liikuntaelinsairaajat ovat mielenterveyshäiriöisiä huomattavasti harvemmin täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät olivat kuitenkin vuoden 2011 lopussa huomattavasti useammin työelämän ulkopuolella ilman työkyvyttömyyseläkemyöntöä. Tämä saattaa olla viite siitä, että tuki- ja liikuntaelinsairaajat pitävät useammin itseään täysin työkyvyttömänä ja kykenemättömänä olemaan työelämässä, vaikka vakuutuslääketieteellisesti katsottuna heillä on vielä riittävästi työkykyä jäljellä. Tämä joukko jättäytynee helposti työelämän ulkopuolelle työttömyysturvan varaan.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivien vuoden 2011 tilastot seurailevat muutoin pitkälti samoja päälinjoja kuin mielenterveysongelmaistenkin: työssäkäynti on hieman vähentynyt kahden vuoden takaisesta ja eläkkeellä olijoiden määrä on kaikissa osaryhmissä kasvanut. Osatyökyvyttömyyseläkettä käytettiin työnteon ohella mielenterveyshäiriöisten ryhmässä jonkin verran useammin kuin tuki- ja liikuntaelinsairaiden ryhmässä. Erityisesti tämä korostui naisten ryhmiä keskenään vertailtaessa. Varman aineistosta ei siis voida suoraan vetää aiempaa tutkimusta tukevia johtopäätöksiä siitä, että mielenterveyshäiriöisten kuntoutus ei olisi yhtä tuloksellista kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivien. Erot vertailun kohteena olevien sairausryhmien työnteossa ovat niin pienet, että käytännössä jo viiden mielenterveyskuntoutujan jatkaminen täysitehoisesti työelämässä olisi hävittänyt sen kokonaan. Toisaalta tarkasteltaessa koko yksityistä työeläkesektoria (mukaan lukien Varman tiedot) voidaan todeta eron näiden kahden ryhmän välillä olevan selkeä tuki- ja liikuntaelinsairaiden työssäkäynnin hyväksi. Mielenterveyshäiriöisistä työelämässä ilman samanaikaista eläkeoikeutta oli vuoden 2011 lopussa 41 prosenttia ja tuki- ja liikuntaelinhäiriöisten ryhmässä 50 prosenttia. Toisaalta koko yksityisen eläkesektorin tarkastelu tukee myös Varman aineistosta tehtyjä havaintoja siitä, että mielenterveyshäiriöiset ovat kaksi vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen tuki- ja liikuntaelinsairaita todennäköisemmin työkyvyttömyyseläkkeellä kun taas tuki- ja liikuntaelinsairaajat ovat kokonaan sekä työelämän että eläkkeen ulkopuolella.

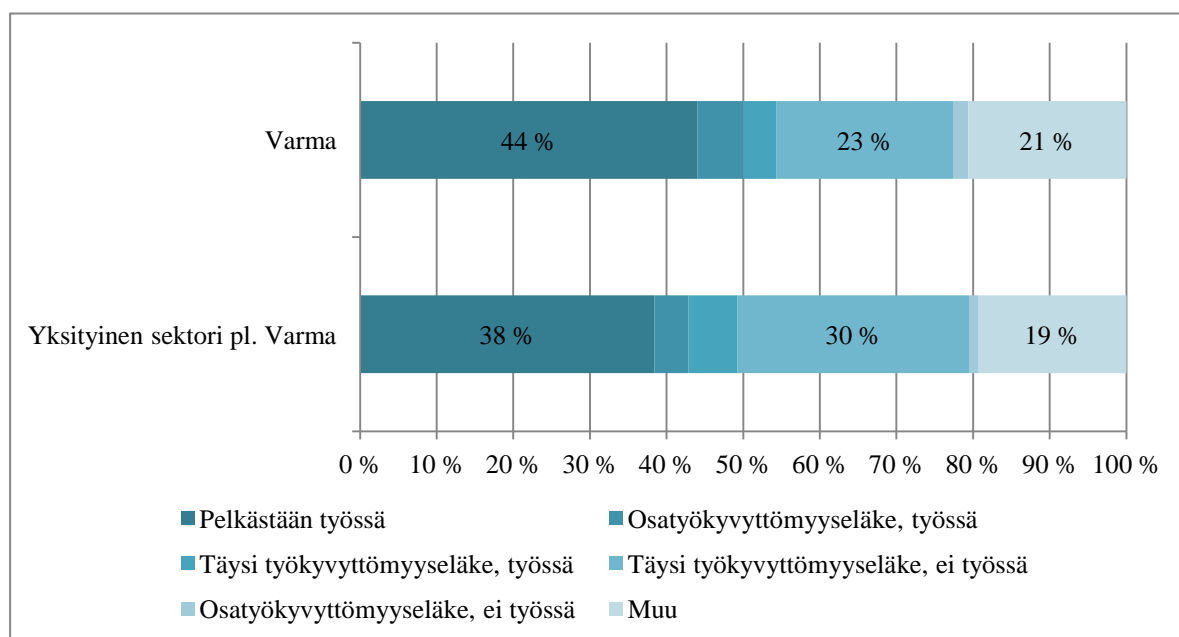


KUVIO 12 Tilanne vuoden 2011 lopussa: vertailussa mielenterveyden häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet, Varma

Edellä on todettu, että tarkastelun kohteena olleiden kahden sairausryhmän välillä ei työssäkäynnissä havaittu tarkastelujaksolla suuriakaan eroja, ainakaan Varman aineistossa. Tilanne on kuitenkin toinen, jos tarkastellaan Varman aineistosta ilmeneviä eroja näiden ryhmien välillä sukupuolittain. Mielenterveyshäiriöiden perusteella kuntoutukseen hakeutuneiden naisten työssäkäynti on tarkastelun kohteena olevassa aineistossa kuusi prosenttiyksikköä yleisempää kuin tuki- ja liikuntaelinsairaiden naisten. Mielenterveyshäiriöisten naistenkin ryhmässä kuntoutujat olivat vuoden 2011 lopussa tosin hieman yleisemmin kokonaan eläkkeellä kun taas tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivien ryhmässä he olivat huomattavasti yleisemmin sekä työelämän että eläkkeen ulkopuolella. Miesten ryhmässä tilanne on työssäkäynnin suhteen puolestaan täysin päinvastainen: mielenterveyshäiriöisten miesten työssäkäynti on huomattavasti verrokkiryhmää vähäisempää ja eläkkeellä olo selvästi yleisempää. Toisaalta myös tässä ryhmässä tuki- ja liikuntaelinsairaajat ovat useammin sekä työelämän että eläkkeen ulkopuolella.

Kuvio 13 vertailee vuonna 2009 työeläkekuntoutukseen osallistuneiden mielenterveyshäiriöisten kuntoutujien tilannetta vuoden 2011 lopussa (Varma vs. muu yksityinen työeläkesektorin). Kuvioista havaitaan, että työssäkäynti vähintään kaksi vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen ilman samanaikaista eläkeoikeutta on kuusi prosenttiyksikköä yleisempää Varman järjestämään ja kustantamaan työeläkekuntoutukseen osallistuneilla kuin muulla yksityisellä työeläkesektorilla. Lukumäärin ilmaistua tämä tarkoittaa, että Varman kuntouttamista henki-

löistä 111 ja muun yksityisen työeläkesektorin kuntouttamista 131 kappaletta jatkoi työelämässä ilman samanaikaista eläkeoikeutta. Muun yksityisen sektorin lukumäärä on suurempi, koska sen mielenterveyskuntoutujien ryhmä on kokonaisuudessaan 89 henkilöä suurempi kuin Varman ryhmä. Vertailtaessa lukuja tarkemmin havaitaan, että erityisesti miesten kohdalla työssäkäynti on kokonaisuudessaan hieman yleisempää Varman aineistossa muuhun yksityiseen eläkesektoriin verrattaessa. Eläkkeellä, erityisesti täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä, oleminen on taas puolestaan yleisempää muun yksityisen työeläkesektorin kuin Varman mielenterveyskuntoutujien joukossa. Kokonaisuudessaan Varman työeläkekuntoutus on siis ollut tarkastelun kohteena olevalla kahden vuoden jaksolla tuloksellisempaa kuin muun yksityisen työeläkesektorin kuntoutus. Varman mielenterveyskuntoutujista useampi on kuntoutuksen jälkeen työelämässä ja harvempi eläkkeellä, erityisesti täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä.



KUVIO 13 Tilanne vuoden 2011 lopussa, Varma vs. yksityinen työeläkesektori

4.6 Pohdintaa

Edellä esitettiin tulos, jonka mukaan Varman mielenterveyshäiriöihin perustuva työeläkekuntoutus on tarkastelujaksolla ollut tuloksellisempaa verrattuna muuhun yksityiseen työeläkesektoriin. Mistä tämä sitten voisi johtua? Syitä voidaan hakea esimerkiksi Varman kuntoutustoiminnan toteuttamisesta tai vakuutuskantojen eroista yhtiöiden välillä. Tämän tutkimuk-

sen puitteissa niiden vaikutusta kuntoutustoiminnan tuloksellisuuteen ei kuitenkaan pystytä analysoimaan. Tutkimuksen yhteydessä analysoidusta numeroaineistosta kuitenkin on mahdollista vetää johtopäätöksiä myös tähän kysymykseen liittyen.

Yksi todennäköinen selitys on, että Varmassa ollaan onnistuttu muuta yksityistä työeläkealaa paremmin valikoimaan kuntoutukseen sellaisia ryhmiä, joiden kuntoutus on tuloksellisempaa. Tarkasteltaessa kuntoutujien jakaumia havaitaan, että naisten kuntoutus on ollut seurantajak-solla huomattavasti tuloksellisempaa kuin miesten. Varman aineistossa naisista työelämässä ainakin osittain vuoden 2011 lopussa oli 61 % ja muulla yksityisellä työeläkesektorilla 58 %, kun taas miesten vastaavan luvut olivat 45 % ja 39 %. Varmassa naisten osuus tarkastellussa perusjoukossa on 62 prosenttia, kun taas muulla yksityisellä työeläkesektorilla naisten osuus on 56 %. Luvut ovat huomattavan suuria, joten asialla lienee varmasti merkitystä kuntoutuk-sen tuloksellisuuden kannalta. Aiemmin on todettu, että työelämästä kuntoutukseen tulleiden kuntoutus on huomattavasti tuloksellisempaa kuin eläkkeeltä tulleiden. Varman mielenterve-yskuntoutujista ilman eläkemyöntöä kuntoutuksen piiriin tuli 66 % ja eläkkeeltä 34 %. Muulla yksityisellä työeläkesektorilla vastaavat luvut ovat 60 % ja 40 %. Myös tällä on varmasti oma vaikutuksensa Varman työeläkekuntoutuksen tuloksellisuuteen. Kuntoutujien ikä ei tässä tar-kastelussa nouse merkitsevyydeltään läheskään edellä mainittujen syiden tasolle.

Edellä mainitut seikat ovat varmasti merkityksellisiä Varman työeläkekuntoutuksen menes-tyksellisyydessä. Toisaalta analysoitu aineisto kertoo myös kiistatta sen, että Varman kuntou-tus on ollut muuta yksityistä työeläkesektoria tuloksellisempaa kaikissa edellä mainituissa osaryhmissä (miesten ja naisten sekä ilman eläkemyöntöä ja eläkkeeltä kuntoutukseen tullei-den ryhmissä), joten Varman kuntoutujien hyvä työtilanne seurantajakson lopussa ei voi joh-tua pelkästään kuntoutujien valikoitumisesta kuntoutuksen piiriin. Edellä esitetyn tiedon va-lossahan olisi periaatteessa kaikkein tuloksellisinta valikoida kuntoutukseen pelkästään työ-elämästä tulevia nuoria naisia. Tämä ei tietenkään olisi moraalisesti oikein. Toisaalta naisten miehiä suurempi osuus mielenterveyshäiriöisten kuntoutuksessa on perusteltavissa, sillä nai-silla masennus on huomattavasti yleisempi diagnoosi kuin miehillä. Syytä miesten naisia vä-häisempään työelämässä jatkamiseen ei voida yksiselitteisesti aineistosta selvittää. Tähän lie-nee yhtenä vaikuttimena kuitenkin se, että miehet tulevat naisia huomattavasti useammin työ-eläkekuntoutuksen piiriin eläkkeeltä, joka jo sinänsä pienentää työelämässä jatkamisen toden-näköisyyttä. Tilastoaineiston tarkastelu kuitenkin tukee ajatusta siitä, että taustalla vaikuttavat

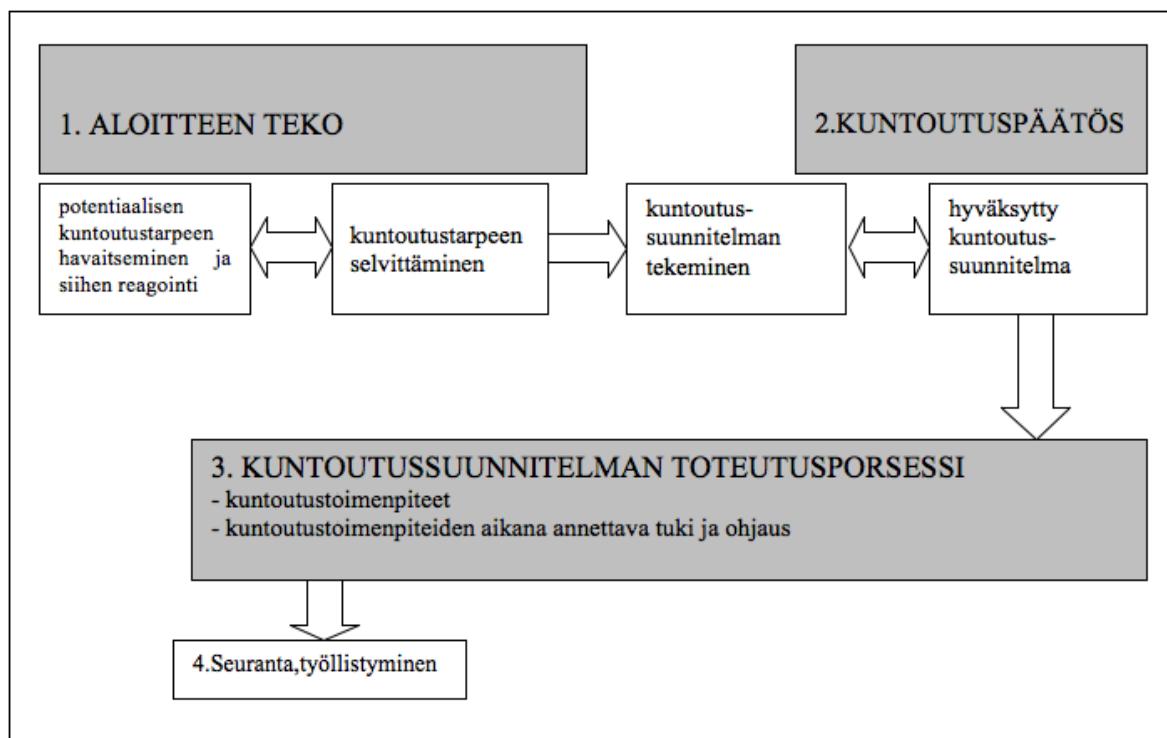
muutkin asiat; naisten työssä jatkaminen on nimittäin miehiä huomattavasti yleisempää myös ilman eläkemyöntöä kuntoutukseen tulevien joukossa. Taustalla vaikuttanee siis myös mies-sukupuoleen tai tyypillisiin miesten työskentelyaloihin liittyviä seikkoja.

On myös otettava huomioon, että pelkästään työssä jatkaneiden määrä ei kerro koko totuutta. Työssä jatkaneiden lisäksi suurimmat ryhmät muodostavat eläkkeellä olevat sekä sellaiset henkilöt, jotka eivät ole työelämässä tai eläkkeellä. Huomionarvoista on, että työelämässä olevat edesauttavat eläkejärjestelmän taloudellista kestävyyttä. Toisaalta taas työkyvyttömyyseläkkeellä olevat kuluttavat järjestelmän varoja. Yksinkertaistettuna eläkejärjestelmän talouden kannalta on parempi, että henkilö on työttömänä kuin työkyvyttömyyseläkkeellä. Tästä hyvä esimerkki on pariinkin otteeseen esille tullut työelämästä kuntoutukseen tulleiden alle 45-vuotiaiden miesten vähäinen työssä jatkaminen. Tarkempi tarkastelu osoitti, että heistä huomattavan suuri osuus, vuoden 2011 lopussa lähes 40 %, kuului ryhmään ”ei työ, eikä eläke”. Vähäisen työssä jatkamisen taustalla on siis todennäköisesti se, että juuri kyseiseen ryhmään kuuluvia henkilöitä on tullut irtisanotuksi tarkastelujakson aikana poikkeuksellisen paljon. Tämä liittyy siihen, että juuri tämän ryhmän edustajat ovat sattuneet työskentelemään erityisen suhdanneherkällä alalla tai sellaisessa suuressa yrityksessä, josta on irtisanottu paljon työntekijöitä. Tätä tukee myös se, että muulla yksityisellä työeläkesektorilla kyseisessä miesten ryhmässä on työelämän sekä eläkkeen ulkopuolella huomattavasti pienempi osuus kuin Varman aineistossa. Vaikka tämä ryhmä on siis työelämän ulkopuolella, on eläkejärjestelmän kannalta parempi, että työkyvyttömyyseläkeläisten osuus on tässä ryhmässä pieni. Tietenkin tämä siirtää painetta näiden henkilöiden toimeentulosta yhteiskunnan muille sektoreille.

