

05/2011

ELÄKETURVAKESKUKSEN KESKUSTELUALOITTEITA

Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle?

Työkykyä palauttavat prosessit

Niina Kuuva



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

05/2011

ELÄKETURVAKESKUKSEN KESKUSTELUALOITTEITA

Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle?

Työkykyä palauttavat prosessit

Niina Kuuva



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Eläketurvakeskus

00065 ELÄKETURVAKESKUS

Puhelin: 010 7511

Sähköposti: etunimi.sukunimi@etk.fi

Pensionsskyddscentralen

00065 PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Telefon: 010 7511

E-post: förnamn.efternamn@etk.fi

Finnish Centre for Pensions

FI-00065 ELÄKETURVAKESKUS, FINLAND

Telephone +358 10 7511

E-mail: firstname.surname@etk.fi

Edita Prima Oy

Helsinki 2011

ISSN-L 1795-3103

ISSN 1795-3103 (painettu)

ISSN 1797-3635 (verkkajulkaisu)

SAATE

Haluan kiittää arvokkaista kommentteista ja valaisevista keskusteluista Raija Gouldia, Mikko Kauttoa ja Janne Pulkista Eläketurvakeskuksesta sekä Jukka Kivekstä työeläkevakuutusyhtiö Varmasta. Lämmin kiitos Suvi Pohjoisaholle Eläketurvakeskuksesta keskustelualoitteen viimeistelystä ja taitosta. Tekstin sisällöstä sekä siinä olevista mahdollisista virheistä vastaan itse.

Niina Kuuva

ABSTRAKTI

Selvityksessä pyritään jäsentämään työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen tai työhön paluuseen johtavia prosesseja kuvaamalla niitä reittejä, joita pitkin työ- ja toimintakyvyn ongelmia kokeva ihminen kulkee yhteiskunnan osajärjestelmissä. Kokonaisuutta pyritään lähestymään tarkastelemalla prosessien etenemistä eri osajärjestelmien, kuten sosiaalivakuutuksen, työpaikan, terveydenhuollon, kuntoutusjärjestelmän sekä työ- ja elinkeinohallinnon näkökulmasta. Huomiota kiinnitetään eri toimijoihin, toimijoiden rooleihin, toimenpiteisiin ja järjestelmien väliseen yhteistyöhön. Aiempien tutkimusten ja selvitystöiden kautta esitetään havaintoja prosessien toimivuudesta.

Selvityksen perusteella voidaan todeta, että sairauspoissaolot eivät tule riittävän varhaisessa vaiheessa Kansaneläkelaitoksen tietoon, minkä seurauksena työkyvyn selvittäminen ja kuntoutuksen aloittaminen saattavat viivästyä. Lainsäädäntöön ehdotettujen muutosten voi olettaa kuitenkin parantavan tilannetta jatkossa. Lisäksi etenkin osasairauspäivärahan käytöstä saatujen myönteisten tulosten seurauksena etuuden odotetaan helpottavan jatkossa työhön palaamista.

Työpaikkojen ja työterveyshuoltojen yhteistyönä sovittavien varhaisen tuen toimintamallien kautta pyritään parantamaan sairauspoissaolojen hallintaa ja tukemaan työhön paluuta. Onnistuneen työhön paluun kannalta korostetaan etenkin varhaista puuttumista, työpaikalla tehtäviä järjestelyjä, johtamista ja osittaisen työnteon mahdollisuuksia.

Hoitoon pääsyssä esiintyvät viiveet pitkittävät sairauspoissaolojaksoja. Etenkin erikoissairaanhoidon puolella henkilö saattaa joutua tilanteeseen, jossa hänelle tiedotetaan työkyvyttömyyseläkkeen hakemisesta jo ennen kuin varsinaiset hoitotoimenpiteet terveydenhuollossa ovat ehtineet alkaa. Viiveitä voi syntyä myös siitä, että työntekijän oman työterveyshuollon ulkopuolelta hankitut sairauspoissaolotodistukset eivät välttämättä palaudu työterveyshuoltoon eikä näin ollen työterveyshuollon toimijoilla ole mahdollisuutta toimia työhön paluun edistämiseksi.

Monitoimijainen kuntoutusjärjestelmä käsittää eri järjestelmien rajapintoja. Asiakkaan kuntoutusprosessi saattaa viivästyä tilanteissa, joissa ei ole selkeästi osoitettavissa, minkä tahon vastuulle tapaus kuuluu. Kuntoutusjärjestelmän osalta haasteita voi liittyä siihen, pystytäänkö eri toimenpidemahdollisuuksista muodostamaan yhtenäinen työhön palauttava kuntoutusprosessi ja pystytäänkö tämä prosessi käynnistämään oikea-aikaisesti.

Työttömien terveysongelmat eivät välttämättä tule järjestelmien tietoon kirjoittamatta jätettyjen sairauslomien vuoksi. Näin ollen työ- ja elinkeinohallinnon toimijat eivät pysty muodostamaan kokonaiskuvaa työttömän työnhakijan tilanteesta ja ongelmat voivat jäädä piileviksi sekä samalla työllistymistä haittaaviksi tekijöiksi. Työ- ja elinkeinohallinnon moninaiset käytettävissä olevat toimenpiteet ja toimijatahot luovat mahdollisuuksia parantaa terveysongelmia kokevien työttömien tilannetta, mutta edellyttävät samalla tietoisuutta niiden käyttömahdollisuuksista. Tämän lisäksi tarvitaan laajaa osaamista asiakkaiden ohjaamisessa.

Työssä jatkamisen näkökulmasta viiveitä voi esiintyä paitsi eri osajärjestelmien välillä myös näiden osajärjestelmien sisällä. Henkilöllä saattaa olla asiakkuusprosessi eri järjestelmissä ja jo yksittäisen järjestelmänkin sisällä prosessiin liittyy useita toimijoita. Viiveiden

seurauksena henkilö saattaa päätyä hakemaan työkyvyttömyyseläkettä silloinkin, kun asianmukaisella hoidolla, kuntoutuksella tai työtä uudelleen organisoimalla henkilön työkyky olisi vielä palautettavissa.

ABSTRACT

In this study, by describing the routes through which an individual suffering from problems in working ability travels in the social subsystems, we analyse the processes leading to the person either applying for a disability pension or returning to work. We approach the overall situation by reviewing the way the processes progress from the point of view of the various subsystems: social insurance, workplace, health care, rehabilitation and employment and economic administration. Attention is paid to the different actors, the roles of the actors, measures taken and intersystem cooperation. Referring to previous research and studies, we present observations on how the processes function.

Our study indicates, among other things, that the Social Insurance Institution of Finland does not receive sickness absence data at an early enough stage. As a result, the uncovering of problems in an individual's working ability and the commencement of rehabilitation may be delayed. However, the suggested legislative amendments are believed to improve the situation. In addition, the use of the partial sickness allowance, which has had a positive impact, is expected to facilitate a return to work in the future.

Early support measures, agreed on jointly by workplaces and occupational health care, are used to improve the management of sickness absences and to promote the return to work. For a successful return to work, particular emphasis is put on early intervention, arrangements made at the workplace, leadership and the possibility to work part-time.

Due to delays in receiving treatment, the sickness absence periods are prolonged. In particular, a person within special health care may find himself in a situation where he is informed of the possibility to apply for a disability pension before the actual health care measures have been launched. Delays may also be caused by the fact that sickness absence certificates acquired by the employee from external health care providers are not forwarded to occupational health care. Thus, occupational health care actors cannot promote a return to work.

The rehabilitation system with its many actors includes interfaces between various systems. The customer's rehabilitation process may be delayed in situations where it is unclear who is responsible for the case at hand. The rehabilitation system includes various options, but creating a coherent rehabilitation process that steers to a return to work, and launching this process at the correct time, may pose challenges.

The health issues of the unemployed are not always registered in the systems since sickness absence certificates are not necessarily issued. Hence the employment and economic administration actors are unable to form a comprehensive view of the situation of an unemployed jobseeker, keeping the problems hidden and impeding employment. Various measures and actors available to the employment and economic administration create

opportunities to enhance the situation of the unemployed with health issues. This, however, requires awareness of how to use said opportunities and how to steer the customers.

From the point of view of continuing at work, delays may occur not only between but also within these various subsystems. The individual may have active customer processes in various systems, and several actors are attached to the processes within one and the same system. Due to the delays, the individual may end up applying for a disability pension when his working ability could be restored with proper treatment, rehabilitation or a reorganisation of work.

SISÄLTÖ

1 Johdanto	9
2 Työkyvyn ongelmat sosiaalivakuutuksen näkökulmasta	12
2.1 Lyhytaikainen työkyvyttömyys ja sairauspäivärahasproessin kulku.....	12
2.2 Osasairauspäivärahan käyttö.....	14
2.3 Oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen	16
3 Työssä jaksamisen tukeminen työpaikalla	18
4 Työkyvyn tukeminen terveydenhuollossa	21
4.1 Hoidon eteneminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	21
4.2 Työterveyshuollon toiminta	22
5 Työkyvyn palauttaminen kuntoutuksen avulla	26
5.1 Kuntoutujan kuntoutusprosessi	26
5.2 Kuntoutuksen toimeenpano.....	28
6 Työkyvyn ongelmat työ- ja elinkeinotoimistojen asiakkaila	31
6.1 Työnhakijan palvelutarpeen määrittäminen.....	32
6.2 Työnhakijan työkyvyn selvittäminen	34
7 Prosessin toimivuuden tarkastelua	38
7.1 Sosiaalivakuutus työssä jatkamisen tukemisessa	38
7.2 Työpaikan rooli työssä jatkamisen tukemisessa	40
7.3 Terveydenhuollon toimivuus työkyvyn tukemisessa	42
7.4 Työkyvyn palauttaminen kuntoutuksen avulla	44
7.5 Työttömien työkykyisyys ja työhön palaamisen väylät	48
8 Päätelmät	51
Lähteet	54

1 Johdanto

Työurien pidentämisen kannalta yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi on nostettu alkavien työkyvyttömyyseläkkeiden määrän merkittävä vähentäminen. Keskeisimmät keinot tavoitteen pääsemiseksi liitetään työkykyä tukevaan terveydenhuoltoyhteistyöhön ja työhyvinvoinnin kehittämiseen työpaikoilla. (Työelämätyöryhmä 2010.) Hallitusohjelmassa painotetaan työkyvyttömyyden ehkäisyn ohella osatyökykyisten työmahdollisuuksien parantamista työurien pidentäjänä (Hallitusohjelma 2011). Aiempien selvitysten pohjalta uudistustyön painopisteiksi on asetettu työkyvyn edistäminen läpi koko ihmisen työuran sekä työkyvyttömyysprosessin hallinnan parantaminen lainsäädäntöä täsmentämällä (ks. STM 2011a, STM 2011c). Työttömien terveystalvelujen kehittämisessä pääpaino suunnataan työllistymistä tukeviin toimiin (ks. TEM 2011). Lisäksi erityisen huomion kohteina ovat mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisy ja varhaisen puuttumisen tehostaminen, hoitoon ohjaaminen ja sen toteutuminen sekä työhön paluun helpottaminen (Hallitusohjelma 2011).

Suomessa työkyvyttömyyseläkkeellä oli vuoden 2010 lopussa 259 287 henkilöä, kun huomioidaan sekä kansaneläkelain että työeläkelakien mukaiset eläkkeensaajat. Näistä henkilöistä noin 45 prosentilla työkyvyttömyys perustui mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin ja noin 24 prosentilla tuki- ja liikuntaelinten sairauteen. Vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 24 781 henkilöä. Heistä kuntoutustuelle siirtyi 11 665 ja toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle 13 112 henkilöä. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä on ollut havaittavissa pientä laskua vuodesta 2008 lähtien. (Eläketurvakeskuksen tilastot.) Blomgren ym. (2011, 26) kuitenkin toteavat, että eläkkeiden alkavuudessa tapahtuvat muutokset eivät kerro ainoastaan työkyvyn kehityksestä, vaan myöskin siitä, millaisia vaihtoehtoisia työelämästä poistumisen reitit ovat. Toisaalta siirtymiseen vaikuttaa se, miten työkyvyn tukemisessa on edistytty.

Vuoden 2011 alussa käynnistyneessä Eläketurvakeskuksen tutkimushankkeessa selvitetään työkyvyttömyyttä edeltäviä vaiheita sekä niihin liittyviä toimijoita ja toimenpiteitä. Tämä selvitys toimii hankkeen alkukartoituksena.

Prosessiin liittyvien toimijoiden ja toimenpiteiden kenttä on monimuotoinen ja sen eri osa-alueita on käsitelty useimmiten toisistaan irrallisina. Työkyvyn heikkenemisestä liikkeelle lähtevän prosessin aikana henkilöllä voi kuitenkin olla kohtaamisia yhtäältä eri järjestelmien, kuten terveydenhuolto- ja kuntoutusjärjestelmän että toisaalta näiden järjestelmien sisällä lukuisten eri toimijatahojen kanssa.

Työkyvyttömyysprosessin arvioinnin kannalta on näin ollen tärkeä muodostaa kokonaiskäsitystä sosiaalivakuutuksen, terveydenhuollon, työhön ja työpaikkaan liittyvien tekijöiden, kuntoutusjärjestelmän sekä työ- ja elinkeinohallinnon rooleista ja suhteista. Tällä tavoin voidaan havaita sellaisia järjestelmiin liittyviä saumakohtia, joita voi olla merkityksellistä tarkastella jatkossa esimerkiksi laadullisen ja/tai rekisteritutkimuksen keinoin. Tämän selvityksen tarkoitus on jäsentää työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltävää aikaa kuvaamalla keskeiset prosessit sekä esittämällä niihin liittyviä määräaikoja, toimijoita ja toimenpiteiden merkitystä sekä käyttöä kuvaavia lukuja.

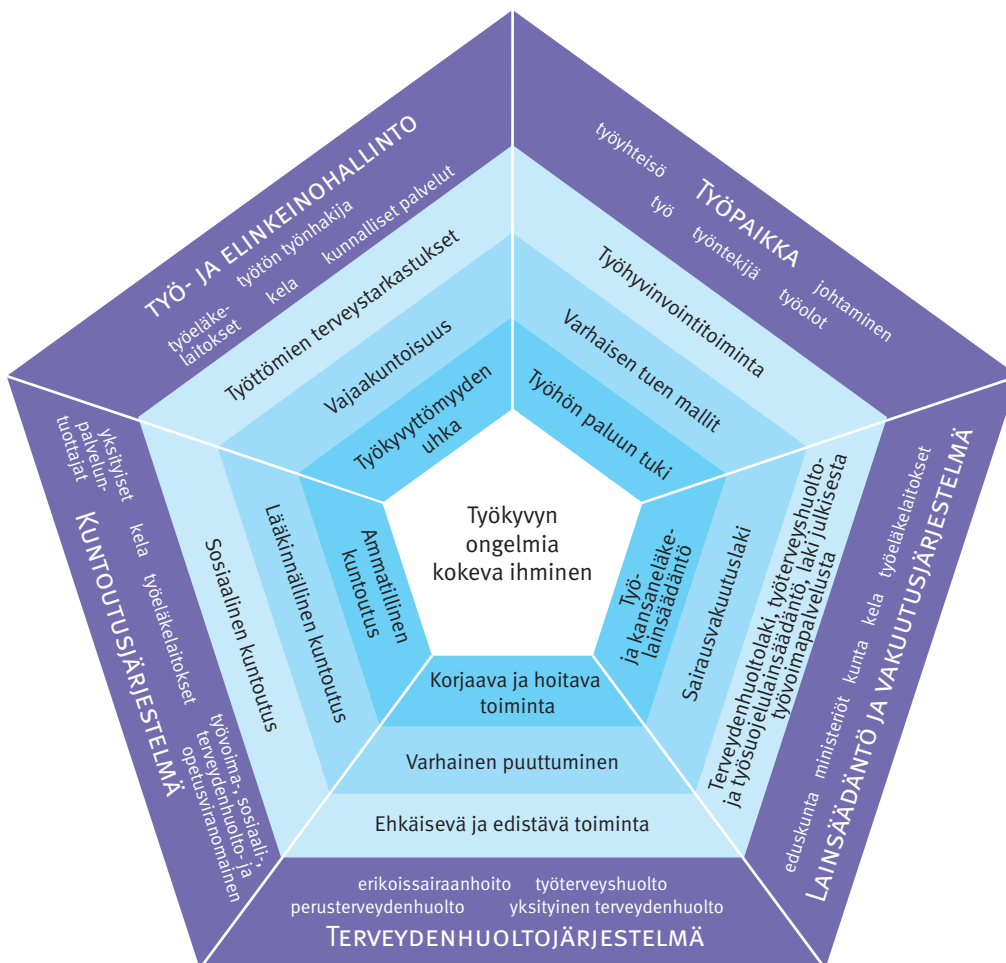
Työkyvyttömyyden ehkäisyn arena on moninainen ja työhön paluun kannalta tehokkain osoittautuneiden mallien käytäntöön soveltamisen on todettu olevan usein haasteel-

lista. Syyt voivat löytyä Patrick Loiselin ym. (2005) mukaan siitä, että työkyvyttömyyden ehkäisyyn liittyvä kokonaisuus käsittää terveydenhuollon lisäksi myös työpaikkaan, korvausjärjestelmään sekä yhteiskuntaan liittyviä kysymyksiä. Ihmisen työhön palaamista tavoittelevien mallien toimeenpanon kehittäminen vaatisi niin toimijoihin, esteisiin kuin niiden väliseen vuorovaikutukseenkin liittyvien rajoitteiden lähempää osoittamista. Työhön paluu saattaa vaatia toimia ja päätöksiä sekä potilaalta itseltään, lääkäriltä, työnantajalta, työterveyshuollolta että rahoituksesta vastaavalta taholta. Jokainen näistä tahoista toimii prosessissa kuitenkin omien arvojensa, tavoitteidensa sekä toimintatapojensa puitteissa. (Loisel ym. 2005.)

Moninaisten toimijoiden ja toimintojen kokonaisuutta on mahdollista havainnollistaa kuvalla 1. Keskeisiksi ihmisen työhön paluuseen vaikuttaviksi areenoiksi on valittu tässä yhteydessä lainsäädäntö- ja vakuutusjärjestelmä, terveydenhuoltojärjestelmä, kuntoutusjärjestelmä sekä työpaikka ja työ- ja elinkeinohallinto. Loiselin ym. näkemystä mukailen jokaisella areenalla on erilaisia toimenpidemahdollisuuksia. Niitä on kuvassa esitetty lähestyksen yleiseltä ja laajoja joukkoja koskevalta tasolta kohti erityisempiä toimenpiteitä. Huomatarkoon kuitenkin, että ensinnäkin kuvassa esitetyt toiminnot voivat esiintyä ajallisesti tarkasteltuna myös päällekkäisinä ja toisekseen kuvaa ei voi lukea siten, että eri osajärjestelmissä, mutta samalla ”kehällä” tapahtuvat asiat esiintyisivät todellisuudessa yhtäaikaaisesti.

Kuva 1.

Työkykyä palauttavat areenat (mukailen Loisel ym. 2005, 509).



Toimenpiteiden kirjon keskiössä yksittäinen työkykynsä kanssa kamppaileva ihminen voi olla yhden tai useamman toimijan asiakkaana ja erilaisten toimenpiteiden kohteena. Keskeinen haaste tällöin on toimenpiteiden saumattomuus ja sujuvuus, mikä kiinnittyy samalla kysymykseen toimijoiden välisestä yhteistyöstä.

Tämä selvitys on rakennettu tarkastelemalla ensin jokaista areenaa tai osajärjestelmää omassa luvussaan. Työkyvyttömyyseläkettä edeltävien prosessien tarkastelu aloitetaan luvussa kaksi kuvaamalla työkyvyn heikkenemistä sosiaalivakuutuksen näkökulmasta. Luvussa kolme pohditaan työssä jatkamisen tukemista työpaikkatasolla. Luvussa neljä kuvataan hoitoprosessin etenemistä terveydenhuollossa. Luvussa viisi tarkastelun kohteena on lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen rooli ihmisen kuntoutumiseen tähtäävässä työssä. Luvussa kuusi käsitellään työ- ja toimintakyvyn ongelmia työ- ja elinkeinotoimistojen asiakkailla.

Selvityksen seitsemännessä luvussa palataan kotimaisen tutkimuskirjallisuuden ja selvitysten pohjalta prosessien toimivuudesta käytyyn keskusteluun. Kartoitustyön tavoitteena on lisätä ymmärrystä työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen tai siirtymiseen sekä työhön paluuseen johtaneista vaiheista. Tavoite on tunnistaa kriittisiä saumakohtia sekä mahdollisuuksia vaikuttaa eri prosesseissa siten, että työkyky säilyisi nykyistä paremmin.

Selvityksen viimeisessä luvussa tehdään päätelmiä prosessien sujuvuudesta ja ihmisen työkyvyttömyysprosessin kokonaishallintaan liittyvistä haasteista.

2 Työkyvyn ongelmat sosiaalivakuutuksen näkökulmasta

Sosiaaliturvajärjestelmä muodostaa yhteiskunnallisen turvaverkon työkyvyn heikkenemisen varalle. Tarkasteltaessa työkyvyttömyyseläkettä edeltäviä prosesseja liikutaan useiden eri sosiaalivakuutuksen muotojen kattavuusalueilla. Suoranaisesti työkyvyn heikkenemiseen ja siitä johtuvaan työstä poissaoloon liittyvät etuudet kuuluvat sairausvakuutuslain ja eläkelainsäädännön piiriin. Lainsäädäntöön tehtyjen uudistusten yhteydessä on pyritty huomioimaan työkyvyn edistämisen merkitys läpi koko ihmisen työuran.

Sairausvakuutuslaki (SVL 1224/2004) koskee lyhytaikaista työkyvyttömyyttä ja turvaa vakuutetun toimeentuloa tämän sairastuttua ja jäädessä pois työstä. Työhön rinnastetaan lisäksi myös esimerkiksi opiskelu ja työttömänä olo (Kela 2010c, 8). Eläkelainsäädäntö puolestaan määrittää turvaa pitkäaikaisen työkyvyttömyyden varalle työkyvyttömyyseläkkeiden kautta. Täysisiä työkyvyttömyyseläkkeitä ovat toistaiseksi myönnettävä työkyvyttömyyseläke ja määräaikainen kuntoutustuki. Työeläkejärjestelmässä on kansaneläkejärjestelmästä poiketen käytössä edellä mainittujen lisäksi myös osatyökyvyttömyyseläke sekä osakuntoutustuki. Sosiaaliturvan uudistamista pohtineen SATA-komitean selvityksessä (STM 2009b, 81) on ehdotettu, että myös kansaneläkejärjestelmässä otettaisiin käyttöön osatyökyvyttömyyseläke.

2.1 Lyhytaikainen työkyvyttömyys ja sairauspäivärahasprosessin kulku

Alle vuoden kestävä, sairaudesta johtuvan työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansionmenetystä korvataan sairausvakuutuslain mukaisella päivärähalla. Päivärahan maksuun liittyy omavastuu-aika, joka on yleensä sairastumispäivä ja sitä seuraavat yhdeksän arkipäivää (SVL 1224/2004, 8 luku 7 §). Omavastuu-aikaisesta toimeentulosta huolehtii työnantaja siinä tapauksessa, että henkilön työsuhde on jatkunut vähintään kuukauden. Työntekijä saa tältä ajalta sairausajan palkkaa. (STM 2011a, 22.) Työntekijällä on työehtosopimuksen perusteella yleensä oikeus sairausajan palkkaan myös omavastuuajan jälkeen, jolloin työnantaja saa vastaavasti Kelalta sairausvakuutuslain mukaan työntekijälle kuuluvan päivärahan. Päiväraha on tällöin kuitenkin enintään työntekijälle maksetun palkan suuruinen. (SVL 1224/2004, 7 luku 4 §.)

Työntekijä itse tai työnantaja työntekijänsä puolesta voi hakea takautuvasti sairauspäivärahoja Kelasta neljän kuukauden kuluessa siitä ajankohdasta, josta lähtien päivärahaa halutaan saada. Hakuajan ongelmaksi nähdään se, että tieto sairastumisesta voi tulla Kansaneläkelaitokseen niin myöhäisessä vaiheessa, ettei varhainen puuttuminen sairausvakuutuksen keinoin enää toteudu toivotulla tavalla. Myöskään kuntoutustarpeen selvittelyä ei saada välttämättä käynnistettyä oikea-aikaisesti. (STM 2011a, 23; ks. myös Gould ym. 2010, 79.) Työhyvinvointityöryhmän selvityksessä (STM 2011a) on esitetty, että näihin selkeästi pitkittyviin sairauspoissaoloihin puututaan lainsäädäntöä muuttamalla. Työkyvyn palauttamisen ja sairauspoissaoloihin liittyvän tiedonkulun parantamiseksi työryhmä ehdottaa haku-aikaa lyhennettäväksi kahteen kuukauteen nykyisen neljän kuukauden sijaan (em. 32; ks. myös kuva 2, jossa kaikki ehdotetut lainsäädäntömuutokset on merkitty punaisiin katkoviivoin).

Työhyvinvointityöryhmä ehdottaa selvityksessään (STM 2011a, 33) työterveyshuoltolaisia muutettavan siten, että työnantajan tulee ilmoittaa työntekijän sairauspoissaoloista työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun poissaolo on jatkunut kuukauden ajan (ks. kuva 2). Tavoitteena on, että mahdollisimman aikaisessa vaiheessa arvioidaan työntekijän jäljellä olevaa työkykyä sekä selvitetään myös hänen mahdollisuutensa jatkaa työssä. Työntekijän, työnantajan ja työterveyslääkärin yhteistyössä suorittaman arviointi- ja selvitystyön tuloksena työterveyshuolto kirjoittaa lopullisen lausunnon. Työhyvinvointityöryhmä ehdottaa myös sairausvakuutuslakiin muutosta siltä osin, että edellä mainittu työterveyshuollon lausunto toimisi jatkossa sairauspäivärahan maksamisen edellytyksenä 90 sairauspäivärahopäivän jälkeen (ks. kuva 2). Nämä 90 sairauspäivärahan suorituspäivää saattavat kertyä joko yhtäjaksoisesti tai harvakseltaan lyhyinä jaksoina. Näin ollen työterveyslääkärin on työryhmän mukaan syytä kiinnittää huomiota siihen, tulisiko lausunto laatia jo selvästi aikaisemmassa vaiheessa kuin 90 päivän täyttyessä. Työryhmän selvityksessä todetaan, että työntekijän jäljellä olevan työkyvyn arviointi ja työhön paluuta koskevien mahdollisuuksien selvittely eivät tapahdu yleensä koskaan liian aikaisin. (STM 2011a, 28–30, 33.)