5 KUNTOUTUSPROSESSIN ETENEMINEN KUNTOUTUJAN NÄKÖKULMASTA

Edellisessä luvussa keskityttiin analysoimaan Varman työeläkekuntoutuksen tuloksellisuutta tilastojen valossa. Tässä luvussa kiinnitetään huomiota yksittäisten henkilöiden kuntoutusprosesseihin. Tarkastelun kohteena ovat erityisesti tiedonsaanti, kuntoutusaloitteen tekijä, kuntoutuksen oikea-aikaisuus, kuntoutussuunnitelman laatiminen sekä tuen saanti kuntoutusprosessin aikana. Nämä ovat teemoja, jotka aiemman tutkimustiedon mukaan ovat onnistuessaan avainasemassa kuntoutusprosessin tuloksellisuudessa. Kuntoutusprosessin osatekijöiden tarkastelun jälkeen tarkastellaan vielä koko prosessia vetämällä yhteen kuntoutuksen onnistumisen tai epäonnistumisen tärkeimpiä syitä kuntoutujien itsensä näkökulmasta. Lopuksi paneudutaan kuntoutusprosessin lopputulemaan eli haastateltujen tämänhetkiseen työtilanteeseen ja tulevaisuuden näkymiin sekä peilataan heidän ajankohtaista työtilannettaan neljännen pääluvun tuloksiin.

Saadut vastaukset on jäsennetty käyttäen Härkäpään ym. luomaa kuvausta ammatillisen kuntoutusprosessin vaiheista (kuvio 14). Kuvioon on numeroitu ne kuntoutusprosessin päävaiheet, joiden alle tulokset on jäsennetty. Ensimmäisen vaiheen eli aloitteen tekovaiheen alla on käsitelty valituista teemoista tiedonsaantia sekä kuntoutusaloitteen tekijää. Kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja kuntoutussuunnitelmaa puolestaan käsitellään vaiheen kaksi ”kuntoutuspäätös”-otsikon alla. Oikea-aikaisuus sijoitettiin ensimmäisen ”aloitteen teko” -vaiheen sijasta toiseen vaiheeseen, koska kuntoutuksen alkamisen edellytyksenä on aina työeläkeyhtiön antama myönteinen kuntoutuspäätös. Pelkkä kuntoutustarpeen havaitseminen ei tee kuntoutuksesta oikea-aikaista, jos työeläkeyhtiön mielestä siihen ei kuntoutujalla ole oikeutta. Vaiheen kolme ”kuntoutussuunnitelman toteutusprosessi” alla käsitellään erityisesti kuntoutustoimenpiteen aikaista tuen saantia, mutta kiinnitetään huomiota myös haastateltujen kuntoutuspalveluohjelmiin. Kuvion mukaan prosessin viimeisenä vaiheena toimii numero neljä, ”seuranta ja työllistyminen”. Sen alle on jäsennetty tässä luvussa koko kuntoutusprosessin yhteenvedona suurimmat syyt prosessin onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Kuviosta poiketen tekstiin on lisätty viimeiseksi osio, jossa on kuvattu kuntoutujien työtilannetta pidemmällä kolmen vuoden tarkastelujaksolla.



KUVIO 14 Tyypillisen ammatillisen kuntoutusprosessin vaiheet (Härkäpää ym. 2011, 76)

5.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen toisen tutkimusongelman tavoitteena on selvittää kuntoutujien omasta näkökulmasta, miten he kokevat kuntoutusprosessin sujuneen ja mitä kehittämiskohteita siinä olisi havaittavissa. Se syventää edellisessä luvussa esitettyä kvantitatiivista aineiston analyysiä. Toiseen tutkimusongelmaan aineisto koottiin haastattelemalla ennalta määriteltyyn harkinnanvaraiseen näytteeseen kuuluvia henkilöitä. Pitkän harkinnan jälkeen aineisto päätettiin kerätä haastattelemalla puhelimitse Varman työeläkekuntoutukseen vuonna 2009 osallistuneita kuntoutujia. Jäljempänä perehdytään yksityiskohtaisemmin tähän prosessiin sekä aineiston analysointiin.

Haastattelumuodoksi valikoitui lomakehaastattelun ja teemahaastattelun välimaastoon sijoitettava puhelimitse toteutettu puolistrukturoitu haastattelu. Haastattelurunko laadittiin teemojen mukaisesti teemahaastattelun ideaa mukaillen, mutta puhtaasta teemahaastattelusta poiketen on kysymysrunko hieman strukturoidumpi. Haastattelurunkoon valikoitiin aiemmasta tutkimuksesta kumpuavia hyvää kuntoutusprosessia enteileviä tema-alueita. Tema-alueet käsiteltiin kaikkien haastateltavien kanssa samassa järjestyksessä ja kysymyksetkin olivat pitkälti samoja. Vastauksia tarkennettiin tarpeen vaatiessa jatkokysymyksillä. Eri haastateltavien

kanssa painottuivat hieman eri teema-alueet haastateltavien omista kokemuksista riippuen. Haastattelut toteutettiin puhelimitse, koska se mahdollisti haastateltavien valitsemisen laajemmalla alueella. Aiheen arkaluontoisuuden vuoksi se mahdollisti myös henkilökohtaista haastattelua paremmin haastateltavien anonymiteetin säilymisen.

Toinen päätutkimusongelma on tarkoitukseltaan edellistä selittävämpi. Tavoitteena on löytää syitä ja selityksiä kuntoutusprosessien onnistumiselle tai epäonnistumiselle. Toisaalta etsitään myös samalla selityksiä ensimmäisen tutkimusongelman tilastotiedoille. Hirsjärven ym. (2009, 137-138) mukaan juuri nämä seikat tekevät tutkimuksesta luonteeltaan selittävän. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan haastattelu on hyvin joustava aineistonkeruumetodi, joka so-
pii tiedonkeruun menetelmäksi monenlaisiin tarkoituksiin. Tässä tutkimuksessa halutaan nähdä ihminen tutkimustilanteessa nimenomaan subjektina, jolla on mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita ja omia näkemyksiään melko vapaasti. Samalla haastattelu antaa mahdollisuuden syventää saatavia tietoja. Sen yhteydessä on lisäksi mahdollista motivoida haastateltavaa osallistumaan tutkimukseen, ja vastausprosentit ovat yleensä suurempia kuin lomakerekyselyssä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34–38) Aineistonkeruussa hyödynnetyllä kohdennetulla haastattelulla on tiettyjä ominaispiirteitä. Siinä kaikki haastateltavat ovat kokeneet tietyn, haastattelijan määrittämän tilanteen. Tutkija on ennalta selvittänyt tutkittavan ilmiön tärkeitä osia ja sen kokonaisuutta sekä analysoinut näitä. Näiden pohjalta hän on myös laatinut haastattelurungon. Haastattelu siis suunnataan tutkittavien subjektiivisiin kokemuksiin sellaisissa tilanteissa, jotka tutkija on ennalta analysoinut. (Merton, Fiske & Kendall 1956, Hirsjärven & Hurmeen 2011 mukaan)

Tutkimukseen haluttiin haastatella tietyt kriteerit täyttäviä henkilöitä. Ensimmäisen heidän tuli sisältyä ensimmäisen tutkimusongelman perusjoukkoon. Tämä tarkoittaa toisin sanoen sitä, että he ovat päättäneet työeläkekuntoutuksensa Varmassa vuoden 2009 aikana ja heidän kuntoutustarpeensa perustui johonkin mielenterveyshäiriöiden ryhmään kuuluvaan diagnoosiin. Vaatimuksena oli lisäksi, että heidän työeläkekuntoutusmyöntönsä perustui masennuksen (F32) tai toistuvan masennuksen (F33) diagnoosiin. Nämä kriteerit täyttävien henkilöiden henkilötiedot ajettiin Varman järjestelmästä. Näistä henkilöistä valikoitiin edelleen ne 20 henkilöä, jotka valittiin mukaan tutkimukseen. Haastattelujen tehtävänä oli syventää ensimmäisen tutkimusongelman yhteydessä toteutettua kvantitatiivista data-analyysia, joten tutkimuksen tavoitteet ja laajuus huomioiden tämä lukumäärä katsottiin riittäväksi.

Tutkimukseen mukaan valituille henkilöille lähetettiin ennakkotietokirje puhelinhaastattelusta. Ennakkotietokirjeessä (liite 1) kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta ja käytännön järjestelyistä. Kirjeessä haluttiin myös tuoda esiin ne teema-alueet, joihin haastattelussa keskitytään. Tällä haluttiin korostaa haastateltaville, että haastattelussa ei olla varsinaisesti kiinnostuneita heidän läpikäymästään sairaudestaan vaan nimenomaan työeläkekuntoutuksesta. Ennakkokäsitys nimittäin oli, että osa haastateltavista saattaa kokea masennuksen kuntoutustarpeen aiheuttajana arkaluontoisena aiheena. Kirje lähetettiin haastateltaville noin kaksi viikkoa ennen haastatteluiden aloittamista. Ennakkotietokirjeellä lähestytyjä henkilöitä tavoiteltiin kirjeessä mainittuna ajankohtana. Osan kanssa haastattelu toteutettiin jo ensimmäisellä yhteydenottokerralla, koska se heille sopi. Muiden kanssa sovittiin haastattelu myöhemmälle ajankohdalle.

Haastatteluja toteutettiin ajalla 2.1.-11.2.2013 yhteensä 14 kappaletta. Niiden kesto oli keskimäärin 15 minuuttia. Viittä ennakkotietokirjeen vastaanottanutta ei tavoitettu ja yksi ei halunnut osallistua tutkimukseen. Nämä kuusi henkilöä jotka eivät tutkimukseen osallistuneet kuuluivat kuntoutushetkellä vuonna 2009 yhtä lukuun ottamatta nuorempaan eli alle 45-vuotiaiden ikäryhmään⁵. Tämä aiheutti sen, että 14 haastatellun keski-ikä muodostui tavoiteltua korkeammaksi. Haastatelluista kolme kuului kuntoutuksen päättymisvuonna alle 45-vuotiaiden ikäryhmään ja loput 11 vähintään 45-vuotiaiden ikäryhmään. Haastateltujen ryhmä muodostui kahdeksasta naisesta ja kuudesta miehestä. Heidän koulutuksensa oli varsin monipuolista vaihdelleen peruskoulusta aina korkeampaan yliopistotutkintoon asti. Haastatelluista kaksi oli YEL-vakuutettuja ja loput TyEL-vakuutettuja. Puolet asui suurissa kaupungeissa (> 200 000 asukasta) ja loput tätä pienemmissä.

Haastatelluista kaikilla oli masennus työeläkekuntoutuksen ensisijaisena myöntöperusteena vakuutuslääketieteellisestä näkökulmasta. Näistä masennus oli ainoana työkyvyttömyyden uhkaa aiheuttavana diagnoosina kahdeksalla. Muilla oli samanaikaisesti jokin muu työkykyä heikentävä sairaus: neljällä tuki- ja liikuntaelämistön sairaus ja kahdella jokin muu. Haastatelluista henkilöistä viisi oli ohjautunut työeläkekuntoutuksen piiriin siten, että heidän työkyvyttömyyseläkehakemuksensa oli ensin hylätty ja heidät oli siinä yhteydessä ohjattu hakemaan työeläkekuntoutusta. Kaksi tuli kuntoutukseen eläkkeeltä, yksi oli työtön ja loput eli kuusi tulivat kuntoutukseen statuksella ”muu” eli esimerkiksi sairauslomalta. Lähes kahdella kol-

⁵ Pohjalla vaikuttaa ensimmäisen tutkimusongelman ikäluokitus: alle 45-vuotiaat ja vähintään 45-vuotiaat.

masosalla työeläkekuntoutus toteutui työpaikkakokeiluna entisellä työnantajalla, kolmella työhönvalmennuksena ja kahdella koulutuksena. Varman järjestelmään merkityn kuntoutuksen loppustatuksen mukaan haastatelluista henkilöistä yhdeksän kuntoutui takaisin perusammattiinsa, kolme uuteen työhön, yhdelle myönnettiin osatyökyvyttömyyseläke ja yksi päätti kuntoutuksensa statuksella ”muu”. Kolmetoista haastatelluista oli siis Varman järjestelmään rekisteröidyn kuntoutuksen loppustatuksen mukaan täysin työkykyisiä ja yksi osittain työkykyinen.

5.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Haastatteluista kertyi materiaalia yhteensä noin 3,5 tuntia. Haastattelut, kahta lukuun ottamatta, litteroitiin mahdollisimman pian niiden tekemisen jälkeen. Litterointia ei tehty sanatarkasti, vaan haastateltavien sanomiset muutettiin yleiskielelle ja tarpeettomat toistot ja äännähdykset karsittiin pois. Tämä karsinta tehtiin, koska tutkimuksen kohteena on haastatteluiden sisältö, ei niinkään se miten asiat sanottiin.

Aineiston analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysi voidaan käsittää niin väljänä teoreettisena kehyksenä kuin yksittäisenä metodinakin. Tässä yhteydessä sillä viitataan yksittäiseen metodiin. Sen tavoitteena on kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti ja yleisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009; 91, 103). Sisällönanalyysin avulla saadaan järjestettyä tutkimuksen kohteena oleva aineisto johtopäätösten tekoa silmälläpitäen (Grönfors 1982, 161). Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi on toteutettu teoriaohjaavasti eli analyysia ohjaavat käsitteet on tuotu tutkimukseen aiemmasta teoriasta. Aineistoa on siis aluksi analysoitu sen omista lähtökohdista käsin ja myöhemmässä vaiheessa suhteutettu olemassa olevaan teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 119)

Teemoittelu on yksinkertaistettuna aineiston jakamista ja ryhmittelyä aihepiirien mukaan. Jos tutkimuksen aineisto on kerätty temahaastattelun idean mukaisesti, kuten tässä tutkimuksessa on, muodostavat haastattelun teemat sellaisenaan jo aineiston jäsenyyksen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93; Eskola & Suoranta 2005, 152) Aineiston tyypittelyssä se ryhmitellään teemojen sijaan tyypeiksi, tosin yleensä teemoittelu edeltää tyypittelyä (Eskola & Suoranta 2005, 181). Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi niin, että yksittäisten teemojen alle ryhmitellyistä

aineistoista tiivistetään joukko näkemyksiä yleistyksiksi. Näin tullaan muodostaneeksi tyypiesimerkki eli yleistys teemaan liittyvistä näkemyksistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93)

Litteroitua aineistoa lähdettiin analysoimaan tutustumalla siihen ensin huolellisesti lukemalla aineisto useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen jokaisesta haastattelusta poimittiin kuhunkin teemaan liittyvät kohdat ja järjestettiin aineisto tarkoitukseen kehitetyn tietokoneohjelman avulla. Aineisto teemoiteltiin aiemmasta tutkimuksesta johdettuihin teema-alueisiin, mutta siitä nostettiin esiin myös teema-alueisiin kuulumattomia osia aineistolähtöisesti. Analyysiyksikkönä käytettiin yhden tai useamman virkkeen muodostamaa lausumaa. Raportointivaiheessa tietyn teeman alle kootuista lausumista pyrittiin muodostamaan tyypillisiä näkemyksiä, jonka jälkeen esille nostettiin useassa kohdassa myös yksittäisiä tapauksia, joilla oli erityistä mielenkiintoarvoa tutkimuksen kannalta. Lopuksi lisättiin vielä teema-alueisiin liittyvä aiempi tutkimustieto osaksi auki kirjoitettua analysoitua aineistoa.

5.3 Haastattelujen tulokset

5.3.1 Kuntoutusaloitteen teko

Potentiaalisen kuntoutustarpeen havaitseminen ja siihen reagointi ovat avainasemassa masennukseen perustuvassa työeläkekuntoutuksessa. Aiemmin on tuotu esille masennukseen perustuvan työeläkekuntoutuksen alkavan usein liian myöhään, silloin kun henkilö on jo todettu työkyvyttömäksi ja hänelle on myönnetty, yleensä tosin määräaikainen, työkyvyttömyyseläke (ks. esim. luku 3.3.2 Mielenterveyden häiriöt eivät korostu työeläkekuntoutuksessa). Monissa yhteyksissä onkin peräänkuulutettu kuntoutuksen entistä aikaisempaa ja nimenomaan oikea-aikaista käynnistymistä (ks. esim. Gould ym. 2012, Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011).