Nykyisellään voimassaolevan sairausvakuutuslain (SVL 1224/2004, 12 luku 6 §) mukaan Kelan on pyrittävä selvittämään asiakkaan kuntoutustarve mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, mutta viimeistään silloin, kun sairauspäivärahopäivien määrä ylittää 60 päivää. Kuntoutustarveselvityksen tavoitteena on työkyvyttömyyden uhan tai työkyvyn olennaisen heikkenemisen ja kuntoutustarpeen havaitseminen. (STM 2011a, 23.) Selvityksen perusteella laaditaan yhdessä asiakkaan ja kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa ammatillinen kuntoutussuunnitelma. Kun kuntoutukselle nähdään tarvetta, Kela voi ohjata henkilön sen kuntouttavan tahon, esimerkiksi työeläkelaitoksen puoleen, jonka vastuualueelle se katsoo asiakkaan tapauksen kuuluvan. Mikäli selvityksen yhteydessä todetaan, että ammatilliseen kuntoutukseen ei ole tarvetta tai ettei se enää parantaisi työmahdollisuuksia, tulee työkyvyttömyyseläkkeen hakeminen työkyvyttömyyden jatkuessa ajankohtaiseksi. Toisaalta voi olla myös niin, että henkilön kohdalla kuntoutuksen kriteerit eivät täyty ja tällöin Kela voi tukea sairauslomalta työhön palaamista osasairauspäivärahan avulla.

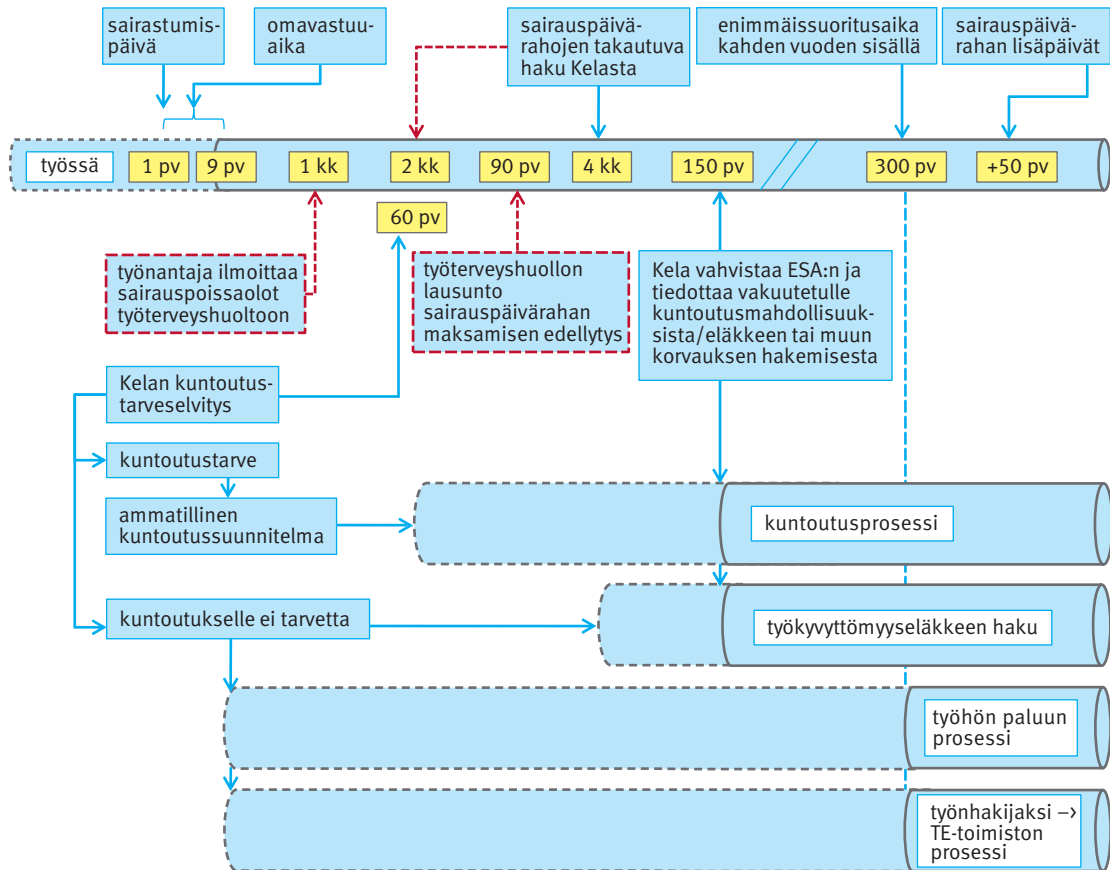
Kelan tulee tiedottaa vakuutetulle kuntoutusmahdollisuuksista sekä tarvittaessa eläkkeen tai muun korvauksen hakemisesta, kun sairauspäivärahaa on myönnetty 150 arkipäivältä (STM 2011a, 23). Tällöin Kela myös normaalitapauksessa vahvistaa ensisijaisuusajan täyden työkyvyttömyyseläkkeen alkamisajankohdan määrittelyä varten. Ensisijaisuusaika käsittää 150 todellista suorituspäivää sekä niiden lisäksi seuraavat neljä tai viisi kalenterikuukautta riippuen siitä, milloin päivärahan enimmäissuoritusajan eli 300 päivän arvioidaan päättyvän. Enimmäisaikaan lasketaan mukaan yleensä kaikki ne päivät, joina henkilöllä on ollut oikeus päivärahaan kahden työkyvyttömyyttä edeltäneen vuoden aikana. Työkyvyttömyyseläkkeen maksaminen alkaa vasta tämän ensisijaisuusajan jälkeen. (Kela 2010c, 28–29; SVL 1224/2004, 8 luku 8 §.)

Sairauspäivärahaa voidaan maksaa myös enimmäisajan jälkeen enintään 50 päivältä. Vuoden 2011 heinäkuussa voimaan tullut lainsäädäntömuutos mahdollistaa näiden sairauspäivärahan lisäpäivien maksamisen, mikäli työntekijä tai yrittäjä on palannut työhön vähintään 30 päiväksi ja tulee saman sairauden perusteella uudelleen työkyvyttömäksi. Sairauspäivärahan lisäpäivien maksaminen alkaa tällöin yhdessä tai useammassa jaksossa omavas-

tuuajan jälkeen. Enimmäisajan ja lisäpäivien jälkeen henkilön on mahdollista saada sairauspäivärahaa saman sairauden perusteella sen jälkeen, kun hän on ollut työkykyinen vuoden ajan. (SVL 1224/2004, 8 luku 9 §.)

Kuva 2.

Sairauspäiväraha-prosessin eteneminen.



2.2 Osasairauspäivärahan käyttö

Vuoden 2007 alussa sairausvakuutuslakia muutettiin siten, että 16–67-vuotiaille työntekijöille ja yrittäjille tuli mahdollisuus osasairauspäivärahan käyttöön. Osasairauspäivärahaetuuden käyttöönoton ensisijaisina tavoitteina on ollut edistää työhön paluuta pitkän sairausloman jälkeen sekä tukea työssä pysymistä. Osasairauspäivärahan saaminen edellyttää, että joko työterveyslääkäri tai muu henkilön työolosuhteet tunteva lääkäri on todennut henkilön työkyvyttömäksi. Näin ollen hakijan tulee olla sairausvakuutuslain tarkoittamalla tavalla työkyvytön ja siten hän on oikeutettu myös täyteen sairauspäivärahaan. Osasairauspäivärahaetuuden käyttö perustuu aina vapaaehtoisuuteen ja edellyttää, että henkilö pystyy hoitamaan osan työtehtävistään terveyttään ja toipumistaan vaarantamatta. Ennen osasairauspäivärahaetuuden saamista henkilön on täytynyt olla kokoaikaisessa työsuhteessa. Lisäksi työnantajalla ja työntekijällä tulee olla sopimus osa-aikatyön tekemisestä sekä työajan vähentämisestä. (SVL 1224/2004, 8 luku 11 §; STM 2009b, 55.)

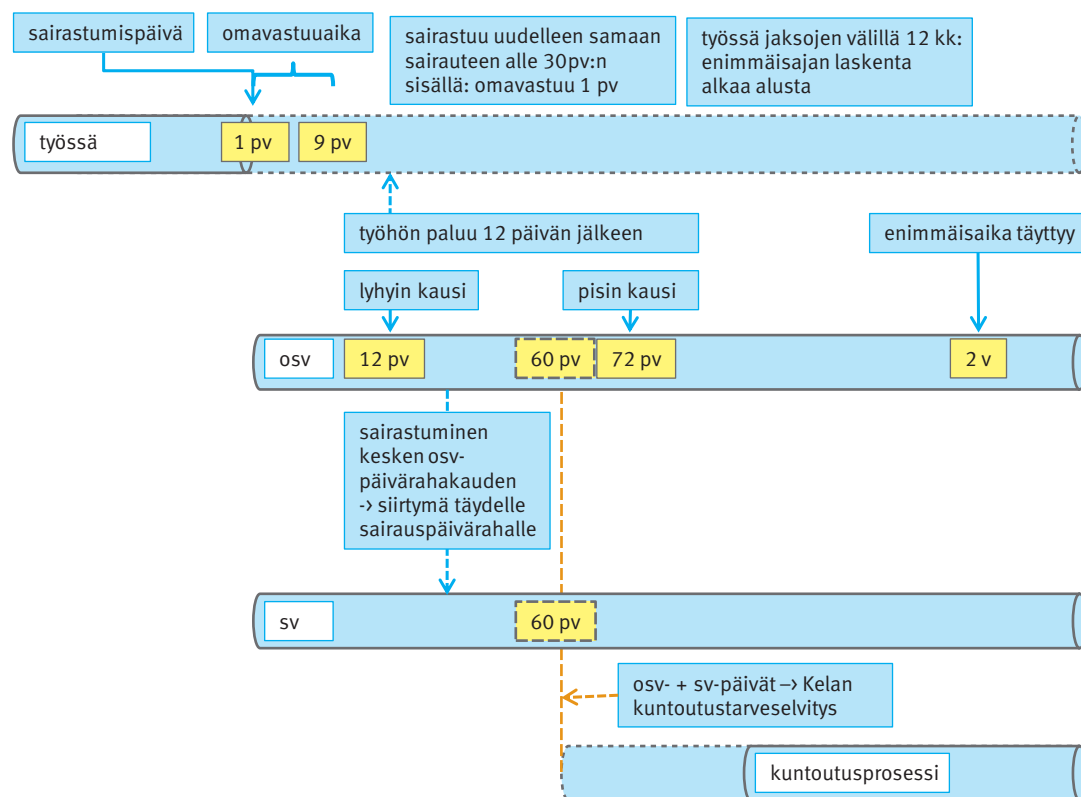
Kelan korvaaman osasairauspäivärahan saamiseen liittyy täyden sairauspäivärahan tavoin omavastuu-aika siinä tapauksessa, että etuutta haetaan ilman edeltävää sairauspäivärahaa. Siinä tapauksessa, että henkilö sairastuu kesken meneillään olevan osasairauspäiväraha-ajan, voi hän siirtyä takaisin sairauspäivärahalle. Mikäli taas on niin, että henkilön osasairauspäiväraha-ajan ehti jo päättyä, mutta hän sairastuu samaan sairauteen uudelleen 30 vuorokauden sisällä, on ennen uuden päiväraha-ajan alkamista yksi omavastuupäivä. (SVL 1224/2004, 8 luku; myös Vuorinen ym. 2010, 75.)

Osasairauspäivärahaetuutta voidaan maksaa vähintään 12:n ja enintään 72 arkipäivän ajan kahden vuoden kuluessa. 72 osasairauspäiväraha-päivän enimmäissuoritus-aika voi muodostua joko yhtäjaksoisesta päiväraha-jaksosta tai useammista lyhyemmistä, pääsääntöisesti 12 arkipäivää käsittävistä osasairauspäiväraha-jaksoista. (SVL 1224/2004, 8 luku 12 §.) Enimmäisaikaa laskettaessa ei ole väliä sillä, onko henkilön työkyvyttömyyden perusteena ollut eri jaksoilla sama sairaus vai ei (Vuorinen ym. 2010, 75). Mikäli henkilö on kuitenkin ollut osasairauspäiväraha-jaksojen välillä työkykyinen yhtäjaksoisesti 12 kuukautta, osasairauspäiväraha-päivien enimmäisajan laskenta alkaa alusta. Osasairauspäivärahan saaminen ei vaikuta sairauspäivärahan 300 suorituspäivän enimmäisaikaan. (SVL 532/2009.)

Osasairauspäivärahan (osv) käyttöä ja sen aikana mahdollisesti tapahtuvia siirtymiä sairauspäivärahalle (sv), kuntoutuksen toimenpiteille tai takaisin työhön havainnollistetaan kuvassa 3.

Kuva 3.

Osasairauspäiväraha-prosessin eteneminen.



2.3 Oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen

Lähtökohtaisesti työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään vasta noin vuoden kestävänsä sairauspäiväraha-hauden jälkeen. Työkyvyttömyyseläkkeen haku voi käynnistyä jo sairauspäiväraha-hauden aikana.

Työkyvyttömyysturvajärjestelmää on pyritty kehittämään lainsäädännöllisesti työkyvyn ylläpitoa tukevaksi. Työkyvyttömyyseläkepääätöstä tehdessä varmistetaan, että henkilön mahdollisuudet kuntoutukseen on selvitetty. Vuonna 2004 uudistetun kuntoutuslainsäädännön avulla on pyritty ehkäisemään työkyvyttömyyttä tai vähintäänkin myöhentämään työkyvyttömyyseläkkeen alkamista asettamalla ammatillinen kuntoutus ensisijaiseksi työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden (ks. Gould ym. 2007a, 21).

Työkyvyttömyyseläkeoikeus yksityisillä ja julkisilla aloilla

Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiotulojen menetystä korvataan työkyvyttömyyseläkkeillä. Yksityisen alan työeläkelakien (TyEL, YEL, MYEL ja MEL) mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen tarkoituksena on taata työntekijälle tai yrittäjälle kohtuullinen toimeentulon jatkuvuus työkyvyttömyyden sattuessa. Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää 18–62-vuotiaalle työntekijälle tai yrittäjälle, jonka työkyky on alentunut sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään kahdella viidesosalla yhtäjaksoisesti ja vähintään vuoden ajan. Tällöin puhutaan osatyökyvyttömyyseläkkeestä ja sen määrä on puolet täydestä työkyvyttömyyseläkkeestä. Täyden työkyvyttömyyseläkkeen edellytyksenä on työkyvyn heikkeneminen vähintään kolmella viidenneksellä. (Soveltamisohje, Työkyvyttömyyseläkkeen kuvaus.) Osatyökyvyttömyyseläkkeestä on mahdollista hakea myös ennakkopääätöstä, jolloin työpaikalla on mahdollisuus järjestää työelämässä vielä mukana olevalle, mutta työkyvyttömyyden heikentyneelle työntekijälle tarvittavaa osa-aikaista työtä (TyEL 395/2006, 39 §; Soveltamisohje, Työkyvyttömyyseläkkeen kuvaus).

Täyden työkyvyttömyyseläkkeen suuruinen määräaikainen kuntoutustuki voidaan myöntää silloin, kun eläkkeenhakijan työkyvyn oletetaan palaavan hoidon tai kuntoutuksen avulla. Kuntoutustuen saaminen edellyttää aina, että sen hakijalle on laadittu hoito- tai kuntoutussuunnitelma. Kuntoutustuki voidaan myöntää myös tämän hoito- tai kuntoutussuunnitelman valmistelun ajaksi. (TyEL 395/2006, 44 §.) Kuntoutustuen saamisen kriteerit ovat samat kuin toistaiseksi myönnettävässä työkyvyttömyyseläkkeessä. Mikäli kuntoutus epäonnistuu tai hoidolla ei saavuteta odotettuja tuloksia eikä työkyvyn parantuminen näin ollen näytä todennäköiseltä, voidaan kuntoutustuki muuttaa toistaiseksi myönnettäväksi työkyvyttömyyseläkkeeksi. (Soveltamisohje, Työkyvyttömyyseläkkeen jatkaminen.) Kuntoutustuen tavoin myös osatyökyvyttömyyseläke voidaan myöntää määräaikaisena, jolloin siitä käytetään nimitystä osakuntoutustuki.

Yksityisten alojen työeläkelakien mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen saamiseksi ei riitä, että eläkkeenhakija on tullut työkyvyttömäksi suhteessa omaan työhönsä. Arvioitaessa työkyvyn heikentymistä otetaan huomioon hakijan jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja myös sellaisella saatavilla olevalla muulla työllä, jota hänen voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. Tällöin arvioinnissa huomioidaan hakijan koulutus, ikä, aikaisempi toiminta, asuinpaikka sekä muita näihin rinnastettavia seikkoja. (Soveltamisohje, Työkyvyttömyyseläkkeen kuvaus.) Sekä yksityisillä että julkisilla aloilla arvioinnissa painotetaan li-

säksi yli 60-vuotiaiden ja pitkän työuran tehneiden henkilöiden kohdalla työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta (ks. esim. TyEL 35 §, VaEL 35 §, KuEL 24 §).

Ammatillista työkyvyttömyysmääritelmää sovelletaan julkisen sektorin eläkelakien (KuEL, VaEL ja KiEL) mukaan myönnettävissä työkyvyttömyyseläkkeissä, mikäli työkyvyttömyys on alkanut palvelussuhteen kestäessä. Arvioinnissa katsotaan tällöin, onko työntekijä sairauden, vian tai vamman takia käynyt kykenemättömäksi virkaansa tai työhönsä vähintään vuoden ajaksi. Mikäli työkyvyttömyys on alkanut palvelussuhteen päättymisen jälkeen, arvioinnissa sovelletaan yleistä työkyvyttömyysmääritelmää samoin kuin yksityisen alan eläkelaeissa. (Soveltamisohje, Työkyvyttömyyseläkkeen kuvaus.)

Työkyvyttömyyseläkeoikeutta arvioidessa varmistetaan, että viimeistään tässä vaiheessa on selvitetty työntekijän mahdollisuudet kuntoutukseen (TyEL 36 §). Mikäli hakija saa työkyvyttömyyseläkehakemukseensa hylkäävän päätöksen, eläkkeenhakijalle annetaan tietoja kuntoutusmahdollisuuksista ja häntä ohjataan kuntoutustarvettaan vastaavaan kuntoutukseen (TyEL 53 §).

Kansaneläkelain mukaiset työkyvyttömyyseläkkeet

Kansaneläkelain mukaiseen työkyvyttömyyseläkkeeseen pidetään oikeutettuna 16–64-vuotiaasta henkilöä, joka sairauden, vian tai vamman vuoksi on kykenemätön tekemään tavallista työtään tai siihen verrattavaa työtä, jota voidaan pitää hänelle sopivana ja kohtuullisen toimeentulon turvaavana ottaen huomioon hakijan ikä, ammattitaito ja eräät muut seikat.

Alle 20-vuotiaalle henkilölle myönnetään ensisijaisesti nuoren kuntoutusraha. Työkyvyttömyyseläke myönnetään ainoastaan, mikäli hän ei ole ammatillisesti kuntoutettavissa. 60 vuotta täyttäneen henkilön työkyvyttömyyden arvioinnin yhteydessä painotetaan puolestaan työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta. Kansaneläkelaki pitää lisäksi aina työkyvyttömänä pysyvästi sokeaa, liikuntakyvytöntä tai muutoin avutonta henkilöä, joka ei tilansa vuoksi tule toimeen ilman toisen henkilön apua. (KEL 568/2007.) Kansaneläkejärjestelmässä ei ole mahdollisuutta osittaisiin työkyvyttömyyseläke-etuuksiin. Täysien työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisessä sovelletaan yleistä työkyvyttömyyden määritelmää.

3 Työssä jaksamisen tukeminen työpaikalla

Pitkien sairauspoissaolojen on havaittu ennakoivan selvästi työkykyongelmia ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (Kivimäki ym. 2004). Vuonna 2009 Kela korvasi sairauspoissaoloja eniten tuki- ja liikuntaelinten sairauksien (33 %) sekä mielenterveyden ja käytätymisen häiriöiden (25 %) perusteella (Kela 2010b, 151–152). Samaisiin sairausdiagnooseihin perustuen myönnetään valtaosa työeläkekuntoutuspäätöksistä (Eläketurvakeskuksen tilastotietoja) sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämistä kuntoutuspalveluista (Kela 2011, 51). Kelan korvaamia sairauspäiväraajaksoja lyhyemmät, alle yhdeksän päivää kestävät sairauspoissaolot johtuvat ohimenevistä tiloista, kuten hengitystieinfektioista, tuki- ja liikuntaelimestön kipeytymistä, lievistä tapaturmista ja migreenistä (STM 2007, 11).

Pitkä sairauspoissaolo saattaa vaikeuttaa työhön paluuta, johtaa työelämästä syrjäytymiseen tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Pahimmassa tapauksessa ihminen jää väliinpuotoajaksi sosiaaliturvajärjestelmässä. (STM 2007, 11, 14.) Sairauspoissaolojen hallinnan kannalta keskiössä ovat sairauspoissaolojen ehkäisy työturvallisuutta ja työhyvinvointia edistämällä sekä työkykyä uhkaaviin ongelmiin puuttuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa; ennen kuin ongelmat ehtivät ilmetä sairauspoissaoloina. Tämän lisäksi saataan tarvita myös vaikuttamista suoraan sairauslomalle jäämiseen ja sieltä paluuseen vaikuttaviin tekijöihin. (Antti-Poika 2006.)

Varhaista tukea sovituilla säännöillä

Työpaikan keskeisyys työkyvyn ja työssä jatkamisen tukemisessa perustuu siihen, että työpaikalla pystytään sekä havaitsemaan että puuttumaan työkykyä uhkaaviin ongelmiin varhaisessa vaiheessa. Ongelman taustalla esiintyvien, mahdollisesti arkaluonteisten syiden vuoksi ongelmien selvittelyn kannalta pidetään hyödyllisenä työpaikalla etukäteen laadittua työkyvyn tuen toimintamallia. (Ahola 2011.) Ensimmäiset työkyvyn heikkenemisestä kertovat merkit voivat tulla esiin joko henkilön omien havaintojen pohjalta, työpaikan taholta muun muassa esimiesten tai työtovereiden kautta tai työterveyshuollossa esimerkiksi toistuvien käyntien tai terveystarkastuksen perusteella (STM 2007, 21).

Varhaisen tuen toimintamallilla on tarkoitus auttaa esimiehiä tunnistamaan työntekijän työkyvyn heikkeneminen riittävän varhain. Ongelmien selvittelyä ohjaa kuitenkin lainsäädäntö siltä osin, millä edellytyksillä työnantaja saa käsitellä työntekijän terveydentilaa koskevia tietoja (laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004, 2 luku 5 §). Ennalta suunnitellut käytännöt esimiesten, työntekijöiden ja työterveyshuollon roolista suhteessa työkykyongelmien selvittelyyn auttavat ehkäisemään ongelmien pitkittymistä ja vaikeutumista työpaikalla (ks. Ahola 2011).

Ongelmien lähteiden tunnistaminen muodostuu keskeiseksi sen suhteen, millä keinoin ja kenen toimesta ratkaisua haetaan. Työssä selviytymisen ongelmien liittyessä selkeästi itse työhön voidaan ratkaisua hakea työpaikkatasolla esimiehen ja työntekijän välisissä keskusteluissa. Selvittelyn pohjalta ongelmiin voidaan hakea tukea muun muassa koulutuksesta, työkierrosta, tehtävien vaihdosta tai osa-aikaeläkkeestä. Mikäli työssä selviytymisen ongelmien epäillään johtuvan terveysongelmista, voivat keinoja olla työjärjestelyt, työn uudel-

leen organisointi, ammatillinen kuntoutus tai osatyökyvyttömyyseläke. (Antti-Poika 2004; 2006.) Terveystilaaan liittyvissä työkykyongelmissa esimiehen tulee ohjata henkilö työterveyshuollon puoleen (Kaukiainen ym. 2007, 156). Varhaiseen tukeen kuuluu muun muassa sairauspoissaolojen hallinnan ja seurannan kehittäminen.

Työkyvyn tukeminen

Työkykyä ylläpitävän eli niin sanotun tyky-toiminnan ajatuksena on ollut koko työuran ajan kestävä ja kaikkiin työntekijöihin kohdistuva työkyvyn edistämistoiminta työnantajan, työntekijäjärjestöjen, työsuojelun ja työterveyshuollon yhteistyönä. Työkykyä ylläpitävän toiminnan yhteydessä Tuomi ym. (2006) pitävät tärkeänä, että toiminnan suunnittelussa pyritäisiin mahdollisimman laaja-alaisesti selvittämään haitallisten työn piirteiden esiintymistä ja myös keinoja niiden poistamiseen. Sekä työn fyysisten että psyykkisten vaatimusten aiheuttamalla rasittumisella ja uupumisella on todettu olevan merkittävä yhteys työntekijän työkyvyn rajoittuneisuuteen (emt.). Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoiman Masto-hankkeen yhteydessä (STM 2011d, 91) onkin todettu, että sekä työn fyysisiin että henkiisiin voimavaratekijöihin tulee kiinnittää huomiota erityisesti työntekijäammateissa, joissa työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden on havaittu olevan miltei kaksinkertainen verrattuna asiantuntija-ammatteihin (ks. Pensola ym. 2010). Toisaalta Tuomen ym. (2006) mukaan etenkin esimieheltä ja työtovereilta saadulla tuella sekä sillä, että työyhteisössä keskustellaan työn tavoitteista, on myönteinen vaikutus siihen, kuinka ihmiset oman työkykynsä kokevat.

Laajemmassa merkityksessään työkykyä ylläpitävällä toiminnalla on alettu käsittää työympäristöön, työyhteisöön ja yksilöön kohdistuvia toimenpiteitä, joiden tavoitteena on kehittää myös muun muassa hyvinvointia, työn tuottavuutta ja laatua. Tällöin puhutaan työhyvinvoinnin edistämisestä. (STM 2005.) Työhyvinvoinnin edistäminen katsotaan ensisijaisesti työyhteisölle, johdolle ja henkilöstölle kuuluvaksi työpaikan kehittämistoiminnaksi ja se rakentuu muun muassa työsuojelun, työkykyä ylläpitävän toiminnan, työn, työolojen ja osaamisen kehittämisen sekä työterveyshuollon toiminnan kautta. (ks. esim. STM 2007.)

Työsuojelutoiminta

Työnantajalla on lainsäädännöllinen (738/2002) velvoite huolehtia työntekijöidensä turvallisuudesta ja terveydestä työssä, suojella heidän työkykyään ja ehkäistä esimerkiksi tapaturmista ja ammattitaudeista aiheutuvien terveyshaittojen syntymistä. Työsuojelutoimintaa toteutetaan pääasiassa työntekijän, työnantajan, työsuojeluvaltuutetun ja työsuojelupäällikön välisen yhteistyön kautta. Työsuojelusäännösten noudattamista sekä työnantajan ja työntekijöiden yhteistoimintaa työsuojeluasioissa valvotaan erillisellä valvontalailla (44/2006).

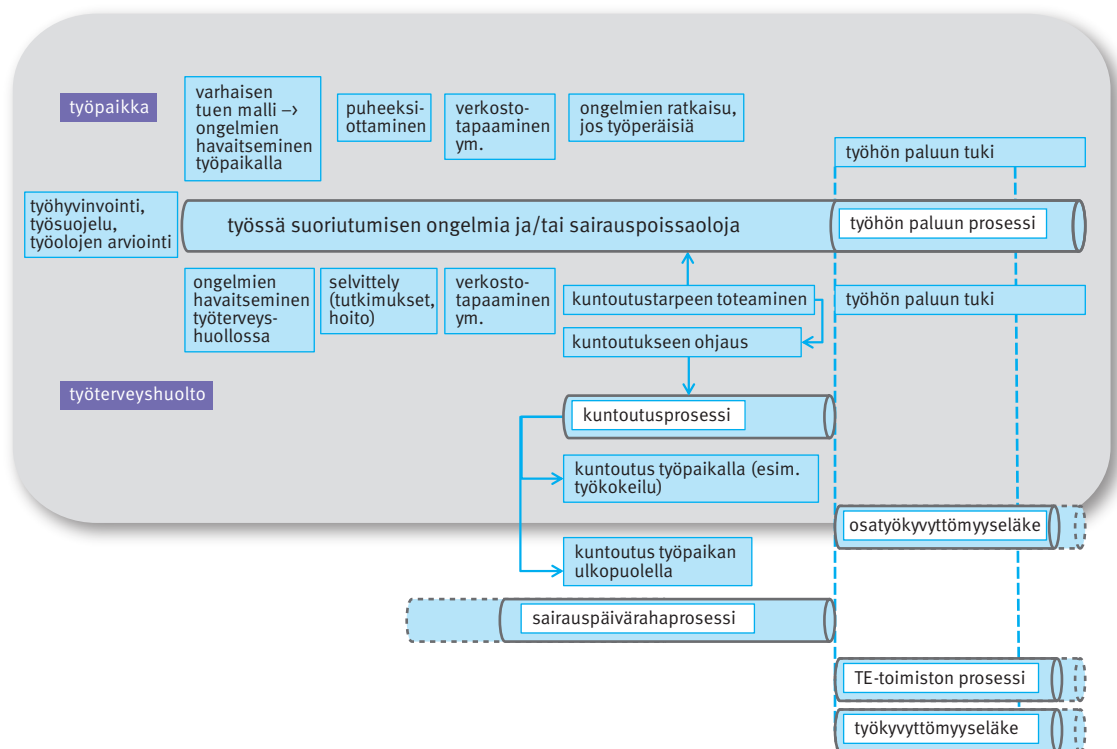
Työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyö

Jukka Ahtelan johtaman työelämäryhmän loppuraportissa (Työelämäryhmä 2010) painotetaan työterveyshuollon roolia pitkittyneiden työkyvyttömyystapausten hoidossa, sillä työterveyshuollolla katsotaan olevan hyvät edellytykset selvittää työntekijän hoito- ja kuntoutus-

tarvetta. Ensisijaisena vaihtoehtona nähdään se, että henkilö pystyisi palaamaan työkyvyttömyysjaksolta joko omaan työhön tai muuhun työhön oman työnantajansa palveluksessa. Varhaisen puuttumisen kannalta pidetään keskeisenä myös tiivistä yhteistyösuhdetta sairausvakuutusjärjestelmän kanssa, jottei henkilö ajautuisi työpaikan ja työterveyshuollon vaikutuspiiriin ulkopuolelle. (em.) Tämän yhteistyön toteutumista on pyritty parantamaan työhyvinvointityöryhmän ehdottamalla lainmuutosesityksellä, jonka mukaan työterveyshuollon lausunnosta tulisi jatkossa sairauspäivärahan maksamisen edellytys 90 sairauspäivärahan suorituspäivän jälkeen (ks. edeltä luku 2.1 sekä STM 2011a, 45). Työpaikan ja työterveyshuollon rooleja työssä jaksamisen tukemisen näkökulmasta havainnollistetaan kuvassa 4. Työterveyshuollon ja työpaikan välistä yhteistyösuhdetta käsitellään tarkemmin luvussa 4.2.

Kuva 4.

Työssä jaksamisen ongelmiin reagointi työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä.



4 Työkyvyn tukeminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon järjestämistä määrittävät kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki. Niiden kattamat palvelut on käytännössä eroteltu perusterveydenhuollosi ja erikoissairaanhoitoksi ja ne koskevat kaikkia kansalaisia. (HE 90/2010.) Työntekijöiden ja yrittäjien terveydenhuolto on useimmiten järjestetty työterveyshuoltona. Työterveyshuollon järjestäminen on työnantajan velvollisuus (TTHL 1383/2001), mutta siihen on mahdollista saada korvausta sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen kautta (ks. SVL 1224/2004, 13 luku). Näiden lisäksi osa terveydenhuollosta tuotetaan yksityisellä sektorilla osittaisesti sairausvakuutuksen korvaamana (HE 90/2010). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä sekä palveluiden asiakaskeskeisyyttä on pyritty parantamaan vuoden 2011 toukokuun alusta voimaan tulleella terveydenhuoltolailla (THL 1326/2010).

Terveydenhuoltolaki on niin sanottu sisältölaiki, joka täsmentää muun muassa järjestämisvastuita ja hoitotakuun toteutumista sekä pyrkii poistamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä raja-aitoja (Koskela 2011). Terveydenhuollon rakenteita koskevat säännökset jäivät kuitenkin edelleen kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin (HE 90/2010). Yhtenä esimerkkinä hallinnollisten raja-aitojen poistumisesta on se, että uuden terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat nyt terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin, minkä seurauksena potilastietojen tulisi liikkua sujuvasti eri yksiköiden välillä (ks. THL 1326/2010, 1 luku 9 §). Uusi terveydenhuoltolaki myös huomioi opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien opiskelijoiden ja työikäisten eli muun muassa työttömyyden aseman velvoittamalla kuntia järjestämään heille terveystarkastuksia ja neuvontaa (THL 1326/2010, 1 luku 13 §).

4.1 Hoidon eteneminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Terveydenhuoltolain (THL 1326/2010) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä henkilölle hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ensimmäisen kerran ottanut yhteyttä terveyskeskukseen. Näin toimitaan, mikäli arviointia ei ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Jos taas henkilö on saanut lähteen perusterveydenhuollon yhteydessä toimivaan erikoissairaanhoitoon, tulee hoidon tarpeen arviointi aloittaa kolmen viikon kuluessa lähteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen varsinainen hoito on puolestaan järjestettävä henkilön terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, mutta viimeistään kolmen kuukauden kuluessa arvioinnista. Kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan kuitenkin ylittää perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa silloin, jos perustelluista syistä hoidon antamista katsotaan voitavan lykätä ilman, että potilaan terveydentila sen vuoksi vaarantuisi. (THL 1326/2010, 6 luku 51 §.)

Kiireelliseen tai läheteeseen perustuvaan hoitoon pääseminen alkaa hoidon tarpeen arvioinnilla viimeistään kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaalaan tai erikoissairaanhoitoa antavaan toimintayksikköön. Mikäli tämän arvion tekeminen edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä tutkimuksia, on ne

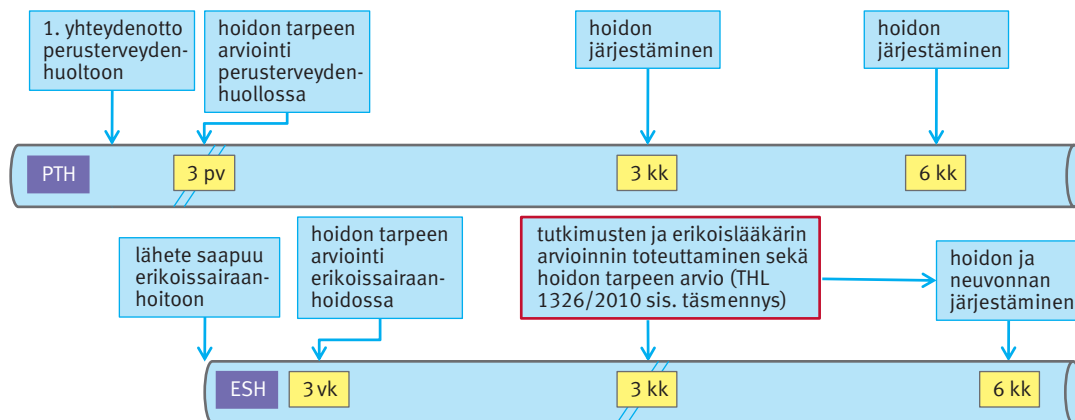
suoritettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Erikoissairaanhoidon puolella järjestettävä hoito ja neuvonta on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteamisesta. Mikäli erikoissairaanhoidon puolella taas katsotaan, että henkilön sairaus tai oire olisikin tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, tulee hänet ohjata terveyskeskukseen. (THL 1326/2010, 6 luku 52 §.)

Edellä viitattu, hoidon järjestämisen enimmäisaikojat eli niin sanottua hoitotakuuta koskeva lainsäädäntö (muutokset KTL:ään ja ESHL:ään) tuli alun perin voimaan vuonna 2005. Tuolloin lainsäädäntöön sisältyi kuitenkin erikoissairaanhoidon osalta tulkinnanvarainen säädös koskien aikajaksoa hoidon tarpeen arvioimiseksi suoritettavista tutkimuksista varsinaisen arvion tekemiseen. Säädös on täsmennetty sittemmin uudessa terveydenhuoltolaissa (THL 1326/2010) jo edellä kuvatulla tavalla siten, että erikoissairaanhoidossa hoitopäätöksen tekemistä varten tarvittavat tutkimukset on suoritettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoidon (ks. kuva 5). Työhyvinvointityöryhmä (STM 2011a, 42) ennakoiti muutoksen parantavan tilannetta, mutta ei kuitenkaan vielä merkittävästi, koska laissa hoitoon pääsyn takaraja on edelleen kuusi kuukautta hoitopäätöksen tekemisestä.

Henkilön hoidon etenemistä perusterveydenhuollossa (PTH) ja erikoissairaanhoidossa (ESH) havainnollistetaan kuvassa 5.

Kuva 5.

Hoidon eteneminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.



4.2 Työterveyshuollon toiminta

Suomessa työterveyshuollon tehtävän painopistettä on suunnattu ehkäisemään työstä ja työolosuhteista johtuvia terveyshaittoja sekä edistämään työkykyä ja terveyttä yhteistyössä työntekijän ja työnantajan kanssa läpi koko ihmisen työuran (ks. esim. STM 2004a; STM 2004b; TTHL 1383/2001). Työkyvyn edistäminen ja työssä jatkamisen tukeminen on nostettu myös työurien pidentämistä tavoiteltaessa työterveyshuollon tärkeimmiksi tavoitteiksi (Työelämäryhmä 2010). Työpaikkojen ja työterveyshuoltojen yhteistyönä toteutettavan työkyvyn hallinnan ja edistämisen toteutumista työpaikoilla on pyritty parantamaan vuoden 2011 alussa tehdyllä lainsäädäntömuutoksella. Muutoksen myötä ennaltaehkäisevän työter-

veyshuollon kustannuksista maksetaan 60 prosentin korvaus niille työnantajille, jotka ovat yhteistyössä työterveyshuoltonsa kanssa sopineet työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteuttamisesta työpaikalla. (SVL 1056/2010; STM 2011a, 24.)

Työterveyshuollon keskeisen aseman on katsottu perustuvan asiantuntemukseen, jota voidaan hyödyntää sairauspoissaolon eri vaiheissa työntekijän terveyden ja toimintakyvyn arvioinnissa. Työterveyshuollon tehtävänä on myös pitää huolta siitä, että työntekijä pääsee oikea-aikaisesti hoitoon ja kuntoutukseen. Henkilön työkykyisyyttä tulee arvioida suhteessa työn asettamiin vaatimuksiin. Koordinointivastuu työkyvyn arvioinnissa ja seurannassa on työterveyshuollolla, vaikka varsinainen lääketieteellinen tutkimus ja hoito sekä näihin liittyvä toimintakyvyn arviointi toteutetaan yhteistyössä perus- ja erikoissairaanhoidon kanssa. Tältä osin Vesa Rantahalvarin johtaman työryhmän loppuraportissa (STM 2011c) esitetään, että työterveyshuollon vastuulla olisi koordinoida työntekijän työkyvyn tukemiseksi katsottujen tarpeellisten toimenpiteiden toteutumista työpaikalla, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Työpaikalla edellytetään tehtävän vastaavasti tarvittavia työjärjestelyjä. Sairaanhoidopiirin vastuulle esitetään omalla toimialueellaan koordinoitavaksi sairausryhmittäisesti laadittavia hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä, jotka perustuvat valtakunnallisiin ohjeisiin sekä Käypä hoito -suositukseen. (STM 2011c, 16.)

Työterveyshuollolla on lainsäädännöllinen (TTHL 1383/2001) velvoite henkilön työ- ja toimintakyvyn selvittämiseen. Keskeisiä kanavia työkykyä uhkaavien tekijöiden tunnistamisessa ovat terveystarkastukset ja niihin liittyvät työkyvyn mittausten menetelmät, sairaanhoito, työpaikkakäynnit sekä yhteydenotot joko työntekijän itsensä tai työpaikan taholta (Sipponen ym. 2011, 7). Työterveyslääkäri voi työntekijän terveydentilan selvityksen yhteydessä tehdä tarvittavat tutkimukset ja konsultoida erikoislääkäreitä tai muita asiantuntijoita hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamisessa. Työterveyshuollon seuranta ei pääty kuitenkaan silloin, kun työntekijä ohjataan ulkopuolisten tahojen toimenpiteille. Erityisesti niissä tapauksissa, joissa sairaalassa suoritettavat tutkimukset tai hoito viivästyvät ja näin ollen sairausloma pitkittyy, on työterveyshuollon seurannalla keskeinen asema henkilön työhön palaamisen kannalta. Yhteisesti sovitut sairauspoissaolokäytännöt, varhaisen tuen mallit sekä työhön paluun suunnittelu yhdessä työpaikan ja työntekijän kanssa voivat ehkäistä sairauspoissaolon tarkoituksetonta pitkittymistä ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumista. (ks. Kaukiainen ym. 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (Työterveys ja kuntoutus 2008, 28) korostetaan, että työterveyshuollon ammattilaisten tulisi tuntea paikallinen asiantuntija- ja palveluverkosto, jotta sen mahdollisuuksia pystyttäisiin hyödyntämään. Konkreettisemmin tällä tarkoitetaan sitä, että työterveyshuollossa on tiedossa yhteyshenkilöt muun muassa Kelan toimistossa, kuntoutusorganisaatioissa, terveys- ja sosiaalitoimissa ja työvoimatoimistossa. Tämän lisäksi työterveyshuollon ja työpaikan välisellä yhteistyöllä on olennainen merkitys jo kuntoutustarpeen selvittämisen yhteydessä. (em.)

Työterveyshuollon järjestäminen

Suomalaisen työterveyshuoltojärjestelmän rakenne on murrosvaiheessa. Yritysten omista työterveysyksiköistä ollaan siirtymässä lääkärikeskusten tuottamiin työterveyspalveluihin ja sama suuntaus on havaittavissa myös terveyskeskusten työterveyspalveluiden kohdal-

la. (Kela 2009; Peurala ym. 2007, 249; Peurala ym. 2010, 172.) Työnantajan järjestämien työterveyshuollon palveluiden piiriin kuului vuonna 2009 noin 92 prosenttia palkansaajista. Heikoin työterveyspalveluiden kattavuus (62 %) oli pienyrityksissä, joissa työskentelee alle 10 ihmistä. Yli 50 hengen organisaatioissa työterveyshuolto oli järjestetty 97 prosentille palkansaajista. Työterveyspalvelut olivat näin ollen sitä kattavammin järjestetty mitä suuremmasta organisaatiosta oli kyse. (Peurala ym. 2010, 170.) Maatalousyrittäjistä työterveyshuollon piiriin kuuluu noin 40 prosenttia (Mela 2011).

Työterveyspalvelujen alueellisen kattavuuden näkökulmasta Rantahalvarin työryhmä kiinnittää huomiota taajamien ulkopuolella olevien pienyritysten tilanteeseen. Näissä taajamien ulkopuolisissa pienyrityksissä työterveyspalveluihin kuuluu ensinnäkin pääasiassa vain työterveyshuollolta laissa edellytetty sisältö. Toisekseen kyseisillä alueilla on todettu olevan pula pätevistä henkilöstöstä suhteessa havaittuun tarpeeseen. Näillä tekijöillä todetaan olevan vaikutusta työterveyshuollon sisältöön ja laatuun. (STM 2011c, 18.)

Yrittäjien tulee lakisääteisesti järjestää työntekijöilleen työterveyshuolto, mutta yrittäjien oma kuuluminen siihen on vapaaehtoista (TTHL 1383/2001). Suomen Yrittäjien jäsenyrityksilleen tekemän kyselyn mukaan 47 prosenttia yrityksistä oli järjestänyt itselleen työterveyshuollon. Tutkimuksen mukaan yksinyrittäjät olivat järjestäneet työterveyshuollon itselleen työnantajayrityksien yrittäjiä harvemmin. Keskeisimmät syyt työterveyshuollon puuttumiselle olivat tietämättömyys järjestämismahdollisuudesta, kustannuksien suuruus sekä se, ettei työterveyshuollolle koeta tarvetta, koska yrittäjät käyttävät säännöllisesti muita terveyspalveluja. (Yrittäjän työterveyshuolto 2009.)

Yrittäjien työkykyä ja hyvinvointia kartoittavassa kyselyssä (Työkyky ja -hyvinvointikysely 2010) selvitettiin muun muassa työterveyshuollon palveluiden käyttöä. Työkyvyn ylläpitoon keskeisesti liittyvien ennaltaehkäisevien palveluiden osalta havaittiin, että yrittäjät käyttivät eniten työpaikkaselvityksiä (61 %) sekä hyödynsivät ohjausta ja neuvontaa työasunnoissa (47 %). On kuitenkin kiinnostavaa, että sairauspoissaolojen seuranta ja työkykyongelmiin puuttumista yhdessä työterveyshuollon kanssa tapahtuu vain noin joka kymmenennessä yrityksessä. Ennaltaehkäisevän työterveyshuollon palveluiden keskeisimmäksi ongelmaksi osoittautui se, että palvelut on suunnattu suurille yrityksille, eivätkä ne ole helposti tai sellaisenaan sovellettavissa pienten yritysten kohdalla. (Työkyky ja -hyvinvointikysely 2010, 10–11.)

Työterveyshuolto ja kuntoutus

Kuntoutukseen liittyvään asiantuntemukseen tai taloudellisiin tukiin liittyen työterveyshuolto voi hyödyntää kuntoutuksen eri toimijoita: työeläkelaitoksia, Kansaneläkelaitosta, työ- ja elinkeinohallintoa, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksia sekä perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa (Työterveys ja kuntoutus 2008, 3). Työterveyshuollon asiakkaiden lääkinnällistä kuntoutusta korvaa pääasiassa Kansaneläkelaitos. Ammatillista kuntoutusta järjestävät työeläkelaitokset, kun työntekijän sairaudesta koituu työkyvyttömyyden uhka lähivuosina. Työeläkelaitokset tukevat ammatillista kuntoutusta esimerkiksi työkokeiluina ja työhönvalmennuksena. Kansaneläkelaitos puolestaan järjestää ammatillista kuntoutusta muun muassa työkokeiluina ja koulutuksina niille henkilöille, jotka eivät kuulu työeläkekuntoutuksen piiriin. Kela järjestää lisäksi ASLAK- ja TYK-kuntoutuksia, psykoterä-

piaa, kuntoutustutkimuksia ja kuntoutustarveselvityksiä. (ks. Työterveys ja kuntoutus 2008, 18.) Mikäli työkykyongelman selvittämisessä käytetään ulkopuolisten tahojen tekemiä arviointia, kuten erikoissairaanhoidon palveluja tai Kelan kuntoutustarvetutkimuksia, tulee näiden tahojen olla yhteydessä työterveyshuoltoon ennen lopullisen lausunnon tekemistä. Työterveyshuolto puolestaan on viime kädessä yhteydessä työnantajaan suoritettujen arviointien tuloksista sillä tavoin, kun työntekijän kanssa on yhdessä sovittu. (Kaukiainen ym. 2007, 157.)

5 Työkyvyn palauttaminen kuntoutuksen avulla

Kuntoutustoiminnalla pyritään ihmisen kuntoutumiseen ja ehkäisemään siten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Kuntoutuksen käsitteen taustalla on ajatus ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessista, jossa tavoitellaan muun muassa toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja työllisyyden edistämistä (STM 2002, 3). Kuntoutustoiminnan prosessimaiseen luonteeseen kuuluu, että tavoiteltua muutosta kohti pyritään etenemään eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen kautta (Paatero ym. 2008, 32–33). Tavoitteena on lopulta saavuttaa henkilön aiempaa parempi työssä jaksaminen ja elämänhallinnan keinojen vahvistuminen (Ilmarinen ym. 2006, 29).

Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan kuntoutustoiminnan ajattelutavassa on viime vuosikymmeninä tapahtunut paradigman muutos. Vanhassa ajattelumallissa vajaakuntoisuus tulkittiin yksilön puutteena ja vajavuutena, kuntoutustoiminta kohdistui pelkästään yksilöön ja asiakkaan rooli oli olla interventioiden kohde. Paradigman muutos on laajentanut ajattelumallia huomioimaan sekä sosiaalisten tekijöiden ja toimintaympäristön merkityksen että kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien ja aktiivisen osallistumisen kaikissa kuntoutusprosessin vaiheissa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 52–55.)

Kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä painotetaan kuntoutusjärjestelmää ja sen kehitystä koskevissa lausumissa. Kuntoutus nähdään asiakkaan prosessina, jonka tulisi jatkua keskeytyksettä yli järjestelmän rajapintojen. Järjestelmien tulisi olla prosessin johdonmukaisuuden sekä mielekkäiden siirtymien takaajia, ei yksittäisiä toimijoita omilla rajatuilla kentillään. (ks. Valmisteluryhmän muistio Sata-komitealle 2009, 3.) Toisaalta kuntoutusjärjestelmän todetaan olevan käytännössä kuitenkin edelleen toiminnoiltaan ja rahoitukseltaan hajanainen. Asiakkaan kokonaistilanteesta vastuuta kantava taho puuttuu ja jokainen järjestelmän toimija seuraa omalle lohkolleen kiteytyneitä sääntöjään. (OECD 2008; STM 2011b.) Seuraavassa avataan kuntoutusprosessin vaiheittaista etenemistä sekä kuvataan siihen osallistuvia toimijoita ja toimenpiteitä.

5.1 Kuntoutujan kuntoutusprosessi

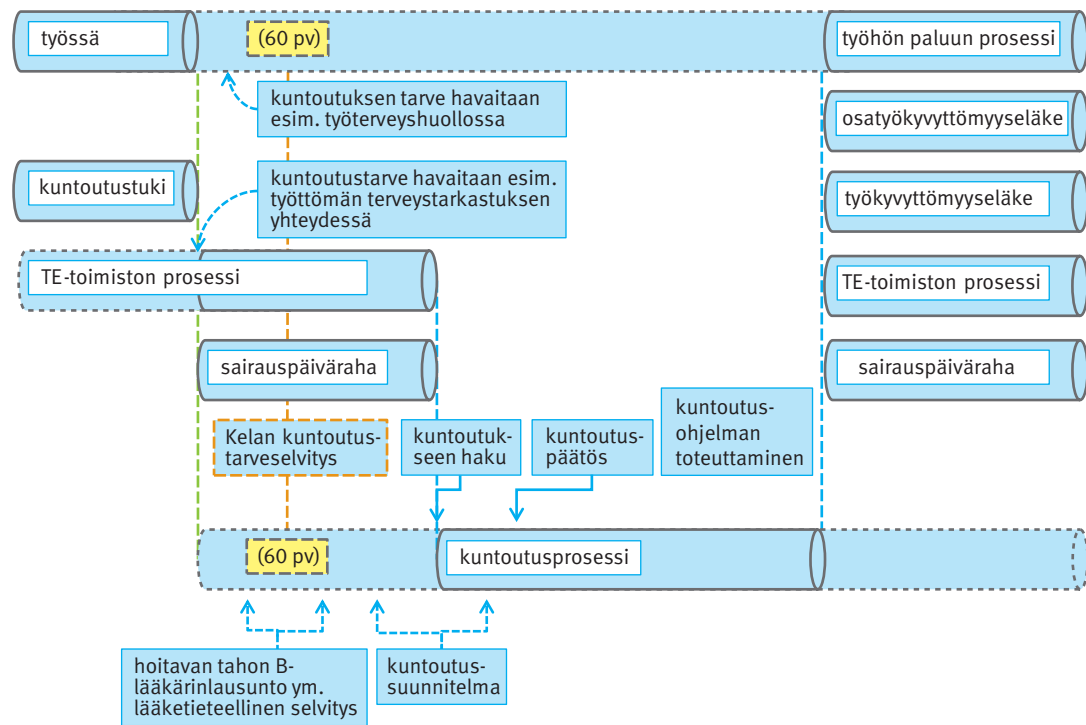
Työsuhteessa olevan henkilön kuntoutustarpeen ja mahdollisuuksien selvittely voi käynnistyä henkilön omasta aloitteesta, työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyössä, perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai Kelan aloitteesta ensisijaisesti viimeistään 60 sairauspäivärahan suorituspäivän jälkeen. Mikäli henkilö on työtön tai muutoin vailla työsuhdetta, kuntoutustarve voidaan todeta kuten edellä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai Kelassa (viimeistään 60 sairauspäivärahapäivän kohdalla) tai sitten työ- ja elinkeinotoimistossa, työvoiman palvelukeskuksessa, sosiaalitoimessa tai työttömien terveys -palvelussa ihmisen tilanteesta riippuen. (Valmisteluryhmän... 2009, 6–7.) Työttömän henkilön palveluprosessia kuvataan tarkemmin luvussa 6.