Työeläkekuntoutukseen hakeutuminen edellyttää tietoa niin järjestelmästä kuin sen toimintatavoistakin. Ensimmäinen edellytys työeläkekuntoutuksen käynnistymiselle on siis kuntoutukseen liittyvän tiedon saanti. Härkäpään ym. (2011, 73–75) mukaan tiedonsaannilla on suuri merkitys Suomen monimutkaisen kuntoutusjärjestelmän tasa-arvoisuuden kannalta. Vaarana on, että ainoastaan järjestelmän hyvin tuntevat, usein korkeammin koulutetut henkilöt, saavat tarvitsemansa tai haluamansa yhteiskunnan taloudellisesti tukemat kuntoutuspalvelut. Erityi-

sesti peräänkuulutettiin työeläkekuntoutustietouden lisäämistä työpaikoilla sekä työterveys- huollossa. Tiedonsaannin ongelmia pidettiin myös yhtenä merkittävänä syynä työeläkekun- toutuksen liian myöhäiseen käynnistymiseen. (Härkäpää ym. 2011, 78–79)

Tätä tutkimusta varten haastatelluista henkilöistä suurin osa mainitsi työterveyshuollon tär- keimpänä tiedonlähteenään. Tämä saattaa olla ongelmallista, sillä esimerkiksi Lindholmin (2008) tutkimuksen mukaan työterveyslääkäreistä huomattava osa koki, että heidän tietonsa työeläkekuntoutuksesta olivat puutteellisia ja lisäkoulutus olisi tarpeellista. Ongelmaksi saat- taa tällöin muodostua se, että suurimman osan tiedosta antaa taho, joka itse osittain kyseen- alaistaa oman tietämyksensä. Osalla haastateltavista työterveyshuolto oli ainut tiedonsaanti- kanava, mutta sieltä saatu tieto koettiin varsin puutteelliseksi. Alla olevasta katkelmasta ilme- nee myös, että lääkäriä saatetaan statuksensa vuoksi pitää niin arvovaltaisena tahona, ettei hänen sanomisiaan kyseenalaisteta.

Kyllä tavallaan olisi vähän sitä yksityiskohtaisempaakin tietoa olisi ollut kiva saada, mutta en osannut sitä silloin kyllä kysyä enkä jotenkin vaan tajunnut sitä. Sitten vaan katsoin, kun rupesi tulemaan noita lappuja kotiin, että Varmasta tuli näitä, että se maksaa minun palkkani. Toisaalta ei sitten jaksanut oikein edes välittää siitä, ettei tullut kysyneeksi. Olisihan se ollut tietysti se, että mitä se oikein tarkoittaa. Ehkä minä kysyinkin sitä, mutta lääkäri sanoi, että eläkeyhtiö maksaa sinun palkkasi. — Olin ihan päähän lyötynä, että miten tämä menee muka näin... Mutta minä luotin silloin vaan siihen lääkäriin ja niihin.

Työeläkeyhtiöstä sen sijaan työeläkekuntoutustietoutta löytyisi. Haastatellusta 14 henkilöistä viisi mainitsi olleensa suoraan yhteydessä Varmaan ennen kuntoutuspäätöksen saamista. Esiin nousi myös, että tiedon saaminen työeläkeyhtiöltä vaati huomattavasti kuntoutujan omaa ak- tiivisuutta. Paitsi että työterveys on monelle kuntoutujalle luonnollinen väylä vastaanottaa kuntoutustietoutta, saattaa masennukseen usein liittyvällä aloitekyvyttömyydellä olla myös osuutta siihen, että tukeudutaan paljolti helposti saatavaan tietoon vaikka koettaisiinkin, ettei se täysin täytä omaa tietotarvetta.

Kyllä sitä silloin oli paljonkin kysymyksiä ja kaikista asioista, mutta en minä tie- dä sitten, tuliko sitä aina tyytyväiseksi siitä mitä sai... Kelasta ei oikeastaan sillä tavalla saanut, jos ei osannut kysyä oikeita asioita. Ja ihan sama se taisi olla tuolla vakuutusyhtiölläkin, että piti tietää mitä kysyi tai halusi.

Kyllä siinä aika paljon itse jouduin olemaan aktiivinen osapuoli. Mihin kysyin niin siihen sain vastauksen.

Muista sairausryhmistä poiketen useammalla haastateltavalla oli samanaikaisesti hoitokontakti myös perus- tai yksityiseen terveydenhuoltoon terapian muodossa. Terapiassa työhönpaluusi asiat nousivat luonnollisesti keskusteluiden aiheiksi ja muutama haastateltava mainitsikin saaneensa sieltä tietoa ja kannustusta takaisin työelämään palaamiseen. Terapia siis on masennuksen vuoksi vajaakuntoisten tapauksessa yksi huomioonotettava tiedonsaannin ja myös sen tarjoamisen kanava.

Olin kuitenkin koko ajan sen [sairaalan nimi] psykiatrin hoteissa niin kauan, kun sain Kelan korvausta. Ja hänkin osasi kaikesta aika hyvin neuvoa. Just kun tuli töihin lähdestä kysymys. Silloin sain tietää, että minulla olisi mahdollisuus tällaiseen kuntoutukseen.

Suurin osa haastatelluista ei jälkikäteen mietittynä ollut lisätietoa kuitenkaan jäänyt erityisesti enää kaipaamaan, vaan koki saaneensa sitä tarpeeksi ennen kuntoutusprosessinsa alkua. Kuten aiemmista katkelmista huomataan, olisi lisätiedolle kuitenkin paikoin ollut tarvetta. Kun näiltä haastateltavilta tiedusteltiin, kenen tätä lisätietoa olisi pitänyt heille tarjota, toistuivat vastauksissa ne tahot, joiden kautta tietoa oli alun perinkin saatu: työterveyshuolto, työnantaja sekä Varma.

Tiedonsaannin ohella tärkeä merkitys kuntoutukseen hakeutumiseen on tietenkin sillä, että potentiaalinen kuntoutustarve tunnistetaan ja aktiivisesti hakeudutaan työeläkekuntoutukseen. Järvikoski & Härkäpää (2012, 116–117) havaitsivat tutkimuksessaan, että kuntoutujat itse pitivät tärkeimpänä kuntoutusaloitteen tekijänä niin itseään kuin työterveyshuoltoakin. Yli kolmannes kyseisen tutkimuksen survey-kyselyyn vastanneista henkilöistä koki itse olleensa kuntoutusaloitteen tekijänä. He siis kokivat, että olivat itse aktiivisesti hakeutuneet työeläkekuntoutukseen tai ainakin havainneet kuntoutustarpeensa. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että työterveyshuollolla kuntoutustarpeen havaintijana oli huomattavasti suurempi merkitys työelämästä kuntoutukseen tulleilla (32 %) kuin eläketaustaisilla kuntoutujilla (20 %). Tämä on luonnollista, koska eläkkeeltä tulevat kuntoutujat ovat usein saattaneet jo tippua työterveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelle ennen kuntoutuksen tuloa ajankohtaiseksi. Tällä kuntoutujaryhmällä muun terveydenhuollon merkitys korostui (28 %). Käsillä olevan tutkimuksen haastattelujen tulokset seurailivat samoja päälinjoja.

Lähes kaikki vastaajat toivat esiin oman merkityksensä kuntoutustarpeensa havaintijana. Kaikki ne haastateltavat, joilla oli kuntoutustarpeen taustalla pelkästään masennus eikä samanaikaisesti muita sairauksia, toivat esiin varsin samansuuntaisia ajatuksia kuntoutustarpeen

havaitsemisesta. Tyypillisesti sairausloman loppuvaiheessa eli siinä vaiheessa, kun sairauden oireet olivat suurimmaksi osaksi väistyneet mutta toimintakyky saattoi olla vielä hieman alentunut (ks. esim. Melartin 2004) alkoi haastatelluilla olla jo oma-aloitteisesti tarve päästä takaisin työelämän piiriin. Vastaukset viestivät myös siitä, että takaisin työelämään palaamisella on oma tärkeä roolinsa toipumisprosessissa. Niistä tuli esiin lisäksi se, että vaikka kuntoutuji- la oli omasta takaa halu palata takaisin työelämään, niin työterveyshuolto usein konkretisoi nämä aiheet.

Se lähtee kyllä aina potilaasta itsestään. Että kyllä se tulee itsekseen. Että sitä alkaa sitten vähän itse kysellä, että voisiko alkaa yrittää.

Minulla oli kyllä koko ajan vahva tahto, että haluan parantua, siinä loppuvaiheessa sitten tulikin sellainen vahva tahtotila, että haluan palatakin normaali- ihmisen elämään.

Kun en halunnut sitten olla kotona ja paikallaan vaan halusin tehdä jotain ja siitä se sitten lähti. Jos en minä nyt ihan väärin muista niin kyllä se omaa ajatusta oli.

Eräissä tapauksessa tieto työkokeilusta työpaikan toimintamallina tuli suoraan työnantajalta. Toimintamalli oli siis tuotu osaksi työpaikan työhönpaluuikäytäntöä niin vahvasti, että sitä tarjottiin työhönpalajaalle automaattisesti. Kuntoutuja saattoi ensin suhtautua tilanteeseen negatiivisestikin, mutta myöhemmin se osoittautui myönteiseksi kokemukseksi. Eräs haastateltava oli myös hakeutunut kuntoutukseen, koska työeläkeyhtiö ei enää pitänyt häntä työkyvyttömänä ja lopetti eläkkeen maksamisen. Toimeentulonsa turvatakseen hän koki olevansa pakotettu hakeutumaan uudelleen koulutukseen.

Olin palaamassa takaisin töihin niin minun esimieheni sanoi, että meidän firmassa on sellainen tapa, että jos ollaan pitkällä sairauslomalla niin sitten palataan tämän kuntoutuksen kautta töihin — Että kyllähän se tuntui alussa vähän siltä, että halutaan ilmaista työntekijää yritykselle mutta kyllä se oli varmaan loppupeleissä ihan hyvä juttu.

Haastatelluilta tiedusteltiin myös, oliko kuntoutustarpeen havainnut taho juuri se, jonka olisi pitänytkin se havaita vai olisiko kuntoutujan mielestä jonkin muun tahon pitänyt olla aloitteenteossa aktiivisempi. Ainoastaan yksi haastateltava toi ilmi, että oli odottanut työterveyshuollolta paljon aktiivisempaa otetta kuntoutusasian suhteen. Toisaalta tiedusteltaessa, miten kuntoutuksen oikea-aikaisuutta olisi voinut parantaa, nosti muutama henkilö esille työterveyshuollon aktiivisuuden merkityksen. Yleisesti haastateltavat olivat sitä mieltä, että kuntoutu-

jalla itsellään on suuri vastuu oman kuntoutustarpeensa havaitsemisessa. Tuotiin myös esille, että ellei työntekijä itse kuntoutustarvetta havaitse, voi työterveyshuolto hieman ohjata häntä oikeaan suuntaan.

Tietenkin se kuntokin voi saada hoitajan tai lääkärin kyselemään, että mikä se on se tilanne, oletko ajatellut, koska lähdet töihin.

5.3.2 Kuntoutuspäätös

Työeläkeyhtiön antaman kuntoutuspäätöksen edellytyksenä on hyväksytty kuntoutussuunnitelma. Se on kirjallinen dokumentti, joka sisältää tiivistettynä tuettavaksi haetun kuntoutustoimenpiteen pääkohdat. Kuntoutussuunnitelmaa on tarkemmin käsitelty aiemmassa luvussa 3.4. Kuntoutusprosessin onnistumista tutkittaessa on havaittu, että kuntoutujan oma osallistuminen kuntoutussuunnitelman laadintaan korreloi positiivisesti kuntoutuksen hyvän etenemisen kanssa (Järvikoski & Härkäpää 2012, 131). Myös se, kuinka hyvin suunnitelma vastasi kuntoutujan omia tavoitteita ja kuinka paljon kuntoutuja koki voineensa vaikuttaa kuntoutusprosessiinsa olivat yhteydessä hyvään motivaatioon kuntoutusprosessin aikana (Härkäpää & Järvikoski 2012, 158). Tämä taas lienee yhtenä edellytyksenä kuntoutuksen onnistuneelle lopputulokselle.

Haastatelluista suurimman osan, yhteensä kahdeksan henkilön, työeläkekuntoutus toteutettiin työkokeiluna omaan ammattiin. Tätä kuntoutusmuotoa pidetään yleensä lähtökohtana, kun aletaan suunnitella henkilön työelämään paluuta pitkän työelämästä poissaolon jälkeen. Se on usein helpoin ja nopein tapa sekä kuntoutujalle ja työeläkeyhtiölle. Eläkejärjestelmän kannalta se on yleensä myös edullisin. Haastatteluista kävi ilmi, että kuntoutujat pitivät työkokeilua varsin luonnollisena tapana palata työelämään. Usea heistä koki, ettei voinut vaikuttaa siihen, mihin kuntoutusohjelmaan halusivat osallistua vaan työkokeilu tuli ulkoapäin annettuna. Toisaalta he olivat myös sitä mieltä, että asetettujen rajojen puitteissa heitä kuunneltiin ja he saivat omaan työhönpaluuprosessiinsa vaikuttaa. Erityisesti työaikajoustot olivat monelle haastatellulle tärkeä vaikuttamisen kanava. Työn sisältö sen sijaan pysyi suurimmalla osalla entisellään. Toisaalta entiseen työhönsä palanneet haastatellut kokivat myös kykenevänsä entistä työtään tekemään.

Ja kyllähän ne meillä töissä kysyi, että sanoa vaan aina mielipiteensä. Ei ne mihinkään olisi patistanut, että tulla aikaisemmin ja näin. Kyllä ne siinä tuli kyllä niin paljon vastaan, että sai sanoa niitä omia mielipiteitä.

Kivekkään ym. (2008, 2817–2818) mukaan työpaikan tai työtehtävien muokkaaminen tai vaihtaminen saattaa joissakin tapauksissa auttaa pääsemään eroon entiseen työhön liittyvästä henkisestä rasituksesta ja näin ollen tukea paranemisprosessia ja estää masennuksen uusiutumista. Artikkelissa tämä liitettiin koulutuksen avulla hankittuun uuteen työnkuvaan, mutta sama pätee varmastikin myös työnkuvan vaihtoon vanhan työnantajan palveluksessa. Kahden haastatellun työnkuvaa oli muokattu yksikertaisempaan suuntaan kuntoutustoimenpiteen myötä. Toiselle heistä tämä oli nimenomaan toiminut poispääsyreittinä vanhasta työstä ja työyhteisöstä, jotka olivat osasyynä masennuksen syntyyn. Haastateltava koki muutoksen myönteisenä ja mainitsi sen tukeneen hänen toipumistaan. Toinen haastateltavista taas koki, ettei hänen työpanostaan työpaikalla enää arvostettu tehtävien yksinkertaistamisesta johtuen. Näiden kahden näkemyksen ero johtunee nimenomaan siitä, että ensimmäinen kuntoutuja koki, että häntä kuunneltiin kuntoutussuunnitelman laatimisessa, kun taas jälkimmäisessä tapauksessa kuntoutujan omaa mielipidettä ei otettu huomioon.

Kyllä se annettiin ulkoa päin, että se on nyt kuusi tuntia. Ja se, että missä se on se työpaikka. Että minä en sinne omaan työpaikkaan palannut tietenkään, mikä oli ihan loistava juttu. Se työilmapiiri siellä on niin ankea, että se ei olisi auttanut sitä tilannetta yhtään. Minut pantiin ihan toiseen yksikköön tekemään ihan mukavaa hommaa. Tein sellaisia sopimuksia siellä, että sellaista rutiininomaista työtä.

Samalla työnantajalla tein töitä, mutta työtehtävät olivat sellaisia triviaaleja kuten postitusta ja kirjanpitoa. Työpäivän kesto määrättiin ulkoa päin ja se oli sidoksissa tekemieni töiden aikatauluihin.

Useampi kuntoutuja oli myös miettinyt kuntoutusmahdollisuuksiaan esimerkiksi työvoimatoimistossa tai Varman tukemana palveluntarjoajan kanssa. Nämä keskustelut olivat poikkeuksetta johtaneet uudelleen koulutautumiseen. Kyseiset kuntoutujat olivat myös lähes poikkeuksetta sitä mieltä, että heidän mielipiteensä oli otettu hyvin huomioon kuntoutustoimenpiteitä mietittäessä ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa.