Sosiaali- ja terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon alaisuudessa tapahtuva lakisääteinen kuntoutustoiminta perustuu todettuun oireeseen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen tai vammaan (STM 2002, 3). Näin ollen kuntoutukseen valikoituminen perustuu yleensä lääketieteelliseen arvioon ihmisen kuntoutustarpeesta ja -mahdollisuuksista (Paate-

ro ym. 2008, 32). Työeläkejärjestelmän ammatillisen kuntoutuksen tapauksessa kuntoutushakemuksessa voi olla lääkärinlausunnon lisäksi liitteenä esimerkiksi kuntoutustarveselvitys, työnantajan laatima kuvaus työstä sekä selvitys mahdollisista työjärjestelyistä (Härkäpää ym. 2011, 75). Kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyn pohjalta syntyy kuntoutussuunnitelma, jonka tarkoituksena on hahmottaa niitä kuntoutukselle asetettuja tavoitteita sekä toimenpiteitä, joiden pohjalta henkilön kuntoutusprosessia lähdetään toteuttamaan (Järvikoski & Härkäpää 2004, 167). Kuntoutussuunnitelma voi sisältyä joko kuntoutushakemukseen tai se voidaan laatia myös vasta kuntoutuspäätöksen jälkeen (Härkäpää ym. 2011, 75). Rissanen (2008, 627) toteaa kirjallisen kuntoutussuunnitelman liittyvän lakeihin, joissa se kytkeytyy kulloinkin kyseessä olevien etuuksien saamiseen tai toimenpiteisiin ryhtymiseen. Kuntoutussuunnitelma voi koskea lääkinnällistä tai ammatillista kuntoutusta, mutta työttömän henkilön tapauksessa se voi olla myös osa työnhaku- tai aktivointisuunnitelmaa (Paatero ym. 2008, 32).

Kuva 6.

Kuntoutusprosessin eteneminen.



Kuntoutusjärjestelmä on aikaa myöten rakentunut monitahoiseksi lainsäädännön, palvelujen järjestäjien, rahoittajien ja tuottajien verkoksi (STM 2002, 3). Vastuu kuntoutustoiminnasta jakaantuu kuntoutettavan tilanteesta riippuen Kansaneläkelaitoksen, työeläkejärjestelmän, työ- ja elinkeinohallinnon, tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöiden sekä kunnallisen terveydenhuollon kesken (STM 2009a, 57). OECD (2008) on todennut Suomen järjestelmän olevan ammatillisen kuntoutuksen osalta pirstaleinen ja ehdottanut muun muassa toimijoiden vastuiden selkeyttämistä ja kuntoutuksen rahoituskanavien muuttamista siten, että vältettäisiin ihmisen asian siirtyminen toimijoiden välillä sellaisessa tilanteessa, jossa vastuut eivät

ole selkeitä. Nykyisessä järjestelmässä ihminen ohjataan epäselvässä tapauksessa toimijalta toiselle, mikä saattaa johtaa loputtomaan asian ja vastuun siirtoon. (OECD 2008, 26; ks. myös STM 2009b, 63.) Gouldin ym. (2007b, 35) tutkimuksessa todetaan, että kuntoutuksen käynnistymisen nopeus on yhteydessä siihen, kuinka helppoa on löytää se taho, joka on valmis ottamaan kuntoutusasian hoitaakseen.

Sosiaaliturvan uudistamista pohtinut SATA-komitea pureutuu ongelmaan esittämällä, että viranomaisvastuita ja viranomaisten välistä työnjakoa tulisi selkeyttää niin, että viranomaisille määriteltäisiin velvoite ratkaista kolmen viikon kuluessa, minkä kuntoutusjärjestelmän vastuulle kuntoutustarpeen arviointi kuuluu. Komitean mukaan työ- ja elinkeinohallinnolle kuuluisi vastuu työttömien kuntoutustarpeen selvittämisestä ja muiden osalta vastuu olisi Kansaneläkelaitoksella. (STM 2009b, 63–64.) Tällä tavoin voitaisiin varmistaa kuntoutuksen katkeamattomuus myös sellaisissa tilanteissa, joissa vastuutaho muuttuu kuntoutusprosessin aikana (STM 2011b, 49). Kuntoutuksen järjestämistä vastuun selkiyttämiseksi on toimijoiden välisestä yhteistyöstä säädetty laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyötä (497/2003).

Kuntoutuksen keskittämistä yhdelle taholle on pidetty epärealistisena tavoitteena, koska kuntoutus on luonnollinen osa kuntoutustahojen vastuulla olevia muita toimintoja (STM 2009a, 57). Markku Lehto (STM 2011b, 39) mallintaa ajatusta kuntoutuksesta osana terveydenhuoltoa, sosiaalihuoltoa, sairausvakuutusta, eläkevakuutusta sekä työvoima- ja koulutuspolitiikkaa, jolloin jokainen näistä toimijalohkoista on ottanut kuntoutuksen eri tavoin ohjelmistonsa, mutta samalla myös rajannut sen itselleen sopivaan muottiin. Tästä johtuen on muodostunut erilaisista lähtökohdista erilaisiin hallinnollisiin kenttiin rakennettuja, nimeltään samoja, mutta toiminnoiltaan erilaisia ratkaisuja. Asiakas koetetaan sopeuttaa erilaisiin kriteereihin pohjautuen näihin hallinnollisia kokonaisuuksia palveleviin (myös muihin kuin kuntoutusta koskeviin) malleihin eikä palvelujen voi näin ollen katsoa lähteneen asiakkaan tarpeista. (em.)

5.2 Kuntoutuksen toimeenpano

Kuntoutuksen toimeenpanoa voidaan lähestyä jakamalla se neljään osa-alueeseen: lääkinnälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen. Järvikosken ja Härkäpään (2004) jaottelussa lääkinnällisellä kuntoutuksella viitataan yleensä kuntoutuksen edellyttämiin lääketieteellisiin tutkimuksiin sekä niiden pohjalta käynnistettäviin ihmisen fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviin toimenpiteisiin. Toisinaan lääkinnällisen kuntoutuksen ohessa on puhuttu myös toimintakykykuntoutuksesta tai toimintakykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta. Ammatillisella kuntoutuksella on puolestaan tarkoitettu sellaisia toimenpiteitä, jotka pyrkivät tukemaan kuntoutujan mahdollisuuksia saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ. Ammatillisen kuntoutuksen keskiössä on pyrkimys parantaa kuntoutujan ammatillisia valmiuksia, kohentaa tämän työkykyä ja edistää työmahdollisuuksia. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 23–24.)

Kuntoutujan sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen, kuten kykyyn selviytyä arkipäivän toiminnoista tai vuorovaikutussuhteista, pyritään vaikuttamaan sosiaalisen kuntoutuksen keinoin. Tällöin kuntoutuksen toimenpiteinä saattavat olla muun muassa asumisen helpottaminen, henkilön taloudellisesta turvallisuudesta huolehtiminen tai sosiaalisten verkostojen tukeminen. Kasvatuksellinen kuntoutus saattaa käsittää muun muassa vammaisen tai

vajaakuntoisen henkilön kasvatuksen ja koulutuksen sekä niiden edellyttämät erityisjärjestelyt. Kasvatuksellisen kuntoutuksen prosessissa toisiinsa yhdistyvät sekä kasvatus, opetus, oppilashuolto että kuntoutus. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 23–24.) Tässä selvityksessä keskitytään pääasiassa lääkinällisen ja ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden ja toimijoiden tarkasteluun ihmisen työssä jatkamisen kannalta.

Lääkinnällinen kuntoutus

Lääkinnällinen kuntoutus on kuntien järjestämistä kuuluva toimintaa, jolla pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy pääpiirteissään varsinaisten kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen pohjautuu asiakkaan kanssa laadittavaan, yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan, jossa määritellään kuntoutuksen tarve, sisältö ja tavoitteet. Kuntoutussuunnitelman laatimisesta on vastuussa lääkäri. Kuntoutuksen tarpeen ja tavoitteiden ohjaamana kuntoutussuunnitelmaa tehdessä huomioidaan sosiaalihuollon, työ- ja elinkeinohallinnon ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen tarjoamat palvelut. Kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin osallistuvat kuntoutustyöntekijöiden lisäksi myös hoitohenkilökunta ja lääkärit sekä muut terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja ammatillisen kuntoutuksen asiantuntijat. (THL 1326/2010, 3 luku 29 §; STM 2008.)

Kuntien järjestämistä kuuluva lääkinällistä kuntoutusta järjestävät terveyskeskukset ja sairaalat osana sairaanhoitoa, mutta niiden lisäksi kuntoutuksen toteuttajina voivat olla myös yksityiset vakuutuslaitokset sekä yksityiset palveluntuottajat (STM 2008, 18). Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) arvion mukaan noin puolet lääkinällisen kuntoutuksen palveluista tuotetaan julkisella ja toinen puoli yksityisellä sektorilla. Potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelussa kunnan vastuulla on varmistaa, että lääkinällinen kuntoutus muodostaa hoidon ohella tarpeenmukaiseksi katsotun toiminnallisen kokonaisuuden (THL 1326/2010, 3 luku 29 §).

Kuntoutuksen järjestäminen vaatii näin ollen käytännössä yhteistyötä muun muassa sosiaalitoimiston, työ- ja elinkeinotoimiston, koulujen, Kelan sekä erinäisten laitosten ja yhteisöjen kanssa. Tämän yhteistyön koordinoimiseksi on olemassa kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöryhmiä (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003). Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kokonaisvastuu kuuluu terveydenhuollolle, mutta Kelan roolia on vahvistettu niiden tilanteiden osalta, joissa kuntoutus on pitkäaikaista ja siitä syntyy suuret kustannukset (KKRL 566/2005; ks. myös Koivisto ym. 2004, 96). Mikäli kuntoutuksen järjestämistä tai kustannusvastuusta ilmenee epäselvyyksiä, järjestämistä kuuluu kunnalle. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä järjestää asiakkaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön. (THL 1326/2010, 3 luku 29 §.)

Ammatillinen kuntoutus

Ammatillista kuntoutusta järjestävät ja tukevat työeläkelaitokset, Kansaneläkelaitos sekä työ- ja elinkeinohallinto. Mikäli kuntoutuksen tarve johtuu työtapaturmasta, ammattitaudis-

ta tai liikennevahingosta, kuuluu kuntouttaminen ensisijaisesti tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksen vastuualueelle. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa tai ylläpitää kuntoutujan työkykyä ja ansiomahdollisuuksia. Kansaneläkelain ja työeläkelakien mukainen ammatillinen kuntoutus perustuu työkyvyn heikentymiseen ja työkyvyttömyyden uhan todennäköisyyteen lähivuosien aikana.

Työeläkekuntoutuksena annettava ammatillinen kuntoutus edellyttää, että henkilö on vakiintunut työelämään ja hänen tulonsa täyttävät ansaintarajan. Kansaneläkelaitoksen tarjoama ammatillinen kuntoutus kohdistuu puolestaan pääasiassa työelämän ulkopuolella oleville, nuorille ja vajaakuntoisille ja tulee kyseeseen ensisijaisesti siinä tapauksessa, että henkilöllä ei ole oikeutta työeläkekuntoutukseen. (Soveltamisohje, Kuntoutuksen eri toimijat ja työnjako.) Työ- ja elinkeinohallinnon ammatillinen kuntoutus on suunnattu vajaakuntoisille työvoimatoimistojen asiakkaille (JTPL 1295/2002, 6 luku 13 §; ks. jäljempänä luku 6.2). Ammatilliseen kuntoutukseen voi sisältyä muun muassa kuntoutustutkimusta, työ- ja kuntoutuskokeiluja, ammatillista koulutusta tai elinkeinotukea.

Työeläkejärjestelmän ammatilliseen kuntoutukseen kohdentuvia kuntoutuspäätöksiä annettiin vuoden 2010 aikana kaikkiaan 7 652 kappaletta¹. Keskimäärin näiden kuntoutushakemusten käsittelyaika oli hakemuksen vireille tulosta valmiiseen päätökseen 37 päivää. Myönteisiä päätöksiä annettiin 82 prosentille ja hylkäyksiä 18 prosentille kuntoutusta hakevista. (ETK 2011, 15–16.)

Vuonna 2004 uudistetun kuntoutuslainsäädännön tavoitteena oli kehittää mahdollisuuksia kuntoutustarpeen oikea-aikaiseen toteamiseen sekä siihen, että henkilö pystyttäisiin ohjaamaan tarkoitustenmukaisten kuntoutustoimien piiriin. Kyse oli tuolloin työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen muuttumisesta subjektiiviseksi oikeudeksi. (ks. Gould ym. 2007a, 21.) Työeläkelaitosten myöntämään ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen onkin kasvanut tasaisesti: vuonna 1992 työeläkekuntoutusta sai 541 henkilöä ja vuonna 2010 vastaava luku oli 9 715 henkilöä. Vuoden 2010 aikana 44 prosenttia työeläkekuntoutujista osallistui työpaikkakuntoutukseen, 29 prosenttia koulutukseen ja 27 prosenttia selvityksiin ja muuhun kuntoutukseen². Osa kuntoutujista osallistui useammalle kuin yhdelle kuntoutuksen toimenpiteelle. Etenkin työkokeilun ja koulutuksen yhdistelmä oli yksi käytetyimmistä kuntoutustoimenpiteistä. Yli puolella vuonna 2010 työeläkekuntoutusta saaneista sairausdiagnoosina oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus ja noin viidenneksellä mielenterveyden häiriö. (ETK 2011, 22–25.)

Vastaavasti Kansaneläkelaitoksen vajaakuntoisille³ henkilöille tarkoitetuille ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteille osallistui vuonna 2010 noin 12 950 kuntoutujaa. Eniten kuntoutusta annettiin ammattikoulutuksena, TYK-toimintana ja työhönvalmennuksena. (Kela 2011, 55.) TYK-toiminta eli työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus voidaan toteuttaa vajaakuntoisten ammatillisena kuntoutuksena tai muuna harkinnanvaraisena, yksilö- tai ryhmäkohtaisesti toteutettuna kuntoutuksena. Työeläkekuntoutusta saaneiden tavoin myös Kelan kuntoutujien sairauserusteissa korostuivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (Kela 2011, 56). Kuntoutusmuotojen toimivuuden tarkasteluun palataan luvussa 7.4.

1 Luku sisältää sekä yksityisellä että julkisella sektorilla annetut kuntoutuspäätökset.

2 Tilastoinnissa on käytetty termiä kuntoutustutkimukset.

3 Huomattakoon, että kansaneläkejärjestelmässä käytettävä vajaakuntoisuuden käsite edellyttää, että henkilöllä on uhka tulla työkyvyttömäksi tulevana vuosina. Vajaakuntoisuus-käsite esiintyy myös työ- ja elinkeinotoimistojen ammatillisen palveluiden saamisen yhteydessä, jolloin siihen ei liity työkyvyttömyyden uhan todennäköisyyttä.

6 Työkyvyn ongelmat työ- ja elinkeinotoimistojen asiakkailla

Työttömien terveys on nostettu erityiseksi huolenaiheeksi muun muassa edellisen hallituksen Terveiden edistämisen -politiikkaohjelmassa, koska suuri osa perusterveydenhuollon palveluista saadaan työterveyshuollon kautta (Terveiden... 2007, 12). Siinä missä työsuhteessa olevat hyödyntävät työterveyshuoltoa, työttömät turvautuvat maksullisiin ja heikosti resursoituihin terveyskeskusten palveluihin (OECD 2005, 98). Saikku (2009, 14) toteaaakin, että terveyspalvelujärjestelmän rakenteelliset ominaisuudet ovat johtaneet tilanteeseen, jossa terveydentilansa ja taloutensa puolesta heikoimmassa asemassa olevat ihmiset eivät välttämättä pysty käyttämään tai saa tarvitsemiaan terveyspalveluja.

Työttömien työkyvyn edistämiseen pyritään tarttumaan Sosiaaliturvan uudistamiskomitean esityksestä jo ennen varsinaisen työttömyyden alkamista. SATA-komitea on ehdottanut, että työttömäksi joutuvalla sekä lomautettavalla tehdään hänen omassa työterveyshuollossaan vähintäänkin tarvearvio, jossa arvioidaan sekä henkilön terveydentilan seurannan tarvetta että ammatillisen ja lääkinällisen kuntoutuksen tarvetta. Tarvearvion pohjalta henkilö ohjataan tarvittaviin jatkotoimenpiteisiin. Työterveyshuollon ulkopuolella olevien työikäisten terveyttä ja työkykyä tukevista palveluista voisi komitean mukaan perusterveydenhuollossa vastata kunnan nimeämä terveydenhoitaja. Mikäli tämä ei ole mahdollista, niin perusterveydenhuolto voisi järjestää tarvittavan palvelun ostopalveluna ensisijaisesti kunnan järjestämästä työterveyshuollosta. (STM 2009b, 79.)

Työttömien työkyvyn arviointia ja terveyspalvelujen järjestämistä pohtinut työryhmä (TEM 2011, 26) katsoo työttömien työkyvyn arvioinnin ja työmarkkinoille kuntoutumisen edellyttävän useiden eri toimijoiden välistä yhteistyötä (ks. jäljempänä esimerkiksi kuva 8). Työryhmän mukaan työ- ja elinkeinotoimistolla tulee olla ensisijainen vastuu siitä prosessista, jossa arvioidaan työnhakijan työkyky ja päätetään työmarkkinoille kuntouttavista palveluista. Prosessivastuun edellyttämänä TE-toimisto tarjoaa työttömälle työnhakijalle niitä työvoimapalveluja, joita sen vastuulle on määritelty laissa julkisesta työvoimapalvelusta (JTPL 1295/2002). Tämän lisäksi TE-toimisto huolehtii tarpeen vaatiessa työttömän työnhakijan ohjaamisesta kunnan sosiaali- ja terveyspalveluihin, Kansaneläkelaitokseen ja työeläkekuntoutukseen. Selkeiden vastuusuhteiden ohella työryhmä korostaa työttömälle työnhakijalle tarvittaessa suoritettavan terveystarkastuksen merkitystä työnhakijan työllistymiseen tähtäävän prosessin kannalta. (TEM 2011, 26.)

Paitsi että terveystarkastuksen kautta saadaan tietoa mahdollisesta työkyvyn heikentymisestä, sen perusteella terveydenhuollon toimija pystyy myös edistämään työnhakijan siirtymää hoitoon tai kuntoutukseen, mikä voi käytännössä tarkoittaa jatkotutkimuksiin ohjaamista, sairauksien hoitamista tai lääkinällistä kuntoutusta. Työttömien kohdalla on jokseenkin ongelmallisena pidetty sitä, ettei hoitava lääkäri kirjoita todistusta sairauspäivärahan hakemista varten. Perusteena käytäntöön on ollut se, ettei työttömällä henkilöllä ensinnäkään ole työtä, jota vasten työkyvyttömyyttä voitaisiin peilata, toisekseen katsotaan, ettei sairauspoissaoloon ole ylipäänsä tarvetta ja lisäksi työttömien toimeentulon ajatellaan olevan järjestetty jo työttömyysturvan kautta. Todistusten kirjoittamatta jättämisestä seuraa kuitenkin se, ettei työttömien henkilöiden sairauspäivärahakertymä pystytä seuraamaan eikä näin ollen tieto

työttömän todellisesta tilanteesta myöskään välity Kelaan. Tällöin Kelalla ei ole mahdollisuutta selvittää henkilön kuntoutustarvetta ajoissa. (TEM 2011, 14.)

6.1 Työnhakijan palvelutarpeen määrittäminen

Työhaun katsotaan alkavaksi siinä vaiheessa, kun henkilö ilmoittautuu työnhakijaksi työ- ja elinkeinotoimistoon. Ensimmäisiä havaintoja työnhakijan terveydentilaan liittyvistä ongelmista voidaan saada samassa yhteydessä. Tällöin muiden, muun muassa henkilön osamiseen ja työhistoriaan liittyvien tietojen lisäksi työnhakijalta pyydetään hänen työkykyään koskevia tietoja. Työnhakujärjestelmää on pyritty kehittämään tältä osin siten, että verkossa tapahtuvan ilmoittautumisen yhteydessä palveluun on lisätty 10.12.2010 alkaen kysymys, jolla kartoitetaan työnhakijan terveydentilan vaikutusta työnhakuun. (TEM 2010, 5; TEM 2011, 16.) Työnhakijan palveluprosessiin liittyvistä vaiheista on säädetty laissa julkisesta työvoimapalvelusta (JTPL 1295/2002). Palveluprosessia on havainnollistettu kuvassa 7.

Alustavaa kokonaiskäsitystä ihmisen tilanteesta pyritään muodostamaan niin sanotun alkukartoituksen yhteydessä, jolloin TE-toimiston virkailija määrittelee asiakkaan kuuluvaksi tiettyyn asiakassegmenttiin ottamalla huomioon asiakkaan tilanteen ja palvelujen tarpeen. TE-toimistojen käyttämät, ihmisen palvelutarvetta ohjaavat segmentit kulkevat nimikkeillä: *suoraan työmarkkinoille suuntaavat, osaamisen kehittämisen kautta työmarkkinoille suuntaavat ja työmarkkinoille kuntoutuvat*. Jälkimmäisiin segmentteihin kuuluvien henkilöiden kohdalla voidaan edellyttää asiakkaan työkyvyn arviointia. (TEM 2011, 16.) Niissä tapauksissa, joissa henkilön palvelutarpeen selvittämisen katsotaan vaativan juuri työkyvyn tai työkuoron selvittämistä, työnhakijalla on lainsäädännöllinen velvoite osallistua hänelle osoitettuihin toimenpiteisiin. Muutoin ilman perusteltua syytä työhaun voimassaolo lakkaa. (JTPL 1295/2002, 3 luku 6a §.) Työmarkkinoille kuntoutuvat -segmenttiin määritellään kuuluvaksi sellaiset työnhakijat, joiden työllistymisen tukemisessa katsotaan tarvittavan julkisten työvoimapalvelujen lisäksi myös sektorirajat ylittäviä palveluja ja moniammatillista verkostoyhteistyötä. Yhteistyötahoina voivat toimia kunnat, kolmannen sektorin toimijat tai kuntoutuksesta vastaavat tahot. Oletuksena on, että työnhakijan työllistymiseen saattavat vaikuttaa erilaiset työ- ja toimintakykyyn tai elämänhallintaan liittyvät rajoitteet. (TEM 2009, 12, 21–22.)

Tilanteissa, joissa työnhakijan työllistymistä ei katsota voitavan auttaa TE-toimiston keinoin, on asiakas mahdollista luokitella niin sanotuksi etuusasiakkaaksi. Tällöin katsotaan, ettei henkilö voisi työllistyä avoimille työmarkkinoille. (TEM 2009, 7.) Etuusasiakkaaksi henkilö määritellään ensinnäkin siinä tapauksessa, jos hänen työllistymistään on pyritty TE-toimistoissa ja sen yhteistyötahoilla edistämään pitkään jatkuneen työttömyyden aikana, mutta tuloksia ei ole saavutettu. Toisekseen etuusasiakkuus voi syntyä silloin, jos työnhakijalla todetaan vaikeita päihde- tai mielenterveysongelmia tai sellaisia terveydellisiä rajoitteita, jotka estävät työnteon. Etuusasiakkaaksi määrittely voi tulla kyseeseen lisäksi siinä tapauksessa, että työnhakijalla on tullut täyteen 300 sairauspäivärahopäivää, hänen eläkehakemuksensa on hylätty eikä hänen terveydentilassaan ole tapahtunut muutoksia. Tällöin myös katsotaan, ettei ihmisen työllistymisedellytyksiä voida edistää TE-toimistojen käytettävissä olevilla keinoilla, kuten ammatillisella kuntoutuksella. Tavallisimmin etuusasiakkuus tulee kyseeseen vasta pitkään jatkuneen ja tuloksettoman palveluketjun seurauksena,

mutta joissain tapauksissa – kuten vaikeiden päihde- ja mielenterveyshäiriöiden kohdalla – etuusasiakkaaksi määrittely voi tapahtua jo alkukartoituksen yhteydessä. (TEM 2010, 7; TEM 2011, 16.)

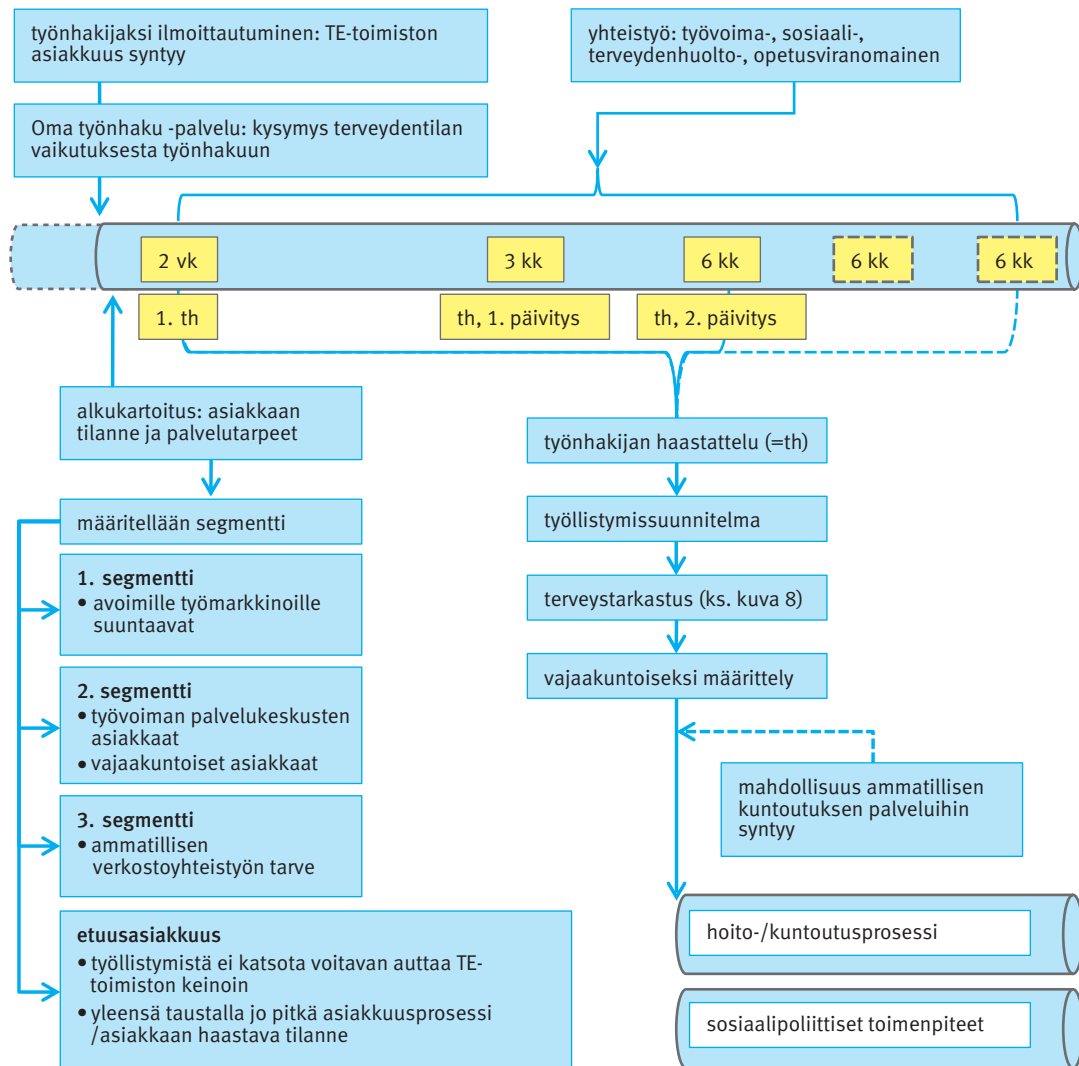
Kattavampi selvitys työllistymiseen vaikuttavista tekijöistä tehdään segmentointiin pohjautuen kahden viikon kuluessa työnhaun alkamisesta työnhakijan haastattelun yhteydessä. Tällöin puheeksi on otettava myös työnhakijan terveydentilaan liittyvät seikat. Työnhakijan haastattelun yhteydessä laaditaan joko työllistymissuunnitelma tai sitä korvaava suunnitelma, joka tulee määrittämään keskeisesti myöhemmissä vaiheissa työnhakijan palveluprosessin kulkua. (TEM 2011, 17.) Ensisijainen vastuu suunnitelman ja siinä työnhakijan kanssa sovittujen toimien toteutumiseen liittyvästä seurannasta on työllistymissuunnitelman laatineella virkailijalla (TEM 2010, 12). Ammattitaidon ja työkokemuksen kaltaisten, työnhakijan kokonaistilanteen kartoittamista varten koottavien tietojen lisäksi työllistymissuunnitelmassa selvitetään myös mahdollista ammatillisen kuntoutuksen tarvetta (TEM 2011, 17). Henkilön palvelutarvetta arvioidessaan TE-toimiston virkailija voi tarvittaessa konsultoida kuntoutusasioihin perehtynyttä psykologia tai kuntoutusneuvojaa (TEM 2011, 29).

Varsinainen työttömän henkilön työkyvyn arviointi toteutetaan useimmiten joko erikoislääkärillä TE-hallinnon rahoituksella tai terveyskeskuksessa yleislääkärin toimesta (Saikku 2010, 24–25). Asiakkaan tilanteesta riippuen TE-toimistolla on myös velvollisuus antaa tietoja kuntoutusmahdollisuuksista ja ohjata asiakasta tarpeen mukaan joko sosiaali-, terveydenhuolto- tai opetusviranomaisen tai Kelan järjestämien palveluiden piiriin. (TEM 2011, 18.)

Työnhakijan palveluprosessiin tehdään tarkistuksia väliajoin. Työnhakijan haastatteluja tehdään kolmen ja kuuden kuukauden yhtäjaksoisten työttömyysjaksojen jälkeen sekä sen jälkeen aina kuuden kuukauden välein. Yksilöllisestä tarpeesta riippuen haastatteluja voidaan tehdä tätäkin useammin. (TEM 2010, 9.) Erityistä huomiota TE-toimistoissa tulee kiinnittää työnhakijoihin, joiden terveydentilaan liittyvät oireet aiheuttavat vetäytymistä tai passivoitumista, sillä nämä henkilöt myös usein jäävät sivuun terveydenhuollon palveluista (TEM 2011, 29). Mikäli asiakkaan tilanteessa tai palvelutarpeissa tapahtuu muutosta, hänet voidaan siirtää asiakassegmentistä toiseen. Erityisen tärkeäksi asiakassegmentin päivittäminen katsotaan aina pidempikestoisemman palvelun, kuten työvoimakoulutuksen tai palkkatuetun työn päättyessä. (TEM 2010, 7.)

Kuva 7.

Työkykyongelman työnhakijan palveluprosessi.



6.2 Työnhakijan työkyvyn selvittäminen

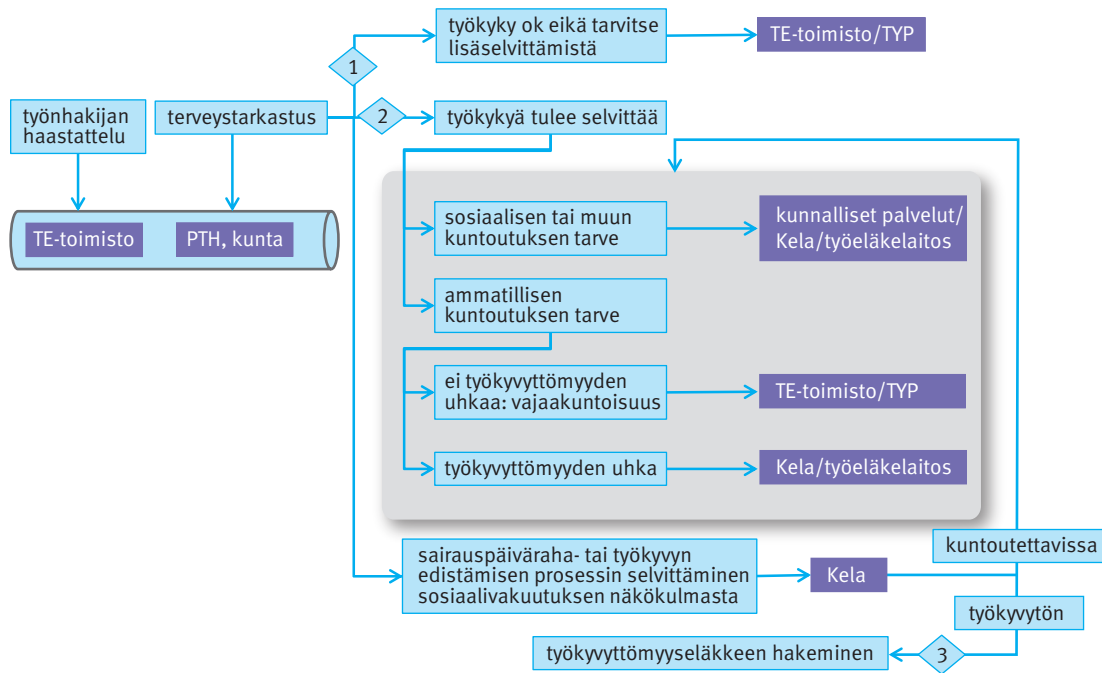
Tarvittaessa työnhakija voidaan ohjata työkyvyn selvittämistä varten terveystarkastukseen, joka yleensä sisältää vähintäänkin terveydenhoitajan tekemän tarkastuksen (TEM 2011, 17). Työ- ja elinkeinoministeriö selvitti terveystarkastuksiin ohjaamista kyselyllä, joka kohdennettiin TE-toimistoille ja työvoiman palvelukeskuksille. Vastaajista 82 prosenttia katsoi, että terveystarkastuksiin tulisi ohjata kaikki palvelua tarvitsevat asiakkaat eikä palveluun ohjaamista tulisi heidän mukaan sitoa työttömyyden keston. Vastaajat arvioivat, että lokakuussa 2010 heidän palveluidensa piirissä oli vähintään 20 000 työttömää henkilöä, joiden työkykyä tulisi selvittää terveystarkastuksilla. Kyselyn perusteella TE-toimistoissa ja työvoiman palvelukeskuksissa koetaan olevan helppoa valikoida työttömien joukosta ne asiakkaat, jotka tulisi ohjata terveystarkastuksiin. Myös työttömät itse ovat vastaajien mukaan suhteellisen halukkaita osallistumaan tarkastuksiin. Ongelman nähdään olevan

sen sijaan siinä, että terveystarkastuksiin on pitkät odotusajat eikä näitä palveluja ole riittävästi saatavilla. Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan kysely vahvisti käsitystä, ettei työtömille tällä hetkellä useinkaan kirjoiteta sairauden johdosta todistusta työkyvyttömyydestä. (TEM 2011, 19–20.)

Työttömän työnhakijan työkyvyn selvittämisen voi pääpiirteissään ajatella johtavan kolmenlaisille poluille (ks. kuva 8). Ensinnäkin siinä tapauksessa, että työkyvyn ongelmia ei todeta eikä näin ollen lisäselvityksille katsota tarvetta, henkilön palvelu jatkuu TE-toimistossa tai työvoiman palvelukeskuksessa ja tavoitteena on työllistyminen avoimille työmarkkinoille. Prosessiin liittyvä toinen polku viittaa suuntaan, jossa työnhakijan työkyvyn selvittäminen vaatii lisäselvityksiä. Lisäselvityksillä kartoitetaan henkilön ammatillisen tai muun, kuten sosiaalisen, lääkinnällisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen tarvetta. Työryhmä (TEM 2011) painottaa, että työttömän työkyvyn selvittämisprosessin aikana näkökulmana tulee olla työnhakijan jäljellä oleva työkyky ja sen edistäminen. Terveystarkastuksessa voi nousta esille sairauden hoidon sekä lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen tarpeita, joiden järjestämisestä ensisijaisesti kunta on vastuussa. (TEM 2011, 26–27 sekä liite: Työttömän ohjautuminen terveystarkastukseen ja työkyvyn arviointiin.)

Terveystarkastuksessa voidaan saada tietoa myös työnhakijan mahdollisen työkyvyttömyyden lyhytaikaisesta (sairausvakuutuslain mukainen) tai pysyvästä luonteesta. Tällöin liikutetaan sosiaalivakuutukseen kiinnittyvän, sairauspäiväraha- tai työkyvyn edistämisen prosessin alueella, jossa Kela on ensisijainen vastuullinen toimija. Mikäli työkyvyn selvittämisen prosessin aikana ilmenee, että työtön ei ole kuntoutettavissa, vaan työkyvytön, työtön ohjataan hakemaan työkyvyttömyyseläkettä. Tällä kolmannella polulla kunnan sosiaalityöntekijän tulee olla tarvittaessa henkilön apuna eläke-edellytysten selvittämisessä ja eläkehakemuksen tekemisessä. (ks. TEM 2011, 27 sekä liite: Työttömän ohjautuminen terveystarkastukseen ja työkyvyn arviointiin.)

Kuva 8.

Työnhakijan työkyvyn selvittämisen vaiheet ja vastuutahot.⁴

Työnhakijan vajaakuntoisuus

Työvoimapalvelujen piirissä tapahtuva asiakkaan vajaakuntoisuuden arvioiminen on kaksivaiheinen prosessi. Vajaakuntoisuuden määrittely perustuu ensinnäkin lääkärin diagnosoimaan, yksilön fyysiseen tai psyykkiseen vammaan, sairauteen tai vajavuuteen. Mikäli työvoimaviranomainen ei saa suoraan asiakkaalta käyttöönsä henkilöä hoitavan tai hoitaneen lääkärin antamia kirjallisia lausuntoja, voi hän konsultoida asiassa esimerkiksi TE-toimiston muita asiantuntijoita tai asiantuntijalääkäreitä. Konsultaatioiden kautta pyritään saamaan tietoja sekä asiakkaan terveydentilan rajoitteiden merkityksestä työllistymisen kannalta että mahdollisesti myös jatkossa tarvittavista, terveydentilan ja työkunnan tutkimusten järjestämisestä. Mikäli tarvetta tutkimuksiin todetaan, työvoimaviranomainen voi ne myös järjestää. Pelkkä sairausdiagnoosi ei kuitenkaan ole yksinään vajaakuntoisuuden määrittelyn perusta, vaan sairauden tai vamman tulee aiheuttaa työnhakijalle huomattavaa työn saamisen, työssä pysymisen tai työssä etenemisen eli uravalinnan mahdollisuuksien kaventumista. Tässä lopulta työvoimaviranomaisen suorittamassa vajaakuntoisuuden arvioinnissa huomioidaan sekä yksilöön että ympäristöön liittyviä seikkoja. (Kuusinen 2010a, 1, 4–6.)

Työ- ja elinkeinohallinnon järjestämä ammatillinen kuntoutus käsittää kaikki ne palvelut, joita vajaakuntainen asiakas tarvitsee tilanteessaan, jossa sairaus, vika tai vamma vaikeuttaa työn saamista, työssä pysymistä tai uravalintoja. Ammatillinen kuntoutus on TE-toimistojen asiakkaiden kohdalla tarkoitettu pääsääntöisesti työttömille ja työttömyysuhan alaisille henkilöille, joilla *ei* ole työkyvyttömyyden uhkaa taikka työkyvyn alentumaa. (Kuusi-

⁴ mukailten TEM 2011, 26–27 sekä liite: Työttömän ohjautuminen terveystarkastukseen ja työkyvyn arviointiin.

nen 2010b, 4, 9–10.) Mikäli kuitenkin on niin, että ihmisen sairaus tai vammaisuus aiheuttaa työkyvyttömyyttä tai sen uhkaa, ammatillisen kuntoutuksen palvelujen järjestämisvelvollisuus on tapauksesta riippuen joko liikenne- ja tapaturmavakuutuslaitoksilla, työeläkelaitoksilla tai Kansaneläkelaitoksella (Kuusinen 2010a, 2).

Vajaakuntoisia työnhakijoita oli vuonna 2009 kaikkiaan noin 96 000 ja vajaakuntoisia työttömiä työnhakijoita noin 66 700 (Kuusinen 2010b, 23). Vajaakuntoisten työnhakijoiden määrä on noussut tasaisesti koko 2000-luvun, mutta toisaalta vajaakuntoisten pitkäaikais-työttömien määrä on vähentynyt 34 prosentilla 2000-luvun aikana. Vajaakuntoisuuden syyinä painottuvat kolmanneksella tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja viidenneksellä mielenterveyden häiriöt. (VATES-säätiö 2009.)

Vajaakuntoisten työ- ja elinkeinotoimistojen asiakkaiden palveluissa pyritään hyödyntämään ensisijaisesti kaikille kansalaisille tarkoitettuja työvoimapalveluja, kuten työnvälitystä, ammatinvalinta- ja urasuunnittelupalvelua, koulutus- ja ammattitietopalvelua sekä työvoimakoulutusta. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle voidaan valikoidusti antaa henkilökohtaista työnvälityspalvelua, työvoimapoliittista aikuiskoulutusta, ammatillista kuntoutusta, liikkuvuusavustuksia sekä myöntää tukea vajaakuntoisen työhön sijoittumiseksi. (Kuusinen 2010b, 8–9.) Vajaakuntoisten työmarkkinoille sijoittumista edistetään työvoimapalveluissa samoilla toimintaperiaatteilla kuin muidenkin asiakkaiden kohdalla. Ensisijaisesti vajaakuntoiselle pyritään löytämään työpaikka, jossa sairaus tai vamma ei aiheuta olennaista haittaa. Mikäli työllistymisen haitaksi osoittautuu puutteellinen koulutus, vajaakuntoinen asiakas pyritään ohjaamaan koulutukseen. Edellä mainittuihin nähden toissijaisena työllistämisen tukena käytetään työllistämismäärärahoja, joiden turvin vajaakuntoiselle on mahdollista järjestää palkkatuettua työtä. Vajaakuntoiselle henkilölle suunnattujen toimenpiteiden eräänlaisena tavoitetilana pidetään sitä, että asiakas joko pystyy jatkaamaan työssään, saa työtä tai tekee itselleen sopivan uravalinnan. Tämän lisäksi onnistuneeksi lopputulokseksi nähdään myös se, että asiakkaan vajaakuntoisuusmerkintä voidaan poistaa. (Kuusinen 2010b, 9–10.)

7 Prosessien toimivuuden tarkastelua

Selvityksen aiemmissa luvuissa työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen tai työhön paluuseen keskeisesti liittyviä osajärjestelmiä on jäsennetty esittämällä niihin liittyviä toimijoita ja toimenpidemahdollisuuksia sekä kiinnitetty huomiota järjestelmien lainsäädännölliseen kontekstiin. Tässä luvussa tarkastellaan prosessien toimivuutta kotimaisten tutkimusten sekä aiempien selvitystöiden näkökulmasta.

7.1 Sosiaalivakuutus työssä jatkamisen tukemisessa

Suomessa sairauspoissaoloihin ja työkykyyn liittyvää lainsäädäntöä on uudistettu viime vuosina ja uudistuksissa on pyritty huomioimaan työkyvyn edistämisen merkitys läpi koko ihmisen työuran (Joensuu ym. 2008, 26). Valmisteilla olevissa muutoksissa lainsäädäntöä pyritään täsmentämään kehittämällä esimerkiksi sairauspoissaolojen koordinoitua työpäivän, työterveyshuollon ja Kelan välillä, jottei henkilö ajautuisi sairausloman aikana näiden tahojen vaikutusalueen ulkopuolelle (ks. esim. STM 2011a, STM 2011c ja kuva 2).

Työterveyslaitoksen tutkimuksen (Joensuu ym. 2008) mukaan lainsäädännön ajantasaisuudesta huolimatta ongelmana on kuitenkin se, miten lainsäädännön periaatteet saataisiin siirtymään käytäntöön. Poissaolon kokonaisuuteen liittyvät osat esiintyvät eri toimijoiden kentillä, eikä toimijoiden yhteys ole aina välttämättä kovin tiivis. Poissaolotilanteisiin liittyviä vastuita ja koordinaatiosuhteita ei ole raportin mukaan selkeästi osoitettu. Lainsäädännön itsessään todetaan olevan lisäksi melko passiivinen eikä se sisällä työhön paluuseen kannustavia elementtejä. (Joensuu ym. 2008, 26.) Markku Lehdon (2011b) mukaan ongelmallisin tilanne on kannustinloukun kokeville työttömille, osa-aikaisessa työssä tai osa-aikaeläkkeellä oleville. Erityisesti osasairauspäivärahalain odotetaan kuitenkin auttavan työhön palaamista tukevien toimintamallien kehittämisessä. (em.; ks. myös Joensuu ym. 2008, 47.)

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen on Blomgrenin ym. (2011) tutkimuksessa todettu tapahtuvan pääsääntöisesti 300 sairauspäivärahapäivän suoritusajan jälkeen. Kuitenkin muuta kuin sairauspäivärahareittiä pitkin siirtyi työeläkejärjestelmän mukaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle kolmannes. Pelkälle kansaneläkkeelle siirtyi tutkimuksen mukaan muuta kuin sairauspäivärahareittiä 41 prosenttia. Sekä työ- että kansaneläkettä saavista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä muuta reittiä käytti 12 prosenttia. Tutkijoiden mukaan muuta kuin sairauspäivärahareittiä pitkin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen voi hankaloittaa oikea-aikaista puuttumista työkyvyn heikkenemiseen. Esimerkiksi kuntoutusmahdollisuuksia ei välttämättä huomata selvittää tällöin ajoissa. (Blomgren 2011, 14, 26.)

Työkykyisyyden ja työkyvyttömyyden rajamailla

Sairausvakuutuslaki sisältää osasairauspäivärahaetuuden kautta mahdollisuuden henkilön työssäkäyntiin sairauspäivärahaikauden aikana (STM 2011b, 81). Vuonna 2007 voimaan tulleella osasairauspäivärahalainsäädännöllä on pyritty edistämään työelämään osallistumista työkyvyn palautumisvaiheessa. Etuuden tavoitteena on lisätä työelämän joustovaraa työntekijöiden terveyden ja työkykyisyyden vaihtelun mukaan. (Vuorinen ym. 2010, 9.)

Osasairauspäiväraahajärjestelmän käyttöä koskevan tutkimuksen (Kausto ym. 2009) mukaan etuuden käyttö jäi lain voimaantulon alkuvaiheessa odotettua vähäisemmäksi. Tässä yhteydessä kuitenkin huomattakoon, että tutkimuksen aineisto kuvaa vuoden 2007 jälkipuoliskon tilannetta ja on siten ajalta, jolloin osasairauspäivärahan saantiedellytykset olivat voimassa olevaa lainsäädäntöä (SVL 532/2009) tiukemmat. Vuoden 2010 alusta etuuden saantiehtoja lievennettiin ja osasairauspäivärahaa saaneiden määrä yli kaksinkertaistui vuoteen 2009 verrattuna (Kelan tilastoryhmä).

Kauston ym. tutkimuksen perusteella miltei 80 prosenttia tutkittavista koki osasairauspäivärahauden edistäneen sairaudesta toipumista. Edistävää vaikutusta kokivat etenkin mielenterveydenhäiriöiden sekä kasvaimien aiheuttamien diagnoosien perusteella osasairauspäivärahaa saaneet henkilöt sekä ne vastaajat, joiden osasairauspäivärahaa edeltänyt sairauspoissaolo oli ollut keskimääräistä lyhyempi. Osasairauspäivärahalle oli siirrytty keskimäärin noin puoli vuotta kestäneen sairauspäivärahapäiväkauden jälkeen. Osasairauspäivärahan aikaisen työskentelyn järjestämisen näkökulmasta Kausto ym. pitävät tuloksiinsa pohjautuen mahdollisena, että mielenterveyden häiriöissä lyhennetty työviikko tukee parhaiten työn kuormituksesta palautumista. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osalta puolestaan työn aiheuttaman fyysisen kuormituksen vähentäminen onnistunee paremmin työpäivää lyhentämällä. Kaiken kaikkiaan 70 prosenttia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli pystynyt palaamaan kokoaikaiseen ansiotyöhön osasairauspäivärahauden jälkeen. Toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle tutkittavista siirtyi 1 prosentti ja määrälliselle kuntoutustuelle 5 prosenttia. (Kausto ym. 2009.)

Kokoaikaiseen ansiotyöhön palasivat muihin sairausryhmiin kuuluvia selvästi useammin kasvainten tai vammojen perusteella etuutta saaneet henkilöt. Heikoiten työhön paluu onnistui sairausryhmittäin tarkasteltuna mielenterveyden ryhmässä sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa. Kausto ym. pitävät mahdollisena selityksenä sitä, että mielenterveyden häiriöt ja TULE-sairaudet ovat usein luonteeltaan pitkäkestoisia ja uusiutuvia, mikä voi vaikeuttaa työhön palaamista. Tutkimuksen mukaan näihin sairausryhmiin kuuluvat henkilöt pitivät sairauttaan muita useammin työperäisenä, mikä myös saattaa selittää eroja työhön paluussa eri tautiluokkien välillä. (Kausto ym. 2009, 21, 26.)

Osatyökykyisten työllistymisen esteitä koskevassa selvityksessä (STM 2011b) on eri tutkimuksiin perustuen arvioitu, että työkyvyttömyyseläkkeelle jo siirtyneistä noin 30 000 henkilöllä voisi olla potentiaalinen mahdollisuus palata työmarkkinoille joko koko- tai osaaikaisesti, mikäli kysyntä saadaan heräämään. Selvityksessä korostetaan, että osatyökykyisten työllistyminen on tehokkainta silloin, kun henkilöt ovat vielä mukana työelämässä. Näin ollen työnantajien ja työntekijöiden kannustimia tulisi sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kehittää siten, että ne tukevat ihmisiä siirtymään työstä työhön eikä työstä eläkkeelle. (STM 2011b, 83.) Työkyvyttömyyseläkkeeltä takaisin työhön siirtyminen ei ole yleistä. Yhteiskunnan tuki- ja palvelujärjestelmät eivät ole orientoituneet tukemaan tätä prosessia. (ks. STM 2011b; TEM 2008.)

Markku Lehdon selvityksessä (STM 2011b, 41) todetaan toimintamallien kehittämisen tuovan mukanaan parannuksia, mutta kokonaisprosessin hallinnan parantamiseksi ne ovat riittämättömiä. Toimintojen hajauttamisen seurauksena syntyy nykyisellään liian usein epätietoisuutta siitä, ketkä ovat oikeita asiakkaita ja kenen vastuulla on rakentaa polkuja työelämään. Selvityksen mukaan onnistuneen työhön ohjautumisen prosessin ehtona on, että jollakin toimijalla on mahdollisuus toimia yli nykyisten raja-aitojen. (em.)

Työeläkejärjestelmän puolella yhtenä keinona tukea osittain työkykyisten työssäkäyntiä on osatyökyvyttömyyseläke. Vuonna 2010 osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 4 480 henkilöä (Eläketurvakeskuksen tilastot). Osatyökyvyttömyyseläke ei edellytä henkilöltä työssä käyntiä (Soveltamisohje, Työkyvyn arviointi ja eläkeasian ratkaiseminen). Gouldin ja Kalivan (2010, 27) tutkimuksen mukaan 68 prosenttia osatyökyvyttömyyseläkeläisistä kävi työssä vuonna 2008. Osatyökyvyttömyyseläkkeen käyttö on ollut suosittumpaa julkisella sektorilla ja suuremmissa työpaikoissa kuin yksityisellä sektorilla ja pienissä työpaikoissa (em., 35). Osatyökyvyttömyyseläkkeitä myönnetään pelkästään työeläkejärjestelmässä ja sen määräytyminen perustuu edeltävään ansiohistoriaan. Kuitenkin ehdotuksia osatyökyvyttömyyseläkkeen käyttöönottamiseksi on esitetty myös kansaneläkejärjestelmässä (ks. STM 2009b, 81).