Tiedonsaanti ja kuntoutustarpeen havaitseminen luovat pohjaa kuntoutuksen oikea-aikaiselle käynnistymiselle, joskin prosessin kannalta pakollisena edellytyksenä on tietenkin myös työeläkeyhtiön hyväksymä kuntoutussuunnitelma. Gouldin ym. (2012, 231) mukaan suurin osa

niistä mielenterveyskuntoutujista, jotka hakeutuivat työeläkekuntoutukseen suoraan työelämästä, pitivät kuntoutuksen alkamista liian myöhäisenä. Samansuuntaisia tuloksia saatiin Kuntoutussäätiön Työhön paluu –projektin yhteydessä toteutetussa kyselyssä, jossa 70 prosenttia kyselyyn vastanneista oli vähintään jokseenkin samaa mieltä siitä, että masentuneen henkilön kuntoutus aloitetaan liian myöhään (Tiainen ym. 2011, 74). Lisäksi Saari (2012, 21) totesi haastatteluin toteutetussa laadullisessa tutkimuksessaan, että mielenterveyskuntoutajat usein sinnittelevät työssä viimeiseen asti voimavarojen vähenemisestä huolimatta. Syynä tähän saattaa olla esimerkiksi tunnollisuus työnantajaa kohtaan. On tutkittu, että suoraan työelämästä kuntoutuksen piiriin tulevien kuntoutujien kuntoutusprosessit etenevät sujuvammin kuin eläkkeeltä kuntoutuksen piiriin tulevien. Lisäksi kuntoutusprosessin hyvä eteneminen oli yhteydessä kuntoutusprosessin oikea-aikaiseen käynnistymiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2012, 134) Myös ETK:n raportissa ”Miksi masennus vie eläkkeelle” peräänkuulutetaan työstä poissaolon pitkittymisen ehkäisemistä aloittamalla ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet mahdollisimman varhain (Gould ym. 2007, 95).

Suurin osa haastatelluista koki kuntoutuksensa olleen oikea-aikaista. Asiaa hieman pohdittuaan he toisaalta myönsivät myös, että kuntoutus olisi heidän kohdallaan voinut terveydentilan kannalta alkaa jo aikaisemminkin. Yli puolet haastatelluista olisi ollut valmis palaamaan töihin toteutunutta ajankohtaa aikaisemmin, muutama jopa puolta vuotta aiemmin. Ainoastaan yhden mielestä hänen kuntoutuksensa oli alkanut liian varhain. Tosin kyseisen henkilön tapauksessa oli kysymys enemmänkin fyysisen sairauden terveydelle aiheuttamasta rajoitteesta kuin masennuksen aiheuttamasta työkyvyn laskusta. Suurin osa haastatelluista siis arvioi kuntoutuksen oikea-aikaisuutta sairaudesta toipumisesta käsin. Aina kuntoutuksen liian myöhäisessä käynnistymisessä ei ole kysymys ainoastaan terveydentilan asettamista rajoitteista. Eräs haastateltava piti kuntoutuksensa käynnistymisajankohtaa liian myöhäisenä, koska hänen kohdallaan Kelan sairauspäiväraha-oikeus oli päässyt loppumaan kuukautta ennen kuin kuntoutus saatiin alulle. Kuntoutuksen liian myöhäinen käynnistyminen aiheutti siis henkilölle katkon toimeentulossa.

Se tuli sitten vähän liian myöhässä silloin aikoinaan. Minulla loppui Kelan sairauspäiväraha-oikeus ja minä en saanut sitten, tai minulla meni siinä kuukausi sitten kokonaan palkattomana. Ettei saanut Kelalta eikä mistään ennen kuin sitten. Ne silloin vasta huomasivat sitten, että järjessä tämän työkoikeilun ja muuta.

Huomionarvoista on myös se, että vaikka henkilö pitikin kuntoutuksen alkamista oikea-aikaisena, ei sen aloittaminen välttämättä silti ollut hänelle helppoa. Vaikka kuntoutuja olisi-kin tullut kuntoutuksen piiriin työelämästä ilman työkyvyttömyyseläkejaksoa, saattaa taustalla silti olla pitkä, useamman kuukauden pituinen, sairausloma. Lisäksi se tosiasia, että kuntoutustarpeen taustalla on masennuksen kaltainen mielenterveyden häiriö saattaa nostaa kynnystä työhönpaluuseen edelleen. Vaikka omaan työhön palaaminen saattoikin ensin tuntua jännittävältä ja pelottavalta ajatukselta, sujui kuntoutusjakso yleensä kuitenkin varsin mallikkaasti.

Kyllä se oli hirveän pelottavaa alussa. Kyllä se kuntoutuminen jatkui pitkään ennen kuin sitä tunsin että nyt minä olen entiselläni. Se kesti, sitä tarvittiin, se oli niin aarre se kuntoutus.

5.3.3 Kuntoutussuunnitelman toteutusprosessi

Kuntoutusprosessin aikaisella tuella on tärkeä merkitys kuntoutuksen lopputuloksen kannalta. Erityisesti masennuksen perusteella työeläkekuntoutukseen hakeutuneiden voisi sairauden luonteen vuoksi olettaa olevan muita sairausryhmiä enemmän tuen ja ohjauksen tarpeessa. Esimerkiksi Iso-Britanniassa toteutetun tutkimuksen mukaan puolet mielenterveysongelmaisista kuntoutujista oli sitä mieltä, että tuen puute tai sen vähäisyys oli esteenä heidän kuntoutuksen jälkeiselle työllistymiselleen (Secker, Brove & Seebohm 2001, 395–404). Tuen merkitystä on aiemmissa tutkimuksissa jonkin verran tarkasteltu, mutta haastatteluissa haluttiin kiinnittää erityistä huomiota työeläkelaitoksen asemaan kuntoutuksen aikaisen tuen tarjoajana ja tämän tuen merkitykseen kuntoutujille. Gouldin ym. tutkimuksen mukaan tutkimukseen vastanneista kuntoutujista vain 40 prosenttia oli nimittäin sitä mieltä, että sai työeläkelaitokselta tukea kuntoutusprosessin aikana (Järvikoski & Härkäpää 2012, 137). Tämä tarkoittaa siis toisaalta sitä, että yli puolet kuntoutujista koki, ettei työeläkelaitos tukenut heitä kuntoutusprosessin aikana. Olisiko tälle lisätuelle kuntoutujien näkökulmasta edes tarvetta? Seuraavassa tuodaan esiin kuntoutujien näkemyksiä kysymykseen liittyen.

Suurin osa tutkimukseen haastatelluista kertoi, että heidän näkökulmastaan työeläkeyhtiön tarjoama tuki kuntoutusprosessin aikana oli jäänyt melko vähäiseksi. Suurimmalle osalle yhteydenpito oli koostunut postin välityksellä tulleista tiedotteista ja Varmaan lähetetystä postista kuten opintotodistuksista ja palautelomakkeesta. Toisaalta suurin osa oli myös sitä mieltä, ettei ollut Varmalta enempää tukea odottanutkaan. Jos kaikki sujui niin kun kuntoutuja oli

ymmärtänytkin eikä ongelmia kuntoutusetuuden maksussa ollut, ei kuntoutuja myöskään osannut kaivata työeläkeyhtiön tukea.

Joo, en tarvinnut [Varman tukea]. Kaikki toimi niin kuin oli sovittu ja minä olin kauhean tyytyväinen, että minä sain jotain rahaa ja siinäkin kun Varma maksoi minulle koko ajan siitä, että kävin töissä.

Ja kyllä sen jälkeenkin sitten kyllä, no erinäisissä asioissa sitten työterveyslääkärinkin kanssa olin tekemisissä ja näitäkin asioita sitten aina pohdittiin silloin kun, mitä nyt oli sitten muutakin asiaa käytävänä. Että tuki oikeastaan tuli sieltä päin enkä minä nyt varmaan Varmalta odottanutkaan mitään sen enempää.

Useampikin henkilö mainitsi haastattelujen yhteydessä, että työeläkeyhtiö tuntui varsin ulkopuoliselta taholta kuntoutusprosessin aikana. Jos tuen tarve yllätti, käännyttiin mieluummin esimerkiksi työterveydenhuollon puoleen. Ainoastaan yksi haastateltava mainitsi, että olisi halunnut Varman auktoriteettiasemansa vuoksi asettuvan puolelleen työnantajaansa vastaa, jotta työnantajan asenne kuntoutusta kohtaan olisi ollut parempi. Osa haastateltavista ei täysin edes ymmärtänyt, mikä Varman rooli kuntoutusprosessissa oli ollut. Tällöin on tietenkin luonnollista, ettei työeläkeyhtiön puoleen käännytä kaivattaessa tukea. Työeläkeyhtiön rooli kuntoutusprosessissa voi jäädä kuntoutujan näkökulmasta kunnolla hahmottumatta, koska usein työeläkekuntoutus koetaan vahvasti työterveydenhuollon ja/tai työpaikan organisoimaksi. Riippunee myös paljon kuntoutusasiaa asiakkaan kanssa hoitavasta tahosta, kuinka paljon työeläkeyhtiön roolia prosessin mahdollistajana tuodaan kuntoutujalle päin esille.

Itse asiassa rupesin miettimään, kun tämä [ennakkotieto]kirje tuli, että mitä ihmettä, olenko minä tuollaisessa [työeläkekuntoutuksessa] ollut.

Kerrotko minulle ensin mitä se työeläkekuntoutus tarkoittaa minun kohdalla?

Se [Varma] tuntuu niin ulkopuoliselta. Sitä minä ihmettelinkin silloin, että miten vakuutusyhtiö voi maksaa minun palkkani. Minä en yhtään... Olin ihan päähän lyötynä, että miten tämä menee muka näin.

Edellä kuvatun joukon lisäksi erottui analyysissa toinenkin joukko. Ne haastateltavat, jotka olivat kuntoutumisprosessinsa aikana kohdanneet vastoinkäymisiä, peräänkuuluttivat lähes järjestään työeläkeyhtiöltä lisätukea prosessiin. Yleensä tämä liittyi siihen, että prosessin aikana oli syystä tai toisesta tullut katkos tiedonkulussa työeläkeyhtiön ja kuntoutujan välillä. Usein tämä katkos realisoitui nimenomaan taloudellisen tuen, eli kuntoutusetuuden maksamisen, loppumisena ja vasta se sai kuntoutujan reagoimaan tilanteeseen. Monelle tämä oli tullut

täysin yllätyksenä, ja he olisivatkin kaivanneet eläkeyhtiöltä avoimempaa toimintaa ja selkeämpää tiedottamista.

Koska minä olin olettanut, että tämä koski uudelleenkoulutusta eikä työelämään kuntoutusta. Ja kun minä sitten kävin maksullista koulua niin sitten se ilmoitus tulikin, että tämä kuntoutus päättyy, että sitä ei enää makseta. Silloinhan siihen jouduin lopettamaan myös sen koulunkäynnin. — Mutta ehkä noiden termien selvennys asian kohteena oleville on paikallaan, ettei tule tällaisia väärinkäsityksiä.

Osa haastatelluista oli kuntoutusmyönnön jälkeen hoitanut kuntoutusasiaa eteenpäin Varman tekemän toimeksiannon perusteella jonkin ulkopuolisen palveluntarjoajan kanssa. Tällöin työeläkeyhtiön rooli kuntoutusprosessissa on vielä normaaliakin pienempi. Toisaalta se usein helpottaa myös kuntoutujan tuensaantia, koska palveluntarjoajalla vierailun kautta kuntoutus henkilöityy yksittäiseen työntekijään ja kontakti hänen kanssaan tapahtuu kasvotusten.

Muistaakseni se meni niin, että sitten kun [palveluntarjoajan] kanssa alkoi ne keskustelut niin minä en ollut sitten enää Varmaan... Minun mielestäni se prosessi meni niin, että jos minulla oli jotain viestiä Varmaan niin se hoitui sieltä [palveluntarjoajan] sen henkilön kautta. Minun mielestäni minulla ei enää ikään kuin ollut mitään asiaa sitten. Tai ehkä se tuli selväksi, että sitä kautta asioidaan.

Gould ym. (2012, 219) toivat tutkimuksessaan esiin ajatuksen siitä, että osalle kuntoutujista saattaisi olla hyödyllistä, jos kuntoutujan tukemista jatkettaisiin myös työeläkekuntoutuksen päättymisen jälkeen. Tällä tavoin voitaisiin turvata ja varmistaa työntekijän integroituminen vahvasti takaisin työelämään, mikä taas pienentäisi työkyvyttömyyden tai työttömyyden riskiä. Tiedusteltaessa haastateltavilta työeläkekuntoutuksen päättymisen jälkeisen tuen tarvetta toistivat vastaukset itseään: alun jälkeen työelämään integroituminen alkoi sujua omalla painollaan eivätkä haastatellut kokeneet tarvitsevansa siinä vaiheessa lisätukea. Tähän saattaa tietenkin vaikuttaa se, että suurimmalla osalla haastatelluista kuntoutus toteutettiin työkokkeiluna omassa vanhassa työpaikassaan. Työympäristö ja -yhteisö oli siis tuttua, mikä helpotti työhönpaluuta tuntuvasti.

5.3.4 Seuranta ja työllistyminen

Edellä on koottu yhteen joitain aiemman tutkimustiedon perusteella onnistunutta kuntoutusprosessia enteileviä teema-alueita. Kuntoutujan oma käsitys kuntoutusprosessin onnistumisen tai epäonnistumisen syistä on kuitenkin aina yksilöllinen. Onnistuneenkaan kuntoutusprosessin lopputulemana ei aina ole työkykyinen henkilö, jos esimerkiksi hänen terveytensä ei työssä jatkamista salli. Joskus taas kuntoutujan näkökulmasta epäonnistuneen kuntoutusprosessin lopputulemana saattaa olla täysin työkykyinen kuntoutuja. Tätä tutkimusta varten haastatelluista 14 kuntoutujasta 11 piti kuntoutustaan onnistuneena. Toisaalta kolme kuntoutujaa oli sitä mieltä, että kuntoutus ei ollut onnistunut. Haastatteluissa tiedusteltiin kuntoutujilta, mikä oli heidän mielestään suurin yksittäinen syy kuntoutuksen onnistumiselle tai epäonnistumiselle. Onnistumisen suhteen esiin nousi kaksi vahvaa alateemaa, joiden alle kaikki tapaukset olivat jaoteltavissa. Nämä kaksi alateemaa olivat henkilöön itseensä ja hänen henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa liittyvät asiat sekä työpaikkaan liittyvät asiat. Esimerkiksi Saari (2012, 27) on tutkimuksessaan havainnut, että erityisesti mielenterveyskuntoutujille pehmeä lasku takaisin työelämään on tärkeää toipumisen kannalta. Myös toipumiselle varattu riittävän pitkä aika ja stressitön työhönpaluun koettiin tärkeiksi.

Seitsemän haastateltua oli sitä mieltä, että kuntoutuksen onnistumisen suurin syy löytyy heistä itsestään. Kolmen haastateltavan kokemukset tukivat Saaren (2012, 27) havaintoja riittävän pitkän toipumisajan tärkeydestä. Heidän mukaansa tärkein yksittäinen tekijä kuntoutuksen onnistumiselle oli nimenomaan sairausloman ja hoitojen tuloksena saavutettu sairauden hyvä tilanne, joka oli mahdollistanut takaisin työelämään palaamisen.

No se oli se, että olin jo sellaisessa kunnossa, että kykenin tekemään sitä työtä jossa olin. — Se oli siinä se sairausloma ja lääkitysmuutosten ja muiden kautta, niin sillä hetkellä se oli mennyt siihen kohtaan.

No, toki siinä oli se, että sieltä sai olla pois sieltä työpaikalta sen aikaa, että se kaikista pahin tunne lähti pois. — Mutta kyllä se oli se, että sai parantua rauhassa ja koota itsensä.

Ehkä hieman yllättäenkin jopa suurempi osuus, neljä henkilöä, oli sitä mieltä, että heidän henkiset ominaisuutensa olivat takaisin työelämään palaamisen kannalta tärkein tekijä. Erityisesti oma motivaatio nostettiin vahvasti esille tässä kohdassa. Moni masennuksen läpikäynyt henkilö on siis sairauden loppuvaiheessa ja toipumisen ollessa loppusuoralla varsin motivoi-

tunut ja halukaskin palaamaan takaisin työelämään. Tämä on merkityksellistä sillä esimerkiksi kiinnostuksen ja mielihyvän tunteen menettäminen on yksi masennuksen keskeisistä oireista. Voidaan siis olettaa, että kiinnostuksen palatessa työelämää kohtaan on toipuminen jo varsin hyvässä vaiheessa. Yksi haastateltu nosti oman avoimuutensa ehdottomasti tärkeimmäksi asiaksi sairaudesta toipumisen ja työelämään palaamisen kannalta. Hän korosti, että koska hän itse kertoi avoimesti tilanteestaan, sai hän myös parhaan mahdollisen hoidon ja avun. Usealla mielenterveyden häiriöstä kärsineellä tilanne saattaa olla täysin päinvastainen: jopa sairauden olemassaolon myöntäminen saattaa olla tietyn tyyppisille henkilöille kynnyksikysymys. Tällöin myös hoidon ja muun avun saaminen tietenkin hankaloituu. Eräs haastateltava lähti pohtimaan aihetta syvällisemminkin ja tuli siihen tulokseen, että eniten häntä kannusti palaamaan työelämään pelko siitä, että ilman kuntoutusta ja työelämään palaamista hän olisi saattanut syrjäytyä yhteiskunnasta.