Osatyökyvyttömyyseläkkeen toimivuutta tarkastelevan tutkimuksen (Gould ym. 2008, 22) mukaan osatyökyvyttömyyseläkettä käytetään etenkin työkyvyn heikkenemisprosessissa työuran pidentäjänä silloin, kun ihmisen työkyky heikkenee vähitellen. Näitä tuloksia tukevat myös Träskelinin (2011) haastattelututkimukseen perustuvat tulokset, joiden mukaan valtaosa osatyökyvyttömyyseläkkeen saajista koki, että eläke oli auttanut heitä jaksamaan työssä ja tarjonnut heille mahdollisuuden jatkaa työntekoa vanhuuseläkeikään saakka. Träskelinin tutkimuksessa työterveyshuollon rooli muodostui keskeiseksi osatyökyvyttömyyseläkkeelle ohjaavan prosessin kannalta. Vaikka pääosin osatyökyvyttömyyseläkkeen käytöstä saadut kokemukset olivat myönteisiä, koettiin osatyökyvyttömyyseläkeprosessi kokonaisuudessaan haastavaksi, sillä prosessiin liittyvä tieto ja tuki vaikutti haastattelujen perusteella olevan työpaikoilla melko hajanaista ja monet asiat jäivät työntekijän oman aktiivisuuden varaan. (Träskelin 2011.)

Osatyökyvyttömyyseläkkeen toimivuuden keskeisimmät haasteet liittyivät lisäksi muun muassa siihen, kuinka työntekijän voimavarat, työpaikan tarpeet ja työn vaatimukset saadaan kohtaamaan. Esimiehet kaipasivat osatyökykyisten työllistymisen kannalta joustavuutta ja väljyyttä työelämän rakenteisiin. Erityistä tukea tutkimuksen mukaan työntekijä tarvitsee tilanteessa, jossa osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen tapahtuu täyden työkyvyttömyyseläkkeen hylkäyspäätöksen jälkeen. (Träskelin 2011.)

Markku Lehto toteaa osatyökykyisten työllistymisen esteitä koskevassa selvityksessään lainsäädännön tarjoavan monipuolisia mahdollisuuksia parantaa osatyökykyisten toimintakykyä ja siten edistää heidän työllistymistään. Kritiikki kohdistuu kuitenkin säädöksiin, jotka eivät Lehdon mukaan muodosta nykyisellään sellaista selkeää kokonaisuutta, joka avautuisi ymmärrettävästi sekä osatyökykyiselle itselleen että tämän työnantajalle. Lainsäädäntö sisältää useita rajapintoja ja näissä rajapinnoissa vastuusuhteet saattavat olla tulkinnanvaraisia. (STM 2011b, 43.)

7.2 Työpaikan rooli työssä jatkamisen tukemisessa

Työkykyä tukevien mallien kehittäminen ja toimeenpano on katsottu etenkin organisaation ylimmän johdon vastuulle kuuluvaksi tehtäväksi (ks. esim. Ahola 2011). Joensuun ym. (2008) Stress Impact -tutkimukseen pohjautuvassa raportissa todetaan esimiehillä olevan keskeinen rooli työntekijän työhön paluuseen tähtäävässä prosessissa. Esimiehet pystyvät vähentämään työntekijän työkuormitusta, selventämään tarvittaessa työnkuvaa ja säätelemään työmäärää siinä vaiheessa, kun henkilö palaa työhön sairausloman jälkeen. Henkilös-

töhallinto voi puolestaan muun muassa palkkauskäytäntöjen, työhönohjauksen ja osa-aikatyön kautta tukea henkilön työhön paluuta. Samaisen tutkimuksen yhteydessä työsuojelun asiantuntijat pitivät tärkeänä sitä, että työpaikalla olisi tarjolla yksilöllisiä tukikeinoja, kuten koulutusta, työympäristöön liittyviä muutoksia ja teknisiä apuvälineitä. Jotta työntekijä voisi palata työhönsä turvallisesti, katsotaan vakituisen ja sijaistyövoiman riittävyys myös tärkeäksi. Työhön paluun kannalta ongelmalliset seikat liittyivät muun muassa siihen, että työhön paluun tukea ei ole käytännössä selkeästi vastuutettu terveydenhuollon ja työpaikan yhteistyön näkökulmasta, vaikkakin lainsäädäntö sitä edellyttää. (Joensuu ym. 2008, 39–40, 46.)

Elinkeinoelämän keskusliiton laatima työkykyjohtamisen malli (EK 2011) on osa työnantajaosapuolen pyrkimystä edistää työelämäryhmän (2010) tavoitteita keskimääräisen eläkkeellesiirtymisiän nostamiseksi. Myös EK asettaa raportissaan työkyvyn johtamisen yrityksen ylimmän johdon tehtäväksi, mutta siinä onnistuminen edellyttää vuorovaikutusta ja yhteistyötä etenkin työyhteisön, työterveyshuollon ja eläkevakuutusyhtiön tai eläkesäätiön välillä. Raportissa korostetaan, että työkyky- ja työhyvinvointijohtamiseen tehdyt investoinnit maksavat itsensä takaisin vähäisempinä sairaanhoitokuluina, alentuneina työkyvyttömyyskustannuksina ja parantuneena tuottavuutena. (EK 2011.)

Työkykyjohtamisen malli painottaa, että sairauspoissaoloja tulisi seurata ja raportoida johdolle systemaattisesti. Yrityksessä on näin ollen mahdollista muodostaa kokonaiskäsitystä sairauksien työperäisyydestä, työn koetusta kuormittavuudesta ja työkykyä uhkaavista tilanteista. Työkyvyttömyyden hallitsemiseksi on olennaista tunnistaa pitkäaikaiseen tai pysyvään työkyvyttömyyteen liittyvät riskitekijät, minkä jälkeen riskejä voidaan pyrkiä pienentämään joko työpaikalla tapahtuvilla toimenpiteillä tai yhdessä ulkopuolisten tahojen kanssa. Ongelmien varhainen puheeksiottaminen tapahtuu yhteisesti sovitun mallin puitteissa. Vastaavasti sairauden vuoksi työstä poissaolevan henkilön työhön paluuta voidaan helpottaa työhön paluu -ohjelmalla. (EK 2011.)

Varhaisen tuen mallien toimivuudesta on haettu kokemuksia muun muassa Kuntoutussäätiön JATS- ja PUNK -hankkeissa sekä Forman ym. (2008) kuntaorganisaatioita koskevassa tutkimuksessa. Forman ym. tutkimuksen perusteella valtaosalla kuntaorganisaatioita on käytössään vähintäänkin hajanaisia varhaisen puuttumisen tai tuen toimintamalleja. Mallien arvioitiin toimivan parhaiten päihteiden ongelmakäyttöön liittyvissä tilanteissa sekä pitkien sairauslomien kohdalla, mutta huonommin terveyteen liittyvän riskikäyttäytymisen ja työsuorituksen muuttamisen yhteydessä. (Forma 2008, 28–29.)

Työssä jatkamisen tukemista ja sairauslomakäytäntöjä käsitelleen JATS-hankkeen pohjalta saatiin selville, että kaikissa hankkeen yhteydessä tarkastelluissa varhaiseen reagointiin ja tukeen liittyvissä malleissa yhtenä työhyvinvoinnin kehittämisen ja työkyvyttömyyden ehkäisemisen indikaattorina pidetään sairauspoissaoloja. Mallit eroavat toisistaan kuitenkin sen suhteen, millaisiin (lyhyet, toistuvat, pitkät) poissaoloihin organisaatiossa halutaan reagoida ja miten (poissaolojen aikarajat) poissaoloja seurataan. Hankkeen tulokset vahvistivat käsitystä, että eri toimialoilla ei ole olemassa yhteistä sairauspoissaolojen seuranta- ja raportointitapaa. Ylipäänsä varhaisen reagoinnin ja tuen mallien hyödyt liittyvät sovittuihin käytäntöihin, joiden pohjalta työpaikalla voidaan muun muassa tunnistaa poissaolojen kriittiset aikarajat, minkä jälkeen reagointi ja toimenpiteet etenevät sovittujen periaatteiden mukaan. Toimiessaan mallien on todettu madaltaneen puheeksiottamisen kynnyksiä, aikaistaneen on-

gelmiin puuttumista sekä helpottaneen työpaikan ja työntekijän yhteydenpitoa sairausloman aikana. Vastaavasti mallien haasteet voivat liittyä muun muassa siihen, millainen on sopivan kokoinen seurantayksikkö, miten malli saadaan juurrutettua käytäntöön ja kuinka työpaikan ja työterveyshuollon vastuunjako toimii. (Juvonen-Posti & Jalava 2008.)

Stress Impact -tutkimuksen pohjalta onnistuneen työhön paluun kannalta keskeisenä pidettiin erilaisten interventoiden, kuten lyhennetyin työajan, vähittäisen työhön paluun ja työjärjestelyjen merkitystä. Fyysisten sairauksien vuoksi sairauslomalla olevien ryhmässä pidettiin olennaisena työhön paluuta edistävänä tekijänä käytännön järjestelyjä, kuten muutoksia työtehtävissä ja -ympäristössä. Psykkisistä syistä tai useiden samanaikaisesti esiintyvien häiriöiden vuoksi sairauslomalla olleet henkilöt korostivat haastattelussa puolestaan asenteiden ja käytöksen muuttamista työpaikoilla. Haastateltavat pitivät lisäksi mahdollisena, että työnantajan osoittama kiinnostus sairauslomalla olevan työntekijän terveyttä ja vointia kohtaan saattaa toimia rohkaiseva tekijänä työhön paluun kannalta. Tutkimuksessa myös havaittiin, että työhön paluu oli noin viisi kertaa yleisempää henkilöillä, joilla työpaikan pysyvyys oli turvattu. Määräaikaisten työsuhteiden, vuokratyön ja ulkoistamisen yleistyminen voi tutkijoiden mukaan olla vaikeaa niille työntekijöille, joiden resurssit ovat rajoittuneet heikentyneen terveyden vuoksi. (Joensuu ym. 2008, 55, 78, 84.)

7.3 Terveydenhuollon toimivuus työkyvyn tukemisessa

Työhyvinvointityöryhmä toteaa loppuraportissaan (STM 2011a, 43) erikoissairaanhoidon pitkien odotusaikojen aiheuttavan sairauspoissaolojen ja sairauspäiväraha-kausien pitkittymistä. Odotusaikojen pitkittyminen aiheuttaa merkittäviä kustannuksia työnantajille ja sairausvakuutukselle sekä merkitsee yksilötasolla tulojen vähenemistä. Näin ollen työryhmä pitää työkyvyn nopean palauttamisen ja työurien pidentämisen näkökulmasta tärkeänä, että meneillään olevien terveydenhuollon uudistusten yhteydessä varmistettaisiin työssä käyvien henkilöiden mahdollisimman nopea erikoissairaanhoidon pääsy. Huomiota tulisi kiinnittää myös muun muassa siihen, että hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä arvioitaessa näkökohdaksi pidettäisiin henkilön työkyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. (STM 2011a, 43–44.) Valtiontalouden tarkastusviraston raportin (2008, 95) mukaan hoitotakuuajoja koskeva lainsäädäntö ei vaikuta nykyisellään priorisoivan lainkaan työikäisten henkilöiden hoitoon pääsyä suhteessa ikääntyneisiin.

Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Hoitotakuulainsäädännöllä pyrittiin parantamaan kiireettömän hoidon saatavuutta, lyhentämään jonotusaikoja ja yhtenäistämään hoitokäytäntöjä (ks. Pekurinen ym. 2008, 7). Hoitotakuun toteutumista on tarkasteltu muun muassa Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnan tarkastuskertomuksessa (VTV 2008), Stakesin (nykyisin THL) tuottamassa raportissa (Pekurinen ym. toim. 2008) sekä neljännesvuosittain tapahtuvien Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitojonoseurantojen avulla.

VTV toteaa raportissaan, ettei hoitotakuu näytä nopeuttaneen hoitoon pääsyä hoitoketjun alkupäässä lainkaan (VTV 2008, 93). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen maaliskuussa 2011 teettämän kyselytutkimuksen mukaan ongelmaa ei näytä olevan terveystieteiden-

sa tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kohdalla, mikä toteutuu miltei poikkeuksetta kolmen arkipäivän kuluessa. Sen sijaan lääkärin vastaanotolle pääsy kiireettömässä tapauksessa on heikentynyt suhteessa vuoden 2010 lokakuun tilanteeseen. Yli viidesosa väestöstä asui THL:n tietojen mukaan alueella, jossa päivittäin eteen tuli tilanne, ettei lääkärin vastaanottoaika pystytty antamaan potilaan hoidontarpeesta huolimatta. Lisäksi keskimääräiset odotusajat lääkärin vastaanotolle ovat pidentyneet siten, että kun vuoden 2010 syksyllä 72 prosenttia väestöstä asui alueella, jossa vastaanottoaika joutui odottamaan yli kaksi viikkoa, oli vastaava luku maaliskuussa 2011 lähes 80 prosenttia. Lääkärin ja hoitajan vastaanotolle pääsyssä oli kiireettömään hoitoon pääsyn tapauksessa huomattavia alueellisia eroja. (THL 2011.)

Sen sijaan erikoissairaanhoidon pääsy on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan nopeutunut. Hoidon käynnistymisen nopeutuminen näkyi vuonna 2010 myöskin läheteiden käsittelyaikojen ja ensimmäisen käynnin odotusaikojen lyhenemisenä. (THL 2011.) Hoitotakuulainsäädäntöön ja jonojen seurantaan liittyvät käsitteet eivät ole kuitenkaan ongelmattomia. Valviran (2011) mukaan vaikeaa on määrittellä esimerkiksi sitä, mitä hoidon tarpeen arvioinnilla kulloinkin tarkoitetaan.

Valtiontalouden tarkastusviraston mukaan hoitotakuu ei ollut vielä vuoteen 2008 mennessä vähentänyt merkittävästi sairauspäivien määrää (VTV 2008, 98). Kuitenkin Kelan tilastotietojen mukaan korvattujen sairauspäivärahopäivien määrän kehitys on jo vuodesta 2007 lähtien ollut laskusuuntainen (Kelan tilastoryhmä). VTV kiinnittää raportissaan huomiota siihen, ettei hoitotakuulainsäädäntö määritä enimmäisaikoja sairauksien jälkihoidolle. Tästä vaiheesta seuraavat ongelmat voivat siten kulminoitua erityisesti kuntoutuksen ja sairaalasta jatkohoitoon siirtymisen kohdalla. Ylipäänsä VTV toteaa raportissaan, että potilaan hoitoprosessi koostuu useista erilaisista jonoista (esimerkiksi poliklinikka-, tutkimus-, kuntoutusjonoista) ja jono-käsitteeseen viitataan käytännössä varsin epämääräisesti. Jonot ovat myös yhteydessä toisiinsa. Näin ollen hoitoon pääsemiseen liittyvät panostukset yhdessä jonossa saattavat aiheuttaa ongelmia jonossa jossakin toisaalla. (VTV 2008, 45–46, 98.)

Henkilön työhön paluuseen tähtäävien prosessien tarkastelussa on syytä kiinnittää huomiota myös siihen, millaisia ongelmakohtia hoitoprosesseihin voi liittyä. Honkosen ym. (2007) tutkimuksessa tarkasteltiin masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden hoidon laatua kymmenen vuoden jaksolla vertaamalla vuosien 1993–1994 tilannetta vuosiin 2003–2004. Tutkimuksen perusteella vain harvat masennuspotilaat olivat saaneet viikoittaista psykoterapiahoitoa eikä tilanne ollut parantunut merkittävästi seuranta-ajankohden välillä. Masennuksen Käypä hoito -suosituksissa korostetaan vaikeiden masennustilojen yhteydessä depressoilääkehoidon merkitystä sekä psykoterapian yhdistämistä lääkehoitoon (ks. Käypä hoito -suositus, depressio). Tähän liittyen Honkosen ym. tutkimuksessa saatiin kuitenkin selville, että vain harvat olivat saaneet sekä viikoittaista psykoterapiahoitoa että lääkehoitoa. Tilanteessa ei ollut tapahtunut merkittävää muutosta kymmenen vuoden aikana. Valtaosan (86 %) hoito oli edelleen pelkästään lääkehoidon varassa. (Honkonen ym. 2007.)

Työterveyshuolto

Työterveyshuolto voi puuttua työkykyongelmiin vain silloin, kun työterveyshuollolla on käytettävissään tiedot kaikista sairauspoissaoloista. Sipponen ym. (2011) toteavat tämän tie-

donsaannin kuitenkin vaihtelevan käytännössä suuresti. Sairauspäivärahan saaminen edellyttää, että vakuutetun on esitettävä selvitys sairaudesta tai työkyvyttömyyden alkamisajankohdasta. Lähtökohtana kuitenkin on, että henkilö voi käydä haluamallaan lääkäriä ja toimittaa lääkärinlausunnon sairauspäiväraha hakemuksen liitteeksi. Tämän johdosta voidaan joutua tilanteeseen, jossa työntekijän omassa työterveyshuollossa ei olla kattavasti selvillä työntekijän terveydentilasta. (STM 2011a, 22.)

Tämän lisäksi etenkin niissä tapauksissa, joissa työpaikalla ei ole olemassa kattavaa työterveyshuoltosopimusta, työntekijät käyttävät työterveyshuollon lisäksi myös muun terveydenhuollon palveluja ja saavat poissaolotodistuksensa näin ollen työterveyshuoltonsa ulkopuolelta, jolloin poissaolot eivät välttämättä tule työterveyshuollon tietoon. Henkilöstöhallinnon työajanseurannasta ei ole työterveyshuollon seurannan korvaajaksi, sillä työpaikan rekistereihin ei sisälly tietoja työkyvyttömyyden syistä. (Sipponen ym. 2011, 11.) Näin ollen työpaikan ja työterveyshuollon yhteisesti sovitut käytännöt muodostuvat yhdeksi keskeiseksi saumakohdaksi työssä jatkamisen kannalta.

Usein hoito- ja kuntoutusprosessin eteneminen voi liittyä muun terveydenhuollon toimintaan, kun kuntoutustarpeen selvittämisessä tarvitaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon asiantuntemusta. Lindholmin (2008) työterveyslääkäreille kohdistamassa kyselyssä saatiin kuitenkin selville, että valtaosa (58,1 %) vastaajista kokee erikoissairaanhoidon konsultation viivästyksen hidastavan useimmiten työeläkekuntoutuksen käynnistymistä. Toisinaan näin tapahtuu kyselyn mukaan noin kolmanneksen (32,1 %) mielestä. Epikriisin eli hoitoyhteenvedon viivästyksen koki puolestaan hidastavan työeläkekuntoutuksen käynnistymistä usein 18,7 prosenttia ja toisinaan 51,8 prosenttia vastaajista. (Lindholm 2008, 69–70.)

Työkyvyttömyysprosessin hallinnoinnin parantamisen näkökulmasta sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (STM 2011a, 26) kiinnitetään huomiota tiedonvälityksen toimivuuteen. Selvityksessä todetaan, että sähköinen potilastiedon arkisto eli niin sanottu eArkisto tulee jatkossa muodostumaan keskeiseksi tietojen välittämisen tahoksi eri terveydenhuollon organisaatioiden ja toimintayksiköiden kesken henkilön hoitoprosessin aikana, sillä arkisto mahdollistaa potilaan suostumuksella hoitotietojen saatavuuden yli organisaatioiden rajapintojen. Työryhmä kuitenkin ehdottaa, että sähköinen tiedonvälitys tulisi jatkossa saada toimivaksi myös terveydenhuollosta Kansaneläkelaitokselle ja työeläkelaitoksille, jotta etuuksien käsittelyprosesseja kyettäisiin sujuvoittamaan. (em.)

7.4 Työkyvyn palauttaminen kuntoutuksen avulla

Sosiaaliturvan uudistamista pohtineen työryhmän mukaan kuntoutustarpeen selvittäminen siinä vaiheessa, kun sairaus on kestänyt jo 60 päivää, on monessa tapauksessa liian myöhäinen ajankohta. Aikaraja tulisi ymmärtää eräänlaiseksi takarajaksi siltä varalta, että mikään muu kuntoutukseen ohjaava taho ei ole toiminut tätä aikaisemmin. (STM 2009a, 58; STM 2009b, 63.) Gouldin ym. (2010, 79) eläkelaitoksille suunnatun kyselytutkimuksen pohjalta on kuitenkin havaittu, että aina edes tämä Kelan 60 päivän kuntoutustarpeen arviointivastuu ei käytännössä toteudu.

Heikki Suoyrjö (2010, 59) toteaa Kelan kuntoutuksen kohdentumista käsittelevässä väitöskirjassaan kuntoutuksen toimenpiteille osallistuneiden henkilöiden terveydentilan ja työkyvyn olevan jo pitkäaikaisesti ja merkittävästi heikentyneet ennen kuntoutuksen alkamis-

ta. Työeläkekuntoutuksen toimivuutta (Gould ym. 2007b) tarkastelevassa tutkimuksessa on selvitetty kuntoutushakemusasiakirjoihin pohjautuen kuntoutujien sairaushistoriaa kuntoutuspäätöstä edeltäneeltä ajalta. Keskimäärin kuntoutujat olivat sairastaneet ennen kuntoutuspäätöstä 7,2 vuotta ja varsinaista haittaa työssä sairaus oli aiheuttanut kuntoutujille keskimäärin kolme vuotta. (Gould ym. 2007b, 22–23.)

Tulokset kertovat paitsi sairastavuuden pitkästä kestästä myös siitä, että sairastuminen ei tapahdu varsinkaan mielenterveysongelmaisten sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmässä (ks. Gould ym. 2007b, 23) yllättäen, vaan tuottaa työssä jaksamisen ongelmia jo vuosia ennen kuntoutukseen pääsyä – työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä puhumattakaan.

Onnistuneen ammatillisen kuntoutusprosessin kannalta yhdeksi keskeiseksi tekijäksi osoittautui Marnetofin ym. (2001) ruotsalaistutkimuksessa kuntoutuksen toimenpiteiden viivytyksetön aloittaminen. Gouldin ym. (2007b, 35) työeläkekuntoutusta koskevassa tutkimuksessa on kuitenkin havaittu, että noin kaksi kolmesta kyselyyn osallistuneesta katsoo kuntoutuksen alkaneen liian myöhäisessä vaiheessa. Samansuuntaisesta tuloksesta kertoo myös Estaman ja Arolan (2011, 67) työeläkekuntoutuksen käynnistymistä koskevan kyselytutkimuksen tulokset, joiden mukaan 59 prosenttia kyselyyn vastanneista koki, ettei työkyvyn alenemisen uhkaan oltu reagoitu riittävän ajoissa.

Kuntoutustarpeen selvittely käynnistyy Gouldin ym. (2007b, 28) mukaan useimmiten joko henkilön omasta, työterveyshuollon tai muun terveydenhuollon toimijan aloitteen kautta. Eläkelaitosten kuntoutusasiantuntijoille tehdyssä kyselyssä (Gould ym. 2010, 79) saatiin viitteitä siitä, että kuntoutustarpeen selvittelyä ja kuntoutusprosessia hidastavat seikat liittyvät puutteisiin työterveyshuoltojen ja työnantajien välisessä yhteistyössä sekä niissä vaiheissa, joissa varhaista kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyä tehdään työterveyshuollossa tai muilla kuntoutustahoilla. Toisaalta kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyn katsotaan toimivan järjestelmällisen hyvin, mutta usein turhan myöhään silloin, kun se tapahtuu eläkelaitoksissa työkyvyttömyyseläkeratkaisun yhteydessä. (em.)

Kuntoutuksen käynnistyminen voi liittyä myös siihen, millaiset tiedot eri toimijoilla on kuntoutusta koskevissa asioissa. Kuntaorganisaatioiden työterveyshuollon järjestämistä käsittelevissä tutkimuksissa organisaatioiden henkilöstöasioista vastaavat henkilöt arvioivat osaamisen olevan laaja-alaisinta suurissa organisaatioissa, joissa työterveyshuollon eläkevaihtoehtojen tuntemukseen ja työeläkekuntoutusosaamiseen ollaan eniten tyytyväisiä. Muiden organisaatioiden suhteen eroja on enemmän ja vähiten tyytyväisiä työterveyshuollon eläke- ja kuntoutusasioiden tuntemukseen ollaan kuntien osakeyhtiöissä. (Forma ym. 2008, 18–19; Pekka ym. 2010, 22.) Lindholmin (2008, 75) tutkimuksessa kyselyyn osallistuneet työterveyslääkärit pitivät työeläkekuntoutuksen mahdollisuuksiin liittyvää tiedonpuutetta merkittävänä uhkatekijänä kuntoutuksen käynnistymiselle ja sen onnistumiselle. Forman ym. (2008) ja Pekan ym. (2010) tutkimuksien mukaan pidettiin hyödyllisenä, että työterveyshuolloissa olisi oma yhteyshenkilö kuntoutusasioihin liittyen.

Kuntoutus- ja eläkeasioiden käsittely on todettu haastavaksi Heinosen ym. (2011) Kelan asiakkuusprosesseja tarkastelevassa tutkimuksessa, jolloin epävarmuutta koetaan etuuskäsittelijöiden taholta niin omassa osaamisessa kuin asiakkaan neuvomisessakin. Etuuksia käsittelevät toimihenkilöt kokivat erityisen haastavaksi ne asiakkuustilanteet, joissa asiakkaan kanssa joudutaan käsittelemään samaan aikaan montaa toisiinsa kytkeytyvää etuusasiaa, kuten vakuuttamisasioita, sairausperusteisia etuuksia ja eläkeasioita. (Heinonen ym. 2011, 55.)

Kuntoutus ja työssä jatkaminen

Työeläkejärjestelmän ammatillisen kuntoutuksen kuntoutusohjelmia päättyi vuonna 2010 yhteensä 4 225 kappaletta. Niistä henkilöistä, jotka olivat kuntoutuksen alkaessa työelämässä, onnistui takaisin työhön palaamaan välittömästi kuntoutuksen päätyttyä 69 prosenttia ja kuntoutustuelta eli määräaikaiselta työkyvyttömyyseläkkeeltä työhön paluu onnistui puolestaan miltei puolella. (ETK 2011, 30.) Vaikkakin työeläkekuntoutuksen jälkeisen työhönsijoittumisen kehitys näyttää kaiken kaikkiaan viimeisen kymmenen vuoden tarkastelulla positiiviselta (ks. ETK 2011, 30), on työhön palaaminen osoittautunut toisaalta erityisen haastavaksi juuri kuntoutustuen jälkeen.

Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeistä 46 prosenttia alkoi määräaikaisena kuntoutustukena vuonna 2010 (Eläketurvakeskuksen tilastotietoja). Kuntoutustukien keskimääräinen kesto on ollut noin kaksi vuotta (Gould ym. 2007a, 49), mitä soveltamiskäytännön mukaan pidetään myös kuntoutustuen keston rajana, vaikkakaan lainsäädäntö ei aseta kestolle varsinaista enimmäisaikaa (Gould ym. 2011, 10). Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella myönnettyjen kuntoutustukien kesto on ollut keskimääräistä pidempi, esimerkiksi masennuserusteiden myönnettyt kuntoutustuet ovat kestäneet keskimäärin 2,3 vuotta (Gould ym. 2007a, 50).

Kuntoutustuen jälkeistä työhön paluuta tarkastelevan seurantatutkimuksen (Gould ym. 2011) mukaan noin 13 prosenttia kaikista vuonna 2005 kuntoutustuen aloittaneista pystyi palaamaan takaisin työhön muutaman vuoden kuluttua kuntoutuksen alkamisesta. Tutkimuksen perusteella keskeiseksi työhön palaamisen kannalta osoittautui se, oliko henkilön työsuhte voimassa koko kuntoutuksen ajan. Niistä kuntoutustuen päättäneistä henkilöistä, joilla työsuhte oli pysynyt voimassa, työhön palaneiden osuus oli yli kaksinkertainen verrattuna niihin, joilla ei ollut voimassa olevaa työsuhdetta. (em. 14, 19.)

Kansaneläkelaitoksen ammatillisen kuntoutuksen interventioita tarkastelevat tutkimukset (Lindh ym. 2007; Suikkanen ym. 2010) osoittavat, että suurin osa kuntoutujista osallistuu vain yhteen kuntoutustoimenpiteeseen. Suikkasen ym. (2010, 24–25) mukaan tulokset kertovat vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen olevan luonteeltaan pikemminkin yksittäisistä kuntoutustoimenpiteistä rakentuvaa kuin suunnitelmallista ja prosessikeskeistä toimintaa. Nykyisellään kuntoutuksessa näyttää siten painottuvan enemmän selvittely- ja kokeiluluontoiset toimenpiteet kuin sellaiset, muun muassa uudelleen kouluttautumiseen liittyvät ratkaisut, jotka tähtäävät ammatin tai työpaikan vaihdokseen ja sitä kautta ihmisen uudelleentyöllistymiseen (em.).

Kansaneläkejärjestelmän puolella merkittävimäksi, vajaakuntoisille tarkoitetun ammatillisen kuntoutuksen jälkeiseksi siirtymäksi osoittautui Suikkasen ym. (2010, 27) tutkimuksen mukaan työllisyydestä tai työttömyydestä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen. Tutkimuksen pohjalta kiinnitetään huomiota siihen, että huomattava osa tutkimusjoukkoon kuuluvista oli siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle suoraan kuntoutustarveselvitysten jälkeen. Varsinkin pelkästään erilaisiin kuntoutustarveselvityksiin, kuntoutustutkimuksiin ja työkokeiluihin osallistuneiden kuntoutujien kuntoutuspolkujen todettiin johtavan muuta useammin työvoiman ulkopuolelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle. Tutkijat arvioivat yhtenä syytä tähän olevan sen, että kuntoutus käynnistyy suhteellisen myöhäisessä vaiheessa suhteessa asiakkaiden ongelmien kehittymiseen, minkä puolestaan todetaan johtuvan kuntoutustar-

peenarvioinnin tiukkuudesta. Veijo Notkola (2011) viittaa samaan ongelmaan toteamalla, että Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteerinä käytetty työkyvyttömyyden uhan käsite myöhentää ja vaikeuttaa kuntoutukseen pääsyä. Kriteereiden tiukkuus vaikuttaa osaltaan myös siihen, että Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen toimenpiteille tulee aiempaa vaikeamassa tilanteessa olevia asiakkaita. (em.)

Kuntoutuksen tukitoimien todetaan olevan yhä yksilö-, sairaus-, vika- ja vammalähtöisiä, sillä vajaakuntoisen työntekijän kuntoutustarpeen ja työkyvyttömyyden tarkastelu perustuu edelleen lääketieteellisesti määriteltyyn työkykykäsitteeseen. Toisaalta taas työssä jaksamisen kehittämisessä on viime vuosikymmenen aikana siirrytty yksittäisen työntekijän terveyden ominaisuuksien kehittämisestä yksilön ympäristöön ja erityisesti työhön sekä työyhteisöön liittyviin tekijöihin. Juvonen-Postin ja Jalavan (2008) mukaan työkykykäsitteen ja työssä jaksamisen kehittämistoiminnan suhteessa ilmenevä ristiriita on heijastunut käytännön toimintaan muun muassa siten, että on ollut hyvin haastavaa rakentaa riittävän varhain käynnistyviä ja systemaattisia, mutta samalla tapauskohtaisesti joustavia työssä jatkamisen tai työhön paluun tukiprosesseja. (Juvonen-Posti & Jalava 2008, 17.)

Lakisääteisen ammatillisen ja vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen lisäksi Kansaneläkelaitos korvaa määrärahojen puitteissa myös harkinnanvaraista kuntoutusta. Pääasiassa työkäisille suunnattua harkinnanvaraista kuntoutusta ovat esimerkiksi ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus eli niin sanotut ASLAK-kurssit sekä eri sairausryhmille (mm. tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja reuma) suunnatut kuntoutusjaksot.

ASLAK-kurssien on tavoiteltu kohdentuvan henkilöille, joilla voidaan jo todeta työ- ja toimintakykyyn liittyviä riskejä, mutta sairausoireet ovat vielä lieviä. Kuitenkin ASLAK-kursseina toteutetun kuntoutuksen kohdentumista on kyseenalaistettu (ks. Saltychev ym. 2011), koska sen ei ole katsottu kohdistuneen varhaisen eläköitymisen vaarassa oleviin työntekijöihin. Suomen julkisen sektorin työntekijöitä koskeneen tutkimuksen mukaan varhaiskuntoutuksen toimenpiteille osallistuminen oli yhteydessä sellaisiin tekijöihin – kuten pysyvään työsuhteeseen, korkeaan ammattiasemaan, hyvään työn hallintaan ja vähäiseen työhön liittyvään epävarmuuteen – jotka yleensä ennakoivat parempaa terveyttä sekä parempaa työtyytyväisyyttä. Tutkimuksessa saatiin myös selville, että henkilöt, joilla oli suuri terveystilanteen riski joutua varhaisessa vaiheessa eläkkeelle, eivät olleet yhtä halukkaita osallistumaan kuntoutuksen toimenpiteille kuin he, joilla tätä riskiä ei esiintynyt. (Saltychev ym. 2011, 408.)

Hinkka ym. (2010, 51) toteavat Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeita koskevan arviointitutkimuksen pohjalta, että moneen toimijaan ajallisesti ja rakenteellisesti sidoskuntoutusprosessit ovat luonteeltaan yllätyksellisiä ja haavoittuvia niin työnantajien, kuntoutukseen osallistujien kuin kuntoutusta toteuttavien toimijoidenkin kannalta. Kuntoutuksen perinteisiä vastuunäkemyksiä koettelevat sekä työn että työmarkkinoiden jatkuvat muutokset. Tutkijat viittaavat tällä muun muassa siihen, että työstä on tullut ajallisesti aiempaa monimuotoisempaa, työn jatkuvuus on heikosti ennakoitavissa ja työuriin on tullut uudenlaista katkonaisuutta. (em.)

Edellä mainittujen hankkeiden yhteydessä suoritettujen monitahoarviointien pohjalta näyttää siltä, että kuntoutusprosessi toimii parhaiten silloin, kun sekä työterveyshuollolla, kuntoutujalla, esimiehillä että kuntoutuksen toteuttajilla on kuntoutuksen alussa selkeä ja yhtenäinen näkemys kuntoutuksen tavoitteista, toteuttamisesta ja kuntoutuksen tarpeista se-

kä näiden toimijatahojen vastuista ja velvollisuuksista kuntoutujan kuntoutusprosessin aikana. Hinkan ym. mukaan parhaimmassa tapauksessa kuntoutujasta itsestään kypsyy kuntoutusprosessin aikana oman kuntoutusprosessinsa haltija, jolloin myös kuntoutujan omaama tieto ja kokemus varmistavat kuntoutuksen oikea-aikaisuutta. (Hinkka ym. 2010, 51.)

7.5 Työttömien työkykyisyys ja työhön palaamisen väylät

Työttömien työkykyongelmien tunnistaminen on luonteeltaan varsin toisenlainen kuin työssä käyvien henkilöiden ja etenkin niiden, jotka kuuluvat työterveyshuollon piiriin.

Uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnan järjestämään terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolille jääville nuorille ja työikäisille (THL 1326/2010, 1 luku 13 §). Työ- ja elinkeinoministeriön selvityksessä (TEM 2011) painotetaan työllistymissuunnitelman ja siihen tarvittaessa kirjattavan terveystarkastuksen toteuttamista, jotta työkyvyn arviointia tarvitsevat työttömät pystyittäisiin tunnistamaan. Selvityksen mukaan työttömien terveystarkastukset voisivat toimia luontevasti kuntoutuksen käynnistäjänä, sillä Kelan järjestämä kuntoutus edellyttää aina lääkärinlausuntoa sekä arviota henkilön terveydentilasta. Toisaalta selvityksessä kiinnitetään huomiota myös siihen, että sosiaalivakuutuksen näkökulmasta kuntoutusetuuksien saaminen jäsentyy työkyvyttömyyden uhkan käsitteen kautta, mikä on osoittautunut ongelmalliseksi etenkin nuorien ja työttömien kohdalla, sillä heillä kiinteää yhteyttä työelämään ei ole. Viimeksi tehdyn työn ja arviointihetken välissä saattaa olla työttömällä pitkäkin aika, joten toiminta- ja työkyvyn suhteuttaminen työssä selviytymiseen voi osoittautua käytännössä haastavaksi. (em.)

Blomgren ym. (2011, 23) toteavat, että työttömien terveysongelmat eivät tule aina ajoissa esiin järjestelmien välisen koordinaation puutteen takia. Työttömälle ei joko katsota terveydenhuollossa tarpeelliseksi kirjoittaa todistusta sairauspäivärahan hakemista varten tai sitten työttömät itse eivät halua tai toimita saamiaan todistuksia Kelaan pelätessään myönnettyjen etuuksien menettämistä tai asioiden mutkistumista (ks. TEM 2011, 14, 28). Toisaalta ongelmia voi esiintyä myös terveystarkastusten piiriin ohjautumisessa. Työ- ja elinkeinoministeriön selvityksessä (TEM 2011, 19) todetaan, että työttömille suunnattuihin terveystarkastuksiin on pitkät odotusajat ja näitä palveluja ei ole riittävästi saatavilla. Näin ollen on oletettavaa, että kuntoutus- tai työkyvyttömyyseläkkeen hakemiseen liittyvät prosessit eivät käynnisty työttömien kohdalla lainsäätäjän tarkoittamalla tavalla.

Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (2007–2011) yhteydessä on saatu viitteitä työ- ja elinkeinohallinnon toimijoiden kuntoutusosaamisen puutteista. Alustavien tulosten mukaan työttömyysjaksoja kokeneiden kuntoutujien ohjaaminen ASLAK- ja TYK-tyyppiseen kuntoutukseen näyttää olevan työvoimahallinnon toimijoille vierasta ja vaivalloista. Kuntoutukseen on ohjautunut myös varsin vaativissa elämäntilanteissa olevia asiakkaita. (Hinkka ym. 2011, 27–28.)

Työ- ja elinkeinohallinnon yhteydessä on olemassa perinteisempien palvelumuotojen lisäksi myös moniammatillisia toimintakokonaisuuksia, joita on suunnattu etenkin haastavimpien asiakkuustapausten ratkaisemiseen. Erityisesti on arvioitu työvoiman palvelukeskuksia sekä kuntouttavaa työtoimintaa.

Työvoiman palvelukeskukset

Työvoiman palvelukeskukset ovat moniammatillisia ja eri hallintosektorit ylittäviä asiantuntijaverkostoja, jotka tarjoavat yhteistyönä työhön kuntouttavia palveluja TE-toimistojen, kunnan ja Kelan asiakkaille. Asiakas ohjataan työvoiman palvelukeskukseen, jos pelkästään työvoimatoimiston palvelut katsotaan asiakkaalle riittämättömiksi. (STM 2004c, 34–35.) Työvoiman palvelukeskuksissa kartoitetaan asiakkaan suunnitelmat, työ- ja koulutushistoria, työkyky sekä mahdolliset työkykyä häiritsevät ongelmat. Tietojen pohjalta eri asiantuntijat arvioivat asiakkaan tilanteen, minkä pohjalta hänelle tarjotaan tarpeen mukaan työvoimatoimiston, kunnan, Kelan tai ulkopuolisen palveluntarjoajan palveluja (Valtiontilintarkastajien... 2005, 116). Työvoiman palvelukeskukset operoivat omassa palvelurakenteessaan valtion (työhallinnon) ja kunnan (keskushallinnon, sosiaali- ja terveystoimen sekä työllistämispalveluiden) välissä (Karjalainen & Saikku 2008, 212).

TYP-toiminnalla on pyritty parantamaan vaikeasti työllistyvien tilannetta (STM 2004c, 34). Vuonna 2009 työvoiman palvelukeskuksissa oli kuukausittain keskimäärin noin 13 000 työtöntä työnhakijaa (STM 2011b, 40). Palvelukeskusten toiminnan yhdeksi tavoitteeksi on asetettu asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn sekä aktiivisen elämän ja osallisuuden lisääminen, minkä tavoittaminen tapahtuisi niin sanotusti yhden luukun -periaatteella. (ks. STM 2004c, 34–35; Kuusinen 2010b, 15.) Vaikkakin kaikilla työvoiman palvelukeskuksilla on yhtenäinen tavoite, ovat niiden toimintamuodot kehittyneet Karjalaisen ja Saikun mukaan (2008, 202) paikallisista tai seudullisista toimintaresursseista riippuen hyvin erilaisiksi ja heijastelevat siten paikallista yhteistoimintakulttuuria sekä paikallista tai seudullista yhteiskunnallista tilannetta muun muassa pitkäaikaistyöttömyyden, työpaikkojen ja kuntatalouden osalta.

Kerätär ja Karjalainen (2010) ovat tutkineet pitkäaikaistyöttömien työkyvyn arvioinnin toteutumista työvoiman palvelukeskusten asiakkailta. Tutkimuksessa tarkasteltiin 225 vaikeasti työllistyvää asiakasta, jotka ohjattiin kuntoutuslääkärille vuoden 2008 aikana kolmesta työvoiman palvelukeskuksesta. Tutkimuksessa kaikilla tutkittavilla havaittiin jokin työkykyä heikentävä sairaus. Yleisimpänä sairausdiagnoosina esiintyi mielenterveyden häiriö, joka oli 65 prosentilla tutkittavista. Tutkimuksen perusteella Kerätär ja Karjalainen toteavat, ettei tutkittavien ongelmia oltu tunnistettu työttömyyden aikana terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa tai työ- ja elinkeinotoimen palveluissa. Mikäli kuntoutuslääkärin konsultaatiota ei olisi erikseen järjestetty, olisivat ongelmat jääneet todennäköisesti edelleenkin tunnistamatta. (Kerätär & Karjalainen 2010.)

Samaisessa tutkimuksessa pitkäaikaistyöttömille tehtyjen toiminta- ja työllistymiskykyarviointien pohjalta päädyttiin antamaan erilaisia hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä suosituksia kaikkiaan 82 prosentille tutkittavista. Kerätär ja Karjalainen päätyvät tutkimuksen pohjalta toteamaan, ettei pitkäaikaistyöttömien työ- ja toimintakykyä voi tarkastella ainoastaan terveyden ja toimintakyvyn lääketieteellisistä lähtökohdista käsin, vaan samalla on arvioitava pitkäaikaistyöttömien kykyä selviytyä heihin kohdistuvista odotuksista muun muassa sosiaalisissa tilanteissa, työhön pyrkimisessä sekä työssä itsessään. (Kerätär & Karjalainen 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (STM 2011b) työvoiman palvelukeskusten todetaan olevan saman ongelman edessä kuin muidenkin ihmistä takaisin työhön ohjaavien toimenpiteiden, vaikka palvelukeskuksissa nimenomaan pyritään katsomaan asiakkaan ti-

lannetta kokonaisuutena. Palvelupiste on vain yksi vaihe mahdollisesti pitkäksi muodostuvassa prosessissa ja toimijat seuraavat siinä omalle lohkolleen kiteytyneitä sääntöjään. (ks. STM 2011b, 40.) Toisaalta työttömien työkyvyn arviointia ja terveyspalvelujen järjestämistä pohtinut työryhmä (TEM 2011) on pitänyt työvoiman palvelukeskuksissa tehtävää moniammatillista verkostoyhteistyötä hyvänä esimerkkinä siitä, kuinka eri toimijoiden välisellä yhteistyöllä voidaan etsiä ratkaisuja työttömien työnhakijoiden työllistymisen edistämiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Työryhmä ehdottaakin joko TYP-toiminnan tai muun sen kaltaisen toimintamallin laajentamista koko maahan. (TEM 2011, 27–28.)

Kuntouttava työtoiminta

Kuntouttava työtoiminta on osa aktiivisen sosiaalipolitiikan toimenpiteitä, joilla pyritään sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseen ja työllistymismahdollisuuksien parantamiseen. Kuntouttava työtoiminta on kohdennettu pitkään työttömänä olleille tavoitteenaan avata henkilöille väylä joko suoraan työhön tai työ- ja elinkeinohallinnon ensisijaisesti työllistymistä edistävien toimenpiteiden piiriin ja sen jälkeen työelämään. Kuntouttava työtoiminta on viimesijainen aktivointitoimenpide, mikäli ensisijaiset aktivointitoimet, kuten työkokeilu ja työelämävalmennus, eivät asiakkaan tapaukseen sovellu (STM 2004c, 18, 20). Työtoiminnan tavoitteena on lisäksi parantaa kuntoutettavan elämänhallinnan keinoja. Kuntouttavan työtoiminnan järjestämisvastuu perustuu lakiin, joka velvoittaa kuntia ja työvoimatoimistoja tekemään toimeentulotukea tai työmarkkinatukea saavalle asiakkaalle räätälöidyn aktivointisuunnitelman ja järjestämään sen pohjalta yksilöllisen palvelukokonaisuuden. Varsinaisten palveluiden järjestäjätahoina voivat toimia muun muassa työvoiman palvelukeskukset, säätiöt, yhdistykset, kunnat, kuntayhtymät tai valtion virastot, mutteivät kuitenkaan yritykset. (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001; ks. myös STM 2001.)

Kuntouttavasta työtoiminnasta saatu tutkimustieto (Karjalainen & Karjalainen 2010) viittaa siihen, että työtoiminnan seurauksena ei tapahdu niinkään suoraa siirtymää työelämään, vaan henkilöt siirtyvät useimmiten esimerkiksi uusille kuntouttavan työtoiminnan jaksoille, hoitoon, kuntoutukseen tai eläkeselvittelyyn. Yksiselitteistä näyttöä kuntoutuji-en työllistymisestä ei ole saatu myöskään Ala-Kauhaluoman ym. (2004) eikä Kallion ym. (2008) tekemissä tutkimuksissa, joiden mukaan kuntouttavan työtoiminnan vaikutukset koskevat pikemminkin työttömien parantunutta toimintakykyä ja elämänhallinnan (myös Karjalainen & Karjalainen 2010) keinoja kuin varsinaista työllistymistä avoimille työmarkkinoille.

8 Päätelmät

Tämän selvityksen tarkoituksena on ollut voimassa olevan lainsäädännön sekä aiempien tutkimusten ja selvitysten valossa lisätä ymmärrystä työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen tai työhön paluuseen johtavista prosesseista ja niiden taustalla vaikuttavista tekijöistä. Selvityksessä on pyritty kuvaamaan niitä reittejä, joita pitkin työ- ja toimintakyvyn ongelmia kokeva ihminen kulkee yhteiskunnan eri osajärjestelmissä. Selvityksessä huomiota on kiinnitetty eri toimijoihin, toimijoiden rooleihin, toimenpiteisiin sekä järjestelmien väliseen yhteistyöhön.

Loisel ym. (2005) ovat todenneet, että tutkimuksen tulisi pyrkiä kehittämään työhön paluuta tukevia työkaluja. Tutkimuksen tulisi tarkastella kaikkia prosessin kannalta relevantteja toimijoita. Olisi tarkasteltava lainsäädännöllisiä, ammatillisia, hallinnollisia ja kulttuurisia ympäristöjä sekä tavoiteltava sellaisten uusien työhön paluun strategioiden kehittämistä, jotka ovat tehokkaita ja vaikuttavia ja joilla on potentiaalia onnistuneeseen toimeenpanoon. (em.)

Loiselin ehdottama paradigma on tutkimuksellisesti hyvin haastava. Yksittäisessä tutkimuksessa on mahdollista käsitellä vain rajallista tutkimusongelmaa ja aineiston hankintaan, saatavuuteen ja analyysiin käytettävissä olevat resurssit ohjaavat tutkimuksen toteuttamista. Yhtenä mahdollisuutena voisi olla, että kokonaisuutta pyritään hahmottamaan ensin kustakin osajärjestelmästä käsin. Tässä selvityksessä työkyvyn heikkenemiseen liittyviä ongelmia on kuvattu eri osajärjestelmiin kiinnittyneinä. Jokaisella osajärjestelmällä on ihmisen työhön palauttamisen kannalta käytössään omat toimijansa, säädöksensä ja toimenpiteensä.

Sosiaalivakuutuksen näkökulmasta voidaan olettaa, että sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolakiin ehdotetut muutokset tulevat jatkossa parantamaan sairauspoissaoloihin liittyvää koordinoitua ja varhentamaan puuttumista pitkittyviin työkyvyttömyysjaksoihin. Ehdotusten mukaan työnantajan tulee jatkossa ilmoittaa työntekijän sairauspoissaolot työterveyshuoltoon kuukauden sairauspoissaolojakson jälkeen, minkä voi olettaa tiivistävän työpaikan ja työterveyshuollon välistä suhdetta sairauspoissaolojen koordinoinnissa. Sairauspäivärahojen takautuvan hakuajan siirtäminen kahteen kuukauteen nykyisen neljän kuukauden sijaan edesauttaa Kansaneläkelaitoksen toimijoita olemaan paremmin selvillä pitkittyneistä työkyvyttömyysjaksoista. Samoin se, että 90 sairauspäivärahan suorituspäivän jälkeen työterveyshuollon lausunnosta tulee sairauspäivärahan maksamisen edellytys, edistää työkyvyn arviointia työterveyshuollossa. Muutosten voi näin ollen ennakoida ensinnäkin tiivistävän työpaikan, työterveyshuollon ja sosiaalivakuutusjärjestelmän välistä yhteistyötä ja toisekseen parantavan toimijoiden kokonaiskäsitystä työntekijän terveydentilan kehittymisestä. Lisäksi nämä muutokset auttavat hoidon ja kuntoutuksen toimenpiteiden oikea-aikaista käynnistymistä.

Työkyvyn heikkeneminen on usein ajallisesti pitkäkestoinen prosessi, joka voi sisältää eripituisia ja joko saman tai eri sairauden perusteella myönnettyjä sairauspoissaolo- ja/tai kuntoutusjaksoja. Ihmisen asian käsittelyyn osallistuvat tahot saattavat vaihtua tai tiedot sijaita hajanaisena eri osajärjestelmissä. Erityisesti etuuksia käsittelevien toimijoiden työtä hankaloittavat terveydenhuollon ja sosiaalivakuutuksen tiedonkulun ongelmat. Rajaamalla

asiakkaiden tietojen liikkumista pyritään suojaamaan heidän yksityisyyttään, mutta samalla eri järjestelmien saumakohdat voivat hidastaa esimerkiksi kuntoutuksen prosesseja.

Osasairauspäivärahan ja osatyökyvyttömyyseläkkeen kaltaisten sosiaalietuuksien käytöstä on olemassa jo myönteisiä kokemuksia, mutta samalla on havaittu ongelmia yhtäältä niiden hyödyntämiseen liittyvässä osaamisessa että toisaalta siinä, että vajaatyökykyisten kysyntä työmarkkinoilla on edelleenkin puutteellista.

Työkyvyn hallinnan ja edistämisen toteutumista työpaikoilla on pyritty edistämään vuoden 2011 alusta voimaan tulleella lainsäädäntömuutoksella, jonka myötä ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista maksetaan 60 prosentin korvaus niille työnantajille, jotka ovat yhdessä työterveyshuoltonsa kanssa sopineet työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteuttamisesta työpaikalla. Työpaikoille kehitetyistä varhaisen tuen toimintamalleista on saatu myönteisiä kokemuksia, mutta haasteena kuitenkin on, kuinka mallit saadaan juurrutettua työpaikkojen ja työterveyshuoltojen käytännön toimintaan.

Sairauspoissaolojen ajantasaiset ja riittävän kattavat seurantamenetelmät, työntekijöiden terveydentilan seuranta ja tätä kautta varhainen puuttuminen työkykyä uhkaaviin ongelmiin voivat auttaa ehkäisemään työkyvyttömyyksien tarpeetonta pitkittymistä, aikaistamaan kuntoutuksen toimenpiteiden aloittamista ja helpottamaan työntekijän työhön palaamista. Työhön paluun onnistumisessa on keskeistä, että se suunnitellaan räätälöidysti yksilön tilanne ja työkyky huomioiden. Työterveyshuollon asiantuntemus ja työpaikalla suoritettavat interventiot, kuten työtehtävien ja työajan muutokset, voivat edistää työhön paluuta.

Perusterveydenhuollossa kiireettömään hoitoon pääsyssä on todettu olevan huomattavia alueellisia eroja. Erikoissairaanhoidon osalta on kiinnitetty puolestaan huomiota siihen, että pitkät odotusajat aiheuttavat sairauspoissaolojen ja sairauspäiväraha-kausien pitkittymistä. Tarkastelemalla rinnakkain sairausvakuutuslakiin ja terveydenhuoltolakiin sisältyviä määräaikoja voidaan havaita, että mikäli henkilö joutuu odottamaan varsinaisiin hoitotoimenpiteisiin osallistumista lainsäädännön (THL 1326/2010) salliman kuuden kuukauden eli noin 180 päivän ajan, ehtii sairausvakuutuslain (SVL 1224/2004) 150 sairauspäivärahapäivän suoritusajaksi täytyä jo pelkästään tämän odotusajan aikana. 150 suorituspäivän kohdalla Kansaneläkelaitoksen edellytetään tiedottavan vakuutetulle kuntoutusmahdollisuuksista ja työkyvyttömyyseläkkeen tai muun korvauksen hakemisesta. Tällöin työkyvyttömyyseläkkeen haku voi käynnistyä jo siinä vaiheessa, kun henkilö on vasta odottamassa erikoissairaanhoidon pääsyä. Osaltaan tämänkaltaisessa tilanteessa voi työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumista hidastaa kuitenkin se, että kuntoutus on ensisijainen työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden.