En minä tiedä onko tämän vähän itsekästä sanoa mutta minusta se, että minä olin itse sille avoin. — Ja aika monella ihmisellä tuollainen sairaus on enemänkin sellainen häpeä ja sen kanssa ollaan vähän niin että ei haluta esimiehen tietävän edes. Senkin sinä pystyt järjestämään, ettei hän tiedä mikä sinulla on. Että sitä ei ole pakko kertoa. Toiset pelkää työyhteisössä kertoa sitä. Minulla oli taas ihan päinvastoin. Minun mielestäni se piti kertoa ja se helpotti paljon kun kaikki tiesi mistä on kysymys ja missä mennään.

Ehkä se on se pelko. Ehkä se olikin jotain, mikä ei ollut kovin positiivista ensin kuitenkaan mutta ajoi eteenpäin. Motivaattori on vähän huono sillä kohtaa jos on niin kuin sillä lailla, että on masennuksen takia ajautunut siihen tilanteeseen, että on tarvinnut kuntoutusta. Kyllä se lähtee ihan jostain muista asioista. Joku paine, itsensä hyväksyminen, kaikesta tällaisesta. — Syrjäytymisen sellainen, että minun on nyt pakko ottaa niskasta ja pakko pysyä tässä ja olla sellainen. Että onko sitten yhteiskuntakelpoinen, jos päästää liian helpolla itsensä? Eihän sille mitään voi jos ei pysty niin ei pysty mutta minä koin, että sille on kaikki annettava, että pystyisi edelleen toimimaan.

Haastatelluista henkilöistä neljä oli sitä mieltä, että suurin syy heidän kuntoutuksensa onnistumiselle ei liittynyt suoranaisesti heihin itseensä, vaan heidän työpaikkaansa ja sen ominaisuuksiin. Kaikki neljä kuntoutujaa yhdisti tämän siihen, että työpaikalle oli mahdollista palata hitaasti asteittain. Toisaalta tämä merkitsee sitä, että saa tehdä lyhennettyä työaikaan mutta toisaalta se antaa mahdollisuuden palata työpaikalle ylimääräisenä resurssina, mikä taas saattaa helpottaa työhönpaluuseen liittyvää henkistä painetta. Tietenkin tämä myös edellyttää sitä, että työnantaja hyväksyy vaadittavan poikkeavan järjestelyn ja on valmis mukauttamaan toimintaansa tämän poikkeusjärjestelyn mahdollistaakseen.

Kyllä se kuitenkin ehkä oli tämä hidas paluu. Tai hidas ja hidas mutta sano- taanko nyt, että ainakin kaksi kuukautta kun tein vähän niin kun koko ajan pi- dentyvää työaikaan niin antoi sen mahdollisuuden siihen fyysiseen, ja ehkä myös- kin henkiseen, valmistautumiseen.

Varmasti työnantajan joustavuus oli tärkeää. Että siellä hyväksyttiin kuntoutus- järjestelyt.

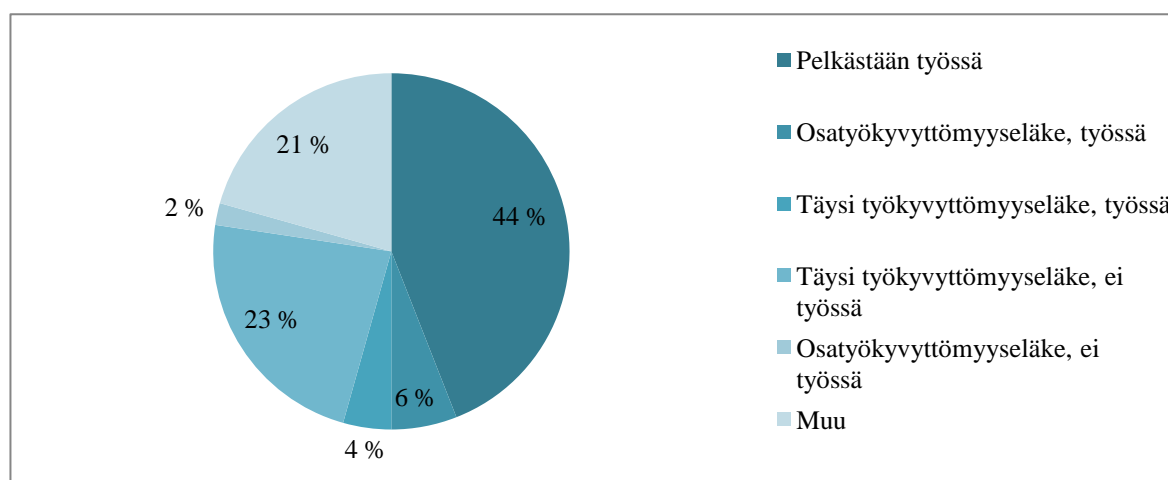
Haastatelluista henkilöistä ainoastaan kolme piti kuntoutustaan jossain määrin epäonnistuneena. Näistä jokaisella epäonnistuminen johtui täysin eri tahosta ja seikoista, joten näitä epäon- nistumisen syitä ei ollut mahdollista ryhmitellä. Edellä mainittiin, että sairauden tilanne oli monella kuntoutujalla työhönpaluun tärkein mahdollistaja. Täytyy kuitenkin myös muistaa, että se voi olla suurin este työhönpaluulle. Alla olevan katkelman henkilöllä työkykyyn vai- kutti masennuksen lisäksi myös tuki- ja liikuntaelinsairaus. Katkelma ilmentää sitä, että vaika mieleinen työkokeilu paikka löytyisikin ja hän sopisi työyhteisöön hyvin, ei kuntoutuja aina mahda sairaudelleen mitään.

No kun ei minua oikein voitu kuntouttaa. Kun tuo iltapäiväkerhokin, kyllä minä lasten kanssa viihdyn ja lapset tykkää, lasten kanssa olen aina tullut hyvin toi- meen ja näin päin pois. Mutta kun en minä sielläkään sitten tee, jos menin latti- alle eikä sieltä pääse ylös niin se on vähän vaikeata. Sitten kun siellä on kaiken- laista muutakin sellaista työtä, että kyllä ne ohjaajatkin tykkäsivät ja olisivat pi- täneet mutta kun siellä täytyy osallistua sellaisiin töihin mitä ei pysty tekemään.

Kahdesta muusta kuntoutujasta ensimmäisen epäonnistuminen liittyi työnantajan huonoon asenteeseen kuntoutujaa kohtaan ja toisen epäonnistuminen tiedonkulun ongelmiin työeläke- yhtiön ja kuntoutujan välillä. Heistä ensimmäinen tuli irtisanotuksi lähes heti kuntoutuksen päättymisen jälkeen ja toiselle lopetettiin kuntoutusetuuden maksaminen ennen valmistumista, koska opinnoissa eteneminen jäi liian vähäiseksi. Tästä voidaan todeta, että työeläkekun- toutusprosessissa on niin monta osasta ja näiden välistä suhdetta, että vaikka yksi osio, esi- merkiksi henkilön oma terveys ja asenne, olisi kohdallaan, ei kuntoutus välttämättä pääty toi- votusti.

5.3.5 Kuntoutuksen jälkeen

Haastatteluhetkellä haastateltavien työeläkekuntoutuksen päättymisestä oli kulunut vähintään kolme vuotta. Haastateltavien valinnassa yhtenä kriteerinä oli se, että he olivat ainakin osittain työkykyisiä kuntoutuksen päättymishetkellä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että Varman järjestelmässä heidän kuntoutuksen loppustatuksensa oli joko ”kuntoutui perusammattiin” (9 henkilöä), ”kuntoutui uuteen työhön” (3 henkilöä), ”saa osatyökyvyttömyyseläkettä” (1 henkilö) tai ”muu” (1 henkilö). Kaikki henkilöt olivat siis työkykyisiä kuntoutuksen päättymishetkellä, tosin yksi vain osittain. Kyseinen rajausta perustui siihen, että näiden henkilöiden kuntoutusta on voitu ainakin lyhyellä tarkastelujaksolla pitää tuloksellisena, koska he ovat olleet työkykyisiä kuntoutuksen päättyessä. Työeläkejärjestelmän taloudellisen kestävyuden kannalta merkityksellisempää on kuitenkin se, kuinka pitkään he ovat kyenneet työelämässä jatkaamaan kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Kuviossa 15 kuvataan luvussa neljä analysoitua vuonna 2009 työeläkekuntoutuksensa päättäneiden kuntoutujien ajankohtaista työtilannetta vuoden 2011 lopussa. Haastatellut henkilöt muodostavat vain pienen ryhmän kuviossa analysoidusta perusjoukosta, mutta he ovat kuitenkin osa sitä. Näiden henkilöiden haastattelemisen antoi mahdollisuuden konkretisoida edellisen luvun yhteydessä analysoitua numerodataa ja selvittää, mikä henkilöiden tilanne todellisuudessa on, miten he ovat siihen päätyneet, millaisena he kokevat oman työkykynsä ja millaisena näkevät tulevaisuutensa työelämässä. Tarkastelussa päästään vielä vuoden pidemmälle kuin tilastoja analysoitaessa, koska haastatteluajankohta sijoittui vuoden 2013 alkuun. Tällöin ei vuoden 2012 ansiorekisteritietoja ollut vielä saatavissa Eläketurvakeskuksesta.



KUVIO 15 Vuoden 2009 aikana työeläkekuntoutuksensa päättäneiden mielenterveyskuntoutujien tilanne vuoden 2011 lopussa, Varma

Kuviosta 15 nähdään, että vuoden 2011 lopussa työelämässä ilman samanaikaista eläkeoikeutta oli 44 prosenttia perusjoukosta. Haastatelluista puhtaasti työelämässä oli haastatteluhetkellä ainoastaan neljä henkilöä. Kolme heistä on edelleen samassa työssä, johon he työeläkekuntoutuksen keinoin noin kolme vuotta aiemmin palasivat. Yksi puolestaan on ehtinyt vaihtaa työpaikkaa kaksi kertaa kuntoutuksen jälkeen, mutta on ollut lähes keskeytyksettä työelämän piirissä. Joukosta erottuu yksi entisessä työssään kuntoutuksen jälkeen jatkanut haastateltava, joka oli jonkin aikaa kuntoutuksen päättymisen jälkeen hakeutunut vuorotteluvapaalle. Edellinen sairauslomajakso ja sitä seurannut työhönpaluu oli auttanut häntä ymmärtämään paremmin omien voimavarojensa rajallisuuden. Kun sitten työpaikalla myöhemmin toteutettiin suuri organisaatiomuutos, oli hän hakeutunut vuorotteluvapaalle välttääkseen uudelleen-uupumisen. Useampikin haastateltava viestitti läpikäymänsä sairausjakson merkityksellisyyttä nimenomaan itsestään huolehtimisen suhteen. Moni heistä on alkanut huolehtia enemmän ja aktiivisemmin omasta jaksamisestaan ja työkykynsä säilymisestä. Kuten jo edellä on käynyt ilmi, moni on myös motivoitunut jatkamaan työelämässä, kun on ensin nähnyt ja tuntenut sen, millaista elämä on kun ei työtä ole täyttämässä elämää.

Kyllähän minä itse aloin hakeutumaan jo töihin, mutta kyllähän minun mielestäni jotain kertoo jo se, että kun minä palasin takaisin töihin, seuraavan vuoden aikana tuli sitten erittäin iso organisaatiomuutos omassa työyhteisössä, joka aiheutti sitten taas omat stressit ja henkilöstöjutut ja kaikki muut, jonka jälkeen päätin hakeutua vuorotteluvapaalle nimenomaan se takia, että siinä olisi saattanut olla vaihtoehtona taas totaaliuupuminen ja sairauslomaa. Ja katsoin parhaaksi omalta henkiseltä kantiltakin jäädä vuorotteluvapaalle.

Jo useamman vuoden jatkuneen Suomen talouden haastavan tilanteen seuraukset näkyvät myös haastateltavien ajankohtaisessa työtilanteessa. Työttöminä haastateltavista haastatteluhetkellä oli nimittäin yhtä suuri osuus kuin oli työelämässä. Haastateltavien joukossa oli siis neljä työtöntä. Yksi heistä oli irtisanottu heti kuntoutuksen päättymisen jälkeen vanhalta työnantajaltaan. Sen jälkeen hän oli yrittänyt palata takaisin edelliseen ammattiinsa terveydenhuoltoalalla, mutta huomasi nopeasti kymmeniä vuosia sitten hankitun koulutuksensa olevan vanhentunut eikä ollut valmis enää sitä päivittämään korkean ikänsä vuoksi. Tämän jälkeen hän on ollut työttömänä. Yhteensä kyseinen haastateltava jatkoi kuntoutuksen jälkeen työelämässä siis noin puoli vuotta. Loput kolme oli irtisanottu työnantajan toimesta eivätkä he sen jälkeen ole työllistyneet. Heistä kaksi ehti olla kuntoutuksen jälkeen töissä noin vuoden. Toinen katsoi, että hänet oli irtisanottu sairautensa vuoksi ”Kun ne aloitti näistä jotka on eni-

ten sairaita niin ne heitettiin ensimmäisenä pihalle.”, kun taas toinen katsoi irtisanomisen johtuneen korkeasta iästään ”*vähensivät työmaalla porukkaa niin näitä [työttömyys]putki-ikäisiä jäi aika paljon pois*”. Neljännen irtisanotun työsuhde päättyi vuoden 2012 lopussa, eli hän ehti olla työelämässä yli kolme vuotta kuntoutuksensa päättymisen jälkeen. Kuviossa 15 edellä kuvatut henkilöt lukeutuvat ryhmään ”muu”, joka muodostaa 21 prosenttia koko perusjoukosta. Huomionarvoista on kuitenkin se, että periaatteessa nämä henkilöt ovat työttömyydestään huolimatta työkykyisiä.

Edellä kuvatun työttömien ryhmän lisäksi työkykyisiä mutta työelämän ulkopuolella oli myös kaksi muuta haastateltavaa. Toinen heistä oli hoitovapaalla ja toinen oli lähtenyt opiskelemaan itselleen uutta ammattia omakustanteisesti. Hoitovapaalla oleva haastateltu oli ehtinyt jatkaa työssään ainoastaan muutaman kuukauden ennen äitiyslomalle jäämistään. Hän ei kuitenkaan näe enää mahdollisena kuntoutuksen aikaiselle työpaikalleen paluuta, vaan suunnitelmissa on hakeutua muihin tehtäviin. Toinen haastateltavista taas oli lähtenyt opiskelemaan uutta ammattia sen jälkeen, kun oli tullut irtisanotuksi kuntoutuksen aikaisesta työpaikastaan. Nämä kaksi henkilöä kuuluvat siis myös työttömien tavoin kuviossa ryhmään ”muut”. Kyseiset haastatellut ovat kuitenkin vielä varsin nuoria, joten oletettavasti heillä on vielä kymmeniä vuosia työkykyä jäljellä.

Kuviosta 15 nähdään, että 6 prosenttia perusjoukosta oli vuoden 2011 lopussa samanaikaisesti työnteon ohella osatyökyvyttömyyseläkkeellä. Haastatelluista osatyökyvyttömyyseläke oli myönnetty kuntoutuksen päättymisen jälkeen kahdelle henkilölle, joista toinen oli jatkanut kuntoutuksen aikaisessa työpaikassaan eläkkeen ohellakin osa-aikaisesti. Toinen taas oli tullut irtisanotuksi tästä työpaikasta mutta oli työllistynyt uudelleen vuoden 2010 lopussa. Haastattelun ajankohtana toinen heistä oli kuitenkin lomautettuna ja toinen pitkällä sairauslomalla tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi.

Kokonaan työelämän ulkopuolella oli haastatteluhetkellä ainoastaan kaksi haastateltua. Toinen heistä oli ehtinyt seurantajaksolla täyttää 63-vuotta ja jäänyt vanhuuseläkkeelle. Hän oli kuitenkin ennen eläkkeelle jäämistä jatkanut kuntoutuksen aikaisessa työpaikassaan noin kaksi vuotta. Vanhuuseläkeläiset on kuviossa 15 luettu kuuluvaksi ryhmään ”muut”, koska heidän määränsä oli Varman aineistossa niin pieni, ainoastaan yhden prosentin luokkaa kaikista mielenterveyskuntoutujista. Sen sijaan suuren ryhmän kuviossa muodostavat ne täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle kuntoutuksen jälkeen jääneet kuntoutujat, jotka eivät jatkaneet kun-

toutuksen rinnalla työelämässä edes osittain. Kuviossa 15 tämän ryhmän koko on 23 prosenttia. Haastatelluista ainoastaan yksi kuului tähän ryhmään. Kuntoutuksen jälkeen hän oli saanut toimeentulonsa vuorotelleen sairauspäivärahasta ja työttömyyspäivärahasta. Samanaikaisesti hänellä oli kuitenkin käynnissä valitusprosessi työkyvyttömyyseläkkeen hylkäyksestä. Lopulta se oli hänelle muutaman vuoden jälkeen myönnetty ilmeisesti toistaiseksi. Työkokeilu antoi haastatellulle varmuuden siitä, ettei hän enää pystynyt työelämässä selviytymään, vaikka halua olisi ollut. Tällöin kuntoutujan näkökulmasta ainoa oikea ratkaisu on työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen, vaikka työeläkejärjestelmän näkökulmasta tilanne olisi toinen.

Minä olen täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä. Oliko se nyt joulukuun alusta, kun se tuli oikeudesta se päätös. Oikeuteen astihan se meni. — Mutta se täytyy kyllä sanoa, että kyllä nyt elämä helpottui sen jälkeen henkisesti puolella valtavasti, kun tuli ne päätökset. Että joissain asioissa sitkeys palkittiin.

Kaikki haastatellut henkilöt olivat siis vakuutuslääketieteellisestä näkökulmasta lähtökohtaisesti ainakin osittain työkykyisiä työeläkekuntoutuksen päättymishetkellä. Suurin osa (13 henkilöä) heistä oli myös työelämässä tuolloin. Kolme vuotta myöhemmin huomattava osa haastatelluista oli irtisanottu työstään. Osa oli onnistunut työllistymään uudelleen, mutta huomattavan suuri osuus oli edelleen työttöminä. Varsinkin nuorempien kohdalla tosin on vielä jopa todennäköistä, että työttömyys ei ole lopullista vaan he pääsevät takaisin työelämän piiriin ja näin ollen vastaavat omalta osaltaan työeläkejärjestelmän taloudellisesta kestäväydestä myös tulevaisuudessa.

Siitä huolimatta, että ajankohtainen työtilanne ei haastateltavien joukossa näyttänyt kovinkaan valoisalta haastatteluhetkellä, tunsu suurin osa haastateltavista itsensä kuitenkin työkykyisiksi. Mikäli ei oteta lukuun niitä kahta haastateltua, joille oli seurantajaksolla myönnetty täysi eläke, itsensä työkykyiseksi tunsu kolme neljästä eli yhteensä yhdeksän henkilöä. Ainoastaan molemmat osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevat henkilöt olivat sitä mieltä, että eivät pystyisi työelämässä jatkamaan eläkeikänsä asti. Erityisesti toinen näistä tapauksista herättää huomiota. Haastateltava oli alun perin toimistotyössä, josta hänet uudelleenkoulutettiin puutarha-alalle. Mielenkiintoista on se, että haastatellulle mieleinen puutarha-ala, joka kenties olisi myös tukenut hänen henkistä jaksamistaan paremmin, on osoittautunut fyysisesti liian raskaaksi. Kaksi vuotta tässä uudessa työssä osa-aikaisesti työskenneltyään hän tunsu, että se on vienyt häneltä fyysisen työkyvyn. Hän kokee, että entisessä työssään toimistossa hän olisi vielä osittain työkykyinen, mutta työeläkekuntoutuksen kautta hankitussa uudessa ammatissa hän ei pysty

tekemään työtä edes osittain. Haastatellun näkökulmasta hänelle tehtiin siis karhunpalvelus kouluttamalla hänet uuteen ammattiin. Hän peräänkuuluttaakin työkykyarvion tärkeyttä.

Minä nyt olen ollut tuolla työkyvyn arviossa uudelleen, toista kertaa elämässäni, että jos silloin olisi käyty kunnolla nämä asiat läpi niin minä olisin ehkä helpommassa työssä kun mitä nyt olen tämän kuntoutuksen jälkeen ollut. Niin lähdin sitten koulun penkille ja luin toisen ammatin tässä. Ja nyt kun olen tuolla ollut niin lääkärit sanovat, että mikset mennyt siihen edelliseen työhön, koska se olisi ollut fyysisesti puolet helpompaa. — Mutta se meni hyvin ja olen tykännyt todella paljon siitä mutta kroppa vaan ei kestä.

Vanhuuseläkeikää lähellä olevat haastateltavat kokivat ikänsä kahdella tavalla. Toisaalta lähestyvä vanhuuseläke saattoi olla juuri se asia, mikä kannusti jatkamaan työelämässä vielä ne puuttuvat vuodet, että sai kunnialla ja hyvällä omallatunnolla jäädä eläkkeelle sen saavutettuaan. Toisaalta taas varsinkin käsillä olevassa taloudellisessa tilanteessa koettiin, että korkea ikä toimi työnantajalle syynä irtisanoa henkilö. Myös oma sairastelu tuotiin esiin irtisanomisen taustalla vaikuttaneena tekijänä (ks. sivun 90 katkelmat).

Niin silloinhan sitä jaksoi palata ja silloinhan se tosiaan piristi, kun sitä lähti tosiaan. Minä sitten ajattelin, että koitan sinnitellä 63-vuoteen. Olisihan sitä varmaan sinne 65-vuoteen ja sillä lailla mutta ajattelin, että kyllä minulle riittää, kun 45-vuotta olen tuolla leipomoalalla ollut. Että kyllä se riittää.

Vaikka monen haastatellun ura tuntuu joko väliaikaisesti työttömyyden tai pysyvämmiin työkyvyttömyyden vuoksi päättyneen turhan aikaisin, oli haastatelluissa kuitenkin havaittavissa positiivinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja työelämään. Moni oli sairastuttuaan ymmärtänyt työn merkityksen arkensa tasapainottajana ja mielekkyyden tuojana. Suurimmalla osalla oli myös vahva tahto päästä takaisin työelämän pariin ja he suhtautuivatkin positiivisesti siihen, että tulevaisuudessa työkykyä vielä riittää pitkäksikin aikaa.

Kyllä olen sillä lailla fyysisesti terve. Toki työ on fyysisesti rankkaa eikä varmaan tule siitä ainakaan helpottumaan, että tässä nyt olisi sitten varmaan... No riippuu nyt sitten mihin tämä asettuu tämä eläkeikä mutta vajaa 20 vuotta vielä aikaa, että vaikea ajatella että kuinka... Kyllä kai ilmeisesti tältä alalta työkyvyttömyys tai sairaseläkkeelle joudutaan vähän aikaisemmin. Mutta toiveissa on ainakin. Ja varsinkin tämä vuorotteluvapaa on antanut minulle sen tahdon ja halun että kyllä ehdottomasti haluan olla töissä ja se arki, että nyt olisi aika kamalaa pudota tähän tämmöiseen.

5.4 Pohdintaa

Kuntoutujien itsensä haastattelemisen ja heidän tarinoidensa kuuleminen antoi erilaisen näkökulman aiheeseen, jota on usein tarkasteltu tilastotietojen ja strukturoitujen survey-kyselyiden valossa. Erityisesti se sai tajuamaan, että jokaisen luvun ja tilastotiedon taustalla on ainutlaatuinen polku, jolle yksittäinen numero tilastossa ei anna oikeutta. Jokaisen masennuksen takia vajaakuntoisen henkilön sairastumisen taustalla on monitahoisia tekijöitä, joihin ei välttämättä kovin helposti päästä käsiksi. Tärkeää on kuitenkin ymmärtää, että työnteolla on suuri merkitys monen masennuksesta toipuvan henkilön elämässä sisällön tuojana ja arjen rytmittäjänä. Työeläkekuntoutuksen avulla voidaan siis paitsi turvata eläkejärjestelmän taloudellista kestävyyttä myös tukea yksilön mielenterveyttä.

Kuten jo aiemmin tutkielman teoriaosuudessa tuotiin esille, on Suomen kuntoutusjärjestelmä varsin monimutkainen kokonaisuus. Vielä monimutkaisempana se näyttäytyy, jos kuntoutuja joutuu navigoimaan sen läpi vajavaisin tiedoin. Kun on kysymys tällaisista monimutkaisista kokonaisuuksista, ovat väärinymmärrykset ja erimielisyydet väistämättömiä. Työeläkejärjestelmän näkökulmasta haastavaa on välittää tieto kuntoutujille ymmärrettävässä muodossa, tasapuolisesti ja sisällöltään muuttumattomana. Kuntoutujien omasta näkökulmasta työterveyshuolto on tässä tiedonkulussa avainasemassa. Sen takia onkin ensiarvoisen tärkeä huolehtia työterveyshuollon edustajien kuntoutustietämyksen ajantasaisuudesta. Myös työeläkeyhtiön kannalta olisi mahdollista paremmin huomioida masentuneiden kuntoutujien erityistarpeita. Masennuksen oireet kuten aloitekyvyttömyys saattavat tehdä oma-aloitteisesta tiedonhankinnasta muita sairausryhmiä haastavampaa, joten eläkeyhtiön aktiivisuus kuntoutujaan päin olisi tärkeää. Lisäksi olisi aiheellista huolehtia siitä, että terapiahenkilöstöllä on edes perustiedot työeläkekuntoutusjärjestelmästä, että he voivat toipumisen loppuvaiheessa terapiaistuntojen aikana motivoida potilasta hakeutumaan kuntoutuksen piiriin, jos sellainen on tarpeellista.

Haastatteluista ilmeni, että suurin osa kuntoutujista koki kuntoutuksen olleen kohdallaan oikea-aikaista, mutta toisaalta he olisivat olleet valmiita palaamaan takaisin työelämään jo jopa puoli vuotta toteutunutta ajankohtaa aikaisemmin. Koko sosiaalivakuutusjärjestelmän kannalta on tietenkin tärkeää, että sairauspoissaolot ja eläkkeet ovat kestoltaan mahdollisimman lyhyitä. Täytyy kuitenkin pitää mielessään, että masentuneen henkilön toimintakyky palautuu oireiden väistymistä hitaammin. Voitaneen siis kyseenalaistaa se, kuinka hyvin masennukses-

ta toipuva henkilö itse osaa arvioida sairauden kuluttamien voimavarojensa palautumista esimerkiksi sairauslomalta käsin. Pahimmassa tapauksessa liian aikaisen työhönpaluuyrityksen tuloksena saattaa olla täysin loppuun palanut henkilö, jonka uudelleen kuntoutuminen vie alkuperäiseen verrattuna moninkertaisen ajan.

Aiemmissä tutkimuksissa on tuotu esille, että erityisesti masennuksesta kärsineiden henkilöiden kuntoutus saattaisi olla tuloksellisempaa, jos heitä tuettaisiin enemmän kuntoutusprosessin aikana. Myös masennukselle tyypilliset oireet (ks. tarkemmin luku 3.1.1) antaisivat viitteitä samaan suuntaan. Tähän tutkimukseen haastatellut henkilöt eivät kuitenkaan lisätukea juurikaan olleet jääneet kaipaamaan. Erityisen tarpeettomana haastatellut kokivat erään tutkimuksen tuloksissa väläytellyn ajatuksen kuntoutuksen päättymisen jälkeisestä tuesta. Myöskään eläkeyhtiöltä ei lisätukea kaivattu. Tämä antaa viitteitä siitä, että mahdollinen lisätuki tulisi työpaikkojen ja työterveyshuollon yhteistyönä eikä esimerkiksi eläkeyhtiön tarvitsisi siihen lisää panostaa.

Kaiken kaikkiaan haastatellut henkilöt suhtautuivat haastatteluhetkellä työelämään ja omaan työkykyynsä varsin positiivisesti. Suurella osalla vanhemmistakin haastateltavista olisi vielä työkykyä ja -motivaatiota jäljellä, mutta sekään ei auta, jos ei töitä ole tarjolla. Tämä osoittaa, että onnistuneenkin kuntoutusprosessin tuloksena saattaa olla täysin työkykyinen henkilö, joka ei kuitenkaan pysty omalta osaltaan tukemaan eläkejärjestelmän taloudellista kestävyyttä ollessaan työttömänä.

6 PÄÄTELMÄT

6.1 Tutkimusongelmiin vastaaminen ja jatkotutkimusehdotuksia

Tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva Varman mielenterveysperusteisesta työeläkekuntoutuksesta. Tavoitteeseen pyrittiin etsimällä vastauksia kahteen päätutkimusongelmaan ja yhteen alatutkimusongelmaan. Ensimmäisen päätutkimusongelman ja sille alisteisen alatutkimusongelman tavoitteena oli tarjota tietoa Varman kuntoutustoiminnasta ja sen tuloksellisuudesta tilastotietojen valossa. Toinen tutkimusongelma keskittyi puolestaan tarkastelemaan itse kuntoutusprosessin läpikäyneiden kuntoutujien kokemuksia omasta prosessistaan, sen puutteista ja kehityskohteista. Näihin tutkimusongelmiin vastaamalla ja tutkimusmetodeita yhdistämällä saatiin muodostettua monipuolinen ja rikas kuvaus tutkimuksen kohteena olleesta Varman kuntoutustoiminnasta.

Ensimmäisen tutkimusongelman valossa tarkastellut tilastot kertoivat, että Varma järjesti ja kustansi vuonna 2009 merkittävän osan, 42 prosenttia, yksityisen työeläkesektorin mielenterveysperusteisista kuntoutuspalveluohjelmista. Varman työeläkekuntoutus siis painottui kyseisenä vuonna muuta yksityistä työeläkesektoria enemmän nimenomaan mielenterveyshäiriöisten kuntoutukseen, joskin sen osuus jäi tästäkin huolimatta myös Varmassa muiden sairausryhmien varjoon. Tyypillisesti Varman mielenterveyskuntoutuja oli vähintään 45-vuotias nainen, joka tuli kuntoutuksen piiriin ilman taustalla ollutta työkyvyttömyyseläkemyöntöä. Vaikka muuta yksityistä työeläkesektoria suurempi osuus Varman mielenterveyskuntoutujista tulikin kuntoutukseen ilman eläkemyöntöä, oli eläkkeeltä kuntoutukseen tulevien osuus kuitenkin huomattavasti suurempi kuin muiden sairauksien ollessa vajaakuntoisuuden aiheuttajana. Työkyvyttömyyden uhka oli siis realisoitunut ennen työeläkekuntoutuksen käynnistymistä.

Alatutkimusongelman tavoitteena oli tarkastella vuonna 2009 työeläkekuntoutuksensa päättäneiden mielenterveyskuntoutujien ajankohtaista työtilannetta vuosina 2009 ja 2011. Lyhyen tähtäimen tarkastelussa havaittiin, että kuntoutujista huomattavan suuri osuus, yli puolet, oli jatkanut työelämässä kuntoutuksen jälkeen. Osa heistä oli tosin samanaikaisesti joko täydellä tai osatyökyvyttömyyseläkkeellä. Tuloksellisinta kuntoutus oli naisten ja ilman eläkemyöntöä

kuntoutuksen piiriin tulleiden kuntoutujien keskuudessa. Iällä ei juuri näyttänyt olevan merkitystä työssä jatkamiseen lyhyellä tarkastelujaksolla. Todennäköisintä työhönpaluu oli ilman eläkemyöntöä kuntoutukseen tulleiden alle 45-vuotiaiden naisten ryhmässä ja kaikkein epätodennäköisintä se oli vähintään 45-vuotiaiden eläkkeeltä kuntoutukseen tulleiden miesten keskuudessa. Tarkastelun kohteena olevasta joukosta eläkkeelle siirtyi lyhyellä tarkastelujaksolla joka viides kuntoutuja, suurin osa heistä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle.

Tilastotarkastelussa huomiota herätti alle 45-vuotiaiden ilman eläkemyöntöä kuntoutukseen tulleiden naisten ja miesten ryhmien väliset erot työssäkäynnissä; naisista työssä oli 34 prosenttiyksikköä enemmän kuin vastaavasta miesten verrokkiryhmästä. Syynä tähän ei suinkaan ollut miesten voimakas siirtyminen työkyvyttömyyseläkkeelle vaan se, että kyseisestä miesten ryhmästä lähes puolet oli sekä työelämän että eläkkeen ulkopuolella, esimerkiksi työttöminä. Verrattaessa Varman kuntoutustoiminnan lyhyen tähtäimen tuloksellisuutta muuhun yksityiseen työeläkesektoriin huomattiin, että muuta yksityistä työeläkesektoria suurempi osuus Varman kuntoutujista oli vuoden 2009 lopussa työelämässä ja pienempi osuus eläkkeellä: Varman kuntoutusta voidaan siis pitää tilastojen valossa tuloksellisempänä.

Tarkasteltaessa työssäkäyntiä vuoden 2011 lopussa havaittiin, että työssäkävien osuus oli kahden vuoden aikana hieman vähentynyt ja eläkkeellä olevien osuus lisääntynyt. Myös eläkkeellä olo työssäkäynnin ohella oli jonkin verran lisääntynyt. Naisten työssäkäynti oli huomattavasti miehiä yleisempää ja alle 45-vuotiaat olivat työelämässä jonkin verran vanhempaa ikäluokkaa todennäköisemmin. Tämä näytti johtuvan siitä, että huomattava osuus vanhemmasta ikäryhmästä oli tarkastelujakson aikana siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Ilman eläkemyöntöä kuntoutuksen piiriin tulleiden työssäkäynti on kahden vuoden aikana vähentynyt, mutta toisaalta eläkkeeltä kuntoutukseen tulleiden työssäkäynti on lisääntynyt. Kokonaan työelämän ja eläkkeen ulkopuolella olevien määrä oli seurantajaksolla pääsääntöisesti vähentynyt.

Verrattaessa Varman kuntouttamien tuki- ja liikuntaelinsairaiden työssäkäyntiä mielenterveyshäiriöisten kuntoutujien työssäkäyntiin havaittiin, että tuki- ja liikuntaelinsairaat olivat vuoden 2011 lopussa hieman verrokkiryhmää todennäköisemmin puhtaasti työelämässä ilman samanaikaista eläkemyöntöä. Jos tarkastelussa huomioidaan myös eläkettä työnteon ohella saavat, kääntyy tilanne päinvastoin. Mielenterveyshäiriöiset olivat verrokkiryhmää todennäköisemmin täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä, kun taas tuki- ja liikuntaelinsairaat olivat use-

ammin täysin työelämän ja eläkkeen ulkopuolella. Huomionarvoista on, että tarkasteltaessa koko yksityistä työeläkesektoria huomattiin, että tuki- ja liikuntaelinsairaat olivat työelämässä huomattavasti mielenterveyshäiriöisiä useammin. Aiemmin esitettiin havainto Varman mielenterveyshäiriöihin perustuvan kuntoutustoiminnan muuta yksityistä työeläkesektoria paremmasta tuloksellisuudesta lyhyellä tarkastelujaksolla. Tilanne pysyi samana myös pidemmällä tarkastelujaksolla: Varman kuntoutujista useampi oli kaksi vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen työelämässä ja harvempi työkyvyttömyyseläkkeellä.

Varman kuntoutuksen tuloksellisuuteen lienee vaikutusta sillä, että se on onnistunut muuta yksityistä työeläkesektoria paremmin valikoimaan kuntoutukseen hyvän potentiaalin omaavia ryhmiä. Naisten ja ilman eläkemyöntöä kuntoutuksen piiriin tulleiden kuntoutujien osuus onkin Varman aineistossa vertailuryhmää suurempi. Toisaalta Varman kuntoutus on ollut tuloksellisempaa kummassakin osaryhmässä, joten edellä mainittu ei täysin selitä Varman kuntoutuksen tuloksellisuutta. Tarkastelun kohteena olevien tilastojen pohjalta ei siis voida tyhjentävästi selittää sitä, mistä ero kuntoutuksen tuloksellisuudessa johtuu.

Toisen päätutkimusongelman tavoitteena oli selvittää kuntoutujia haastatteleamalla heidän näkemyksiään kuntoutusprosessin sujumisesta sekä etsiä syitä sen onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Kiinnostuksen kohteina oli kuntoutukseen ohjautuminen, tiedonsaanti, kuntoutuksen oikea-aikaisuus, kuntoutussuunnitelman laadinta sekä tuki kuntoutusprosessin aikana. Lisäksi haastattelujen yhteydessä selvitettiin myös kuntoutujien ajankohtainen työtilanne sekä se polku, jonka kautta he olivat kyseiseen tilanteeseen päätyneet. Seuraavassa esitetään kootusti kuntoutujien näkemyksiä kuntoutusprosessista sekä heidän ajankohtaista työtilannettaan.

Haastatteluissa tuli ilmi, että suurin osa kuntoutujien työeläkekuntoutuksen tietämyksestä on peräisin työterveyshuollon edustajilta. Harva sen sijaan kääntyy työeläkeyhtiön puoleen lisätietoa hakiessaan. Tämä on kuitenkin ongelmallista, sillä työterveyshuollosta saatu tieto ei aina tyydyttänyt potentiaalisen kuntoutujan tietotarvetta. Toisaalta kuntoutujat kokivat, että tiedonsaanti työeläkeyhtiöstä vaati huomattavasti oma-aloitteisuutta, joka saattaa olla vähissä silloin, kun vajaakuntoisuuden aiheuttajana on masennuksen kaltainen sairaus. Erityinen ja huomionarvoinen työeläkekuntoutustiedon saamisen ja jakamisen kanava masennuksesta kärsivien keskuudessa ovat myös yksityisen ja julkisen terveydenhuoltosektorin tarjoamat terapiapalvelut, joihin osa haastatellustakin kuntoutujaryhmästä oli osallistunut. Terapiassa työhönpaluuasiat nousevat luonnollisesti keskustelunaiheeksi, joten olisi myös ensiarvoisen tär-

keää, että hoitohenkilö osaisi ohjata potilastaan kääntymään asiassa tarvittaessa työeläkeyhtiön puoleen. Lähes kaikki haastatellut kertoivat itse olleensa kuntoutusaloitteensa tekijänä. Usein he olivat sairauden loppuvaiheessa alkaneeet jo oma-aloitteisestikin hakeutua takaisin työelämään ja toisaalta se myös tuki heidän toipumisprosessiaan. Haastateltavien mielestä suurin vastuu kuntoutustarpeen havaitsemisesta kuuluukin nimenomaan kuntoutujalle itselleen. Toki myös työterveydenhuollon rooli ulkopuolisena havaitsijana tuotiin esille.

Suurin osa haastatelluista oli palannut omaan entiseen työhönsä työkokeilun turvin. Monelle heistä tämä oli luonnollinen ja mieleinen tapa palata takaisin työelämään. Haastatellut kokivat, että usein työkokeilu työhönpaluun mallina annettiin valmiina ulkoapäin, mutta siitä huolimatta he tunsivat tulleen kuntoutusprosessissaan kuulluiksi. Erityisen arvokkaana kuntoutajat pitivät työaikajoustoja, jotka antoivat heille mahdollisuuden palata työelämään asteittain. Kaiken kaikkiaan kuntoutajat kokivat, että heidän kuntoutuksensa oli alkanut oikea-aikaisesti. Tosin huomionarvoista on, että moni heistä olisi ollut valmis palaamaan työelämään myös aikaisemmin.

Työeläkeyhtiön kuntoutusprosessin aikana tarjoama tuki oli monelle haastatellulle ollut varsin vähäistä, mutta toisaalta he eivät kokeneet enempää tukea tarvinneensaakaan. Kuntoutajat mielsivät työeläkeyhtiön muutenkin varsin ulkopuoliseksi tahoksi, koska usein kuntoutusasia hoidettiin konkreettisesti työterveydenhuollon ja työpaikan kanssa. Osalle työeläkeyhtiön rooli kuntoutuksessa jäi jopa täysin hahmottomatta. Toisaalta ne haastateltavat, jotka olivat kuntoutusprosessinsa aikana kohdanneet vastoinkäymisiä, peräänkuuluttivat poikkeuksetta työeläkeyhtiöltä lisätukea kuntoutusprosessiin. Varsinaisen kuntoutustoimenpiteen päättymisen jälkeen ei kukaan haastateltavista olisi enää kaivannut lisätukea työelämään integroitumisessa.

Kolme neljästä haastatellusta piti kuntoutustaan kokonaisuudessaan onnistuneena. Suurin osa heistä liitti onnistumisen nimenomaan itseensä ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa. Haastatellut nostivat esiin erityisesti riittävän pitkän toipumisajan tärkeyden sekä oman motivaationsa ja avoimuutensa merkityksen. Osan mielestä suurin syy kuntoutuksen onnistumiseen liittyi heidän työpaikkaansa ja sen ominaisuuksiin. Kaikille näistä henkilöistä nimenomaan työpaikan tarjoama mahdollisuus osa-aikaiseen työskentelyyn työhönpaluutilanteessa oli avain kuntoutuksen onnistumiseen. Kolme haastateltua koki kuntoutuksensa epäonnistuneen.

Syyksi he kertoivat sairautensa aiheuttamat rajoitteet, työnantajan toiminnan ja väärinymmärryksen työeläkeyhtiön kanssa.

Paremmen ja monipuolisemman kokonaiskuvan saamiseksi vedettiin lopuksi vielä yhteen ensimmäisen tutkimusongelman yhteydessä analysoitua tilastotietoa ja haastateltujen kautta saatua tietoa haastateltujen ajankohtaisesta elämäntilanteesta sekä siitä, miten siihen on seurantajakson aikana päädytty. Vaikka kaikki haastateltavat olivat päättäneet työeläkekuntoutuksen vuonna 2009 vähintään osittain työkykyisenä ja suurin osa jatkoi työelämässä, ei tilanne ollut sama enää kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Haastateltujen ajankohtaisten elämäntilanteiden jakauma ei myöskään korreloinut Varman koko mielenterveyskuntoutujien vuoden 2011 jakauman kanssa. Haastatelluista huomattava osuus oli sekä työelämän että eläkkeen ulkopuolella joko työttöminä, opiskelijoina tai hoitovapaalla. Ainoastaan neljä oli puhtaasti työelämän piirissä. Kahdelle kuntoutujalle oli myönnetty tarkastelujaksolla osattai täysi työkyvyttömyyseläke ja yksi oli vanhuuseläkkeellä. Huomiota herättävän suuri oli erityisesti tarkastelujaksolla irtisanottujen henkilöiden osuus. Positiivista tästä huolimatta on, että suurin osa haastatelluista koki olevansa kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen työkykyinen ja suhtautui positiivisesti tulevaisuuteensa työelämässä.

Vaikka asetettuihin tutkimusongelmiin saatiin vastaukset, ei tutkimusaineisto tarjonnut vastauksia kaikkiin heränneisiin kysymyksiin. Olisi mielenkiintoista tietää, miksi tiettyjen kuntoutujaryhmien kuntoutus on toisia kannattavampaa. Minkä vuoksi esimerkiksi naiset jatkavat työelämässä miehiä useammin, nuoret vanhoja useammin ja eläkkeeltä kuntoutuksen piiriin tulleet suoraan työelämästä kuntoutukseen tulleita harvemmin? Tätä voisi selvittää esimerkiksi haastatteleamalla työeläkeyhtiöiden kuntoutusasiantuntijoita, joilla on laaja kokemus käytännön kuntoutustyöstä. Mielenkiintoista olisi myös tarkastella tarkemmin tämänkin tutkimuksen tilastoaineistoon sisältyviä osaryhmiä. Esimerkiksi työelämän ja eläkkeen ulkopuolella olevan ryhmän tutkiminen saattaisi antaa viitteitä siitä, miksi työttömien osuus on kuntoutujien keskuudessa muuta väestöä suurempi ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet työelämästä syrjäytymiseen. Lisäksi olisi tärkeää keksiä keinoja siihen, miten tätä ryhmää saisi pienennettyä. Mielenkiintoista olisi myös tietää, miksi tämä ryhmä on suurempi tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutujaryhmässä kuin mielenterveyshäiriöisten ryhmässä.

6.2 Tutkimuksen arviointia

Tutkimusta voidaan pitää onnistuneena, koska siinä analysoitujen aineistojen pohjalta pystyttiin muodostamaan kattava kokonaiskuva Varman mielenterveyshäiriöihin perustuvasta työeläkekuntoutuksesta. Myös yksittäisiin tutkimusongelmiin kyettiin toteutetun tutkimuksen avulla vastaamaan. Tässä tutkimuksessa haluttiin saada vastaus kahteen erityyppiseen tutkimusongelmaan, joten kummankin tutkimusongelman tarkoitus ohjasi aineiston keräämisessä hyödynnettyjä tutkimusstrategioita. Tästä seurasi se, että tutkimuksessa yhdisteltiin sekä määrällisiä että laadullisia elementtejä. Valittujen menetelmien tehtävä oli täydentää toisiaan, eikä sekametodisella tutkimusotteella pyritty varmentamaan saatuja tuloksia.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliaaбелиuden ja validiuden käsitteiden kautta. Ensimmäisellä viitataan mittaustulosten toistettavuuteen eli esimerkiksi siihen, että kaksi arvioijaa saa saman tuloksen tai kahdella tutkimuskerralla päädytään samaan lopputulemaan. Tutkimuksen ollessa luotettava tulokset eivät siis ole millään tavalla sattumanvaraisia. Validiudella eli pätevyydellä taas tarkoitetaan, että valittu mittari tai tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä mitä sen avulla haluttiinkin mitata. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232) Näiden käsitteiden käytöstä kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ollaan melko yksimielisiä mutta erimielisyyttä aiheuttaa niiden käyttö laadullisen tutkimuksen arvioinnissa. Kritiikki juontaa juurensa siitä, että käsitteet ovat syntyneet kvantitatiivisen tutkimuksen piirissä eli ne on luotu määrällisen tutkimuksen tarpeita silmälläpitäen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136)

Ensimmäiseen päätutkimusongelmaan ja sen alatutkimusongelmaan saatuja tuloksia voidaan pitää reliaabeleina; kuka tahansa voisi samaa ennalta ristiintaulukoitua tietoa analysoimalla päätyä samoihin tuloksiin. Luvuista johdetut päätelmät ovat tietenkin tutkijasta riippuvaisia. Tulosten taustalla olevat tiedot on ajettu koneellisesti Eläketurvakeskuksen rekistereistä eli ne ovat puolueettomia. Ainut asia, mikä saattaa vaikuttaa tulosten reliaaбелиuteen on inhimillinen raporttia kirjoitettaessa sattunut virhe taulukoiden lukemisessa tai näppäilyssä. Tällaisen virheen riski on kuitenkin pyritty minimoimaan tarkistamalla luvut useaan kertaan. Tuloksia voidaan pitää myös valideina; mittarit ovat samoja, joita Eläketurvakeskus käyttää jokavuotisessa työeläkekuntoutuksen tilannetta tarkastelevassa raportissaan. Niitä siis käytetään yleisesti virallisen tahon toimesta mittaamaan samoja asioita, joita tässä tutkimuksessa haluttiin mitata. Mittarit ovat myös melko yksinkertaisia eli niiden tulkinta on yksiselitteistä.

Toinen päätutkimusongelma oli luonteeltaan laadullinen, joten sen luotettavuuden arviointi ei ole yhtä yksiselitteistä kuin edelliseen tutkimusongelmaan liittyvien seikkojen. Hirsjärven ym. mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa selostamalla tarkasti tutkimuksen toteutukseen liittyviä seikkoja (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Tässä tutkielmassa on pyritty avaamaan lukijalle huolellisesti niitä olosuhteita, joiden vallitessa tutkimuksen aineisto on kerätty. Aineiston keräämisen ja käsittelyn on suorittanut ainoastaan yksi henkilö, mikä myös osaltaan parantaa näiden toimenpiteiden johdonmukaisuutta. Haastattelujen analysointiin ja tulkintaan on lisäksi pyritty tuomaan läpinäkyvyyttä tutkielmassa esitettyjen suorien lainausten avulla.

Haastattelut toteutettiin noin kolme vuotta kuntoutustoimenpiteen loppumisen jälkeen, koska vain sillä tavoin haastateltavat kuuluivat ensimmäisen päätutkimusongelman perusjoukkoon. Kuntoutustoimenpiteiden ja haastatteluajankohdan välillä oli siis ehtinyt kulua runsaasti aikaa. Tämä on varmasti vaikuttanut tutkimustuloksiin. Toisaalta ajan kulumisen antaa mahdollisuuden tarkastella kuntoutusjaksoa takautuvasti ja mahdollisesti oivaltaa sellaisia asioita, joita haastateltavat eivät olisi heti kuntoutuksen jälkeen tulleet ajatelleeksi. Toisaalta se antoi myös mahdollisuuden kartoittaa haastateltujen elämän kulkua takautuvasti kolmen, jopa neljän, vuoden ajalta. Tämä taas mahdollisti tulosten kytkemisen ensimmäisen alatutkimusongelman tuloksiin. Ajan kulumisen saattaa tietenkin aikaansaada sen, etteivät haastateltavat enää muista mielenkiinnon kohteena olevia asioita. Pääpiirteissään haastateltavat kuitenkin muistivat tapahtumat hyvin vielä haastatteluhetkellä. Toisaalta muistamista pyrittiin myös edesauttamaan lähettämällä heille haastattelun teemoin varustettu ennakkotietokirje kaksi viikkoa ennen haastattelujen toteuttamista. Ennakkotietokirjeessä oli myös korostettu, että haastattelujen tulokset raportoidaan anonymisti, mikä luultavasti osaltaan sai haastateltavat kertomaan asioista vapautuneemmin.

6.3 Lopuksi

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Keskinäisen työeläkevakuutusyhtiö Varman mielenterveyshäiriöihin perustuvaa työeläkekuntoutusta. Tämä oli varsin onnistunut valinta, sillä Varma lienee suurin yksittäinen mielenterveyshäiriöisten henkilöiden kuntouttaja yksityisellä työeläkesektorilla. Sen lisäksi, että Varma kuntouttaa vuosittain suuren määrän henkilöitä, on sen

kuntoutus myös painottunut muuta yksityistä työeläkesektoria selkeämmin mielenterveyden häiriöihin. Tämän vuoksi onkin erityisen tärkeää, että Varman mielenterveyshäiriöihin perustuva kuntoutustoiminta on tuloksellista. Tämän tutkimuksen valossa se onkin tuloksellisempaa kuin yksityisellä työeläkesektorilla keskimäärin. Myös kuntoutujat pitivät kuntoutusprosessiaan pääsääntöisesti onnistuneina. Tämä kertoo osaltaan siitä, että kuntoutuksen piiriin on onnistuttu valikoimaan potentiaalisia kuntoutujia ja kuntoutustoiminta on yhtiön sisällä hoidettu hyvin.

Huomionarvoista on, ettei työeläkekuntoutus toimi tyhjiössä vaan se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Onnistunutkin kuntoutus saattaa työeläkeyhtiöstä tai kuntoutujasta riippumattomista syistä päättyä ei-toivotusti. Tällöin työeläkejärjestelmän varat ja kuntoutujan omat ponnistelut valuvat hukkaan. Maailmantalouden jo pitkään jatkunut heikko tilanne heijastuu myös työeläkekuntoutuksen tuloksellisuuteen: huomattava osuus kuntoutetuista jää kuntoutuksen jälkeen sekä työelämän että eläkkeen ulkopuolelle, usein työttömiksi. Työttömien osuus onkin kuntoutettujen joukossa huomattavasti suurempi kuin väestössä keskimäärin. Tähän on tietenkin vaikutuksensa kuntoutujien henkilökohtaisilla ominaisuuksilla, mutta varmasti myös pitkään jatkuneella heikolla taloudellisella tilanteella. Täytyy lisäksi muistaa, että kaikkia ei pystytä kuntouttamaan takaisin työelämään; osalle kuntoutuksen epäonnistuminen antaa yhteiskunnallisesti hyväksytyyn syyn jäädä työelämän ulkopuolelle. Toisaalta kuntoutuksen tavoitteena saattaa olla myös osatyökykyisyys, jolloin osatyökyvyttömyyseläkkeelle jääminen on hyväksyttävää. Osatyökykyisyyden parempi hyödyntäminen onkin yksi työeläkejärjestelmän ja työnantajasektorin ajankohtaisista haasteista.

Kuntoutustoiminnan tuloksellisuudesta huolimatta mielenterveyshäiriöiset kuntoutujat aiheuttavat haasteita myös Varman kuntoutustoiminnalle. Yhä edelleen liian moni tähän ryhmään kuuluva kuntoutuja tulee kuntoutuksen piiriin eläkkeeltä eikä mielenterveyshäiriöisten kuntoutus vastaa volyymiltään muita sairausryhmiä. On ennakoitavissa, että mielenterveyshäiriöiden merkitys vajaakuntoisuuden aiheuttajana tulee yhteiskunnallisen muutoksen seurauksena tulevaisuudessa edelleen lisääntymään. Yhteiskuntamme tarvitsee mielenterveyshäiriöisten henkilöiden työpanosta myös tulevaisuudessa. Täytyy myös pitää mielessä, että vajaakuntoisuutta aiheuttavat mielenterveyden häiriöt ovat usein parannettavissa olevia sairauksia, jotka heikentävät työkykyä vain väliaikaisesti.

LÄHTEET

Kirjallisuus:

Alkula, Tapani, Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-2. painos. Juva: WSOY.

Bryman, A. 1988. Quantity and quality in social research. London, Boston: Unwin Hyman Publication.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2000. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Eläketurvakeskuksen tilasto työeläkekuntoutuksen diagnoosien jakaumasta. 2013. Tekijän hallussa.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

FACULTAS toimintakyvyn arviointi: Mielialahäiriöt. 2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja TELA.

Gould, Raija, Grönlund, Harri, Korpiluoma, Riitta, Nyman, Heidi & Tuominen, Kristiina 2007. Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 2007:1. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Gould, Raija, Järvikoski, Aila, Härkäpää, Kristiina & Tuomala, Juha. 2012. Johtopäätökset. Teoksessa Gould, Raija, Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila (toim.). Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus. 229-236.

Grönfors, Martti. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Hiltunen, Maija & Kiviniemi, Marja. 2010. Katsaus eläketurvaan vuonna 2009. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 6/2010. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme Helena. 2011. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila. 2012. Mikä motivoi työeläkekuntoutukseen? Teoksessa Gould, Raija, Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila (toim.). Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus. 145-162.

Härkäpää, Kristiina, Järvikoski, Aila & Gould, Raija. 2011. Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa, esimerkkinä työeläkekuntoutus. Teoksessa Järvikoski, Aila, Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.). 2011. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 73-88.

Ilmarisen vuosikertomus 2011.

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

Isohanni, Matti, Honkonen, Teija, Vartiainen, Heikki & Lönnqvist, Jouko. 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria 5.-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isometsä, Erkki. 2008a. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 157-195.

Isometsä, Erkki. 2008b. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria 5.-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isometsä, Erkki & Katila, Heikki 2004. Mielialahäiriöt. Teoksessa Matikainen, Esko, Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Kujala, Santero & Tola, Sakari (toim.). Toimintakyky: arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 134–143.

Järvikoski, Aila, Härkäpää, Kristiina & Gould, Raija. 2012. Johdanto. Teoksessa Gould, Raija, Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila (toim.). Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus. 13-24.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina. 2012. Miten kuntoutusprosessi etenee? Teoksessa Gould, Raija, Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila (toim.). Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus. 109-144.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kela. 2012a. Kelan kuntoutustilasto 2011. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Kela. 2012b. Esite: Työterveyshuollon lausunto työhön paluun mahdollisuuksista.

Kendler, Kenneth, Gardner, Charles & Prescott Carol. 2006. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *The American Journal of Psychiatry* 163:115–24.

Kivekäs, Jukka. 2012. Työkyvyn arviointi. Luento Tampereen Yliopistossa 24.1.2012.

Kivekäs, Jukka, Gould, Raija & Pellinen, Mikko. 2008. Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. *Suomen Lääkärilehti* 63(35); 2815-2819.

Kivekäs, Jukka, Kinnunen Elina & Ahlblad, Yvonne. 2006. Mielenterveyskuntoutujan palveluketju takkuilee. *Suomen Lääkärilehti* 61(18); 2011-2014.

Korpiluoma, Riitta, Grönlund, Harri, Herrlin, Ove, Kekäläinen, Jaana, Kouvonon, Keijo, Levander, Minna, Lilius, Sonja, Mustonen, Pasi, Määttä, Mikko, Perälehto-Virkkala, Anne, Takanen, Maijaliisa & Tuomikoski, Jaakko. 2011. Työeläke. Porvoo: Bookwell Oy, 12–60.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.

Lindholm, Anna. 2008. Työeläkekuntoutuksen käynnistämisen ongelmat ja kehittämistarpeet työterveyslääkäriin näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Oikeustieteiden laitos. Tampereen yliopisto.

Lönnqvist, Jouko. 2009. Masennus ei ole lisääntynyt. Suomen lääkärilehti 64(43); 3628.

Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011: Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Masto-hankkeen loppuraportti (2008-2011): Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Melartin, Tarja. 2004. Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Helsinki: Yliopistopaino.

Melartin, Tarja & Isometsä, Erkki. 2009. Miksi ihminen masentuu? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 25:1771–1779.

Merton, R.K., Fiske, M. & Kendall, P.L. 1956. The focused interview. A manual of problems and procedures. Glencoe, IL: Free Press.

Mäkitalo, Jorma & Palonen, Juhani. 1994. Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. Työ ja ihminen 8: 155-162.

OECD. 2008. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. Paris: OECD Publishing. Saatavissa osoitteesta http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers-vol-3_9789264049826-en

Paatero, Heidi, Lehmijoki Pentti, Kivekäs, Jukka & Ståhl, Tomi. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallaranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Pensola, Tiina & Gould, Raija. 2009. Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:7. Helsinki: Eläketurvakeskus. Saatavilla osoitteessa <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=64138>

Pirkola, Sami, Aalto-Setälä Terhi, Suvisaari Jaana, Lönnqvist Jouko & mielenterveyden työryhmä. 2005. Psykykinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Koskinen Seppo, Keskilä Laura, Martelin Tuija & Aromaa Arpo (toim.). Nuortenaikuisten terveys: Terveys 2000

tutkimuksen perustulokset 18-29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos. 88-92.

Pirkola, Sami, Isometsä, Erkki, Suvisaari, Jaana, Aro, Hillevi, Joukamaa, Matti, Poikolainen, Kari, Koskinen, Seppo, Aromaa, Arpo & Lönnqvist, Jouko. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population: Results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40: 1–10.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011. 22.6.2011. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Rantala, Jukka & Pentikäinen, Teivo. 2009. Vakuutusoppi. Vammala: Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy.

Saari, Pirjo. 2012. Onnistuneesti takaisin työhön ammatillisella kuntoutuksella. Työntekijöiden ja työnantajien näkemyksiä onnistuneesta työhön paluusta. Kevan tutkimuksia 2/2012. Helsinki: Keva.

Saarnio, Leena. 2012. Työeläkekuntoutus vuonna 2011. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 03/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Saarnio, Leena. 2011. Työeläkekuntoutus vuonna 2010. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 3/2011. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Saarnio, Leena. 2010. Työeläkekuntoutus vuonna 2009. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2010. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Salminen, Jouko, Saarijärvi, Simo, Tikka, Jukka, Raitasalo, Raimo, Toikka, Tuula, Puukka, Pauli & Rissanen, Sirkku 2000. Sairauslomalla masennuksen vuoksi – entä vuoden kuluttua? *Suomen lääkärilehti* 55(4); 311-317.

Secker, Jenny, Brove, Bob & Seebom, Patience 2001. Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: The service user's perspective. *Journal of Mental Health* 10: 4, 395-404.

STM. 2009. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.

STM. 2008. Työterveys ja kuntoutus: Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:60. Helsinki: Yliopistopaino.

Sullivan, Patrick, Neale, Michael & Kehdler, Kenneth. 2000. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry* 157:1552–62.

Tiainen, Raija, Oivo, Marja, Puumalainen, Jouni & Korkeamäki, Johanna. 2011. TUKEA MASENNUKSEN JÄLKEISEEN TYÖHÖN PALUUSEEN: Työhön paluu -projektin loppuraportti ja arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 42/2011. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Toimeentuloturva. 2009. Helsinki: FINVA (Finanssi- ja vakuutuskustannus Oy).

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työeläke 3/2012. Työeläkelaitosten tilinpäätöstiedot 2011. Työeläke-lehden liite.

Uusitalo, Hannu. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Juva: WSOY.

Varman vuosikertomus 2012

Viinamäki, Heimo, Hintikka, Jukka, Leppänen Anneli, Heikkinen Antero, Kinnunen, Ilpo & Lepola, Ulla 2003. Masennuspotilaat kuntoutuksessa. Suomen lääkirlehti 58(36); 3523-3529.

Internet-lähteet

Duodecim: Käypä hoito –suositus: depressio. (10.10.2012a)

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Duodecim: Käypä hoito –suositus: kaksisuuntainen mielialahäiriö. (10.10.2012b)

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076>

ETK: Sopimustyönantajan vakuutusluokkamaksu (19.4.2013)

http://www.etk.fi/fi/service/tk-maksun_maksuluokat/395/tk-maksun_maksuluokat

ETK: Työeläkelakipalvelu. Työeläkekuntoutuksen kuvaus (27.9.2012a)

<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/index.php?asiakirjanumero=7499>

ETK: Työeläkelakipalvelu. Oikeus työeläkekuntoutukseen ja kuntoutusoikeuden arviointi (24.11.2012b)

<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/?asiakirjanumero=17289>

EKT: Työeläkelakipalvelu. Kuntoutusasian ratkaiseminen ja päätöksen antaminen (23.11.2012c)

<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/index.php?asiakirjanumero=5908>

ETK: Työeläkelakipalvelu. Työeläkekuntoutuksen keinot ja suunnitelma (7.12.2012d)

<http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/?asiakirjanumero=17283>

Kela: Sairauspäiväraha (2.12.2012)

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/130801151250EH?OpenDocument>

Kuntoutussäätiö: Sosiaalinen kuntoutus (24.10.2012)

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/sosiaalinen_kuntoutus/

Tela: Työeläkekuntoutuksella ehkäistään työttömyyttä (23.10.2012)

<http://www.tela.fi/tyoelakeala/tyokyky/tyoelakekuntoutus>

Therapia Fennica: Ahdistuneisuushäiriöt (kirjoittaja Veijola, Juha) (19.4.2013)

<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Ahdistuneisuushäiriöt>

Työeläkeyhtiön Ilmarinen: Päätös kuntoutusoikeudesta (23.11.2012)

http://www.ilmarinen.fi/Production/fi/tietopankki/03_ammattillinen_kuntoutus/03_kuntoutuja/01_kuntoutuspaatos/index.jsp#.ULCJH7B0XU 23.11.2012

Työeläkeyhtiö Varma: Ammatillinen kuntoutus auttaa jatkamaan työelämässä (23.11.2012)

<https://www.varma.fi/fi/henkiloasiakkaat/tyoelamassa/tyossajatkaminen/ammattillinenkuntoutus/pages/default.aspx>

Lait ja asetukset

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015

Laki julkisesta työvoimapalvelusta 30.12.2002/1295

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 13.6.2003/497

Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (27.3.1991/626)

Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 27.3.1991/625

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Työntekijän eläkelaki 19.5.2006/395

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383

Yrittäjän eläkelaki 22.12.2006/1272

LIITE 1: ENNAKKOTIETOKIRJE

VARMA

20.12.2012

ENNAKKOILMOITUS TUTKIMUKSESTA

Hyvä vastaanottaja,

Teidät on valittu mukaan tutkimukseen, sillä olette osallistunut työeläkeyhtiö Varman järjestämään ja kustantamaan työeläkekuntoutukseen vuonna 2009. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa ja kehittää Varman ammatillista kuntoutusta. Tämän vuoksi olisi erittäin tärkeää kuulla juuri teidän kokemuksianne ja mielipiteitänne siitä.

Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita seuraavista aihealueista:

- työeläkekuntoutuksen ohjautuminen ja tiedonsaanti
- työeläkekuntoutuksen alkamisen oikea-aikaisuus
- oma osallistumisenne kuntoutussuunnitelmanne laadintaan
- saamanne tuki kuntoutusprosessin aikana

Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Työeläkeyhtiö Varman ja Tampereen yliopiston kanssa. Yhteistietonne olen saanut Varman järjestelmästä. Puhelinhaastatteluun toteutettavan tutkimuksen tuloksia hyödynnetään työeläkekuntoutusta käsittelevässä pro gradu – tutkielmassa.

Toivoisin, että teillä olisi aikaa vastata noin 20 minuuttia kestävään puhelinhaastatteluun. Osallistumisellanne olisi suuri merkitys tutkimuksen onnistumisen kannalta. **Tutkimuksen aineistoa käsitellään luottamuksellisesti eivätkä tutkimukseen osallistuneet henkilöt ole millään tavalla tunnistettavissa valmiissa tutkimuksessa.** Yritän tavoitella teitä keskivii-kosta 2.1.2013 alkaen puhelimitse. Mikäli teillä on toiveita yhteydenoton ajankohdan suhteen tai haluatte lisätietoja, voitte olla yhteydessä suoraan minuun. Yhteystietoni löytyvät alta.

Terveisin,

Niina Haanpää

Tampereen yliopisto
niina.haanpaa@uta.fi, niina.haanpaa@varma.fi
puh. 044 960 1871

LIITE 2: HAASTATTELURUNKO

- Mikä on ajankohtainen työtilanteesi?

1 TIEDONSAANTI JA KUNTOUTUKSEEN OHJAUTUMINEN

- Mistä sait eniten tietoa työeläkekuntoutuksesta?
- Millaista tietoa olisit kaivannut enemmän?
- Kuka huomasi, että ammatillinen kuntoutus olisi kohdallasi ajankohtaista?
- Kenen olisi mielestäsi pitänyt huomata kuntoutustarve ja kannustaa hakeutumaan kuntoutukseen?

2 KUNTOUTUKSEN OIKEA-AIKAISUUS

- Käynnistykö kuntoutus mielestäsi oikea-aikaisesti?
-> Jos ei, kuinka paljon aiemmin/myöhemmin sen olisi pitänyt käynnistyä?
- Miten ajoitusta olisi voitu parantaa?

3 KUNTOUTUSSUUNNITELMA

- Kuinka paljon itse koit voivasi vaikuttaa kuntoutussuunnitelman laatimiseen?
- Vastasivatko myönneetyt kuntoutustoimenpiteet omia toiveitasi?
- Miten kuntoutuja olisi voitu ottaa paremmin huomioon kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa?

4 TUKI KUNTOUTUSPROSESSIN AIKANA

- Kuinka paljon koet saaneesi Varmalta tukea kuntoutusprosessin aikana?
- Millä tavoin Varma olisi paremmin voinut tukea kuntoutusprosessiasi?
- Miltä taholta olisit kaivannut enemmän tukea kuntoutusprosessin aikana?
- Olisitko kaivannut enemmän tukea myös kuntoutuksen jälkeen?
-> Jos olisit niin millaista tukea?

5 MUUT KYSYMYKSET

- Kuinka kauan arvelet vielä pystyväsi työelämässä jatkamaan tästä hetkestä eteenpäin? (*jos vielä työelämässä*)
- Millä yksittäisellä asialla oli suurin merkitys siihen, että kuntoutuksesi onnistui tai epäonnistui?
- Muuta mainittavaa?