Työterveyshuollon näkökulmasta yksi keskeinen ongelma on, että työntekijän omassa työterveyshuollossa ei välttämättä olla kattavasti selvillä henkilön terveydentilasta. Oman työterveyshuollon ulkopuolelta hankitut sairauspoissaolotodistukset eivät aina palaudu työterveyshuoltoon eikä näin ollen työterveyshuollon toimijoilla ole mahdollisuutta edistää työhön palaamista, vaikka suunniteltuja toimintamalleja olisi käytettävissä. Tilannetta saattavat parantaa jatkossa lainsäädäntöön ehdotetut muutokset, joiden mukaan kuukauden sairauspäivärahasuorituksen jälkeen työnantajan tulee ilmoittaa sairauspoissaoloista työterveyshuoltoon ja että 90 suorituspäivän kohdalla työterveyshuollon tulee arvioida työntekijän terveydentilaa, jotta sairauspäivärahan saaminen jatkuisi.

Sairaus saattaa aiheuttaa henkilölle haittaa työssä ja poissaoloja jo useiden vuosien ajan ennen kuntoutukseen pääsemistä. Kuntoutuksen alkaessa kuntoutujan terveydentila ja työkyky saattavat olla jo oleellisesti heikentyneet. Olisikin tärkeää, että kuntoutuksen toimenpiteet käynnistyisivät riittävän ajoissa ja että ne kohdentuisivat varhaisen eläköitymisen vaarassa oleviin henkilöihin. Kuntoutuksen tulisi muodostaa yhtenäinen prosessi eikä koostua irrallisista toimenpiteistä. Kuntoutuksen toimenpiteiden aloittamisessa voi olla olennainen merkitys sillä, millainen tietämys ja osaaminen kuntoutukseen ohjaavalla taholla on eri toimenpidemahdollisuuksista. Yhtenä kehittämismahdollisuutena on nähty se, että työterveyshuollossa olisi yhteyshenkilö kuntoutusasioihin liittyen.

Työ- ja elinkeinohallinnolla on käytettävissään lukuisia toimenpiteitä, jotta asiakkaan terveydentilan vaikutusta työllistymisen kannalta saataisiin arvioitua. Terveydentilan vaikutusta pyritään huomioimaan esimerkiksi alkukartoituksen, työllistymissuunnitelman laatimisen ja palveluihin ohjaamisen yhteydessä. Työ- ja elinkeinohallinnon toimijoiden näkökulmasta haasteellista on se, että asiakkaalla saattaa olla ongelmia useilla eri elämänalueilla ja sairaushistoria voi olla varsin pitkä ja moninainen. Asiakkaan tullessa ensimmäistä kertaa työ- ja elinkeinotoimistoon, hänen kokonaistilannettaan saatetaan joutua hahmottamaan ilman kovinkaan laajoja esitietoja. Toimijoiden on asiakkuusprosessin aikana hallittava ja tunnettava niin terveydentilan selvittämiseen, kuntoutukseen, työllistymiseen kuin asiakkaiden toimeentuloonkin liittyviä toimintoja, toimenpiteitä ja toimijatahoja. Työttömien terveysongelmat eivät myöskään välttämättä tule esille kirjoittamatta jätettyjen sairauslomien vuoksi.

Koska asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen saattaa sisältää eri järjestelmissä esimerkiksi terveydentilan selvittämiseen, sairausvakuutukseen, kuntoutukseen, työllistymiseen ja eläkkeisiin liittyviä prosesseja, sisältää se myös lukuisia eri vastuutahoja, mutta samalla kokonaisprosessin ohjauksesta vastaava taho useimmiten puuttuu. Työttömien osalta tehtävä on osoitettu työ- ja elinkeinohallinnolle ja työssä käyvien henkilöiden tapauksessa työterveyshuollossa. Mikäli työttömän terveydentila ei tule järjestelmän tietoon tai jos työterveyshuoltosuhdetta ei ole, vahvistuu ihmisen oman aktiivisuuden merkitys.

Työssä jatkamisen näkökulmasta viiveitä voi esiintyä paitsi eri osajärjestelmien välillä myös näiden osajärjestelmien sisällä. Viiveiden seurauksena henkilö saattaa päätyä hakemaan työkyvyttömyyseläkettä silloinkin, kun asianmukaisella hoidolla, kuntoutuksella tai työtä uudelleen organisoimalla henkilön työkyky olisi vielä palautettavissa. Työkyvyttömyysprosessin hallintaa on kuitenkin pyritty vahvistamaan muun muassa ajantasaistamalla lainsäädäntöä, kehittämällä työkyvyn tuen toimintamalleja, lisäämällä moniammatillisia palvelumuotoja ja hakemalla kokemuksia prosessien omistajuus -tyyppisestä toiminnasta sekä eri kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Hyviä toimintamalleja on olemassa – haasteet liittyvät pitkälti siihen, kuinka ne saadaan siirtymään järjestelmien ja niiden toimijoiden käytännön toimintaan.

LÄHTEET

- Ahola, K. 2011. Tue työkykyä – käsikirja esimiestyöhön. Työterveyslaitos. Helsinki. Tampere: Tampere-print Oy.
- Ala-Kauhaluoma, M., Keskitalo, E., Lindqvist, T. & Parpo, A. 2004. Työttömien aktivointi. Kuntouttava työtoimintalain sisältö ja vaikuttavuus. Tutkimuksia 141. Stakes. Saarijärvi: Gummerus.
- Antti-Poika, M. 2004. Työkyvyttömyyden ehkäiseminen työpaikalla. Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma. Helsinki.
- Antti-Poika, M. 2006. Sairauspoissaolojen hallinta yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyönä. Työterveyslääkäri 2006; 1: 12–15.
- Blomgren, J., Hytti, H. & Gould, R. 2011. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja sairaustausta eri eläkejärjestelmissä. Nettityöpapereita 26/2011. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Saatavilla [www-muodossa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26640/Nettityopapereita26.pdf?sequence=2](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26640/Nettityopapereita26.pdf?sequence=2)
- EK. 2011. Johda työkykyä, pidennä työuria. EK:n työkykyjohtamisen malli. Elinkeinoelämän keskusliitto. Saatavilla [www-muodossa: http://www.hpl.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2011/Tyokykyjohtamisenmalli.pdf](http://www.hpl.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2011/Tyokykyjohtamisenmalli.pdf)
- Estama, J. & Arola, A.-M. 2011. Kuntoutus ei aina käynnisty. Tutkimus ennakkopäätöksen tai kuntoutuskehotuksen saaneista työeläkevakuutetuista. Teoksessa A. Järvikoski, J. Lindh & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, 63–72.
- ETK. 2011. Saarnio, L. Työeläkekuntoutus vuonna 2010. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 3/2011. Helsinki. Eläketurvakeskus.
- Forma, P., Harkonmäki, K., Pekka, T. & Saarinen, A. 2008. Kunnallinen työterveyshuolto 2008. Työterveyshuollon organisointi ja toiminta henkilöstöasioista vastaavien ja työterveyshuollon arvioimana. Kuntien eläkevakuutuksen raportteja 2008:4. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.
- Gould, R. & Kaliva, K. 2010. Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Eläketurvakeskuksen raportteja 2010:5. Helsinki: Multiprint Oy.
- Gould, R., Lampi, J. & Nyman, H. 2011. Työhönpaluu kuntoutustuen jälkeen. Työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2011:3. Eläketurvakeskus. Helsinki.
- Gould, R., Nyman, H. & Lampi, J. 2008. Osatyökyvyttömyyseläkkeen toimivuus työeläkejärjestelmässä. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2008:7. Eläketurvakeskus. Helsinki.
- Gould, R., Korpiluoma, R., Nyman, H. & Lampi, J. 2010. Ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuus. Julkaisussa H. Uusitalo, M. Kautto & C. Lindell (toim.) Myöhemmin eläkkeelle – selvityksiä ja laskelemia. Eläketurvakeskuksen selvityksiä 2010:1. Helsinki: Edita Prima Oy, 75–88.
- Gould, R., Grönlund, H., Korpiluoma, R., Nyman, H. & Tuominen, K. 2007a. Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Eläketurvakeskus. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Gould, R., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Laisola-Nuotio, A., Lehikoinen, T. & Saarnio, L. 2007b. Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen? Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2007:2. Eläketurvakeskus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hallitusohjelma. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 22.6.2011. Valtioneuvoston kanslia.

Heinonen, H.-M., Tervola, J. & Laatu, M. 2011. Haastavat asiakkuusprosessit Kelassa. Tutkimus haastavista asiakasryhmistä ja sosiaaliturvan (toimeenpanon) ongelmista. Nettityöpapereita 20/2011. Kelan tutkimusosasto. Helsinki: Kela.

Hinkka, K., Aalto, L., Grönlund, R. & Rajavaara, M. 2010. Uudenlaista työhönkuntoutusta kehittävän arvioinnin tuella. Kuntoutus 2010; 4: 47–54.

Hinkka, K., Aalto, L., Grönlund, R. & Rajavaara, M. 2011. Työ muuttuu – kehittykö kuntoutus? Teoksessa A. Järvikoski, J. Lindh & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, 19–32.

Honkonen, T., Aro, T., Isometsä, E., Virtanen, M. & Katila, H. 2007. Quality of Treatment and Disability Compensation in Depression: Comparison of 2 Nationally Representative Samples with a 10-Year Interval in Finland. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68: 1886–1893.

Härkäpää, K., Järvikoski, A. & Gould, R. 2011. Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Esimerkkinä työeläkekuntoutus. Teoksessa A. Järvikoski, J. Lindh & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, 73–88.

Ilmarinen, J., Gould, R., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2006. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa R. Gould, J. Ilmarinen, J. Järvisalo & S. Koskinen. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy, 17–34.

Joensuu, M., Kivistö, S., Malmelin, J. & Lindström, K. 2008. Pitkä sairausloma ja työhönpaluu. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 34. Työterveyslaitos. Helsinki. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Juvonen-Posti, P. & Jalava, J. 2008. Lupaavia käytäntöjä pk-työpaikoille työhyvinvoinnin ja sairauspoissaolojen hallintaan ja seurantaan. Onnistunut työkykyasioiden puheeksiotto. JATS – Työssä jatkamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt 2005–2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:34. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Vantaa: DARK Oy.

Kallio, O., Meklin, P. & Tammi, J. 2008. Kuntouttavan työtoiminnan taloudelliset vaikutukset kunnille vuonna 2006. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys. 2008:4. Saatavilla [www-muodossa: http://www.tem.fi/files/18655/temjul_4_2008_tyo_yrittajyys.pdf](http://www.tem.fi/files/18655/temjul_4_2008_tyo_yrittajyys.pdf)

Karjalainen, J. & Karjalainen, V. 2010. Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikka vai työllisyyspolitiikka? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2010:38. Helsinki: Yliopistopaino.

Karjalainen, V. & Saikku, P. 2008. Osa 3. Työvoiman palvelukeskukset: erityispalvelua vaikeasti työllistyville. Julkaisussa R. Arnkil, V. Karjalainen, P. Saikku, T. Spangar & S. Pitkänen. Kohti työelämälähtöisiä integroivia palveluja. Työvoimatoimistojen ja työvoiman palvelukeskusten arviointitutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys. 2008:18. Saatavilla [www-muodossa: http://www.tem.fi/files/19712/TEMJul_18_2008_tyojayrit.pdf](http://www.tem.fi/files/19712/TEMJul_18_2008_tyojayrit.pdf)

Kaukiainen, A., Antti-Poika, M., Hallberg, A., Nykänen, M., Paatero, H. & Lehmijoki, P. 2007. Menettelytavat työkykyongelmissa. Teoksessa P. Manninen, V. Laine, T. Leino, K. Mukala & K. Husman (toim.). Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Helsinki. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 152–168.

Kausto, J., Virta, L., Joensuu, M., Vuorinen, H., Kivistö, S., Jahkola, A., Martimo, J.-P., Klaukka, T. & Viikari-Juntura, E. 2009. Osasairauspäiväraha Suomessa. Etuutta saaneiden kokemuksia ja työhön paluu. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 67/2009. Kelan tutkimusosasto. Sastamala: Vammalan Kirja-paino Oy.

Kela. 2009. Työterveyshuollon kattavuus parani 86 %:iin palkansaajista. Kela: tilastoryhmä. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/141209101427MV/$File/TK_2009_12_14_Tyoterveyshuollon_kattavuus%20parani_86_prosenttiin_palkansaajista.pdf?OpenElement)
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/141209101427MV/\\$File/TK_2009_12_14_Tyoterveyshuollon_kattavuus%20parani_86_prosenttiin_palkansaajista.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/141209101427MV/$File/TK_2009_12_14_Tyoterveyshuollon_kattavuus%20parani_86_prosenttiin_palkansaajista.pdf?OpenElement)

Kela. 2010a. Kelan kuntoutustilasto 2009. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2010. Kansaneläkelaitos. Helsinki.

Kela. 2010b. Kelan sairausvakuutustilasto 2009. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2010. Kansaneläkelaitos. Helsinki.

Kela. 2010c. Sairauspäivärahan etuusohje 14.01.2010. Luettavissa [www-muodossa:](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsByld)/524DFBEE38C489DFC22576B600437BA7/$file/sairauspaivaraha_20100115.pdf)
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsByld\)/524DFBEE38C489DFC22576B600437BA7/\\$file/sairauspaivaraha_20100115.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsByld)/524DFBEE38C489DFC22576B600437BA7/$file/sairauspaivaraha_20100115.pdf)

Kela. 2011. Kelan kuntoutustilasto 2010. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2011. Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä. Helsinki.

Kerätär, R. & Karjalainen, V. 2010. Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. Suomen Lääkärilehti 2010: 45: 3683–3689.

Kivimäki, M., Forma, P., Wikström, J., Halmeenmäki, T., Pentti, J., Elovainio, M. & Vahtera, J. 2004. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2004; 58: 710–711.

Koivisto, P., Rissanen, P. & Matikainen, E. 2004. Työkyvyn ja kuntoutuksen käsitteet vakuutuslainsäädännössä. Teoksessa T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Tola & I. Torstila (toim.). *Vakuutuslääketiede. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset*, 89–106.

Kuusinen, P. 2010a. Vajaakuntoinen työvoimahallinnon käsitteenä: lyhyt historia, määritelmä ja määrittely. Muistio 8.2.2010. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Kuusinen, P. 2010b. Vajaakuntoiset asiakkaat, TE-toimiston palvelut ja yhteistyö. Muistio selvityshenkilö Markku Lehdon selvitystyötä varten. 17.12.2010. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Käypä hoito -suositus, depressio. 2011. Luettavissa [www-osoitteessa:](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../khp00044) <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../khp00044>

Lindh, J., Aaltonen, J., Halonen, J.-P. & Klaukka, T. 2007. Kelan kuntoutuksen vuonna 2007 päätäneet: kuntoutuksen rekisteriseuranta vuosina 2002–2004. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 74. Helsinki.

Lindholm, A. 2008. Työeläkekuntoutuksen käynnistymisen ongelmat ja kehittämistarpeet työterveyslääkärin näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Oikeustieteiden laitos, vakuutustiede. Tampereen yliopisto. Saatavilla [www-muodossa:](http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03054.pdf) <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03054.pdf>

Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M. & Webster, B. 2005. Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15(4): 507–524.

Marnetoft, S.-U., Selander, J., Bergroth, A. & Ekholm, J. 2001. Factors Associated with Successful Vocational Rehabilitation in a Swedish Rural Area. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2001; 33(2): 71–78.

Mela (Maatalousyrittäjien eläkelaitos). 2011. Luettavissa [www-muodossa: http://www.mela.fi/88/89/Liity-maatalousyrittäjien-tyoterveyshuoltoon](http://www.mela.fi/88/89/Liity-maatalousyrittäjien-tyoterveyshuoltoon)

Notkola, V. 2011. Kuntoutuksen oikea-aikaisuus edellyttää lainsäädännön kehittämistä. *Pääkirjoitus. Kuntoutus* 2011; 1: 3–4.

OECD. 2005. *Reviews of Health Systems. Finland*. Paris: OECD Publishing.

OECD. 2008. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands*. Paris: OECD Publishing.

OECD. 2010. *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing.

Paatero, H., Lehmijoki, P., Kivekäs, J. & Ståhl, T. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) *Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy*, 31–50.

Pekka, T., Kaartinen, R., Träskelin, M. Forma, P. 2010. Työterveyshuollon periaatteet, toimintamallit ja yhteistyö. *Kunnallinen työterveyshuoltotutkimus 2010. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.*

Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. (toim.). 2008. *Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki: Valopaino Oy.*

Pensola, T., Gould, R. & Polvinen, A. 2010. *Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010:16. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino.*

Peurala, M., Manninen, P., Perkiö-Mäkelä, M., Kankaanpää, E. & Husman, K. 2007. Työterveyshuolto ja palveluiden käyttö. Teoksessa T. Kauppinen, R. Hanhela, P. Heikkilä, A. Kasvio, S. Lehtinen, K. Lindström, J. Toikkanen & A. Tossavainen (toim.). *Työ ja terveys Suomessa 2006. Helsinki: Työterveyslaitos*, 246–262.

Peurala, M., Perkiö-Mäkelä, M., Leino, T., Manninen, P. & Husman, K. 2010. Työterveyshuolto. Teoksessa T. Kauppinen, R. Hanhela, I. Kandolin, A. Karjalainen, M. Perkiö-Mäkelä, E. Priha, J. Toikkanen & M. Viluksela (toim.). *Työ ja terveys Suomessa 2009. Helsinki: Työterveyslaitos*, 170–176.

Rissanen, P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) *Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy*, 625–646.

Saikka, P. 2009. *Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 2009:22. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.*

Saikka, P. 2010. *Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.*

Saltychev, M., Laimi, K., Oksanen, T., Pentti, J., Virtanen, M., Kivimäki, M. & Vahtera, J. 2011. Predictive Factors of Future Participation in Rehabilitation in the Working Population: the Finnish Public Sector Study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2011; 43: 404–410.

Sipponen, J., Salmelainen, U. & Syrjäsoo, S. 2011. Työkyvyn alenemisen varhainen tunnistaminen työterveyshuollossa. TOIMIA-suositukset 24.1.2011. Saatavilla www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/tth_suositus_11_01_26.pdf

STM. 2001. Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita 2001:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työministeriö. Helsinki.

STM. 2002. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM. 2004a. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM. 2004b. Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM. 2004c. Sosiaalisen työllistämisen työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE4065.pdf

STM. 2005. Työhyvinvointitutkimus Suomessa ja sen painoalueet terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:25. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

STM. 2007. Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

STM. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2009a. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:10. Sosiaali- ja terveysministeriö.

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

STM. 2011a. Työhyvinvointityöryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:4. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2011b. Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilö Markku Lehdon raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2011:5. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2011c. Työterveyshuoltoja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopisto-paino.

STM 2011d. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Suikkanen, A., Lindh, J. & Linnakangas, R. 2010. Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998–2006. *Kuntoutus* 2010; 4: 21–35.

Suoyrjö, H. 2010. Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

TEM. 2008. Selvityshenkilö Mika Vuorelan selvitys: Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Työ- ja elinkeinoministeriö 10.3.2008.

TEM. 2009. Henkilöasiakkuusstrategia. Loppuraportti 30.6.2009. Työ- ja elinkeinoministeriö. Luettavissa [www-muodossa: http://www.tem.fi/files/25121/Loppuraportti_TEM_henkilöasiakkuusstrategia_FI_170709_.pdf](http://www.tem.fi/files/25121/Loppuraportti_TEM_henkilöasiakkuusstrategia_FI_170709_.pdf)

TEM. 2010. Työnhakijan palveluprosessi. Viranomaisen ohje. 21.12.2010. Luettavissa [www-muodossa: http://www.finlex.fi/data/normit/36683-3386su.pdf](http://www.finlex.fi/data/normit/36683-3386su.pdf)

TEM. 2011. Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveystalvet. TEM raportteja 10/2011. Työllisyys- ja yrittäjyysosasto. Työryhmän raportti 1.3.2011. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. 2007. Luettavissa [www-muodossa: http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf](http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf)

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). 2011. Hoitoonpääsy terveyskeskuksissa. Kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille – maaliskuu 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tietosasto/PATI. Julkaistu 17.5.2011. Luettavissa [www-muodossa: http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4dcfb63e-7c65-4db2-8f84-87c8af29a379](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4dcfb63e-7c65-4db2-8f84-87c8af29a379) sekä http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/erikoissairaanhoidon_hoitoonpaasy

Träskelin, M. 2011. Edelleen työkykyinen. Kokemuksia osatyökyvyttömyyseläkkeiden käytöstä, niiden haasteista ja mahdollisuuksista kunta-alalla. Kevan tutkimuksia 1/2011. Vantaa: Nykypaino Oy.

TTL (Työterveyslaitos). 2011. Luettavissa [www-muodossa: http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/haaste/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/haaste/Sivut/default.aspx)

Tuomi, K., Seitsamo, J., Ilmarinen, J. & Gould, R. 2006. Työ ja työympäristö. Teoksessa R. Gould, J. Ilmarinen, J. Järvisalo & S. Koskinen. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy, 176–189.

Työelämäryhmä. 2010. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010.

Työkyky ja -hyvinvointikysely 2010. Suomen yrittäjät. Luettavissa [www-muodossa: http://www.yrittajat.fi/File/1ca0dad8-5937-4927-aec0-4c08e524d10d/SY_raportti_tyokyky_ ja_hyvinvointi.pdf](http://www.yrittajat.fi/File/1ca0dad8-5937-4927-aec0-4c08e524d10d/SY_raportti_tyokyky_ ja_hyvinvointi.pdf)

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

Työturvallisuuskeskus. 2011. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Luettavissa [www-muodossa: http://www.tyoturva.fi/index.phtml?s=345](http://www.tyoturva.fi/index.phtml?s=345)

Yrittäjän työterveyshuolto 2009. Suomen yrittäjät. Luettavissa [www-muodossa: http://www.yrittajat.fi/File/c869f047-455f-44fa-9a89-f3aa43913b89/yrittajan_tyoterveyshuolto2009.pdf](http://www.yrittajat.fi/File/c869f047-455f-44fa-9a89-f3aa43913b89/yrittajan_tyoterveyshuolto2009.pdf)

Valmisteluryhmän muistio Sata-komitealle. 2009. Kuntoutuksen kehittäminen työurien pidentämisen edellytysten parantamiseksi 19.10.2009. Luettavissa [www-stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-10325.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-10325.pdf)

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 2009:193. Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valtiontilintarkastajien kertomus 2005. K 16/2005 vp. Saatavilla [www-eduskunta.fi/triphome/bin/thw/?\\${APPL}=akirjat&\\${BASE}=akirjat&\\${THWIDS}=0.53/1297091633_446535&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/?${APPL}=akirjat&${BASE}=akirjat&${THWIDS}=0.53/1297091633_446535&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Valvira. 2011. Hoitotakuun valvonta. Luettavissa [www-valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden_valvonta/hoitotakuun_valvonta](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden_valvonta/hoitotakuun_valvonta)

VATES-säätiö. 2009. Heikossa työmarkkina-asemassa olevat henkilöt – tilastollista tarkastelua. Muistio 12.3.2009.

VTV. 2008. Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuorinen, H., Haapanen, A., Jahkola, A., Joensuu, M. & Kivistö, S. 2010. Tukea työhön paluuseen ja työssä jatkamiseen. Osasairauspäivärahan tavoitteet, etuuden käyttöönotto ja jatkon haasteet. Työympäristön raporttisarja 49. Työterveyslaitos. Helsinki: Kopio-Niini Finland Oy.

Lait, asetukset, hallituksen esitykset ja soveltamisohjeet

JTPL. Laki julkisesta työvoimapalvelusta 1295/2002.

KEL. Kansaneläkelaki 568/2007.

KKRL. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005.

KTL. Kansanterveyslaki 66/1972.

KuEL. Kunnallinen eläkelaki 549/2003.

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.

Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 2006/44.

Laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004.

SVL. Sairausvakuutuslaki 1224/2004; 459/2006; 532/2009; 1056/2010.

THL. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen laki 1326/2010.

TTHL. Työterveyshuoltolaki 1383/2001.

TyEL. Työntekijän eläkelaki 395/2006.

Työturvallisuuslaki 738/2002.

VaEL. Valtion eläkelaki 1295/2006.

HE 90/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi.

Soveltamisohje. Työeläkelakipalvelu. Eläketurvakeskus. Soveltamisohjeet saatavilla [www-muodossa: http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/?_navi=haku](http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/?_navi=haku)

Tilastot

Eläketurvakeskuksen tilastotiedot. Eläketurvakeskus, tilasto-osasto.

Kelan tilastoryhmä. Kelasto-raportit.

Esitelmät

Koskela, A. 2011. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen laki. Mitä uutta kuntoutuksen näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitelmä Valtakunnallisilla kuntoutuspäivillä 13.4.2011.

Eläketurvakeskus on työeläketurvan kehittämisen ja toimeenpanon lakisääteinen yhteistyöelin, asiantuntija ja yhteisten palveluiden tuottaja. Tutkimustoiminnan tavoitteena on tuottaa korkeatasoista ja laajasti hyödynnettävää tietoa eläketurvan arvioimiseen ja kehittämiseen.

Pensionsmyndigheten är ett lagstadgat samorgan och sakkunnig inom verkställigheten och utvecklingen av arbetspensionsskyddet. Vi producerar gemensamma tjänster för arbetspensionssystemet. Vår forskning har som mål att ta fram högklassig information som nyttiggörs på bred front vid bedömningen och utvecklingen av pensionskyddet.

The Finnish Centre for Pensions is a statutory co-operation body, expert and producer of joint services for the development and implementation of earnings-related pension provision. The aim of our research is to produce high-quality, widely applicable information for the evaluation and development of pension provision.

ISSN-L 1795-3103

ISSN 1795-3103 (painettu)

ISSN 1797-3635 (verkojulkaisu)



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN