

06/2014

ELÄKETURVAKESKUKSEN RAPORTEJA

Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet

Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus

Raija Gould, Mikko Laaksonen, Jukka Kivekäs,
Tapio Ropponen, Seppo Kettunen, Timo Hannu,
Ilkka Käppi, Pauliina Ripatti, Tanja Rokkanen
ja Saija Turtiainen



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

06/2014

ELÄKETURVAKESKUKSEN RAPORTTEJA

Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet

Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus

Raija Gould, Mikko Laaksonen, Jukka Kivekäs,
Tapio Ropponen, Seppo Kettunen, Timo Hannu,
Ilkka Käppi, Pauliina Ripatti, Tanja Rokkanen
ja Saija Turtiainen



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Eläketurvakeskus

00065 ELÄKETURVAKESKUS

Puhelin 029 411 20 • Faksi 09 148 1172

Pensionsskyddscentralen

00065 PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Telefon 029 411 20 • Fax 09 148 1172

Finnish Centre for Pensions

FI-00065 Eläketurvakeskus Finland

Telephone +358 29 411 20 • Fax +358 9 148 1172

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy

Tampere 2014

ISBN 978-951-691-201-4 (nid.)

ISBN 978-951-691-202-1 (PDF)

ISSN-L 1238-5948

ISSN 1238-5948 (painettu)

ISSN 1798-7490 (verkkajulkaisu)

ABSTRAKTI

Tutkimuksessa tarkasteltiin kolmensadan työkyvyttömyyseläkkeen hakijan vaiheita viideltä vuodelta ennen eläkkeen hakemista. Tutkittavat olivat hakeneet eläkettä mielenterveyden häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella, ja he olivat saaneet myönteisen tai hylkäävän eläkepääatöksen vuonna 2010. Tutkimuksessa käytetyt tiedot kerättiin työkyvyttömyyseläkkeen hakemusasiakirjoista sekä rekistereistä. Eläkkeenhakijoista vajaa puolet oli ollut tiiviisti työssä, neljäsosalla oli epävakaata työtaustaa ja vajaa kolmasosa oli ollut paljon työttömänä. Työttömyys oli yleistä etenkin muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen perusteella eläkettä hakeneilla. Useimmilla eläkkeenhakijoilla oli ainakin kaksi työkykyä heikentävää sairautta. Asiakirjoissa oli paljon mainintoja sairauksien hoitotoimenpiteistä, sen sijaan mainintoja kuntoutuksesta oli vähän. Erityisesti ammatillisia toimenpiteitä oli tehty tai suunniteltu vähän. Asiakirjatietojen perusteella arvioitiin, että kaksi kolmesta palkansaajana työskennelleestä eläkkeenhakijasta oli työterveyshuollon piirissä. Heistä vajaalla kolmasosalla työterveyshuolto oli ollut aktiivinen työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. Kaikista tämän tutkimuksen eläkkeenhakijoista joka viides piti työhön palaamista ainakin jossain määrin mahdollisena.

ABSTRACT

In this study, we examine the various phases that 300 applicants for disability pension underwent in the five-year period leading up to the application. The individuals we studied had applied for disability pension on the grounds of mental health issues or musculoskeletal diseases, and had received either a positive or negative pension decision in 2010. The data were gathered from applications for disability pension as well as registers. Only just under half of all pension applicants had been working steadily, a quarter had an unstable working background, and just under a third had spent a lot of time in unemployment. Unemployment was especially common among individuals who had applied for pension for other reasons of mental health than depression. Most applicants had at least two illnesses that negatively impacted their work ability. The documents contain a lot of mentions of treatment measures in regard to the various illnesses, but few mentions of rehabilitation. In particular, very few vocational rehabilitation measures had been planned or implemented. Based on the document data, we estimated that two out of three pension applicants that were employed were also covered by occupational healthcare. For roughly a third of these individuals, the occupational healthcare had been active in clarifying the possibilities of returning to work. Of all pension applicants included in this study, every fifth considered a return to work at least somewhat possible.

TIIVISTELMÄ

Työkyvyttömyyseläkkeiden määrän vähentäminen on ollut tärkeä teema työurien pidentämistä koskevassa keskustelussa. Jotta työkyvyn ylläpitämiseen ja työkyvyttömyyden ehkäisyyn suunnatut toimet pystytään kohdistamaan oikein, tarvitaan tietoa siitä, minkälaisia vaiheita sisältyy työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltävään aikaan. Tässä tutkimuksessa kuvaillaan työkyvyttömyyseläkettä hakeneiden vaiheita noin viiden vuoden ajalta ennen eläkkeen hakemista. Tutkimuksessa tarkastellaan eläkkeenhakijoiden sairaustautaa, sairauksien hoitoa ja kuntoutusta sekä työtä, työttömyyttä ja työhön paluun mahdollisuuksia.

Tutkimusaineisto koostuu kolmensadan työkyvyttömyyseläkkeen hakijan asiakirja- ja rekisteritiedoista. Eläkkeenhakijat olivat 20–59-vuotiaita ja he olivat hakeneet työkyvyttömyyseläkettä joko mielenterveyden häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella. Myönteinen tai hylkäävä eläkepäätös oli annettu vuonna 2010. Kaikilla tutkittavilla oli ollut työ- tai yrittäjäsuhde voimassa ainakin jonkin aikaa vuosina 2005–2010. Eläkkeen hakemista edeltäviä vaiheita koskevat tiedot kerättiin työkyvyttömyyseläkkeen hakemuslomakkeesta sekä hakemuksen liitteenä olevista lääkärinlausunnoista ja mahdollisista työnantajanlausunnoista. Osa tiedoista poimittiin Eläketurvakeskuksen käytössä olevista rekistereistä.

Eläkkeen hakemista edeltäviä vaiheita tarkasteltiin pääosin kolmessa sairausryhmässä: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, masennus sekä muut mielenterveyden häiriöt. Ryhmä 'muut mielenterveyden häiriöt' poikkesi kahdesta muusta ryhmästä muun muassa varhemmin alkaneen sairauden, matalamman sosioekonomisen aseman ja runsaamman työttömyystaustan perusteella. Kaikista tutkituista eläkkeenhakijoista noin puolet oli ollut työttömänä joskus vuosien 2005–2009 aikana. Työ- ja työttömyystaustan mukaan luokiteltuna vajaa puolet eläkkeenhakijoista sijoittui ryhmään 'tiiviisti työssä', neljäsosa ryhmään 'epävakaata työtausta' ja vajaa kolmannes ryhmään 'paljon työttömyyttä'. Kaksi vuotta ennen eläkkeen hakemista 'paljon työttömyyttä' -ryhmän ansiotulot olivat keskimäärin runsas kymmenesosa 'tiiviisti työssä' -ryhmän tuloista.

Eläkkeenhakijoiden luokittelu sairausryhmiin perustui tärkeimpään työkykyä heikentävään sairauteen. Useimmilla eläkkeenhakijoilla oli kuitenkin ainakin kaksi työkykyä heikentävää sairautta. Vajalla kolmasosalla oli sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaus että mielenterveyden häiriö. Sairauksia oli asiakirjatietojen mukaan tutkittu ja hoidettu monin tavoin. Tule-sairauksissa kuvantamistutkimuk-

set, sairaala- ja poliklinikkatutkimukset ja fysioterapia olivat yleisiä. Masennuksen sairausryhmässä lähes kaikilla oli tehostettu tai muutettu lääkehoitoa ja noin puolet oli saanut psykoterapiaa. Kuntoutusta oli ennen eläkkeen hakemista käytetty vähän. Kolmestasadasta eläkkeenhakijasta vain yhdeksän oli saanut työeläkekuntoutusta viiden hakemista edeltäneen vuoden aikana.

Yksi tutkimuksen kiinnostuksen kohteista liittyi eläkkeenhakijan työhön paluun mahdollisuuksiin. Asiakirjatietojen avulla tarkasteltiin, oliko työhön paluun mahdollisuuksia selvitetty, oliko jotain tehty työhön paluun edistämiseksi ja olisiko jotain ollut tehtävissä. Ensimmäisenä kokonaisuutena tarkasteltiin hoito- ja kuntoutussuunnitelmia, joiden tarkoituksena on työkyvyn edistäminen. Eläkkeen hakemisvaiheessa kolmella neljästä eläkkeenhakijasta oli hoitosuunnitelma ja runsaalla puolella lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelma. Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmia oli sen sijaan vain vajaalla viidenneksellä. Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmat olivat yleisimpiä tiiviin työtaustan ryhmässä.

Toinen työhön paluun mahdollisuuksiin liittyvä tarkastelukokonaisuus koski työterveyshuollon ja työpaikan toimintaa. Työterveyshuollon piirissä arvioitiin olleen noin kaksi kolmasosaa palkansaajina työskennelleistä eläkkeenhakijoista. Heistä vajaalla kolmasosalla työterveyshuolto oli asiakirjatietojen mukaan toiminut aktiivisesti työssä jatkamisen tai työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. Hyvin harvalle eläkkeenhakijalle oli tehty työhön tai työaikaan liittyviä muutoksia työssä selviytymisen edistämiseksi. Osa työnantajista piti kuitenkin tällaisten muutosten tekemistä mahdollisena, mikäli eläkkeenhakija palaisi työhön. Sekä työterveyshuollon aktiivisuus työhön paluun suhteen että työssä toteutuneet ja mahdollisina pidetyt muutokset olivat yleisimpiä suurilla työnantajilla työskennelleillä.

Joka viides tämän tutkimuksen eläkkeenhakijoista arvioi itse eläkettä hakiesaan, että työhön palaaminen voisi ainakin jossain määrin olla vielä mahdollista. Nuoren iän, naissukupuolen, korkeamman koulutustason ja vain vähän heikentyneen toimintakyvyn lisäksi myös työterveyshuollon aktiivisuus liittyi eläkkeenhakijoiden myönteisiin työhön paluun arvioihin. Jos työterveyshuolto oli aktiivisesti selvittänyt työhön paluun mahdollisuuksia, todennäköisyys eläkkeenhakijan myönteiselle työhön paluun arviolle oli viisinkertainen passiivisemmän työterveyshuollon asiakkaisiin verrattuna.

Hylkäyspäätöksen saaneiden kohdalla oli mahdollista tarkastella myös eläkepäätöksen jälkeistä toteutunutta työhön paluuta. Koska hylkäyksen saaneiden lukumäärä aineistossa oli pieni ($n=93$), tuloksia voidaan pitää vain karkeasti viitteellisinä. Hylkäyspäätöksen saaneista 43 prosenttia oli rekisteritietojen mukaan

työssä eläkepäätöstä seuraavan vuoden eli vuoden 2011 aikana. Työhön palaaminen oli selvästi yleisempää niiden joukossa, joilla oli työeläkekuntoutusta koskeva suunnitelma, hakemus, tarjous tai päätös. Samoin työhön paluun suhteen aktiivisesti toimineen työterveyshuollon asiakkaat palasivat hylkäyspäätöksen jälkeen työhön huomattavasti todennäköisemmin kuin muut.

Tutkimustulosten mukaan työkyvyttömyyseläkkeen hakijat olivat varsin heterogeeninen joukko niin sairaustaan kuin työ- ja työttömyystaustankin suhteen. Osalla oli tiivis työura, osalla paljon työttömyyttä, osalla oli selkeä sairauden kulku, osalla monioireilua ja monisairastavuutta. Nämä tekijät vaikuttavat työkyvyn edistämisen ja työhön paluun tukikeinojen tarpeeseen ja toimivuuteen. Tulosten mukaan vaikutti siltä, että tukikeinot toimivat työttömien kohdalla heikommin kuin työsuhteessa olevilla.

Työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltävissä vaiheissa korostui ammatillisten toimenpiteiden vähyys. Sekä ammatillista kuntoutusta ja sen suunnittelua että työpaikoilla tehtyjä työn ja työajan muutoksia oli vähän. Näiden toimenpiteiden vähyys voi liittyä esimerkiksi toimenpiteitä koskevan tiedon puutteeseen, työkykyprosessin toimijoiden yhteistyön vaikeuksiin tai prosessin viiveisiin. Huolimatta ammatillisten tukitoimien vähäisyydestä, eläkkeenhakijat eivät kuitenkaan sulkeneet kokonaan pois työhön paluun mahdollisuutta. Sekä ammatillisten toimenpiteiden toteutuminen että eläkkeenhakijoiden suuntautuneisuus työhön palaamiseen liittyivät työterveyshuollon aktiiviseen toimintaan. Tulosten mukaan työterveyshuollon aktiivinen toiminta työhön paluun suhteen kosketti kuitenkin vain pientä osaa kaikista eläkkeenhakijoista. Onkin ilmeistä, että työkyvyn seurannan puuttumispisteiden kehittäminen työterveys-sairauspäiväraha -perusteisesti ei yksin riitä. Työkyvyn edistämisen ja työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisen ja tukemisen puuttumispisteitä tarvitaan myös työttömille ja epävakaa työtaustan omaaville.

KIRJOITTAJAT

Raija Gould, Eläketurvakeskus
Mikko Laaksonen, Eläketurvakeskus
Seppo Kettunen, Ilmarinen
Ilkka Käppi, Ilmarinen
Pauliina Ripatti, Ilmarinen
Timo Hannu, Keva
Tapio Ropponen, Keva
Saija Turtiainen, Keva
Jukka Kivekäs, Varma
Tanja Rokkanen, Varma

SISÄLTÖ

1 Johdanto	11
2 Aineisto	14
3 Tulokset	20
3.1 Koulutus, ammatti ja tulot kolmessa sairausryhmässä	20
3.2 Eläkkeenhakijoiden sairastavuus.....	23
3.3 Työ ja työttömyys ennen eläkkeen hakemista.....	26
3.4 Sairauden hoito ja kuntoutus.....	36
3.5 Työhön paluun mahdollisuuksien selvittäminen ja tukeminen	41
3.6 Eläkkeen hakemista edeltäneet vaiheet myöntö- ja hylkäyspäätöksen saaneilla	50
4 Yhteenveto ja pohdinta	57
4.1 Keskeiset tulokset.....	57
4.2 Pohdinta.....	59
Lähteet	68

1 Johdanto

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vähentäminen on muutaman viime vuoden aikana saanut runsaasti huomiota työurien pidentämistä koskevissa keskusteluissa. Lukuisissa aiheen tiimoilta julkaistuissa muistioissa korostetaan muun muassa työhyvinvoinnin kehittämistä, työkykyjohtamista, työterveysyhteistyötä, varhaisista puuttumista työkyvyn ongelmiin ja työttömien työkyvyn edistämistä (esim. EK 2011; STM 2011a; STM 2011b; TEM2011). Tämän tutkimuksen yhtenä vaikuttimena on ollut näissä muistioissa esille noussut tarve selvittää, mitä on tapahtunut ennen työkyvyttömyyseläkettä (STM 2011b, 25).

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskitekijöistä on runsaasti tutkimusta. Sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen lisäksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä lisäävät esimerkiksi iän karttuminen, matala sosioekonominen asema, ruumiillisissa ammateissa työskenteleminen sekä monenlaiset työn kuormitustekijät (esim. Polvinen 2009; Pensola ym. 2010; Lahelma ym. 2012; Baumberg 2014). Sen sijaan siitä minkälaisia vaiheita työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltäviin vuosiin sisältyy, tiedämme paljon vähemmän. Näiden vaiheiden tarkempi tuntemus auttaisi työkyvyn edistämiseen ja työhön paluun tukemiseen tarkoitettujen toimien suuntaamisessa.

Tässä tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltäneitä vaiheita selvitetään hakemusasiakirjojen avulla. Työkyvyttömyyseläkkeen hakemisesta kertyy eläkelaitoksiin suuri määrä materiaalia. Työkyvyttömyyseläkettä haettaessa hakija tai hänen edustajansa täyttää hakemuslomakkeen, jonka liitteenä on aina yksi tai useampi lääkärinlausunto ja mahdollisesti myös työnantajalta pyydetty lausunto. Hakemukseen liittyvissä asiakirjoissa voi lisäksi olla esimerkiksi kuntoutukseen liittyviä dokumentteja. Näissä asiakirjoissa kuvataan eri näkökulmista eläkkeen hakemiseen johtaneita vaiheita. Hakemuslomakkeessa hakija itse kertoo sairauksistaan, koulutuksestaan, työstään ja ylipäänsä siitä, miksi hän hakee työkyvyttömyyseläkettä. Lääkärinlausunnoissa hoitava lääkäri pyrkii välittämään mahdollisimman kokonaisvaltaisen lääketieteellisen kuvan hakijan tilanteesta: sairauksista, niiden hoidosta ja ennusteesta ja etenkin niiden vaikutuksesta hakijan toimintakykyyn. Työnantajan lausunnossa puolestaan työnantaja esittää oman näkemyksensä hakijan työstä, työssä suoriutumisesta ja työn muokkausmahdollisuuksista.

Eläkelaitos antaa päätöksen työkyvyttömyyseläkkeestä asiakirjoista löytyvien tietojen perusteella. Eläke voidaan myöntää toistaiseksi, mikä yleensä tarkoittaa

taa vanhuuseläkkeeseen asti jatkuvaa työkyvyttömyyseläkettä. Toinen vaihtoehto on myöntää eläke määräajaksi. Tällöin eläkettä kutsutaan kuntoutustueksi. Ajanuksena on, että kuntoutustuella oleva henkilö voisi kuntoutuksen tai hoidon avulla myöhemmin palata työelämään. Kuntoutustuen myöntämisen edellytyksenä on eläkkeenhakijalle laadittu hoito- tai kuntoutussuunnitelma. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisessä on lisäksi otettava huomioon ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuus eläkkeeseen nähden: ennen eläkepääöstä eläkelaitoksen on varmistettava, että kuntoutusmahdollisuudet on selvitetty (L 395/2006, 36 §; Gould ym. 2010).

Aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu työkyvyttömyyseläkkeen hakemusasiakirjojen ja etenkin niihin liittyvien lääkärinlausuntojen sisältöä, merkitystä ja luotettavuutta. Nokso-Koivisto (2001) tutki semiotiikan näkökulmasta miten lääkärinlausunto edustaa kohdettaan potilaalle itselleen, lausunnon kirjoittajalle ja lausunnon lukijalle. Tutkimuksessa todettiin, etteivät havainnot, tosiasiat ja niiden perusteella tehdyt päätelmät aina erotu selvästi toisistaan. Virta (2001) tutki lääkärinlausuntojen laatua ja laadun yhteyttä lausuntojen perusteella tehtyihin työkyvyttömyyseläkeratkaisuihin. Tutkimuksen mukaan tiedoiltaan puutteellisia lausuntoja oli enemmän hylkävään kuin myönteiseen eläkeratkaisuun päätyneissä tapauksissa. Myös Kivekäs ym. (2012) selvittivät lääkärinlausuntojen laatua. Heidän näkökulmansa kohdistui sekä lausunnon lääketieteelliseen sisältöön että hakijan työtä ja työkykyä kuvaaviin tietoihin. Tulosten mukaan viidennes lausunnoista oli puutteellisia ja muun muassa työhön paluun mahdollisuudet selvitettiin paremmin työterveyshuollossa kuin erikoissairaanhoidossa kirjoitetuissa lausunnoissa.

Monet työkyvyttömyyseläkettä tai eläkkeen hakemista edeltäneitä vaiheita käsittelevistä aiemmista tutkimuksista perustuvat rekisteritietoihin. Ne kertovat muun muassa, että ennen työkyvyttömyyseläkettä tai eläkkeen hakemista työttömyys ja katkot työssä ovat olleet yleisiä, kaikilla ei ole ollut lainkaan eläkettä edeltävää sairauspäivärahaa, vain harvat ovat ennen eläkkeen hakemista olleet työeläkekuntoutuksessa ja psyyken lääkkeiden käytössä on ollut voimakasta kasvua ennen työkyvyttömyyseläkettä (Blomgren ym. 2011; Juopperi ja Lampi 2012; Laaksonen ym. 2012).

Myös joitakin hakemusasiakirjoihin perustuvia tutkimuksia työkyvyttömyyseläkettä edeltävistä vaiheista löytyy. Lääkärinlausuntojen avulla on tutkittu esimerkiksi masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneiden (Honkonen ym. 2007) tai eläkettä hakeneiden (Suominen ym. 2013) hoidon laatua. Tutkimuksissa havaittiin, että työkyvyttömyyseläkettä tai työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltänyt masennuksen hoito ei ollut toteutunut optimaalisesti. Hoidon tarjoamia mah-

dollisuuksia masennuksesta toipumiseen ei ollut selvitetty riittävästi ennen eläkepäätöstä. Kivekäs ym. (2013) tutkivat työttömien työkyvyttömyyseläkkeenhakijoiden polkua hylkäävään päätökseen. Hankkeessa selvitettiin terveydenhuollon työkyvyn arviointia, kuntoutukseen ohjaamista, sairauspäivärahasprosessin kulkua sekä Kelan ja työeläkelaitosten toimintaa ratkaisuprosessissa. Selvityksessä havaittiin monia kitkakohtia prosessin eri vaiheissa.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan asiakirja-aineiston avulla työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiden sairaustaustaa, sairauksien hoitoa ja kuntoutusta sekä työtä, työttömyyttä ja työhön paluun mahdollisuuksia. Tarkastelussa keskitytään mielen terveyden häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella eläkettä hakeneiden viiden hakemista edeltäneen vuoden vaiheiden kuvailuun.

Tutkimuksessa tarkastellaan ensinnäkin eläkkeenhakijoiden sairauksien kulkua. Monisairastavuus, hoitoa antaneet tahot ja hoitomuodot sekä kuntoutukseen osallistuminen ovat tämän aihepiirin kiinnostuksen kohteita. Toinen aihealue liittyy työhön ja työttömyyteen. Minkälainen on viiden eläkkeen hakemista edeltäneen vuoden työ- ja työttömyystausta, olivatko eläkkeenhakijat tiiviisti työssä vai paljon työttömänä? Entä oliko eläkkeenhakijoilla voimassa oleva työsuhte ja siten mahdollisuus saada työpaikan ja työterveyshuollon tukea? Kolmantena aihekokonaisuutena kuvataan työhön paluun mahdollisuuksien tukemista. Eri asiakirjatahojen avulla tarkastellaan, oliko eläkkeenhakijan työhön paluun mahdollisuuksia selvitetty, oliko työterveyshuolto toiminut aktiivisesti työhön paluun suhteen, oliko työpaikan tai työ- ja elinkeinotoimiston toimenpiteillä pyritty edistämään työhön palaamista, olisivatko työn muutokset työnantajan mielestä mahdollisia, ja vielä, minkälaisiksi hakija itse arvioi työhön paluun mahdollisuutensa. Neljäs aihealue liittyy eläkepäätöksiin. Minkälaisia eroja myönteisen ja hylkäävän päätöksen saaneiden taustasta löytyy, ja poikkeavatko toistaiseksi myönnetyn eläkkeen ja määräaikaisten kuntoutustuen saajat toisistaan? Lisäksi tarkastellaan, oliko työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä ja tukemisessa eroja myöntö- ja hylkäyspäätöksen saaneiden välillä.

Työkyvyttömyyseläkettä edeltävää aikaa selvittävän tutkimuskokonaisuuden puitteissa julkaistaan samanaikaisesti tämän raportin kanssa toinen samaa aihepiiriä käsittelevä tutkimus. Eläketurvakeskuksen ja Kelan yhteistyönä toteutetussa tutkimuksessa tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoriaa laajaa rekisteriaineistoa käyttäen (Laaksonen ym. 2014). Tekeillä on myös työkyvyttömyyseläkettä hakeneiden haastatteluihin ja työkyvyttömyyseläkeprosessin eri toimijoiden haastatteluihin perustuvat tutkimukset.

2 Aineisto

Tutkimusaineisto

Tutkimuksessa tarkasteltiin työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä hakevia henkilöitä. Tutkimusaineistoon poimittiin Eläketurvakeskuksen eläkerekisteristä 300 henkilöä, jotka olivat saaneet työkyvyttömyyseläkepäätöksen vuonna 2010. Tutkittavat olivat iältään 20–59-vuotiaita ja heistä puolet oli naisia ja puolet miehiä. Aineisto rajattiin lisäksi siten, että tutkimusaiheen kannalta kiinnostavimmista ryhmistä saatiin mukaan kohtuullinen määrä tapauksia.

Työkyvyttömyyden perusteena olevista sairausryhmistä kaksi suurinta, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kattoivat kaikista vuonna 2010 tehdyistä uusista työkyvyttömyyseläkepäätöksistä 64 prosenttia (ETK ym. 2012, 111). Tutkimusaineisto rajattiin niihin eläkkeenhakijoihin, joiden tärkein työkyvyttömyyden perusteena oleva sairaus kuului jompaankumpaan näistä sairausryhmistä. Mielenterveyden häiriöistä jätettiin kuitenkin pois lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat häiriöt (F10–F19) sekä skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F20–F29). Tutkimuksessa haluttiin erityisesti selvittää työhön paluuseen tähtäävien keinojen hyödyntämistä työkyvyttömyyseläkehakemukseen johtavassa prosessissa ja edellä mainittujen mielenterveyssyiden kohdalla työhön paluun todennäköisyys arvioitiin lääketieteellisistä syistä vähäiseksi (ks. Jääskeläinen ym. 2010).

Koska yhtenä tutkimuskysymyksenä oli tarkastella työterveyshuollon roolia työkyvyttömyyseläkehakemusta edeltävinä vuosina, pyrittiin aineistoon saamaan erityisesti työterveyshuollon asiakkaita. Tämän vuoksi yhtenä poimintakriteerinä käytettiin työsuhteen voimassaoloa. Aineisto poimittiin siten, että ainakin kolmella neljäsosalla oli työ- tai yrittäjäsuhde voimassa vuosina 2009 tai 2010, ja muilla viimeinen eläkepäätöstä edeltänyt työsuhde oli päättynyt vuosina 2005–2008.

Tutkimusaineistoon kuului sekä myönteisen että hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneita. Kaksi kolmasosaa aineistosta poimittiin myöntöpäätöksen saaneista ja yksi kolmasosa hylkäyspäätöksen saaneista. Kaikki eläkepäätökset koskivat täyttä työkyvyttömyyseläkettä; osatyökyvyttömyyseläkepäätöksen saaneet eivät olleet mukana tarkastelussa. Lisäksi kaikki aineistoon kuuluvat olivat uusia eläkkeenhakijoita. Heillä ei ollut aiempaa työkyvyttömyyseläkepäätöstä ainakaan neljän edeltävän vuoden ajalta.

Aineistossa oli mukana kolmen työeläkevakuuttajan, Ilmarisen, Kevan ja Varman tekemiä työkyvyttömyyseläkepäätöksiä. Kunkin laitoksen päätöksistä poimittiin 100 tapausta.

Edellä esitettyjen kriteerien mukaan poimitussa aineistossa oli 150 naista ja 150 miestä. Aineiston ikärakenne painottui vanhempiin eläkkeenhakijoihin: alle 45-vuotiaita oli 102 ja 45 vuotta täyttäneitä 198. Mielenterveyden häiriöiden ryhmässä oli 151 henkilöä ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä 149 henkilöä. Eläkehakemukseensa myöntöpäätöksen saaneita oli 207 ja hylkäävän päätöksen saaneita 93.

Aineiston painotus

Koska tutkimusaineisto ei ollut satunnaisesti poimittu otos työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneista, aineisto painotettiin jälkiositusta käyttäen vastaamaan tutkimuksen perusjoukkoa. Perusjoukko koostui vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneista 20–59-vuotiaista henkilöistä, joilla työkyvyttömyyden perusteena oli mielenterveyden häiriö tai tuki- ja liikuntaelinten sairaus ja jotka olivat olleet työssä vuosina 2005–2010. Jälkiosituksen kriteereinä käytettiin sukupuolta, ikäryhmää (20–39, 40–49, 50–59 vuotta), sairausryhmää (mielenterveys, tules), eläkeratkaisua (myöntö, hylkäys) sekä työsuhteen voimassa oloa (2005–2008, 2009–2010). Kaikissa raportin analyyseissa on käytetty painotettua aineistoa.

Taulukossa 2.1 verrataan painottamatonta ja jälkiositukseen perustuvilla painoilla korjattua tutkimusaineistoa. Aineistoja verrataan painotuksen perusteena olleiden tekijöiden, iän, sukupuolen, sairausryhmän, eläkeratkaisun ja työsuhteen voimassa olon mukaan. Näiden muuttujien suhteen painotettu aineisto vastaa siis tutkimuksen perusjoukkoa. Painotettu ja painottamaton aineisto poikkesivat toisistaan lähinnä siinä, että työsuhteessa vuonna 2009 olleiden osuus oli painottamattomassa aineistossa suurempi kuin painotetussa eli perusjoukkoa vastaavassa aineistossa. Tämä johtui edellä kuvatuista aineiston poimintakriteereistä, joilla pyrittiin varmistamaan riittävä määrä sellaisia henkilöitä, joilla työsuhteen ja sen myötä mahdollisesti työterveyshuollon katkeamisesta ei ollut kulunut pitkää aikaa. Jonkin verran eroa oli myös eläkeratkaisuissa: painottamattomassa aineistossa hylkäyspäätösten osuus oli pienempi kuin painotetussa aineistossa.

Taulukko 2.1.*Painotetun ja painottamattoman aineiston vertailu.*

	Painottamaton aineisto	Painotettu aineisto
Keski-ikä vuonna 2010, vuotta	47,2	47,0
Naisten osuus, %	50,0	51,1
Mielenterveyden häiriöiden osuus, %	50,3	48,3
Hylkäyspäätösten osuus, %	31,0	34,1
Työsuhteessa vuonna 2009, %	78,3	73,7

Tutkimuksessa käytetyt tiedot

Tutkimusaineistoon kuuluvia henkilöitä koskevat tiedot kerättiin työkyvyttömyyseläkkeen hakemuslomakkeista, niiden liitteinä olevista lääkärintuomauksista ja työnantajanlausunnoista sekä Eläketurvakeskuksen käytössä olevista rekistereistä. Asiakirjatietojen tutkimuskäyttö perustui Eläketurvakeskusta koskevaan lakiin, jonka mukaan Eläketurvakeskuksella on oikeus saada työeläkelaitoksilta toimialaansa kuuluvaan tutkimustoimintaan tarvittavat tiedot (L 397/2006, 4§). Eläkelaitoksissa asiakirjatietoja keräsivät henkilöt, joilla työtehtäviensä perusteella oli oikeus asiakirjojen käsittelyyn. Tiedot kerättiin työkyvyttömyyseläkepäättökseen tekemisen jälkeen, eikä tietojen keräämisellä ollut vaikutusta hakijoiden silloisiin tai myöhempisiin eläke- tai kuntoutuspäätöksiin.

Työkyvyttömyyseläkkeen hakemuslomakkeessa hakijalta kysytään tietoja muun muassa sairauksista, niiden hoidosta ja kuntoutuksesta sekä koulutuksesta ja työstä. Tässä tutkimuksessa käytettiin hakemuslomakkeen tiedoista lähinnä ammattia ja työoloja sekä tietoja hakijan omista työssä selviytymistä ja työhön palaamista koskevista arvioista. Ammatit luokiteltiin Tilastokeskuksen (2011) vuoden 2010 ammattiluokituksen pääluokkia käyttäen kolmeen karkeaan ryhmään: johto- ja asiantuntijatyö (pääluokat 1–3), toimisto-, myynti- ja palvelutyö (pääluokat 4–5) ja rakennus-, valmistus-, kuljetus- ja siivoustyö (pääluokat 6–9). Yrittäjät luokiteltiin samoihin luokkiin kuin vastaavaa työtä tekevät palkansaajat. Esimerkiksi kampaajana toimiva yrittäjä luokiteltiin palvelutyön ryhmään.

Pääosa tässä tutkimuksessa käytetyistä asiakirjatiedoista on peräisin lääkärintuomauksista. Pitempiaikaisen työkyvyttömyyden arvioinnissa käytetään aina niin kutsuttua B-lausuntoa, joka on hoitavan lääkärin kirjoittama yksityiskohtainen selvitys sairaudesta, tutkimuksista, lääkehoidosta, ennusteesta, mahdollisista jatkotoimenpiteistä ja kuntoutustarpeesta. B-lausunnoista poimittiin tietoja haki-

jan työkykyyn vaikuttavista sairauksista sekä sairauksiin liittyvistä tutkimuksista, hoidosta ja kuntoutuksesta. Lausunnoista kirjattiin enintään kuuden työkyvyn heikkenemiseen liittyvän sairauden diagnoosikoodit ja kahdesta toimintakykyyn eniten vaikuttavasta sairaudesta lisäksi yksityiskohtaisempia tietoja sairauden kuluista ja sen hoidosta. Lääkärinlausunnoista kerättiin myös tietoja työterveyshuollon, työnantajan sekä työ- ja elinkeinotoimiston toimenpiteistä työssä jatkamisen mahdollisuuksien selvittämiseksi ja tukemiseksi. Työterveyshuollon ja työpaikan toimintaan liittyviä tietoja olivat muun muassa tieto työterveyshuoltoneuvottelusta tai tehdyistä työjärjestelyistä.

Työnantajan lausunto on työnantajan kuvaus työntekijän työstä ja työssä selviytymisestä. Työnantajan lausuntoja oli pyydetty 49 prosentissa yksityisen sektorin palkansaajien eläkehakemuksista. Keva pyytää työnantajan lausunnon vain tarvittaessa, ja siksi julkisen sektorin työnantajan lausuntoja ei aineistossa ollut riittävästi tutkimuksessa käytettäväksi. Ne eläkkeenhakijat, joiden työnantajilta oli pyydetty lausunto, eivät poikenneet muista yksityisen sektorin hakijoista esimerkiksi iän, sukupuolen tai ammattiryhmän suhteen. Tämän tutkimuksen näkökulmasta tärkein työnantajan lausunnosta poimittu tieto oli työnantajan arvio työhön paluuta tukevien työn muutosten toteuttamismahdollisuuksista.

Asiakirjatietojen lisäksi Eläketurvakeskuksen käytössä olevista rekistereistä poimittiin tietoja työkyvyttömyyseläkepäättöksistä, työeläkekuntoutuksesta, työsuhteista, työttömyydestä, ansiotuloista, koulutustasosta ja työpaikan koosta. Eläkerekistereistä poimittiin muun muassa kahden tärkeimmän työkyvyttömyyden syynä olevan sairauden diagnoosikoodit. Nämä samoin kuin B-lausunnoista poimitut diagnoositiedot koodattiin ICD-10-luokituksella. Aineiston analysoinnissa eläkkeenhakijat ryhmiteltiin tärkeimmän eläkehakemuksen perusteena olevan sairauden mukaan yleensä kolmeen sairausryhmään: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (M00–M99), masennus (F32–F33) ja muut mielenterveyssyyt (muut F-koodit). Tiedot työsuhteista ja maksetuista työttömyyskorvauksista poimittiin vuosilta 2005–2010. Ansiotuloista käytettiin lähinnä vuoden 2008 tietoja. Koulutustieto perustuu Tilastokeskuksen koulutustasotietoon vuodelta 2010 ja sitä käytettiin kolmiluokkaisena: perusaste, keskiaste ja korkea-aste. Yksityisen työnantajan tai kuntatyönantajan koko saatiin Eläketurvakeskuksen ylläpitämästä ansaintarekisteristä. Työnantajat luokiteltiin suuriin (250 henkilöä tai enemmän), keskisuuriin (50–249 henkilöä) ja pieniin (alle 50 henkilöä).

Tietojen luotettavuus

Tutkimuksessa käytetyt tiedot on kerätty pääasiassa asiakirjoista, jotka on tarkoitettu työkyvyttömyyseläkkeen hakemista varten. Tämä luo erityisiä haasteita tietojen tutkimuskäytölle. Ensinnäkin asiakirjat voivat olla puutteellisia. Eläkehakemusasiakirjoihin on kirjattu vain ne tiedot, joita asiakirjan kirjoittaja on pitänyt eläkehakemusprosessin kannalta tärkeänä. Esimerkiksi aiemmissa B-lausuntojen laatua koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että lausunnoissa on puutteita ja eri terveydenhuoltotahojen kirjoittamissa lausunnoissa on painotuseroja (Virta 2001; Kivekäs ym. 2012). Näin ollen se, että johonkin ilmiöön liittyvää tietoa ei henkilön asiakirjoista löydy, ei välttämättä tarkoita sitä, että ilmiötä ei kyseisellä henkilöllä olisi esiintynyt lainkaan. Tätä puuttuvan ilmiön ja puuttuvan tiedon välistä epävarmuutta pyrittiin minimoimaan keräämällä tietoja, joiden ilmoittaminen työkyvyttömyyseläkehakemukseen liittyvissä asiakirjoissa on erittäin todennäköistä. Esimerkiksi tärkeimpiin sairauksiin ja kuntoutukseen liittyvät tiedot mitä todennäköisimmin ilmoitetaan lääkärinlausunnoissa ja muissa hakemusasiakirjoissa. Tulosten tulkinnassa on kuitenkin hyvä pitää mielessä, että ”ei esiinny” voi joissakin tilanteissa tarkoittaa myös sitä, että ilmiö on esiintynyt, mutta tietoa ei löydy asiakirjoista.

Toinen asiakirja-aineiston haaste liittyy tiedonkeruun luotettavuuteen. Kaikki tiedot eivät olleet asiakirjoista yksiselitteisesti poimittavissa, joten aineiston kerääjien tulkintatavat saattoivat heijastua aineistoon. Työkyvyttömyyseläkkeen hakemuslomakkeiden ja työnantajalausuntojen tiedot keräsi pääosin yksi henkilö Eläketurvakeskuksen tutkimusosastolla. Tiedot kerättiin tarkoitusta varten laadittua muuttujalista ja luokitusohjeita käyttäen. Tässä tutkimuksessa käytettyjen muuttujien luokittelun luotettavuuden tarkastelemiseksi toinen tutkija toisti luokittelun 30 tapauksessa. Toistoluokituksessa 91 prosenttia tiedoista luokitui samoin kuin varsinaisessa luokituksessa.

Tutkimukseen osallistuneiden eläkelaitosten lääkärit tai muut työkyvyttömyyseläkkeiden asiantuntijat keräsivät lääkärinlausunnoista poimittavat tiedot. Myös nämä tiedot kerättiin tutkijoiden yhdessä laatimaa muuttujalista ja seikka-peräistä luokitusohjetta käyttäen, johon tarvittaessa tehtiin lisätäsmennyksiä. Lääkärinlausunnoista kerättyjen tietojen luokittelun yhtenäisyyttä tarkasteltiin eläkelaitosten ja siten myös luokittelijoiden välisillä vertailuilla. Niistä lääkärinlausuntojen tiedoista, joita tässä tutkimuksessa käytettiin, eläkelaitosten välillä oli eniten eroja hoitotoimenpiteiden yleisyyttä koskevissa muuttujissa. Osittain erot selittyivät hakijajoukon rakennetekijöillä. On kuitenkin mahdollista, että erot näis-

sä muuttujissa voivat jossain määrin heijastaa myös tietojen kerääjien välisiä tulkintaeroja.

Monet tässä tutkimuksessa käytetyt tiedot löytyivät useammasta eri asiakirjasta ja joitakin asiakirjatietoja oli lisäksi mahdollista varmentaa Eläketurvakeskuksen käytössä olevista rekistereistä. Näiden tarkistusten perusteella asiakirjoista kerätyt tiedot vaikuttivat pääosin luotettavilta.

3 Tulokset

3.1 Koulutus, ammatti ja tulot kolmessa sairausryhmässä

Työkyvyttömyyseläkettä edeltäviä vaiheita kuvataan tässä tutkimuksessa pääosin sairausryhmittäin. Ryhmät perustuvat tärkeimpään työkyvyn heikkenemisen syy-
nä olevaan sairauteen, joka kaikilla tutkimusaineistoon kuuluvilla oli jokin tuki-
ja liikuntaelinten sairaus tai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö. Tarkaste-
lun aluksi kuvataan lyhyesti sairausryhmien sisältöä.

Mielenterveyden häiriöiden sairausryhmä jaettiin tarkasteluissa yleensä kah-
tia, koska työkyvyttömyyseläkettä edeltävissä vaiheissa oli suuria eroja tämän sai-
rausryhmän sisällä. Ensimmäisen ryhmän muodosti masennus (F32, F33), joka
oli tärkeimpänä sairautena yli kahdella kolmasosalla mielenterveyden häiriöiden
perusteella eläkettä hakeneista. Toinen ryhmä koostui muista mielenterveyssyis-
tä (F00–09, F30–31, F34–99). Tämän ryhmän yleisimmät diagnoosit olivat kaksi-
suuntainen mielialahäiriö (F31) ja ahdistuneisuushäiriö (F41). Myös persoonalli-
suushäiriö (F60) tai lievä älyllinen kehitysvamma (F70) oli useammalla eläkkeen-
hakijalla tärkeimpänä työkyvyn heikkenemisen perusteena. Tule sairaudet muo-
dostivat kolmannen tarkasteluryhmän. Tämän ryhmän yleisimpiä sairauksia olivat
selkäsairaudet (M40–M54), jotka olivat perusteena lähes puolella tules-syistä elä-
kettä hakeneista. Eniten esiintynyt yksittäinen selkäsairausdiagnoosi oli nikama-
välilevyjen sairaudet (M51). Seuraavaksi yleisimpiä tule-sairauksia olivat nivelri-
kot, erityisesti polven nivelrikko (M17). (Taulukko 3.1.)

Taulukko 3.1.

Työkyvyn heikkenemisen perusteena olevien sairauksien jakaumat, %.

Tärkein työkyvyn heikkenemisen perusteena oleva sairausryhmä	Mielenterveyden häiriöt (n=151)	Tule-sairaudet (n=149)
Masennus (F32–33)	68	–
Muut mielenterveyden häiriöt (F00–09, F30–31, F34–99)	32	–
Nivelrikko (M15–19)	–	24
Selkäsairaus (M40–54)	–	46
Muut tule-sairaudet (M00–14, M20–36, M60–M99)	–	30
Yhteensä	100	100

Taulukossa 3.2 kuvataan eläkkeenhakijoiden demografiseen ja sosioekonomiseen asemaan liittyviä tekijöitä, ikää, sukupuolta, koulutusta, ammattia ja tuloja, edellä

mainituissa kolmessa sairausryhmässä. Ansiotuloja lukuun ottamatta tiedot ovat vuodelta 2010. Ansiotuloja tarkastellaan vuodelta 2008, kaksi vuotta ennen eläkepäätöstä. Työkyvyttömyyseläkettä tavallisesti edeltävä vuoden sairauspäiväraha-kausi ei siten sijoitu ansiotulojen tarkasteluvuodelle.

Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella eläkettä hakeneet olivat keski-ikältään vanhimpia ja ryhmään 'muut mielenterveyssyyt' kuuluvat olivat eläkkeenhakijoista nuorimpia. Myös sukupuolijakaumassa oli sairausryhmien välillä eroa. Tule-sairauksien ryhmässä miehiä oli yli puolet, mielenterveyssyiden sairausryhmissä enemmistö oli naisia.

Valtaosalla työkyvyttömyyseläkettä hakeneista oli korkeintaan keskiasteen koulutus. Eniten korkea-asteen koulutuksen saaneita oli masennussairauden perusteella eläkettä hakeneissa ja vähiten tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä. Vastaavat sairausryhmien väliset erot näkyivät myös ammattirakenteessa. Johto- ja asiantuntijatehtävissä toimineita oli eniten masennuksen sairausryhmässä. Matalamman sosioekonomisen aseman ammattiryhmien, rakennus-, valmistus-, kuljetus ja siivoustyön osuus oli puolestaan suurin tule-sairauksien perusteella eläkettä hakeneilla. (Taulukko 3.2.)

Ansiotuloihin perustuva luokittelu antoi kuitenkin hiukan toisenlaisen kuvan sairausryhmien välisistä sosioekonomisista eroista. Masennuksen ja tule-sairauksien perusteella eläkettä hakeneiden välillä ei ollut suurta eroa vuoden 2008 ansiotuloissa. Sen sijaan ryhmässä 'muu mielenterveyssyyt' eläkettä hakeneiden ansiotulot olivat huomattavasti pienemmät kuin kahdessa muussa sairausryhmässä (taulukko 3.2). Ansiotulojen pienuus muiden mielenterveyssyiden ryhmässä liittyy ryhmän matalaan työllisyyteen ja korkeaan työttömyyteen. Luvun 3.3 työ- ja työttömyystiedoista näkyy, että kyseisessä muiden mielenterveyssyiden ryhmässä työttömyys oli huomattavasti yleisempää kuin kahdessa muussa sairausryhmässä.

Kaikissa sairausryhmissä johdon ja asiantuntijoiden ammattiryhmän yleisimpiä ammatteja olivat liike-elämän ja hallinnon sekä tekniikan alan asiantuntijatehtävät. Myös terveydenhuollon ja opetuksen tehtävissä toimineita kuului tähän ammattiryhmään. Toimisto-, myynti- ja palvelutyön ammattiryhmä painottui myynti- ja palvelutyöhön. Yleisimmät yksittäiset ammattinimikkeet olivat myyjä, kokki tai keittäjä, lähihoitaja ja kiinteistöhuoltomies. Rakennus-, valmistus-, kuljetus- ja siivoustyön ammattiryhmä sisälsi lukuisia erilaisia rakennus- ja teollisuustyön ammatteja kuten maalari, kirvesmies, levyseppä ja koneasentaja. Kaksi tämän ammattiryhmän yleisintä ammattinimikettä olivat kuorma-auton kuljettaja ja siivoaja.

Taulukko 3.2.

Sukupuoli, ikä, koulutusaste, ammattiryhmä ja ansiotulot 20–59-vuotiailla työkyvyttömyyseläkettä hakeneilla henkilöillä eläkehakemuksen perusteena olevan sairausryhmän mukaan, %.

	Masennus n=103	Muu mielen- terveysyys n=48	Tule-sairaus n=149
Naisten osuus	59	57	44
Ikäryhmä			
20–39	33	41	13
40–49	24	28	23
50–59	43	31	64
Yhteensä	100	100	100
Keski-ikä, keskiarvo	44	42	50
Koulutustaso			
Perusaste	28	22	33
Keskiaste	48	61	53
Korkea-aste	23	18	14
Yhteensä	100	100	100
Ammattiryhmä			
Johtajat ja asiantuntijat	29	12	11
Toimisto-, myynti- ja palvelutyöntekijät	31	33	29
Rakennus-, valmistus-, kuljetus- ja siivoustyöntekijät	40	55	60
Yhteensä	100	100	100
Ansiotulot			
Vuoden 2008 ansiotulojen keskiarvo, euroa	19 000	5 900	22 600

Useimmat eläkkeenhakijoista olivat työskennelleet viimeisimmässä ammatissaan pitkään. Tule-sairauksien ja masennuksen sairausryhmiin kuuluvat 25 vuotta täytäneet henkilöt olivat tehneet viimeisimmän ammattinsa mukaista työtä keskimäärin 15 vuotta ja ryhmässä 'muu mielen-terveysyys' tämä keskiarvo oli kuusi vuotta. Usein aiemmatkin ammatit olivat samalta tai läheiseltä alalta.

Puolet tämän tutkimuksen eläkkeenhakijoista oli viimeksi työskennellyt suurella, yli 250 henkilöä työllistävällä työnantajalla. Erityisesti toimisto-, myynti- ja palvelutyön ammattiryhmässä sekä kunta-alalla suurtyönantajilla työskentely oli ollut yleistä. Yksityisellä sektorilla suurtyönantajilla työskennelleitä oli runsas kolmannes, mikä vastaa kaikkien Suomessa vuonna 2009 toimineiden suuryritysten henkilöstöosuutta (Tilastokeskus 2010). Vajaa kymmenesosa kaikista eläk-

keenhakijoista oli viimeksi toiminut yrittäjänä. Yrittäjillä useammin kuin kerran esiintyviä ammattinimikkeitä olivat kauppias, autonkuljettaja ja kiinteistövälittäjä.

3.2 Eläkkeenhakijoiden sairastavuus

Monisairastavuus

Kaikilla tutkimusaineistoon kuuluvilla tärkein työkyvyn heikkenemisen perusteena oleva sairaus oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus tai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö. Useimmilla eläkkeenhakijoilla oli kuitenkin enemmän kuin yksi työkykyä heikentävä sairaus. Eläkehakemuksen liitteenä olleiden lääkärinlausuntojen mukaan mielenterveyden häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella eläkettä hakeneista 70 prosentilla oli ainakin kaksi työkykyä heikentävää sairautta. Jos lisäksi otetaan huomioon viiden hakemista edeltäneen vuoden sairauspäivärahauskautien perusteena olleet sairaudet, 90 prosentilla hakijoista oli ainakin kaksi diagnoosia. Neljä tai useampia diagnooseja oli kertynyt lähes puolelle hakijoista (taulukko 3.3). Usein kyse oli useammasta eri mielenterveysdiagnoosista tai useammasta eri tules-diagnoosista. Yli puolella mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkettä hakeneesta oli kuitenkin edellisten viiden vuoden lääkärinlausunnoissa mainittu myös jokin somaattinen sairaus työkyvyn heikkenemisen perusteena. Taulukosta 3.3 näkyy, että kipu ja mieli -yhdistelmä eli tuki- ja liikuntaelinsairaus ja mielenterveyden häiriö esiintyi vajaalla kolmasosalla kaikista aineistoon kuuluvista.

Taulukko 3.3.

Diagnoosien määrä viiden hakemista edeltäneen vuoden lääkärinlausunnoissa, %.

	Masennus n=103	Muu mielenterveyssyy n=48	Tule sairaus n=149
Vain yksi diagnoosi	12	7	9
Ainakin neljä eri diagnoosia	39	53	53
Sekä mielenterveys- että tules-diagnooseja	33	28	27

Sairauden kulku

Suurin osa työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista oli sairastanut jo useita vuosia. Mikäli tärkein työkykyä heikentänyt sairaus oli muu mielenterveyden häiriö kuin

masennus, lääkärintlausunnoista poimittujen tietojen mukaan noin 70 prosentilla hakijoista sairaus oli alkanut jo ennen vuotta 2005 eli yli viisi vuotta ennen eläkkeen hakemista. Masennuksen ja tule-sairauksien ryhmissä joka kolmas oli sairastanut yli viisi vuotta ja hiukan useampi kaksi vuotta tai vähemmän. Sairauden alkamisajankohta tarkoittaa tässä lähinnä sitä vuotta, jolloin lääkäri totesi sairauden. Etenkin hitaasti edenneissä sairauksissa oireilua oli saattanut olla jo aiemminkin. Masennussairauden ryhmässä lähes kaikilla sairaus oli alkanut vähitellen. Muiden mielenterveyssyiden ryhmässä esimerkiksi älyllinen kehitysvamma ja persoonallisuushäiriö olivat kuitenkin peräisin jo syntymästä tai lapsuudesta. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä joka neljännän sairaus oli alkanut äkillisesti. (Taulukko 3.4.)

Taulukko 3.4.

Tärkeimmän työkyvyn heikkenemisen perusteena olevan sairauden alkaminen ja eteneminen eläkehakemuksen perusteena olevan sairausryhmän mukaan, %.

	Masennus n=103	Muu mielenterveyssy n=48	Tule-sairaus n=149
Tärkeimmän sairauden alkamisvuosi			
Ennen vuotta 2005	32	71	35
2005–2007	28	17	27
2008 tai myöhemmin	40	12	38
Yhteensä	100	100	100
Sairauden äkillisyys			
Synnyynnäinen tai lapsuudessa alkanut	0	21	0
Äkillisesti alkanut	5	3	25
Hitaasti alkanut	95	76	75
Yhteensä	100	100	100
Sairauden tilanne hakemisajankohtana			
Sairaus oli paranemassa	12	10	9
Sairauden kulku oli tasainen	75	84	63
Sairaus oli pahenemassa	14	6	28
Yhteensä	100	100	100
Sairauden vaikutus toimintakykyyn			
Ei vaikutusta	3	2	5
Alentaa toimintakykyä vähän	26	35	36
Alentaa toimintakykyä merkittävästi	70	63	59
Yhteensä	100	100	100

Valtaosalla eläkkeenhakijoista työkykyä heikentävä sairauden kulku oli eläkkeen hakemisajankohtana tasainen. Paheneva sairaudenkuva oli yleisempi tuki- ja liikuntaelinten kuin mielenterveyden sairausryhmässä. Lääkärinlausuntojen mukaan lähes kaikilla työkyvyttömyyseläkkeen hakijoilla sairaus vaikutti toimintakykyyn. Merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen oli yleisintä masennuksen sairausryhmässä. (Taulukko 3.4.)

Sairauspäivärahakaudet

Myös sairauspäivärahakaudet kertovat sairastamisen kulusta. Samalla ne kertovat eläkkeenhakijan ja terveydenhuollon kontakteista, sillä sairauspäivärahan myöntöjakso edellyttää aina lääkärin kirjoittamaa todistusta lyhytaikaisesta työkyvyttömyydestä.

Vuoden 2005 alusta työkyvyttömyyseläkkeen hakemispäivään mennessä lähes kaikki eläkkeenhakijat olivat saaneet sairauspäivärahaa. Valtaosa sai sairauspäivärahaa työkyvyttömyyseläkkeen hakemisajankohtana, ja niillä, jotka eivät saaneet, sairauspäivärahakausi oli yleensä päättynyt pari kolme kuukautta ennen eläkkeen hakemista. Lähinnä vain ryhmässä 'muu mielenterveyssyy' oli jonkun verran eläkkeenhakijoita, jotka eivät olleet tarkastelujakson aikana saaneet lainkaan sairauspäivärahaa. Yli 40 prosentilla eläkkeenhakijoista sairauspäivärahapäiviä oli ollut jo useita vuosia ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista, vuosina 2005 tai 2006. (Taulukko 3.5.)

Eläkkeen hakemista edeltäneen yhtenäisen päivärahakauden lisäksi useimmilla oli ainakin yksi aiempi päivärahakausi. Päivärahakaudet saattoivat lisäksi koostua monista erillisistä vaikkakin ajallisesti peräkkäisistä päivärahan myöntöjaksoista. Vajaalla 40 prosentilla eläkkeenhakijoista oli tarkastelujaksolla ainakin viisi sairauspäivärahan myöntöjaksoa. Muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen perusteella eläkettä hakeneilla päivärahajaksoja oli vähiten. (Taulukko 3.5.)

Jokainen päivärahamyöntö edellyttää aina lääkärintodistusta (ns. A-todistus), johon on merkitty poissaolon aiheuttanut sairaus. Kun diagnooseja tarkasteltiin ICD-10 luokituksen sairauspäälukittain, havaittiin, että noin puolella eläkkeenhakijoista sairauspäivärahaa oli myönnetty ainakin kahteen eri päälukkaan kuuluvien diagnoosien perusteella. Sairauspäivärahapäätösten lääkärintodistukset kertoivatkin monisairastavuuden yleisyydestä, sillä viidesosalla diagnoosit sijoituivat vähintään kolmeen eri päälukkaan (taulukko 3.5) ja muutamalla hakijalla jopa kuuteen.

Taulukko 3.5.

Sairauspäivärahaan liittyviä tietoja vuodesta 2005 lähtien eläkkeen hakemiseen asti eläkehakemuksen perusteena olevan sairausryhmän mukaan, %.

Vuoden 2005 alusta työkyvyttömyyseläkkeen hakemispäivään mennessä	Masennus	Muu mielen- terveysy	Tule-sairaus
	n=103	n=48	n=149
Sai sairauspäivärahaa eläkettä hakiessa	76	58	74
Ei lainkaan sairauspäivärahaa tarkastelujaksolla	0	9	1
Sai sairauspäivärahaa vuonna 2005 tai 2006	37	31	49
Ainakin kaksi ajallisesti erillistä sairauspäivärahakautta	80	52	74
Ainakin viisi sairauspäivärahan myöntöjaksoa	33	15	52
Ainakin kolmeen eri sairauspääloukkaan ¹ kuuluvia sv-diagnooseja	23	22	20

¹ Sairauspääluokilla tarkoitetaan ICD-10 luokituksen pääluokkia.

3.3 Työ ja työttömyys ennen eläkkeen hakemista

Työkyvyttömyyseläkkeenhakijoiden työllisyys- ja työttömyystaustaa tarkastellaan seuraavassa eläkkeen hakemista edeltäneiden viiden vuoden jaksolta, vuosilta 2005–2009. Työ- ja työttömyystaustan tarkastelussa aineistosta rajattiin pois ne henkilöt, jotka vuonna 2005 olivat alle 20-vuotiaita. Näitä henkilöitä oli 14, joten tarkastelussa on mukana 286 henkilöä.

Työsuhde eläkkeen hakemisajankohtana

Aineiston poimintakriteerien mukaan kaikki tutkimusaineistoon kuuluvat työkyvyttömyyseläkkeen hakijat olivat olleet työssä ainakin jonkin aikaa eläkepäätösvuotta edeltäneiden viiden vuoden aikana. Vaikka aineiston poiminnassa siten painotettiin työssä oloa eläkkeen hakemista edeltäneinä vuosina, aineistossa oli kuitenkin myös paljon niitä, joiden työsuhde oli ehtinyt päättyä ennen eläkkeen hakemista. Eläkkeen hakemisaikaan 56 prosenttia aineiston 25 vuotta täyttäneistä henkilöistä oli työsuhhteessa. Eläkkeen hakemisajalla tarkoitetaan tässä varsinaista hakemisajankohtaa ja sitä edeltänyttä yhtäjaksoista sairauspäivärahakautta. Mikäli sairauspäivärahakautta ei ollut lainkaan tai se oli päättynyt yli puoli vuotta ennen eläkkeen hakemista, työsuhhteessa oloa tarkasteltiin hakemisajankohdalta ja sitä edeltäneeltä puolen vuoden jaksolta. Tällä tavoin määriteltynä hakemisajankohtana työsuhhteessa olleita oli eniten tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryh-

mässä, 66 prosenttia. Mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän sisällä työsuhteen voimassa olossa oli suuri ero masennuksen ja muiden mielenterveyssyiden välillä. Masennuksen perusteella eläkettä hakeneista oli hakemisajankohtana työsuhteessa 55 prosenttia ja muiden mielenterveyssyiden perusteella eläkettä hakeneista vain 25 prosenttia.

Työsuhteen voimassaolo ennen eläkkeen hakemista vaikuttaa oleellisesti siihen, minkälaisia mahdollisuuksia henkilöllä on tarvittaessa saada tukea työkyvyn parantamiseen ja työssä jatkamiseen. Esimerkiksi työpaikan ja työterveyshuollon keinot eivät ole käytettävissä ja ammatillisen kuntoutussuunnitelman tekeminen vaikeutuu, jos työsuhde puuttuu. Taulukossa 3.6 tarkastellaan, minkälaiset tekijät olivat yhteydessä eläkkeenhakijan työelämään kiinnittymiseen. Taulukon tulosten

Taulukko 3.6.

län ja sukupuolen sekä sairaus- ja työtaustan yhteys työsuhteen voimassaoloon eläkkeen hakemisajankohtana, 25–59-vuotiaat työkyvyttömyyseläkettä hakeneet, ristitulo-suhteet (OR) ja 95 %:n luottamusvälit.

	Malli 0		Malli 1	
	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv
Ikä	1,02	1,00–1,05	0,98	0,94–1,02
Sukupuoli				
Mies	1		1	
Nainen	1,62	1,00–2,62	2,67	1,38–5,36
Sairausryhmä				
Muu mielenterveysy kuin masennus	1		1	
Masennus	3,92	1,79–9,08	2,49	0,92–7,07
Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	5,20	2,50–11,49	3,71	1,41–10,23
Sairauden alkaminen				
Ennen vuotta 2008	1		1	
2008 tai myöhemmin	2,74	1,62–4,74	2,35	1,20–4,72
Ammattiryhmä				
Rakennus-, valmistus-, kuljetus-, siivoustyö	1		1	
Toimisto-, myynti-, palvelutyö	2,36	1,34–4,25	1,63	0,77–3,53
Johtaja, asiantuntija	1,46	0,76–2,85	0,97	0,42–2,28
Työpaikan koko				
Alle 50 työntekijää	1		1	
50 työntekijää tai enemmän	3,94	2,36–6,66	4,53	2,39–8,87
Työttömyys				
Työttömyyttä 2005–2007	1		1	
Ei työttömyyttä 2005–2007	7,77	4,56–13,54	11,50	5,80–24,16

Malli 0 = muuttajat erillisissä malleissa.

Malli 1 = muuttajat samassa mallissa.

mukaan hakijan sukupuoli liittyi työsuhteen voimassa oloon: naiset olivat yleisemmin työsuhteessa eläkkeen hakemiseen asti. Sairausryhmän yhteys työsuhteen voimassaoloon todettiin jo edellä. Sairauden merkitys kuitenkin jonkin verran pieni, kun myös muut analyysissä mukana olevat tekijät vakioitiin (malli 1). Myös sairauden kestolla oli merkitystä. Työsuhde oli todennäköisemmin voimassa, jos sairastamisaika ennen eläkkeen hakemista oli lyhyt. Työhön liittyvistä tekijöistä työpaikan koko ja varhaisempien vuosien työttömyystaustan puuttuminen olivat yhteydessä työsuhteen voimassaoloon eläkkeen hakemisvaiheessa. Naisvaltaisessa toimisto-, myynti- ja palvelutyössä toimineiden työsuhde jatkui yleisemmin eläkkeen hakemisvaiheeseen. Muiden tekijöiden, etenkin sukupuolen samanaikainen vakiointi kuitenkin vähensi ammattiryhmän merkitystä. Työsuhteen pysyminen voimassa eläkkeen hakemisajankohtaan asti oli jonkin verran yleisempää kunta-alalla kuin yksityisellä sektorilla. Työnantajasektorin lisääminen taulukon 3.6 malliin 0 ei kuitenkaan tuottanut tilastollisesti merkitsevää tulosta. Mallissa 1 työnantajasektori oli mukana kontrollimuuttujana, mutta sillä ei ollut merkitsevää yhteyttä työsuhteen voimassaoloon eläkkeen hakemisajankohtana eikä se muuttanut muiden malliin sisältyvien muuttujien yhteyksiä.

Useimmilla oli ollut viimeisessä ammatissaan joko fyysistä tai henkistä rasitusta. Noin puolet niistä, joiden työsuhde oli voimassa eläkkeen hakemisaikana, raportoi työnsä olleen fyysisesti rasittavaa, ja kaksi kolmasosaa raportoi henkisesti paineesta. Fyysinen rasittavuus liittyi useimmiten nostamiseen, kantamiseen tai hankaliin työasentoihin. Henkinen paine liittyi ennen kaikkea tiukkaan työtahtiin, mutta myös esimerkiksi töiden vaativuudesta, hankalista esimiehistä ja väkivallan uhkasta oli mainintoja. Työn henkinen ja fyysinen rasittavuus jakautuivat ammattiryhmittäin odotetusti. Henkistä rasitusta kokeneita oli eniten asiantuntija- ja palvelutyötä tehneissä ja ruumiillista rasitusta kokeneita puolestaan rakennus-, valmistus- kuljetus- ja siivoustyössä. Monilla oli kuitenkin työssään sekä fyysistä että henkistä rasitusta. Esimerkiksi toimisto-, myynti- ja palvelutyön ryhmässä lähes puolet raportoi sekä fyysisestä raskaudesta että henkisestä paineesta. (Taulukko 3.7.)

Sairausryhmittäin tarkasteltuna monikuormittavuus oli yleisintä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella eläkettä hakeneilla. Heistä puolet oli viimeisimmässä työssään kokenut sekä fyysistä että henkistä rasitusta. Mielenterveysyiden perusteella eläkettä hakeneilla sen sijaan korostui erityisesti työn henkinen paine, monikuormittavuutta tai vain fyysisiä kuormitustekijöitä oli mainittu harvemmin. (Taulukko 3.7.)

Taulukko 3.7.

Työssä koettu fyysinen ja henkinen rasitus ammattiryhmän ja sairausryhmän mukaan, %.

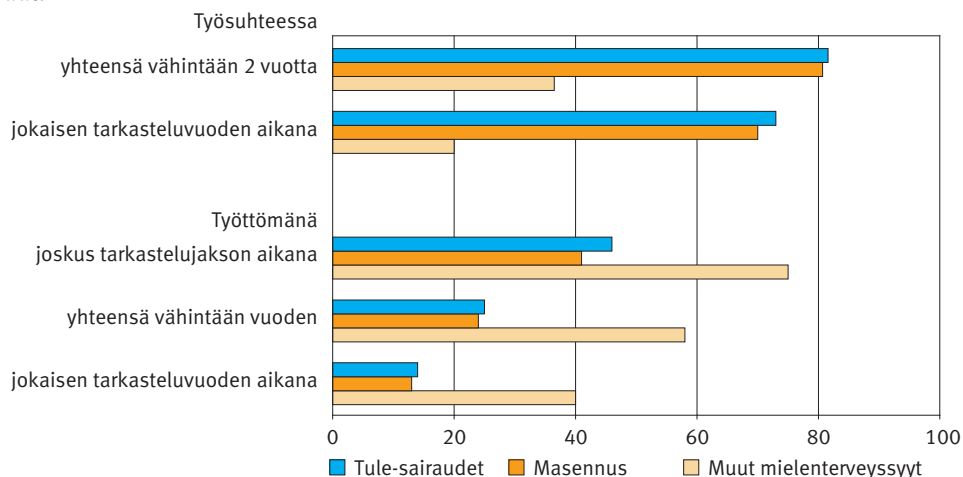
	Johto- ja asiantuntijatyö	Ammattiryhmä		Sairausryhmä	
		Toimisto-, myynti-, palvelutyö	Rakennus-, valmistus-, kuljetus-, siivoustyö	Mielen-terveyden häiriöt	Tule-sairaudet
Henkistä painetta	67	74	59	70	63
Fyysistä rasitusta	33	47	58	26	64
Sekä henkistä että fyysistä rasitusta	25	46	38	20	50

Työ ja työttömyys vuosina 2005–2009

Sairausryhmien väliset erot eläkkeenhakijoiden aiemmassa työllisyydessä näkyivät myös, kun tarkasteltiin eläkepäättöstä edeltänyttä viiden vuoden jaksoa. Niitä eläkkeenhakijoita, jotka olivat vuosina 2005–2009 olleet työsuhteessa yhteensä vähintään kaksi vuotta tai ainakin yhden päivän jokaisen tarkasteluvuoden aikana, oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ja masennuksen sairausryhmissä huomattavasti enemmän kuin niiden joukossa, jotka hakivat eläkettä muiden mielen-terveysyiden kuin masennuksen perusteella. (Kuvio 3.1.)

Kuvio 3.1.

Niiden eläkkeenhakijoiden osuus (%), jotka olivat työsuhteessa tai työttömänä viiden vuoden jaksolla (2005–2009) ennen eläkepäättöstä sairausryhmittäin, 25–59-vuotiaat.



Noin puolet tutkituista työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista oli ollut työttömänä joskus vuosien 2005–2009 aikana. Työttömänä olleiden osuudessa ei ollut eroa tuki- ja liikuntaelinsairauksien tai masennuksen perusteella eläkettä hakeneilla. Sen sijaan muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen perusteella eläkettä hakeneet olivat selvästi poikkeava ryhmä. Tässä ryhmässä kolme neljästä hakijasta oli ollut työttömänä viiden eläkkeen hakemista edeltäneen vuoden aikana. Osuus oli lähes kaksinkertainen verrattuna masennuksen tai tule-sairauksien perusteella eläkettä hakeneisiin. Myös toistuva tai pitkäkestoinen työttömyys oli yleisintä muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen perusteella eläkettä hakeneilla. (Kuvio 3.1.)

Muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen perusteella eläkettä hakeneet poikkesivat työ- ja työttömyystaustansa suhteen huomattavasti muista työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista. Koska kyseessä oli lukumääräisesti pieni ryhmä, haluttiin tulos varmistaa laajemmalla aineistolla. Kuviossa 3.1 esitetyt tiedot tarkistettiin käyttäen aineistona tutkimuksen perusjoukkoa (n=8 664). Tarkistus osoitti, että ryhmän 'muu mielenterveyssy' keskimääräistä suurempi työttömyystausta ja pienempi työllisyystausta pitivät paikkansa myös perusjoukon tasolla. 'Muu mielenterveyssy' -ryhmän ero muihin sairausryhmiin oli kuitenkin laajemmassa aineistossa jonkin verran pienempi kuin kuviossa 3.1.

Työtaustan ryhmittelyä

Vuosille 2005–2009 sijoittuvan työsuhde- ja työttömyysajan perusteella muodostettiin kolme työtaustaa kuvaavaa ryhmää. Ensimmäinen ryhmä, 'tiiviisti työssä', sisälsi henkilöt, jotka olivat työsuhhteessa lähes koko tarkasteluajan. Tähän ryhmään kuului 45 prosenttia aineistosta. Toiseen ryhmään, 'epävakaa työtausta', kuuluvilla oli edellistä ryhmää vähemmän työsuhdeaikaa ja enemmän työttömyysaikaa. Ryhmän osuus oli 25 prosenttia. Kolmannessa ryhmässä, 'paljon työttömyyttä', työtaustat painottuivat työttömyyteen tai työsuhdeaika oli muista syistä lyhyt. Ryhmään sijoittui 30 prosenttia aineistosta. Ryhmittelyn kriteerit olivat seuraavat:

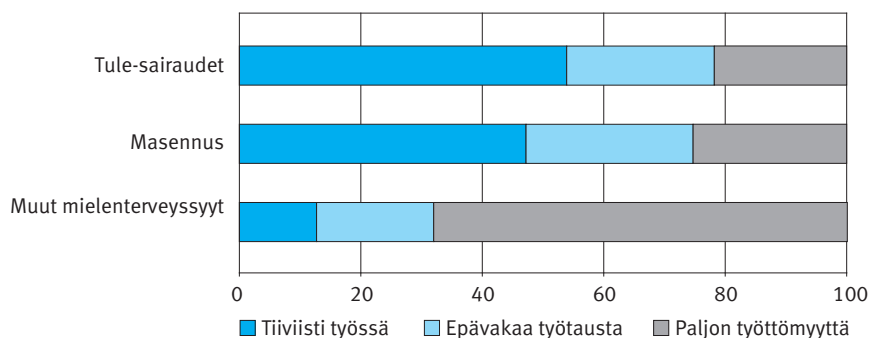
- Tiiviisti työssä: vuosina 2005–2009 työsuhdeaikaa vähintään 4,5 vuotta ja työttömyysaikaa alle kuukausi
- Epävakaa työtausta: työsuhdeaikaa vähintään kaksi vuotta ja työttömyysaikaa enintään kaksi vuotta

- Paljon työttömyyttä: työsuhdeaikaa alle kaksi vuotta tai työttömyysaikaa yli kaksi vuotta.

Kuviossa 3.2 esitetään työtaustaryhmien jakaumat kolmessa sairausryhmässä. Tu-ki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella eläkettä hakeneista runsas puolet ja masennussairauden perusteella hakeneista vajaa puolet kuului 'tiiviisti työssä' -ryhmään. Muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen perusteella eläkettä hakeneista sen sijaan vain joka kymmenennellä oli tiivis työtausta, ja kaksi kolmesta sijoittui 'paljon työttömyyttä' -ryhmään.

Kuvio 3.2.

Työtaustaa kuvaavien ryhmien jakauma kolmessa sairausryhmässä, 25–59-vuotiaat.



Edellä esitettyjä työtaustaryhmiä kuvaillaan lähemmin taulukossa 3.8. Taulukon kahdella ylimmällä rivillä on esitetty ne työtaustaan liittyvät tiedot, jotka olivat ryhmien muodostamisen kriteereinä ja siten erottelevat ryhmät selkeästi toisistaan. 'Tiiviisti työssä' -ryhmässä kertyi vuosina 2005–2009 täydet viisi vuotta työsuhdeaikaa eikä lainkaan työttömyyttä. Epävakaan työtaustan ryhmässä työsuhde-aika oli vajaan vuoden lyhyempi kuin edellisessä ryhmässä, ja työttömyys-aikaa oli keskimäärin puoli vuotta. 'Paljon työttömyyttä' -ryhmässä työsuhde-aikaa oli vähän, keskimäärin runsas vuosi, ja työttömyyttä paljon, keskimäärin 2,7 vuotta. Työ- ja työttömyystausta näkyi myös siinä, oliko työsuhde voimassa eläkkeen hakemisajankohtana. Tiiviisti työssä olleista yhdeksällä kymmenestä, kun taas paljon työttömänä olleista vain yhdellä kymmenestä työsuhde jatkui eläkkeen hakemisajankohtaan.

Taulukko 3.8.*Työtaustaryhmien kuvailua, 25–59-vuotiaat.*

	Tiiviisti työssä n=138	Epävakaa työtausta n=73	Paljon työttömyyttä n=75
Työ ja työttömyys			
Työsuhdekuukaudet ajalla 2005–2009, keskiarvo	60	49	13
Työttömyyskuukaudet ajalla 2005–2009, keskiarvo	0	6	32
Työsuhteessa eläkkeen hakemisajankohtana, %	89	54	12
Ikä ja sukupuoli			
Ikä hakemisajankohtana, keskiarvo	51	48	45
Naisten osuus, %	50	47	52
Ammatti, työpaikka ja tulot			
Ammattiryhmä: johtajien tai asiantuntijoiden osuus, %	22	16	11
Pientyöpaikoissa (< 50 henkeä) työskennelleiden osuus, %	26	38	47
Ansiotulot euroina vuonna 2008, keskiarvo	29 700	21 500	3 200
Sairausryhmien jakauma			
Masennus	32	34	25
Muu mielenterveysy	4	12	34
Tule-sairaus	64	54	41
Yhteensä	100	100	100
Sairauden piirteitä			
Niiden osuus, joilla oli mielenterveysongelma ja tule-sairaus, %	39	24	22
Niiden osuus, joilla sairaus oli pahenemassa, %	23	23	18
Niiden osuus, joilla sairaus häiritseviin toimintakykyä paljon, %	73	61	54
Niiden osuus, joilla sairaus oli alkanut 2008 tai myöhemmin, %	44	35	20
Niiden osuus, joilla oli ajalla 2005–2009 ainakin viisi sairauspäivärahaa	53	37	20

’Tiiviisti työssä’ -ryhmä oli keski-ikänsä vanhin. Tässä ryhmässä oli myös eniten johto- tai asiantuntijatehtävissä toimineita ja toisaalta vähiten pientyöpaikoissa työskennelleitä. Keskimääräiset ansiotulot vuonna 2008 olivat suuremmat kuin muissa ryhmissä. Tiiviin työtaustan ryhmässä muiden mielenterveysyiden kuin masennuksen osuus eläkehakemuksen perusteena olevista sairauksista oli hyvin pieni, selvästi pienempi kuin kahdessa muussa työtaustaryhmässä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet samoin kuin tules-mielenterveys-yhdistelmä ja sairauden aiheut-

tama merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen olivat puolestaan 'tiivisti työssä' -ryhmässä yleisempiä kuin kahdessa muussa ryhmässä. Samoin tiiviin työautant ryhmässä melko lyhyt sairausaika ennen eläkkeen hakemista sekä suuri määrä sairauspäiväraajaksoja olivat keskimääräistä yleisempiä. (Taulukko 3.8.)

Toisen ääripään työautantaryhmässä, 'paljon työttömyyttä', ylemmän sosioekonomisen aseman ammattiteissa toimineita oli vähän, pientyöpaikoissa työskentely oli ollut yleistä ja vuoden 2008 keskimääräiset ansiotulot olivat hyvin pienet. Paljon työttömänä olleiden ryhmässä myös muiden mielenterveysyiden kuin masennuksen osuus korostui, eikä merkittävä toimintakyvyn haitta ollut yhtä yleinen kuin muissa työautantaryhmissä. Lisäksi työttömyyspainotteisessa ryhmässä sairaudet olivat jatkuneet pitempään, mutta sairauspäiväraajakausia oli vähemmän kuin kahdessa muussa työautantaryhmässä. Keskimäinen ryhmä, 'epävakaa työautant' oli lähes kaikkien kuvattujen asioiden suhteen 'tiivisti työssä' ja 'paljon työttömyyttä' -ryhmien välissä. (Taulukko 3.8.)

Edellä esitettyjä työautantaryhmiä havainnollistetaan vielä kuviossa 3.3 neljän aineistosta poimitun esimerkkitapauksen avulla. Esimerkit on poimittu siten, että mahdollisimman monet kyseisen ryhmän tyypilliset piirteet tulisivat niissä esille.

'Tiivistä työssä' -ryhmää edustaa kaksi henkilöä, A ja B, jotta samassa työautantaryhmässä sairaustautaltaan hyvin erilaiset tapaukset nousisivat esille. Henkilö A sairastui vasta eläkkeen hakemista edeltäneenä vuonna, henkilö B:llä oli puolestaan lyhyitä sairausjaksoja koko viiden vuoden tarkastelujakson ajan.

Ensimmäisen 'tiivisti työssä' -esimerkin henkilö A oli 50 vuotta täyttänyt korkea-asteen koulutuksen saanut teknisen alan asiantuntija, joka oli työskennellyt pitkään samassa suuressa yrityksessä. A:n työssä oli myös liikkumista, kantamista ja nostamista vaativia työvaiheita, ja A pitikin työtään sekä fyysisesti että henkisesti rasittavana. Erityisesti kiivas työtahti tuntui raskaalta. Vuosina 2009 ja 2010 hänellä ilmeni useita tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, joita hoidettiin muun muassa leikkauksilla ja fysioterapialla. Sairaudet kuitenkin pahenivat ja heikensivät merkittävästi A:n toimintakykyä. Vuoden 2009 marraskuusta lähtien hän sai sairauspäivärahaa ja vuoden 2010 loppupuolella hän haki työkyvyttömyyseläkettä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella. Työpaikalla oltiin halukkaita tekemään tarvittavia muutoksia, ja A toivoi pystyvänsä palaamaan työhön. Tilanne kuitenkin huononi ja työkyvyn merkittävän heikkenemisen perusteella A:lle myönnettiin työkyvyttömyyseläke toistaiseksi.

'Tiivistä työssä' -ryhmän toisena esimerkkinä on terveydenhuollossa työskennellyt noin 55-vuotias henkilö B. Hänen työsuhteensa oli jatkunut 2000-luvun alkuvuosilta ja oli edelleen voimassa eläkkeen hakemisajankohtana. B kuvaili työ-

hönsä liittyvän sekä fyysisiä että henkisiä rasitustekijöitä. B:llä oli vuoden 2005 alusta lähtien joka vuosi yksi tai kaksi noin kuukauden mittaista sairauspäiväraahajaksoa. Näihin jaksoihin liittyvät diagnoosit vaihtelivat. Poissaolon syynä oli useamman kerran mielenterveyden häiriö, mutta sairauspäivärahaan tarvittavien lääkärinlausuntojen diagnooseina oli myös esimerkiksi hermoston ja verenkiertoelinten sairauksia. Vuonna 2009 B sai liikuntaelinvamman ja jäi pitkälle sairauslomalle. Sairautta hoidettiin leikkauksilla ja fysioterapialla. Sairaus kuitenkin paheni ja sen arvioitiin alentavan merkittävästi hänen toimintakykyään. Työterveyshuolto ei ollut työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä aktiivinen, eikä ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmia koskaan laadittu. B haki tuki- ja liikuntaelinten sairauden perusteella työkyvyttömyyseläkettä vuoden 2009 lopulla. Toisena työkyvyn heikkenemisen perusteena oli mielenterveyden häiriö. Eläke myönnettiin määräaikaisena kuntoutustukena.

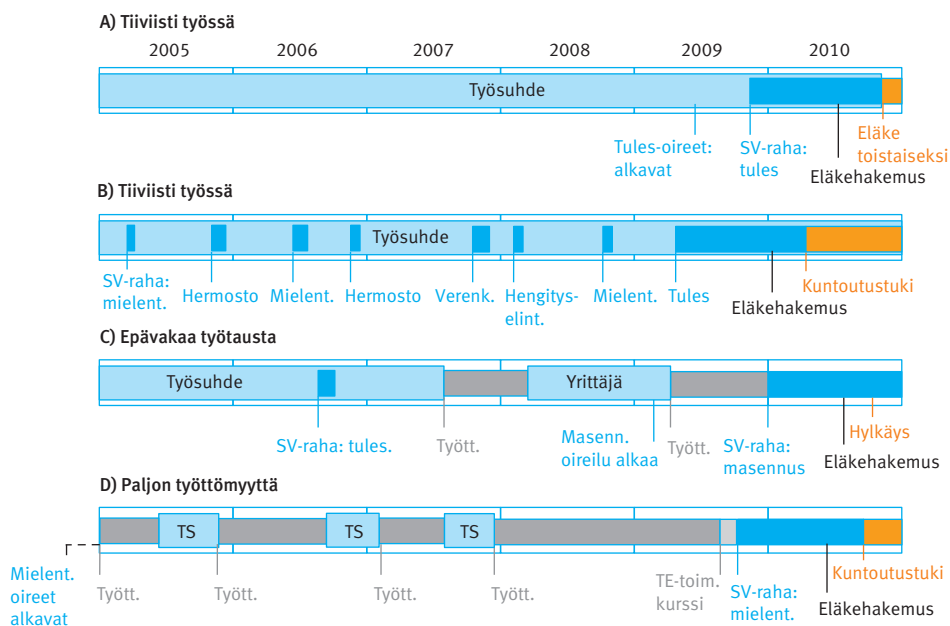
’Epävakaata työtausta’ -ryhmään kuuluva henkilö C oli noin 45-vuotias keskiasteen koulutuksen saanut ravintola-alan työntekijä. Vuodesta 2005 eteenpäin hänellä oli useita peräkkäisiä työsuhteita, jotka jatkuivat yhtenäisenä vuoden 2007 syksyyn asti. Syksyllä 2007 hän jäi työttömäksi. Vuoden 2008 alussa C perusti pienen ravintola-alan yrityksen, jonka toiminta kuitenkin vuoden kuluttua loppui, ja C jäi uudelleen työttömäksi. C:llä oli liikuntaelinten sairauteen perustuva sairauspäiväraahakausi vuoden 2006 lopulla, mutta päivärahauden jälkeen hän pystyi palaamaan entiseen työhönsä. C:n masennusoireet alkoivat yritystoiminnan loppumisen aikoihin. Sairautta hoidettiin lääkityksellä, psykoterapiaa C ei saanut. Sairaus heikensi C:n toimintakykyä jonkin verran, ja syksyllä 2009 työttömyyspäiväraha vaihtui sairauspäivärahaksi. Vuoden 2010 puolivälissä C haki työkyvyttömyyseläkettä. Tärkeimpänä sairausperusteena oli masennus. C:n eläkehakemukseen annettiin hylkäävä päätös.

’Paljon työttömyyttä’ -ryhmän edustaja D oli alle 50-vuotias myyntityötä tehnyt henkilö, joka oli ollut viimeiset eläkkeen hakemista edeltäneet vuodet pääosin työttömänä. Vuosina 2005–2007 hänellä oli muutama lyhyt työsuhde, joista yhteensä kertyi noin vuosi työllistä aikaa. D:n mukaan uusi työsuhde lisäsi aina mielenterveysoireilua. Viimeisen työttömyysjakson lopulla D osallistui työ- ja elinkeinotoimiston järjestämälle kurssille, joka kuitenkin jäi sairauden takia kesken. Noin vuoden mittainen sairauspäiväraahajakso alkoi syksyllä 2009. Sen perusteena oli mielenterveyden häiriö. D:llä ei ollut aiempia sairauspäiväraahajaksia, mutta asiakirjojen mukaan mielenterveysoireilu oli alkanut jo 1990-luvulla. Myös en-

simmäiset psykiatrikontaktit olivat 1990-luvulta. Mielenterveyden häiriöitä hoidettiin psykoterapialla ja lääkehoidolla. Eläkehakemuksen liitteenä olleiden lääkärinlausuntojen mukaan D:llä oli myös alkoholin käytöstä aiheutuneita sairauksia. D:lle myönnettiin määräaikaisten kuntoutustuki.

Kuvio 3.3.

Esimerkkejä työtaustaryhmistä.



Edellä esitetyt eläkkeenhakijoiden työtaustaa kuvaavat esimerkit kertovat työ- ja sairaustaukojen erilaisuudesta. Taustoista löytyy pitkiä yhtenäisiä työuria ja samoin pitkiä, mutta toistuvien sairauspoissaolojen sävyttämiä työuria. Pitkien työurien aikana sekä työterveyshuollolla että työpaikan toimijoilla on ollut mahdollisuus selvittää työssä jatkamisen keinoja. Yli puolella eläkkeenhakijoista työtaustaa ei kuitenkaan ollut tiivis, vaan työ ja työttömyys olivat vaihdelleet erilaisilla painotuksilla. Nämä epävakaan tai paljon työttömyyttä sisältäneen työtaustan henkilöt olivat useimmiten jo pitempään ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista työterveyshuollon tai työpaikan työssä jatkamiseen suunnattujen keinojen ulottumattomissa.

3.4 Sairauden hoito ja kuntoutus

Tutkimukset ja hoito

Työkyvyttömyyseläkehakemuksen liitteenä on aina yksi tai useampi lääkärinlausunto, niin sanottu B-lausunto. Se, missä lausunto on kirjoitettu tai minkä erikoisalan lääkäri sen on kirjoittanut, kertoo muun muassa eläkkeenhakijan hoitosuhteista. Taulukosta 3.9 näkyy, että kolmella neljästä masennussairauden perusteella eläkettä hakeneesta tuorein hakemukseen liitetty lausunto oli psykiatrin kirjoittama. Kun otettiin huomioon myös aikaisemmat lausunnot, masennussairauden ryhmässä yli 90 prosentilla hakijoista oli psykiatrin lausunto. Muiden mielenterveysyiden perusteella eläkettä hakeneilla psykiatrin lausunto ei ollut aivan yhtä yleinen. Niistä eläkkeenhakijoista, joiden työkyvyn heikkenemisen tärkeimpänä syynä oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus, kaksi viidestä oli saanut tuoreimman lausuntonsa ortopediltä, kirurgilta tai fysiatrialta. Kun tarkasteluun sisällytettiin myös mahdolliset aiemmat lausunnot, valtaosalla tules-ryhmän hakijoista oli ainakin yksi lausunto näiden kolmen erikoisalan lääkäreiltä. Edellä luvussa 3.2 todettiin, että vajaalla kolmasosalla eläkkeenhakijoista löytyi asiakirjoista sekä tules- että mielenterveysdiagnooseja (ks. taulukko 3.3). Tästä ryhmästä kuitenkin vain viidesosalla oli hakemukseen liitetty molempien erikoisalojen erikoislääkärin lausunto.

Taulukko 3.9.

Viimeisimmän B-lausunnon kirjoittajan erikoisala ja niiden osuus, joilla jokin lausunto oli työterveyshuollosta, psykiatrilta tai ortopediltä/kirurgilta/fysiatrialta, %.

	Masennus n=103	Muu mielenterveysy n=48	Tule-sairaus n=149
Erikoisala			
Yleislääketiede/Terveyskeskus	1	8	21
Työterveyshuolto	8	4	29
Psykiatria	80	69	3
Ortopedia/kirurgia/fysiatria	1	7	39
Neurologia	2	6	2
Muu ala	3	0	3
Ei tietoa	5	7	3
Yhteensä	100	100	100
Jokin lausunto psykiatrilta	94	83	8
Jokin lausunto ortopediltä/kirurgilta/fysiatrialta	13	19	86
Jokin lausunto työterveyshuollosta	23	11	49

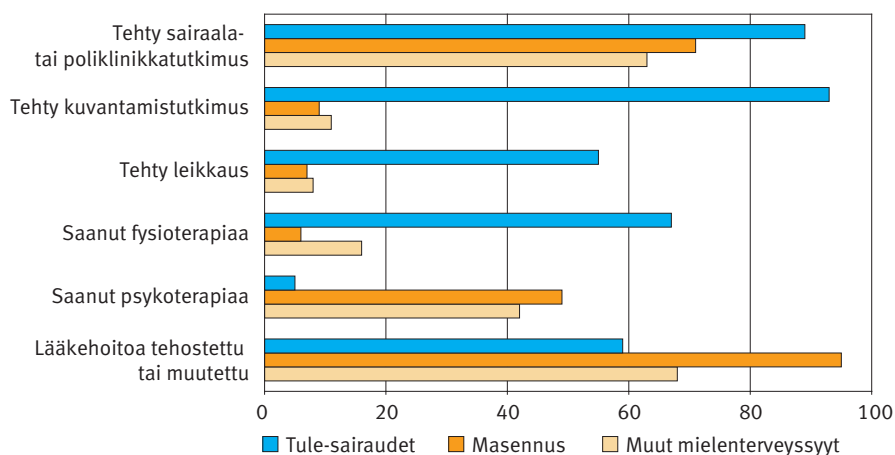
Tule-sairauksien ryhmässä viimeisin lääkärintaus oli usein myös terveyskeskuksesta tai työterveyshuollosta. Kun otetaan huomioon kaikki hakemukseen liitetyt lääkärintausunnot, tule-sairauksien ryhmässä noin puolella jokin lausunto oli työterveyshuollosta. Mielenterveyssyiden perusteella eläkettä hakeneista huomattavasti harvemmalla oli työterveyshuollon lausunto. (Taulukko 3.9.) Työterveyshuollon rooliin palataan tarkemmin luvussa 3.5.

Lääkärintausuntojen kirjoittajatietojen mukaan suurin osa työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista oli siis saanut omaan sairauteensa erikoistunutta hoitoa. Myös muut lausunnoissa raportoidut hoitotiedot tukivat tätä näkemystä. Raportoitujen hoitotietojen mukaan lähes kaikki masennuksen perusteella eläkettä hakeneet ja noin 80 prosenttia muiden mielenterveyssyiden tai tule-sairauksien perusteella hakeneista oli saanut oman sairausryhmänsä erikoislääkärin hoitoa. Noin 60 prosentilla erikoislääkärin hoitoa saaneista hoito oli alkanut aikaisintaan eläkkeen hakemista edeltäneenä vuonna. Muilla hoito oli alkanut jo aiemmin.

Lääkärintausunnoista selvitettiin myös eläkkeenhakijoille tehtyjä tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä. Kuviossa 3.4 tarkastellaan sairaala- ja poliklinikkatutkimuksia ja kuvantamistutkimuksia. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella eläkettä hakeneista yhdeksälle kymmenestä oli tehty sairaala- tai poliklinikkatutkimus ja lähes kaikille myös kuvantamistutkimus. Sairaala- ja poliklinikkatutkimukset olivat yleisiä myös mielenterveyden häiriöiden ryhmässä.

Kuvio 3.4.

Eräiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden esiintyminen sairausryhmittäin, %.



Leikkaukset ja fysioterapia olivat yleisiä hoitotoimenpiteitä tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa ja psykoterapia mielenterveyden häiriöissä. Puolet mielenterveysyistä eläkettä hakeneista oli lääkärinlausuntojen mukaan saanut psykoterapiaa ennen eläkkeen hakemista (kuviokuva 3.4). Yleisintä psykoterapiaan osallistuminen oli ollut alle 40-vuotiailla masennusta sairastavilla. Heistä kaksi kolmasosaa oli saanut psykoterapiaa. Lääkehoidon tehostaminen tai muuttaminen oli ollut yleistä erityisesti masennussairauden perusteella eläkettä hakeneilla.

Kuntoutus

Lääkärinlausuntojen ja hakemuslomakkeiden mukaan 16 prosenttia kaikista tämän tutkimuksen eläkkeenhakijoista oli osallistunut johonkin kuntoutustoimintaan viiden vuoden aikana ennen eläkkeen hakemista. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien tai masennuksen perusteella eläkettä hakeneista vajaa viidennes ja ryhmässä 'muut mielenterveysyyt' runsas kymmenesosa oli ollut kuntoutuksessa. Kuntoutukseen osallistumisessa oli eroja myös työtaustan suhteen. Tiiviin työuran ryhmässä kuntoutuksessa olleiden osuus oli suurempi kuin epävakamman työuran ryhmissä. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kuntoutukseen osallistuminen oli ollut yleisintä toimisto-, myynti- ja palvelutyön ryhmässä. Myös työn rasitustekijät näkyivät kuntoutuksessa. Eniten kuntoutukseen osallistuneita oli niiden eläkkeenhakijoiden joukossa, jotka ilmoittivat työssään olleen fyysistä tai sekä fyysistä että henkistä rasitusta. Pelkkää henkistä rasitusta ilmoittaneet olivat osallistuneet kuntoutukseen vähemmän.

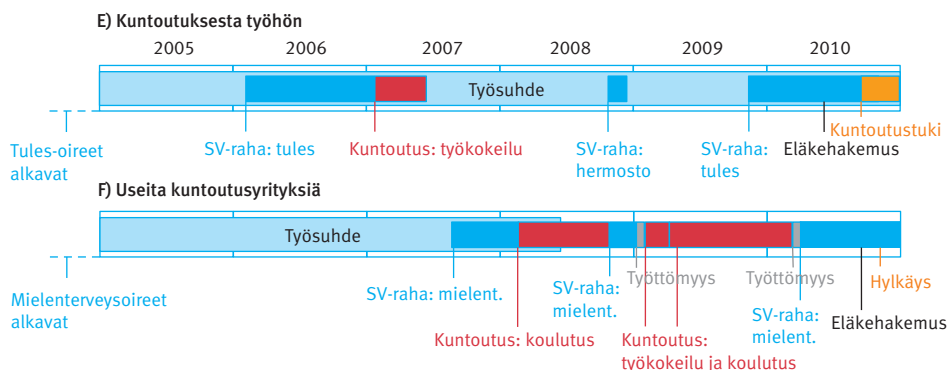
Asiakirjoista kerätyt tiedot kuntoutuksesta kattoivat hyvin erilaisia kuntoutusmuotoja sekä lääkinnällisen, ammatillisen että sosiaalisen kuntoutuksen piiristä. Osa kuntoutustiedoista oli yleisiä mainintoja osallistumisesta laitos- tai avokuntoutukseen, eikä niistä käynyt ilmi kuntoutuksen sisältö. Suurin osa asiakirjojen kuntoutustiedoista kuitenkin täsmensi kuntoutuksen sisältöä. Kuntoutustoimenpiteet olivat lähinnä kursseja, laituskuntoutusjaksoja ja työkokeiluja. Yleisimmin mainittu kuntoutustoiminta oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien hallintaan liittyvä kurssi kuten tule-oireisten elämänhallinnan kurssi tai selkäkurssi. Myös esimerkiksi fibromyalgiapotilaiden kuntoutuksesta ja uupuneille tarkoitettuista kursseista oli useita mainintoja. Ammatillisesti suuntautuneeseen kuntoutukseen liittyvistä maininnoista yleisimpiä olivat työeläkekuntoutukseen tai Kelan rahoittamille TYK- tai ASLAK-kursseille osallistuminen. Psykoterapia tai fysioterapia eivät tässä tarkastelussa sisällyneet kuntoutukseen, ne sisältyivät edellisessä jaksossa kuvattuihin hoitotoimenpiteisiin.

Työeläkekuntoutukseen liittyvät tiedot oli mahdollista täsmentää Eläketurvakeskuksen rekistereistä. Rekisteritietojen mukaan työeläkekuntoutukseen oli osallistunut vuodesta 2005 lähtien ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista yhdeksän henkilöä eli kolme prosenttia koko tutkimusaineistosta. Jotta työntekijä voi saada työeläkekuntoutusta, hänen tulee useiden muiden edellytysten ohella täyttää ansiotulokriteeri. Vuonna 2010 tämä kriteeri edellytti, että työntekijän viiden viimeksi kuluneen vuoden yhteenlasketut ansiotulot olivat vähintään noin 30 900 euroa (TELA 2010). Tutkimusaineistoon kuuluvista eläkkeen hakijoista runsas 70 prosenttia ylitti tämän rajan. Kun tarkastelu rajattiin ansiotulokriteerin täyttäneisiin, työeläkekuntoutukseen osallistuneiden osuus nousi kuitenkin vain yhdellä prosenttiyksiköllä. Kahdella henkilöllä työeläkekuntoutus oli päättynyt juuri ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista, muilla kuntoutuksen päättymisestä oli 1–4 vuotta. Kaikilla yhdeksällä kuntoutujalla työeläkekuntoutuksen toimenpiteenä oli ollut työkokeilu ja yksi kuntoutuja oli lisäksi saanut koulutusta. Kolmella henkilöllä työkokeilu oli keskeytynyt. Kahdella heistä löytyi asiakirjoista maininta siitä, että työkokeilu oli jouduttu keskeyttämään kipujen vuoksi. Niistä, joiden työkokeilu oli toteutunut suunnitellusti, puolet oli palannut kokeilun jälkeen työhön ja puolet oli työttömänä. Työkokeiluun osallistuneiden yhdeksän henkilön lisäksi kolmelle henkilölle oli eläkkeen hakemista edeltävinä vuosina myönnetty oikeus työeläkekuntoutukseen, mutta kuntoutus ei ollut koskaan käynnistynyt.

Kuviossa 3.5 esitetään kaksi esimerkitapausta työeläkekuntoutusta saaneista työkyvyttömyyseläkkeenhakijoista. Ensimmäisessä esimerkissä kyse on muutamaa kuukautta työkokeilusta, toisessa sekä työkokeilusta että koulutuksesta uuteen ammattiin.

Kuvio 3.5.

Kaksi esimerkkiä ammatillista kuntoutusta saaneista työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista.



Henkilö E oli 50 vuotta täyttänyt hoitoalan työntekijä, jonka pitkä työsuhde oli jatkunut 1990-luvulta lähtien. E kuvasi työtään hyvin tiivistähtiseksi. Hänellä oli 2000-luvun alkuvuosista lähtien ollut erilaisia tuki- ja liikuntaelinten oireita. Oireet pahenivat vuoden 2006 alussa ja E jäi pitkälle sairauslomalle. Sairauksia hoidettiin leikkauksella ja fysioterapialla. Vuonna 2007 E:n työhön paluuta tuettiin työeläkekuntoutuksena järjestetyllä työkokeilulla entisessä työpaikassa. Työnantaja ja työterveyshuolto olivat aktiivisesti mukana työkokeilussa. Työhön paluu onnistui ja E jatkoi työssään. Vuonna 2008 E:llä oli yksi lyhyt sairauspäiväraha-kausi. Seuraavana vuonna E:n toimintakyky heikkeni ja hän jäi pitkälle sairauslomalle. Sairauspäiväraha-kauden lopulla E haki työkyvyttömyyseläkettä, ja hänelle myönnettiin eläke määräaikaisena kuntoutustukena. Työsuhde kuitenkin jatkui ja uutta työkokeilua mietittiin.

Henkilö F oli keski-ikäinen kiinteistötyöntekijä, joka oli aiemmin toiminut myös monissa muissa työtehtävissä. F ilmoitti työssään olleen fyysistä rasitusta ja kiireestä aiheutunutta henkistä painetta. Hänen viimeinen työsuhteensa päättyi vuonna 2008. F:llä oli psyykkisiä ongelmia jo kouluvuosina, mutta ensimmäinen masennukseen perustuva sairauspäiväraha-jakso oli vasta vuonna 2007. Masennuksen lisäksi F:llä oli myös muita mielenterveysongelmia ja somaattisia sairauksia. Sairauksia oli hoidettu lääkkeillä, psykoterapiasta ei ollut asiakirjoissa mainintaa. Vuonna 2008 F yritti uudelleen koulutuksen avulla siirtyä uuteen ammattiin. Koulutus ei kuitenkaan sairauden oireilun vuoksi sujunut ja jäi kesken. Seuraavana vuonna ammatillista kuntoutusta yritettiin uudelleen, ensin työkokeiluna ja sen jälkeen toisen ammatillan koulutuksena. Tämäkin koulutus kuitenkin keskeytyi ja F siirtyi lyhyen työttömyysjakson kautta sairauspäivärahalle ja työkyvyttömyyseläkkeen hakijaksi. Eläkehakemus hylättiin.

Edellä kuvatuista työeläkekuntoutustapauksista ensimmäistä voidaan pitää esimerkkinä onnistuneesta kuntoutuksesta. Vuonna 2007 toteutetun työkokeilun jälkeen henkilö E palasi työelämään ja työskenteli lähes kaksi vuotta ennen seuraavaa pidempää, työkyvyttömyyseläkehakemukseen johtanutta sairauspoissaoloa. Voidaankin katsoa, että mikäli E:llä oli vuonna 2007 vaihtoehtoina joko kuntoutus tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen, kuntoutus myöhensi eläkkeelle siirtymistä usealla vuodella. Toinen esimerkki kertoo sinnikkästä yrityksestä: henkilö F:llä oli kahden vuoden sisällä työkokeilu ja kaksi uuteen ammattiin tähtäävää koulutusyritystä. Koulutusyritykset kuitenkin katkesivat eikä työhön paluu ammatillisen kuntoutuksen avulla onnistunut useista yrityksistä huolimatta.

3.5 Työhön paluun mahdollisuuksien selvittäminen ja tukeminen

Edellisessä luvussa tarkasteltiin työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiden saamaa hoitoa ja kuntoutusta viiden hakemista edeltäneen vuoden aikana. Nämä toimenpiteet ovat olleet osaltaan edistämässä työhön paluun mahdollisuuksia. Tässä luvussa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin työhön paluun mahdollisuuksien tukemista eläkkeen hakemisen ajankohtaan liittyen. Oliko mahdollisuuksia selvitetty, oliko jotain tehty työhön paluun edistämiseksi ja olisiko jotain tehtävissä?

Oliko työhön palaamisen mahdollisuuksia selvitetty?

Työkyvyttömyyseläkkeen hakemuslomakkeessa pyydetään tietoa siitä, onko hakijan mahdollisuuksia työtehtävien vaihtoon ja työhön palaamiseen selvitetty. Tämän tutkimuksen aineistossa vajaa 40 prosenttia eläkettä hakeneista oli hakemuksessaan ilmoittanut, että työhön paluun mahdollisuuksista oli sairausloman yhteydessä keskusteltu tai niitä oli tarkemmin selvitetty. Vanhemmat ja yhtenäisen työtaustan omaavat raportoivat työmahdollisuuksien selvittelyjä enemmän kuin nuoremmat ja epävakaamman työtaustan omaavat eläkkeenhakijat.

Eläkkeenhakijoiden raportoimista selvityksistä suurimmassa osassa oli mukana työnantaja, työterveyshuolto tai muu terveydenhuolto. Pieni osa selvityksistä oli tehty kuntoutuslaitoksissa tai työ- ja elinkeinotoimistoissa. Hakijoiden raportoimat selvittelyt vaihtelivat kuitenkin lyhyistä ja ilmeisen epävirallisista kyselyistä ja keskusteluista – ”puhuin pomon kanssa”, ”kysyin sairausloman alus-”, ”työvoimatoimistossa oli puhetta jonkinlaisesta työpajatoiminnasta” – virallisempiin työterveysneuvotteluihin, työkykyarvioihin ja kuntoutus selvittelyihin.

Seuraavassa tarkastellaan eläkkeenhakijoiden työhön palaamisen mahdollisuuksien selvittelyjä ja työhön paluun tukea hakemuslomakkeiden, lääkärinlausuntojen ja työnantajan lausuntojen avulla. Asiakirjoista etsittiin tietoja tehdyistä arvioista ja suunnitelmista sekä erityisesti työterveyshuollon, työnantajan ja työ- ja elinkeinotoimiston aktiivisuudesta työhön paluun suhteen.

Oliko tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelmia?

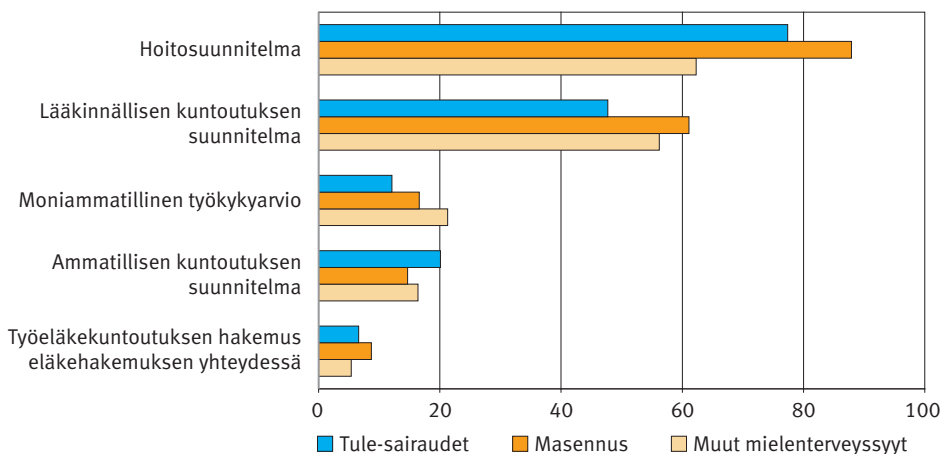
Kuviossa 3.6 tarkastellaan työkyvyn edistämiseen liittyvien arvioiden ja suunnitelmien yleisyyttä työkyvyttömyyseläkkeen hakemisvaiheessa. Hoitosuunnitelma ja lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelma liittyvät välillisesti työhön paluun tukemiseen. Työkykyyn vaikuttavien sairauksien hyvä hoito ja lääkinnällisen kuntoutuksen hyödyntäminen voivat parantaa työkykyä ja työhön paluun mahdolli-

suuksia. Hoitosuunnitelmia oli tehty kolmelle neljästä eläkkeenhakijasta. Masennussairauden ryhmässä hoitosuunnitelmia oli eniten ja vähiten niitä oli ryhmässä 'muut mielenterveyden häiriöt'. Myös lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmat olivat yleisiä, useammalle kuin joka toiselle eläkkeenhakijalle oli suunniteltu lääkinnällistä kuntoutusta.

Moniammatillinen työkykyarvio tai ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu ei sen sijaan ollut yhtä yleistä. Moniammatillinen työkykyarvio on useiden eri ammattialojen asiantuntijoiden kuten eri alojen erikoislääkärien, psykologien, sosiaaliohjaajien ja kuntoutuksen ammattilaisten arvio henkilön työkyvystä. Arviossa tarkastellaan muun muassa työhön liittyviä toimintakyvyn rajoitteita, työhön soveltuvuutta sekä lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen edellytyksiä. Moniammatillinen arvio tehdään erityisesti silloin, kun henkilö on tutkittavana terveydenhuollon kuntoutusyksikössä tai kuntoutuslaitoksessa. Tulosten mukaan moniammatillinen työkykyarvio oli tehty vajaalle viidennekselle eläkkeenhakijoista ja yleisimmin ryhmässä 'muut mielenterveyssyyt'. Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma oli myös vajaalla viidenneksellä, ja vajaa kymmenesosa oli työkyvyttömyyseläkettä hakiessaan jättänyt samalla hakemuksen työeläkekuntoutukseen. (Kuvio 3.6.)

Kuvio 3.6.

Työkykyarvion sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelmien yleisyys työkyvyttömyyseläkkeen hakemisvaiheessa, %.



Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma tai työeläkekuntoutuksen hakeminen eläkehakemuksen yhteydessä oli yleisintä niiden joukossa, joiden työtausta oli yhtenäinen. Tiiviin työtaustan ryhmässä ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma tai hakemus oli runsaalla neljäsosalla eläkkeenhakijoista, ryhmässä 'paljon työtömyyttä' vain noin joka kymmenennellä.

Oliko työterveyshuolto toiminut aktiivisesti?

Työterveyshuollon aktiivisuuden tarkastelua varten aineistosta rajattiin työterveyshuollon piiriin kuuluneiden joukko. Koska valtaosa, yli 90 prosenttia suomalaisista palkansaajista kuuluu työterveyshuollon palvelujen piiriin, mutta yrittäjäistä vain noin puolet (Räsänen ja Sauni 2013), rajattiin työterveyshuollon toiminnan tarkastelu ensinnäkin palkansaajina toimineisiin eläkkeenhakijoihin. Lisäksi aineiston rajausta täsmennettiin asiakirjoista löytyneillä tiedoilla työterveyshuollon piiriin kuulumisesta ja työsuhteen voimassaolosta. Työterveyshuollon piiriin kuuluviksi luokiteltiin ne palkansaajat, joiden hakemusasiakirjoista löytyi tieto työterveyshuollosta tai joiden työsuhte oli ollut voimassa eläkkeen hakemisajankohdasta tai sitä edeltäneen sairauspäiväraha-aikana. Näin arvioituna kahdella kolmasosalla palkansaajina toimineista eläkkeenhakijoista oli ollut mahdollisuus käyttää työterveyshuollon palveluita työkyvyttömyyseläkkeen hakemista edeltävänä aikana. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä työterveyshuollon piiriin kuuluneita oli eniten, 77 prosenttia palkansaajista. Masennussairauden perusteella eläkettä hakeneilla vastaava osuus oli jonkin verran pienempi, 67 prosenttia, ja muiden mielenterveyssyiden ryhmässä pienin, 32 prosenttia.

Työterveyshuollossa kirjoitettu lääkärinlausunto kertoo työterveyshuollon osallistumisesta eläkkeenhakijan hoitoon. Kaikista palkansaajina toimineista eläkkeenhakijoista – riippumatta siitä kuuluivatko he työterveyshuollon piiriin – kahdella viidestä joku lääkärinlausunnoista oli kirjoitettu työterveyshuollossa. Kun tarkastelu rajattiin niihin henkilöihin, joiden arvioitiin olevan työterveyshuollon piirissä eläkkeen hakemisvaiheessa, työterveyshuollon merkitys näytti kuitenkin suuremmalta. Tähän joukkoon kuuluneista tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella eläkettä hakeneista 68 prosentilla ja mielenterveyssyistä hakeneista 38 prosentilla ainakin yksi lääkärinlausunnoista oli työterveyshuollosta (taulukko 3.10).

Taulukko 3.10.

Työterveyshuollon toiminta työterveyshuollon piiriin kuuluneilla ja kaikilla palkansaajana toimineilla sairausryhmittäin, %.

	Työterveyshuollon piiriin kuuluneet		Kaikki palkansaajina toimineet		
	Mielen-terveys ¹ n=68	Tule-sairaus n=114	Masen-nus n=86	Muu mielent. n=41	Tule-sairaus n=137
Niiden osuus, joilla hakemukseen liittyvistä lääkärintlausunnoista ainakin yksi oli työterveyshuollosta	38	68	26	12	52
Niiden osuus, joilla työterveyshuolto oli ollut aktiivinen työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä	27	31	21	3	24

¹Työterveyshuollon piiriin kuuluvista mielenterveysyistä eläkettä hakeneista valtaosalla oli diagnoosina masennus. Vain 10 henkilöä sijoittui ryhmään muu mielenterveysy.

Työterveyshuollon toimintaa työkyvyn edistämisen ja työhön palaamisen suhteen selvitettiin sekä lääkärintlausunnoista että hakemuslomakkeista kerätyillä tiedoilla. Työterveyshuollon toiminta luokiteltiin aktiiviseksi, jos asiakirjoista löytyi tietoja pidetystä työterveysneuvottelusta tai muusta työterveyshuollon osallisuudesta työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. Työterveysneuvottelu on työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon yhteisneuvottelu, jossa pyritään löytämään keinoja työntekijän työkyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen. Työterveyshuollon muu toiminta työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä voi tarkoittaa esimerkiksi kuntoutusmahdollisuuksien koordinoitua tai työtehtävien sovittelua työntekijän toimintakyvyn muutosten mukaan. Vajaalla viidesosalla työterveyshuollon piiriin kuuluneista palkansaajana toimineista eläkkeenhakijoista oli hakemusasiakirjoissa maininta työterveysneuvottelusta. Kun myös muut työterveyshuollon toimenpiteet työssä jatkamisen tukemiseksi otettiin huomioon, kummassakin sairausryhmässä noin 30 prosentilla työterveyshuollon piiriin kuuluneista oli lääkärintlausunnoissa tai muissa hakemusasiakirjoissa raportoitu työterveyshuollon aktiivisesta toiminnasta työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. (Taulukko 3.10.)

Taulukossa 3.11 tarkastellaan työterveyshuollon aktiivisuuteen liittyviä tekijöitä. Tulokset osoittavat, että hakijan työtausta oli yhteydessä siihen, toimiko työterveyshuolto aktiivisesti työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. Työterveyshuollon aktiivinen toiminta työhön palaamisen edistämiseksi oli yleisempää, jos eläkkeenhakija oli toiminut työntekijäammattissa, erityisesti myynti- ja palvelutyössä, jos hän oli ollut eläkkeen hakemista edeltäneinä vuosina tiiviisti työsuhteessa ja jos hän oli työskennellyt suurtyönantajalla. Nämä yhteydet säilyivät myös, kun muuttajat vakioitiin samanaikaisesti. Työhön liittyvien tekijöiden lisäksi työntekijän ikä oli yhteydessä työterveyshuollon aktiivisuuteen työhön paluun selvittämisessä. Työterveyshuollon aktiivisuudesta oli raportoitu yleisemmin vanhempien kuin nuorempien eläkkeenhakijoiden asiakirjoissa. Sairausryhmällä ei ollut yhteyttä työterveyshuollon aktiiviseen toimintaan työhön paluun suhteen.

Taulukko 3.11.

Hakijan iän, sukupuolen, sairausryhmän ja työtaustan yhteys työterveyshuollon aktiivisuuteen työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä, työterveyshuollon piiriin kuuluneilla eläkkeenhakijoilla, ristitulosuhteet (OR) ja 95 %:n luottamusvälit.

	Malli 0		Malli 1	
	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv
Ikä	1,04	1,01–1,09	1,04	1,00–1,09
Sukupuoli				
Nainen	1			
Mies	1,07	0,56–2,06		
Sairausryhmä				
Tule-sairaus	1			
Mielenterveyden häiriö	0,83	0,42–1,63		
Ammattiryhmä				
Johtaja, asiantuntija	1		1	
Toimisto-, myynti-, palvelutyö	5,54	1,21–12,73	4,26	1,37–16,01
Rakennus-, valmistus-, kuljetus-, siivoustyö	2,83	1,00–9,95	3,00	1,01–10,92
Vuosien 2005–2009 työtilanne				
Epävakaa työtausta	1		1	
Tiiviisti työssä	2,75	1,33–6,06	2,62	1,19–6,08
Työpaikan koko				
Pieni tai keskisuuri	1		1	
Suuri	2,17	1,09–4,54	2,25	1,02–5,15

Malli 0 = muuttajat erillisissä malleissa.

Malli 1 = erillisten mallien tilastollisesti merkitsevät muuttajat samassa mallissa.

Oliko työssä tehty muutoksia?

Lääkärintlausunnoista, hakemuslomakkeista ja työnantajan lausunnoista poimitujen tietojen mukaan yhdeksälle prosentille koko tutkimusaineistosta oli ennen eläkkeen hakemista tehty työssä jatkamista tai työhön palaamista tukevia muutoksia työpaikalla. Työpaikalla tehdyt muutokset olivat kuitenkin mahdollisia vain niille, joilla oli työpaikka. Tästä joukosta – eläkkeen hakemisajankohtana tai sitä edeltäneen sairauspäivärahaikauden aikana työsuhteessa olleet – 14 prosentille oli ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista tehty joko työaikaan liittyviä muutoksia tai muuta työn keventämistä.

Työpaikan työssä jatkamista tukevat toimenpiteet olivat yleisempiä vakaisissa työsuhteissa olleilla ja suurissa työpaikoissa toimineilla verrattuna epävakaamissa työsuhteissa ja pienemmissä työpaikoissa toimineisiin (ks. taulukko 3.12). Myös työn kuormittavuus oli yhteydessä työpaikan muutoksiin. Muutoksia oli tehty eniten niiden eläkkeenhakijoiden työssä, jotka raportoivat sekä fyysisestä että henkisestä kuormituksesta. Eläkkeenhakijan iällä, sukupuolella, koulutustasolla tai sairausryhmällä ei sen sijaan ollut yhteyttä siihen, oliko työssä tehty muutoksia.

Selkeimmin työssä jatkamista tukevien muutosten toteutuminen liittyi työterveyshuollon aktiivisuuteen työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. Niistä työterveyshuollon piiriin kuuluneista eläkkeenhakijoista, joilla työterveyshuolto oli toiminut aktiivisesti työssä jatkamisen tukemiseksi, 38 prosentille oli tehty työn muutoksia. Vastaava osuus työhön paluun suhteen ei-aktiivisen työterveyshuollon piirissä olleilla oli vain kolme prosenttia.

Oliko jotain tehty työ- ja elinkeinotoimistossa?

Mikäli työkyvyttömyyseläkkeen hakija oli ollut työ- ja elinkeinotoimiston asiakkaana, hän oli saattanut saada myös kyseisen toimiston tarjoamia tukipalveluita työkyvyn ja työssä jatkamisen edistämiseksi. Kaikista tämän tutkimuksen eläkkeenhakijoista kymmenellä henkilöllä eli kolmella prosentilla oli hakemusasiakirjoissa jokin maininta sellaisista työ- ja elinkeinotoimiston toimenpiteistä, jotka liittyivät työkyvyn edistämiseen. Kun tarkasteltiin vain niitä eläkkeenhakijoita, joilla oli epävakaata työtaustaa tai paljon työttömyyttä, vastaava osuus oli hiukan suurempi, viisi prosenttia.

Edellä mainitut työ- ja elinkeinotoimiston palvelut työkyvyn tukemiseksi olivat joko kuntoutustutkimuksia, kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyä tai ammatin valinnan ohjausta. Työ- ja elinkeinotoimisto oli myös saattanut kehottaa asia-

kasta hakemaan työkyvyttömyyseläkettä. Tällaisen kehotuksen oli saanut kaikkiaan viisi henkilöä: kolme muiden te-toimiston toimenpiteiden yhteydessä ja kaksi sairauspäivärahaikauden umpeuduttua.

Olisiko työpaikalla jotain tehtävissä?

Työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisemista varten eläkelaitos voi pyytää työnantajalta lausuntoa hakijan työssä suoriutumisesta. Tässä aineistossa noin puolet yksityisen sektorin tapauksista oli sellaisia, joissa työnantajan lausunto oli pyydetty. Niistä hakijoista, joiden työnantajilta lausuntoa oli pyydetty, valtaosa oli työsuhteessa vielä hakemisajankohtana. Julkiselta sektorilta työnantajan lausuntoja pyydetään vain tarvittaessa, eikä niitä ollut aineistossa käytettävissä.

Lausuntoihin on kirjattu muun muassa se, onko työnantajalla mahdollisuuksia tarjota hakijalle paremmin sopivaa työtä. Niissä tapauksissa, joissa työnantajan lausunto oli pyydetty, joka neljännessä työnantaja piti työjärjestelyjä mahdollisena. Mahdolliset työjärjestelyt tarkoittivat lähinnä osa-aikaista työtä. Muulla tavoin sopivamman työn järjestämistä piti mahdollisena vain muutama lausunnon antanut työnantaja.

Kun edellä tarkasteltiin työpaikassa tehtyjä työssä jatkamista tukevia muutoksia, havaittiin, ettei työntekijän iällä, sukupuolella tai koulutustasolla ollut yhteyttä tehtyihin muutoksiin. Muutoksia oli tehty vähän, mutta tasaisesti naisille ja miehille, eri-ikäisille ja eri koulutusasteen suorittaneille. Tilanne oli kuitenkin toisenlainen, kun tarkasteltiin, minkälaisena työnantajat näkivät mahdollisuutensa tehdä jatkossa työn muutoksia. Alle 45-vuotiaiden, vähintään keskiasteen koulutuksen saaneiden ja naisten työnantajat olivat yleisimmin niitä, jotka pitivät työn muuttamista mahdollisena.

Taulukkoon 3.12 on koottu edellä esitettyjen työhön paluun mahdollisuuksia tukevien toimintojen yleisyys työnantajan koon mukaan. Työterveyshuollon aktiivinen toiminta, työssä jo tehdyt muutokset ja työn muutosten pitäminen mahdollisena olivat selvästi yleisempiä suurilla kuin pienillä työnantajilla. Esimerkiksi suurista työnantajista 36 prosenttia piti muutoksia mahdollisina, pienistä ja keskisuurista vastaavasti 18 prosenttia.

Taulukko 3.12.

Työhön paluun mahdollisuuksia tukevien toimenpiteiden kohteena olleiden eläkkeenhakijoiden osuus suurilla ja pk-työnantajilla, %.

	Työnantaja	
	Suuri	Pk
Työterveyshuolto toiminut aktiivisesti työhön paluun suhteen	25	10
Työhön tai työaikoihin tehty muutoksia	11	6
Työnantaja pitää muutoksien tekemistä mahdollisena ¹	36	18

¹ Vain yksityinen sektori; tapaukset, joista pyydetty työnantajan lausunto.

Arvioiko hakija työssä jatkamisen mahdolliseksi?

Työkyvyttömyyseläkkeen hakemisajankohtana eläkkeenhakijat ovat yleensä sairauslomalla. Hakemuslomakkeessa pyydetään hakijaa arvioimaan omia mahdollisuuksiaan palata työhön sairausloman jälkeen. Joka viides tämän tutkimuksen eläkkeenhakijoista piti työhön palaamista ainakin jossain määrin mahdollisena.

Taulukossa 3.13 tarkastellaan eläkkeenhakijan myönteiseen työhön paluun arvioon liittyviä tekijöitä. Työhön paluun arvio on siis hakijan eläkehakemuslomakkeeseen kirjoittama tieto. Taulukossa esitetyt selittävät tekijät ovat sen sijaan joko rekisteritietoja tai lääkärinlausunnoista poimittuja tietoja. Taulukosta havaitaan, että alle 45 vuoden ikä, naissukupuoli ja vähintään keskiasteen koulutus liittyivät myönteiseen käsitykseen työhön paluun mahdollisuuksista. Sairausryhmällä ei ollut merkitystä, mutta sillä, kuinka paljon sairaus heikensi toimintakykyä, oli merkitystä eläkkeenhakijan työssä jatkamisarviolle. Mikäli sairaus heikensi toimintakykyä vain vähän, oli myönteinen suhtautuminen työhön palaamiseen todennäköisempi. Työpaikan koko ei liittynyt hakijan arvioon työssä jatkamisen mahdollisuuksista. Sen sijaan työterveyshuollon toiminnalla oli merkitystä. Jos työterveyshuolto oli ollut työhön paluun suhteen aktiivinen, todennäköisyys sille, että työntekijä itse piti työhön paluuta mahdollisena, oli lähes viisinkertainen verrattuna niihin, jotka eivät olleet työterveyshuollon piirissä, tai niihin, joiden työterveyshuolto ei ollut toiminut työhön paluun suhteen aktiivisesti.

Taulukko 3.13.

Hakijan iän, sukupuolen, koulutuksen, sairauden, työpaikan koon ja työterveyshuollon aktiivisuuden yhteys hakijan omaan myönteiseen arvioon työssä jatkamisen mahdollisuuksista sairausloman jälkeen, ristitulosuhteet (OR) ja 95 %:n luottamusvälit.

	Malli 0		Malli 1	
	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv
Ikäryhmä				
45–59	1		1	
20–44	2,68	1,45–4,97	3,89	1,92–8,16
Sukupuoli				
Mies	1		1	
Nainen	2,74	1,47–5,30	2,76	1,40–5,66
Koulutustaso				
Perusaste	1		1	
Keski- tai korkea-aste	2,57	1,22–6,06	2,75	1,21–6,94
Sairausryhmä				
Mielenterveyden häiriö	1			
Tule-sairaus	1,01	0,55–1,85		
Sairauden vaikutus toimintakykyyn				
Merkittävästi vaikutusta	1		1	
Ei lainkaan tai jonkin verran vaikutusta	2,31	1,26–4,28	2,75	1,41–5,47
Työpaikan koko				
Pieni tai keskisuuri	1			
Suuri	1,58	0,86–2,95		
Työterveyshuollon toiminta työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä				
Ei työterveyshuoltoa	1		1	
Ei-aktiivinen työterveyshuolto	0,85	0,41–1,75	0,91	0,41–2,01
Aktiivinen työterveyshuolto	2,69	1,25–5,84	4,71	1,96–11,72

Malli 0 = muuttajat erillisissä malleissa.

Malli 1 = erillisten mallien tilastollisesti merkitsevät muuttajat samassa mallissa.

Miten hyvin työntekijöiden ja työnantajien näkemykset työhön paluun mahdollisuuksista kävivät yksiin? Olivatko työnantajat valmiita muokkaamaan niiden eläkkeenhakijoiden työtä, jotka itse arvelivat voivansa palata työhön? Ikä- ja sukupuoliryhmittäiset tarkastelut tukivat tätä näkemystä. Alle 45-vuotiaissa naisissa oli eniten niitä, jotka arvelivat palaavansa työhön, ja samassa ryhmässä oli myös eniten niitä, joille työnantaja oli valmis muokkaamaan työtä ja työaika sopivammaksi. Tarkempi analyysi osoitti, että puolelle niistä eläkkeenhakijoista, jotka itse pitivät työhön palaamista mahdollisena, myös työnantaja oli valmis tekemään

työjärjestelyjä. Sen sijaan niistä hakijoista, jotka eivät itse uskoneet työhön palaamiseen, työnantaja piti työjärjestelyjä mahdollisena vain noin kuudesosalle.

3.6 Eläkkeen hakemista edeltäneet vaiheet myöntö- ja hylkäyspäätöksen saaneilla

Myöntö- ja hylkäyspäätöksen saaneiden tausta

Tämän tutkimuksen työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista 66 prosenttia sai hakemukseensa myönteisen päätöksen ja 34 prosenttia hylkäyksen. Eläke myönnettiin useimmiten kuntoutustukena eli määräaikaisena eläkkeenä: 51 prosenttia kaikista päätöksistä oli kuntoutustukimyöntöjä. Toistaiseksi myönnetyn työkyvyttömyyseläkkeen sai 15 prosenttia hakijoista. Nämä tiedot vastaavat hyvin tutkimuksen perusjoukon eläkepäätöstietoja.

Taulukossa 3.14 tarkastellaan miten nämä kolme eläkepäätösryhmää poikkeavat toisistaan eläkkeenhakijoiden taustatekijöiden suhteen. Toistaiseksi myönnetyn työkyvyttömyyseläkkeen saajien keski-ikä oli korkein ja naisten osuus pienin. Tiivis työtausta ja pientyöpaikoissa työskentely olivat yleisempiä myöntökuin hylkäyspäätöksen saaneilla. Myöntöpäätöksen saaneista runsaalla puolella oli mielenterveyden häiriö tärkeimpänä työkyvyn heikkenemisen perusteena, hylkäyksen saaneilla vähemmän. Eläkkeenhakijoita, joilla oli sekä mielenterveyden häiriö että tuki- ja liikuntaelinten sairaus, oli puolestaan eniten hylkäyspäätöksen saaneissa. Koulutustasossa ja vuoden 2008 ansiotuloissa ei ollut suuria eroja eläkepäätösryhmien välillä.

Taulukko 3.14.

Myönteisen tai hylkäävän päätöksen saaneiden eläkkeenhakijoiden tausta.

	Toistaiseksi myönnetty n=48	Kuntoutustuki n=159	Hylkäys n=93
Keski-ikä, keskiarvo	55	45	46
Naisten osuus, %	40	55	51
Korkea-asteen koulutuksen saaneet, %	14	19	16
'Tiiviisti työssä' vuosina 2005–2009 olleet, %	52	45	37
Pientyöpaikassa työskennelleet, %	44	37	29
Ansiotulot vuonna 2008, keskiarvo, euroa	19 000	19 900	17 300
Mielenterveyden häiriö tärkeimpänä tk-syynä, %	54	51	41
Sekä mielenterveyden häiriö että tule-sairaus, %	31	24	35

Kun tarkasteluun sisällytettiin vain ne eläkepäätöksen saaneet, jotka olivat olleet hakemisajankohtana tai sitä edeltäneen sairausvakuutuskauden aikana työssä, havaittiin lisäksi, että toistaiseksi myönnetyn eläkkeen saajissa oli enemmän fyysistä kuormitusta (66 %) ja henkistä painetta (85 %) kokeneita kuin kuntoutustuki-myönnön ja hylkäyspäätöksen saaneissa. Jälkimmäisissä ryhmissä fyysistä rasitusta kokeneita oli 45 prosenttia ja henkistä painetta kokeneita 62 prosenttia.

Sairauden kulku, hoito ja kuntoutus myöntö- ja hylkäyspäätöksen saaneilla

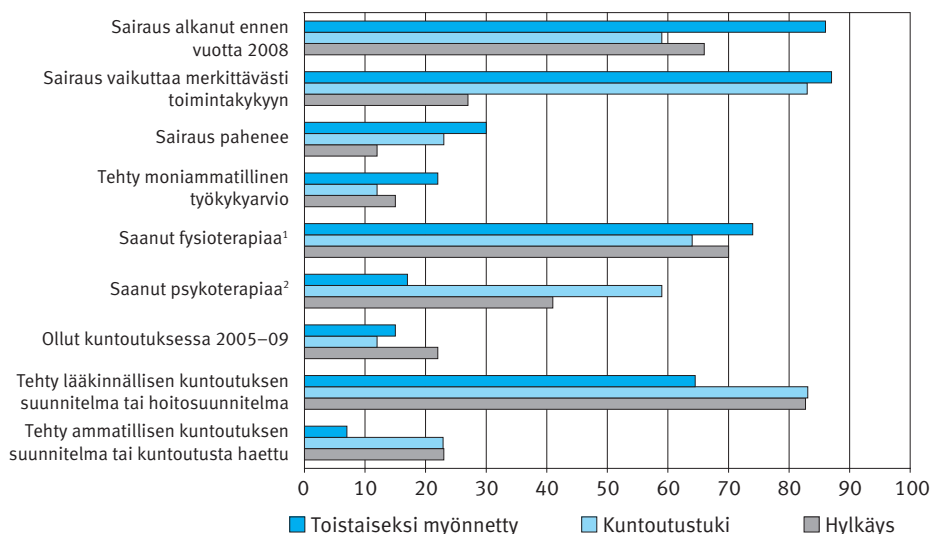
Kuviossa 3.7 tarkastellaan sairauden kulun sekä saadun hoidon ja kuntoutuksen yhteyttä eläkepäätökseen. Sairauden kulkua kuvaavien tekijöiden perusteella toistaiseksi myönnetyn eläkkeen saaneet vaikuttivat odotusten mukaisesti kaikkein sairaimmilta ja hylkäyspäätöksen saaneet vähiten sairailta: pitkään sairastaminen, toimintakyvyn merkittävä heikkeneminen ja sairauden paheneminen oli yleisintä toistaiseksi myönnetyn eläkkeen saaneilla. Etenkin se, että sairaus heikensi merkittävästi toimintakykyä, oli hylkäysryhmässä huomattavasti harvinaisempaa kuin myöntöpäätöksen saaneilla.

Moniammatillisia työkykytutkimuksia oli tehty eniten niille, joille eläke myönnettiin toistaiseksi. Suurin hoitoon liittyvä ero eläkepäätösryhmien välillä oli psykoterapiassa. Mielenterveyssyistä eläkettä hakeneista oli psykoterapiaa saaneita eniten kuntoutustukipäätöksen saaneissa ja vähiten niiden joukossa, jotka saivat toistaiseksi myönnetyn eläkkeen. Hylkäyspäätöksen saaneet jäivät näiden ryhmien väliin. (Kuvio 3.7.) Eläkepäätösryhmien väliset erot psykoterapiaa saaneiden osuuksissa olivat samansuuntaiset sekä masennuksen sairausryhmässä että muiden mielenterveyssyiden ryhmässä.

Kuvion 3.7 alimmissa palkeissa tarkastellaan eläkepäätösryhmien välisiä eroja kuntoutuksessa. Vuonna 2010 hylkäyspäätöksen saaneista oli edeltäneinä viitenä vuotena osallistunut johonkin kuntoutustoimintaan joka viides. Myönteisen päätöksen saaneissa kuntoutukseen osallistuneita oli vähemmän. Kuntoutussuunnitelmia oli laadittu saman verran hylkäyspäätöksen ja määräaikaisen eläkkeen eli kuntoutustuen saaneille ja selvästi enemmän kuin niille, jotka saivat toistaiseksi myönnetyn eläkkeen. Lääkinnällisten ja ammatillisten suunnitelmien yleisyydessä oli kuitenkin suuri ero: kaikissa eläkepäätösryhmissä ammatillisia suunnitelmia oli huomattavasti vähemmän kuin lääkinällisiä.

Kuvio 3.7.

Sairauden kulku, saatu hoito, kuntoutus ja työhön paluun mahdollisuudet kolmessa eläkepäätösrhyhmässä, %.



¹ Vain ne, joilla tärkein työkyvyttömyyden syy oli tule-sairaus.

² Vain ne, joilla tärkein työkyvyttömyyden syy oli mielenterveyden häiriö.

Työhön paluun mahdollisuuksien selvittäminen ja tukeminen

Hakijan oma näkemys työhön paluun mahdollisuuksista oli linjassa eläkepäätöksen kanssa. Niistä eläkkeenhakijoista, joille myönnettiin työkyvyttömyyseläke toistaiseksi, juuri kukaan ei eläkettä hakiessaan pitänyt työhön palaamista mahdollisena. Hylkäyspäätöksen tai kuntoutustukipäätöksen saaneista sen sijaan lähes neljäsosa oli eläkettä hakiessaan arvioinut voivansa mahdollisesti palata työhön. (Taulukko 3.15.)

Entä työterveyshuollon ja työpaikan toiminta työhön paluun tukemisessa ja selvittämisessä – oliko niissä eläkepäätöksen mukaisia eroja? Taulukon 3.15 mukaan työterveyshuollon aktiivisuudessa työhön paluun mahdollisuuksien tukemisessa ei ollut eroa hylkäys- ja myöntöpäätöksen saaneiden välillä. Sen sijaan työssä toteutetuissa työtä keventävissä muutoksissa oli eroa. Työn muutoksia oli tehty varsin harvalle eläkkeenhakijalle, enemmän kuitenkin myönnön kuin hylkäyspäätöksen saaneille. Työnantajan myönteinen kanta työjärjestelyjen tekemiseen, mikäli hakija palaisi työhön, oli puolestaan yleisempi hylkäyksen kuin myönteisen päätöksen saaneiden kohdalla.

Taulukko 3.15.

Työhön paluun mahdollisuuksien tukeminen kolmessa eläkepäätösryhmässä, %.

	Toistaiseksi myönnetty	Kuntoutus-tuki	Hylkäys
Hakija piti työhön palaamista mahdollisena	3	23	23
Työterveyshuolto toiminut aktiivisesti työhön paluun suhteen (vain työterveyshuollon piiriin kuuluvat)	–	31	27
Työssä tehty työn tai työajan keventämistä (vain eläkkeen hakemisaikana työssä olleet)	–	18	8
Työnantaja piti työjärjestelyjä mahdollisena (vain ne, joilta oli pyydetty työnantajan lausunto)	–	21	39

– = Toistaiseksi myönnetyn eläkkeen saaneiden lukumäärä oli rajausten jälkeen < 30.

Kuntoutusmahdollisuuksien arviointi eläkeratkaisun yhteydessä

Työkyvyttömyyseläkepäätöksen yhteydessä eläkelaitos arvioi hakijan mahdollisuuksia kuntoutukseen. Koska työeläkelaitokset arvioivat erityisesti ammatillisen työeläkekuntoutuksen mahdollisuuksia, kuntoutusmahdollisuuksien tarkastelu on rajattu niihin eläkkeenhakijoihin, jotka täyttivät työeläkekuntoutuksen ansaintakriteerin (ks. s. 39). Lisäksi tarkastelusta on jätetty pois toistaiseksi myönnetyn työkyvyttömyyseläkkeen saaneet. Toistaiseksi myönnetty eläke jo sinänsä tarkoittaa, ettei henkilön työhön palaamista kuntoutuksen avulla pidetä mahdollisena.

Eläkelaitosten arvioiden mukaan yli puolella (56 %) hylkäyksen saaneista oli hyvät tai kohtalaiset mahdollisuudet hyötyä ammatillisesta kuntoutuksesta. Vastaavasti kuntoutustukimyönnön eli määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen saaneista 44 prosentilla arvioitiin olevan kuntoutusmahdollisuuksia. Noin joka neljännen eläkepäätöksen saaneen henkilön kuntoutusmahdollisuuksia ei vielä ollut arvioitu. (Taulukko 3.16.) Kyse oli yleensä tapauksista, joissa ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien arviointia ei hoidon keskeneräisyyden vuoksi katsottu vielä mahdolliseksi tehdä.

Kuntoutusarvioinnin lisäksi eläkelaitoksilla on työkyvyttömyyseläkeratkaisun yhteydessä myös mahdollisuus aktiivisesti tarjota ammatillista kuntoutusta eläkepäätöksen saajille. Työeläkekuntoutuksen ansaintakriteerit täyttäneistä eläkehylkäyksen saaneista lähes puolelle eläkelaitos oli hylkäyspäätöksen yhteydessä tarjonnut kuntoutusta tai, mikäli kuntoutushakemus oli jo olemassa, tehnyt päätöksen työeläkekuntoutuksesta. Määräaikaisen eläkkeen eli kuntoutustuen saaneista vajaa kolmannes oli saanut kuntoutustarjouksen tai päätöksen työeläkekuntoutuksesta. (Taulukko 3.16.)

Kun eläkepäätöksen yhteydessä tehtiin kuntoutustarjouksiin tai -päätöksiin lisättiin tiedot eläkkeen hakemisvaiheen kuntoutushakemuksista ja suunnitelmista (ks. kuvio 3.7), saatiin kuva siitä, kuinka suuri osa työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista oli eläkkeen hakemis- ja/tai päätösvaiheessa suuntautunut ammatilliseen työeläkekuntoutukseen. Ansaintakriteerin täyttäneistä hylkäyspäätöksen saaneista selvästi yli puolet ja kuntoutustukimyönnön saaneista lähes kaksi viidestä oli eläkkeen hakemis- tai päätösvaiheessa lähellä työeläkekuntoutusta – joko itse hakeutumassa kuntoutukseen tai eläkelaitos tarjoamassa kuntoutusta (taulukko 3.16). Tällä tavoin määriteltyjä potentiaalisia kuntoutujia oli hiukan enemmän tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuin mielenterveysyiden perusteella eläkettä hake-neissa. Selvempi ero näkyi kuitenkin ikäryhmien välillä. Etenkin hylkäyspäätök-sen saaneista eläkkeenhakijoista nuoremmissa oli selvästi enemmän potentiaalisia kuntoutujia kuin vanhemmissa.

Taulukko 3.16.

Eläkelaitoksen arvio työkyvyttömyyseläkkeen hakijan kuntoutusmahdollisuuksista sekä kuntoutuksen tarjoaminen kolmessa eläkepäätösrhmässä, % (työeläkekuntoutuksen ansaintakriteerin täyttävät eläkkeenhakijat).

	Kuntoutustuki- myöntö n=120	Hylkäys n=63
Eläkelaitoksen arvio kuntoutusmahdollisuuksista		
Hyvät	12	30
Kohtalaiset	32	26
Ei kuntoutusmahdollisuuksia	25	22
Ei vielä arvioitu	31	21
Yhteensä	100	100
Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma tai hakemus eläkettä hakiessa	23	23
Eläkepäätöksen yhteydessä tehty tarjous/päätös työeläke-kuntoutuksesta	29	46
Ainakin toinen edellä olevista kahdesta vaihtoehdoista	38	56

Edellä esitettyjen tulosten mukaan osalle työkyvyttömyyseläkehakemukseen hylkäys- tai kuntoutustukipäätöksen saaneista oli tarjolla työhön paluun tukea joko työnantajan tai työeläkekuntoutuksen taholta. Vajaalle kolmannekselle niistä hylkäys- tai kuntoutustukipäätöksen saaneista, jotka olivat hakemisajankohtana tai sitä edeltäneen sairauspäivärahaikauden aikana työsuhhteessa, työnantaja piti mah-

dollisena työhön paluun tukemista lähinnä työaikaan räätälöimällä. Toisaalta lähes puolet työeläkekuntoutuksen ansaintakriteerin täyttäneistä hylkäys- tai kuntoutustukipäätöksen saaneista oli hakenut tai saanut tarjouksen tai päätöksen ammatillisesta kuntoutuksesta ja saattoi kuntoutuksen kautta pyrkiä palaamaan työhön.

Toteutuiko kuntoutus, onnistuiko työhön paluu?

Osa työnantajista piti mahdollisena tukea työkyvyttömyyseläkettä hakeneiden työhön paluuta työ- ja työaikajärjestelyillä. Osalle eläkkeenhakijoista taas tarjottiin ammatillista kuntoutusta ja osa piti myös itse mahdollisena työhön paluusta.

Siitä, toteutuivatko työnantajien mahdollisina pitämät työaikajärjestelyt, ei tämän tutkimuksen aineistossa ole tietoa. Sen sijaan kuntoutuksen toteutumista oli mahdollista tarkastella rekisteritietojen avulla. Työkyvyttömyyseläkehakemuksen tai eläkepäätöksen yhteydessä suunnitellusta tai tarjotusta työeläkekuntoutuksesta noin neljäsosa näytti toteutuneen. Tämä tarkoittaa, että kaikista työeläkekuntoutuksen ansaintakriteerin täyttäneistä työkyvyttömyyseläkkeen hylkäys- tai kuntoutustukipäätöksen saaneista, vajaalle viidesosalle myönnettiin eläkepäätöksen yhteydessä tai vuoden kuluessa siitä työeläkekuntoutusta.

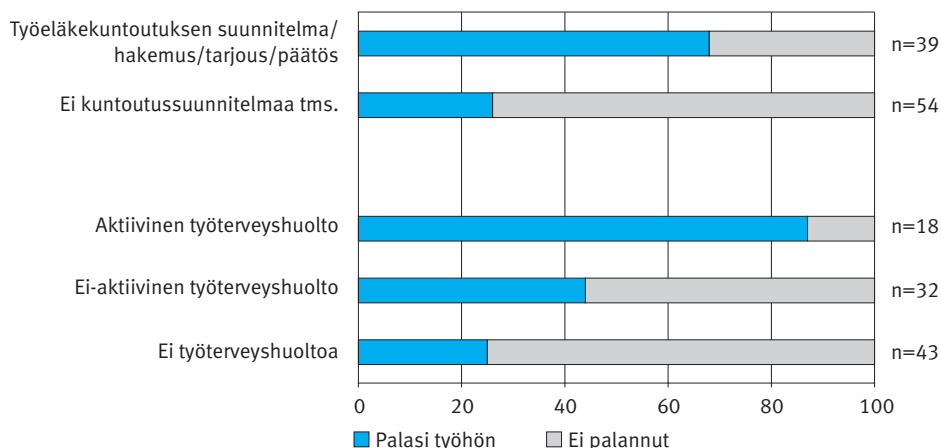
Entä työhön paluu? Rekisteritietojen mukaan vuonna 2010 hylkäyspäätöksen saaneista eläkkeenhakijoista 43 prosenttia oli työssä vuoden 2011 aikana. Työhön palanneiksi luokiteltiin ne hylkäyspäätöksen saaneet, jotka olivat työsuhteessa vuonna 2011 ja joilla ei ollut samanaikaisesti mitään täysiaikaista eläkettä. Työhön palaaminen oli yleisempää nuoremmilla hylkäyksen saaneilla: alle 50-vuotiaista palasi työhön puolet, 50–59-vuotiaista runsas kolmasosa. Lähes samansuuruisen ero oli myös sairausryhmien välillä. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä työhön palasi lähes puolet ja mielenterveyden häiriöiden ryhmässä alle 40 prosenttia.

Kuntoutuksen ja työterveyshuollon toiminnan liittyminen hylkäyksen jälkeiseen työhön palaamiseen on kuitenkin tämän tutkimuksen aihepiirin kannalta kiinnostavinta. Molemmat yhteydet näkyivät tuloksissa. Niistä työkyvyttömyyseläkehylkäyksen saaneista, joilla oli eläkehakemuksen tai päätöksen yhteydessä tehty joko suunnitelma, hakemus, tarjous tai päätös työeläkekuntoutuksesta, kaksi kolmasosaa palasi työhön. Niistä, joilla ei ollut työeläkekuntoutuskytkentää, työhön palanneita oli neljännes. Vielä selvempi ero näkyi työterveyshuollon mukaan tarkasteltuna. Mikäli työterveyshuolto oli toiminut aktiivisesti työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisen suhteen, lähes kaikki eläkehylkäyksen saa-

neet palasivat työhön. Sen sijaan niistä hylkäyksen saaneista, joiden työterveys- huolto ei toiminut aktiivisesti, työhön palasi alle puolet, ja niistä, jotka eivät olleet lainkaan työterveyshuollon piirissä, työhön palasi noin joka neljäs. Edellä esitettyjä hylkäyspäätöksen jälkeistä työhön palaamista koskevat tietoja on kuitenkin syytä pitää vain suuntaa antavina, sillä ne perustuvat hyvin pieniin lukumääriin. (Kuvio 3.8.)

Kuvio 3.8.

Hylkäyspäätöksen jälkeen työhön palanneiden osuus sen mukaan, oliko hakijalla yhteyttä työeläkekuntoutukseen ja oliko työterveyshuolto toiminut aktiivisesti työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä ennen eläkepäätöstä, %.



Kurkistus eläkkeen hakemisen jälkeisiin vaiheisiin osoitti, että ammatillisen kuntoutuksen tai työterveyshuollon työhön paluun edistämisen toimenpiteissä mukana olleiden todennäköisyys palata työhön oli selvästi suurempi kuin näiden toimenpiteiden ulkopuolelle jääneiden. Työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista suurella osalla ei kuitenkaan esimerkiksi työttömyystaustan vuoksi ole työterveyshuoltoa tai työpaikkaa tukenaan, ja myös työeläkekuntoutuksen työelämään kiinnittymisen ja ansioiden kriteerit voivat jäädä täyttymättä.

4 Yhteenveto ja pohdinta

4.1 Keskeiset tulokset

Tutkimuksessa tarkasteltiin mielenterveyden häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkettä hakeneiden vaiheita viiden vuoden ajalta ennen eläkepäättöstä. Kaikki tutkittavat saivat eläkepäättökseen vuonna 2010.

Työkyvyttömyyseläkettä hakiessa tai sitä edeltäneen sairauspäivärahaikauden aikana runsaalla puolella eläkettä hakeneista oli työsuhde edelleen voimassa ja siten mahdollisuus työpaikan ja työterveyshuollon tukeen työhön paluun keinojen selvittämisessä. Työttömyys oli kuitenkin ollut yleistä eläkkeen hakemista edeltäneinä vuosina. Noin puolet tutkituista eläkkeenhakijoista oli ollut työttömänä joskus vuosien 2005–2009 aikana.

Työ- ja työttömyystaustan perusteella tiiviisti työssä olleiksi luokitui 45 prosenttia, epävakaan työtaustan ryhmään 25 prosenttia ja paljon työttömänä olleiden ryhmään 30 prosenttia eläkkeenhakijoista. Yksi selkeimmistä työtaustaryhmien välisistä eroista liittyi eläkkeen hakemista edeltävän ajan ansiotuloihin. Kaksi vuotta ennen eläkkeen hakemista paljon työttömänä olleiden ryhmässä ansiotuloja oli kertynyt keskimäärin vain runsas kymmenesosa tiiviisti työssä olleiden ansiotuloista.

Tarkastelu tehtiin pääosin kolmessa sairausryhmässä: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, masennus ja muut mielenterveyssyyt. Viimeksi mainitun ryhmän yleisimmät diagnoosit olivat kaksisuuntainen mielialahäiriö ja ahdistuneisuushäiriö. Tarkastelu nosti esille sairausryhmittäisiä eroja eläkkeenhakijoiden taustassa. Etenkin muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen perusteella eläkettä hakeneet poikkesivat monissa suhteissa muista eläkkeenhakijoista. Ryhmässä 'muu mielenterveyssyy' sairaus oli alkanut varhemmin, eläkkeen hakemista edeltäneet keskiansiot olivat pienemmät, työttömyyttä oli enemmän ja työssäoloaikaa vastaavasti vähemmän kuin kahdessa muussa sairausryhmässä. Masennuksen perusteella eläkettä hakeneet erottuivat puolestaan muista eläkkeenhakijoista korkeamman sosioekonomisen asemansa suhteen: korkea-asteen koulutusta saaneiden sekä johto- tai asiantuntijatyötä tehneiden osuus oli suurin masennuksen sairausryhmässä. Eri sairausryhmien perusteella eläkettä hakeneiden työ- ja työttömyystaustassa havaitut erot ovat samansuuntaisia aiempien, laajemmilla aineistoilla tuotettujen tulosten kanssa (Pensola ym. 2010; Blomgren ym. 2011; Juopperi ja Lampi 2012).

Asiakirjatiedot kertoivat monista tutkimuksista ja hoidoista. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä esimerkiksi kuvantamistutkimuksia, leikkauksia ja fysioterapian toimenpiteitä oli tehty suurelle osalle eläkkeenhakijoista. Masennuksen sairausryhmässä lähes kaikille oli tehostettu tai muutettu lääkehoitoa, ja noin puolet oli saanut psykoterapiaa. Myös aiemmin on havaittu, että työkyvyttömyyseläkettä edeltäneessä masennuksen hoidossa on käytetty enemmän lääkehoitoa kuin terapiaa (Honkonen ym. 2007) ja ylipäänsä hoitoa on pidetty riittämättömänä (Suominen ym. 2013). Ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista kuntoutustoimenpiteisiin osallistuneita oli vähän. Työkyvyttömyyseläkkeen hakemisaikana hakijoille oli tehty hoitosuunnitelmia ja lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmia, mutta ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmia oli niukasti. Tutkimusaineiston kerääjien mukaan, myös lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmat olivat useimmiten yleisluonteisia ja yksilölliset, hakijan sairauden piirteisiin perustuvat suunnitelmat olivat harvinaisia. Erityisesti ammatillisen kuntoutuksen vähäisestä käytöstä ennen eläkkeen hakemista on raportoitu myös aiemmissa selvityksissä (Gould ym. 2010; Juopperi ja Lampi 2012; Kivekäs ym. 2013).

Työterveyshuollon piiriin arvioitiin kuuluneen noin kaksi kolmasosaa palkansaajina työskennelleistä eläkkeenhakijoista. Vajaalla kolmasosalla heistä työterveyshuolto oli toiminut aktiivisesti työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. Yleisintä tämä oli ollut suurissa työpaikoissa työskennelleillä. Vain harvalla oli ennen eläkkeen hakemista tehty keventäviä muutoksia työaikaan tai työtehtäviin. Jos muutoksia oli tehty, työterveyshuolto oli usein toiminut niissä aktiivisesti. Työntäjissä oli kuitenkin noin neljäsosa niitä, jotka pitivät muutosten tekemistä mahdollisena, mikäli eläkkeenhakija palaisi työhön. Eläkkeenhakijoista joka viides ei sulkenut pois työhön palaamisen mahdollisuutta.

Toistaiseksi myönnetyn työkyvyttömyyseläkkeen saaneet olivat sairaampia ja heikomman toimintakyvyn omaavia kuin kuntoutustuen tai hylkäyspäätöksen saaneet. Lisäksi toistaiseksi myönnetyn eläkkeen saaneissa oli eniten niitä, jotka olivat kokeneet sekä henkistä painetta että fyysistä kuormitusta työssään. Toistaiseksi myönnetyn eläkkeen saaneet eivät eläkettä hakiessaan nähneet työhön palaamista mahdollisena, sen sijaan kuntoutustuen tai hylkäyspäätöksen saaneista vajaa neljäsosa piti paluuta mahdollisena. Osalle hylkäyksen tai kuntoutustukimyönnon saaneista työnantaja oli valmis mahdollisen työhön paluun tueksi tekemään työaikaräätälöintejä ja lähes puolella työeläkekuntoutuksen piiriin kuuluneista oli eläkepäätösvaiheessa suunnitelma, hakemus tai tarjous työeläkekuntoutuksesta. Rekisteritietojen mukaan neljäsosa näistä työeläkekuntoutuksen aikomuksista toteutui.

4.2 Pohdinta

Työttömyys työkyvyttömyyttä ennakoimassa

Moni työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista oli hakemista edeltävinä vuosina työttömänä. Tämä näkyy selkeästi myös aiheeseen liittyvästä laajasta rekisteriaineistoon perustuvasta tutkimuksesta (Laaksonen ym. 2014). Työttömyys työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiden taustassa ei sinänsä ole yllättävää. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että työttömyydellä on yhteys huonoon terveyteen ja toimintakykyyn sekä työkyvyn heikkenemiseen (esim. Pensola ym. 2006; Heponiemi ym. 2008; Blomgren ym. 2011). Eikä vain työttömyys, vaan myös pätkätyöt voivat liittyä huonoon terveyteen ja työkyvyttömyyden pitkittymiseen (Liukkonen 2013; Ervasti ym. 2014).

Työttömien terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä palveluja on viime vuosina kehitetty. Työttömien terveystarkastukset ovat lisääntyneet (Sinervo ja Hietapakka 2013), ja uusia kuntoutukseen suuntautuvia toimintamalleja kuten esimerkiksi Kelan työkykyneuvonta on käynnistetty (Kela 2013). Tämän tutkimuksen tarkasteluajana pitkään työttömänä olleet työkyvyttömyyseläkkeen hakijat näyttivät kuitenkin jääneen monien palvelujen ulkopuolelle. Työttömänä olleilla eläkkeenhakijoilla oli usein pitkään jatkuneita sairauksia, mutta vähän kuntoutusta, ja vain hyvin harva heistä oli saanut työ- ja elinkeinotoimiston työkyvyn edistämiseen liittyviä palveluja. Te-palvelujen puuttuminen näkyi myös Kivekkään ym. (2013) selvityksessä, joka koski työttömänä olleita hylkäävän työkyvyttömyyseläkepääätöksen saaneita henkilöitä. Kyseisessä selvityksessä todettiin myös, että kuntoutukseen ohjaamisessa ennen eläkkeen hakemista oli ollut puutteita. Hinkka ym. (2011) ovatkin todenneet, että niin työeläkejärjestelmän kuin Kelankin järjestämä työikäisten työhön suuntautunut kuntoutus kohdistuu käytännössä pääosin vakinaisissa työsuhteissa toimiviin. Vuonna 2008 tehdyssä selvityksessä arvioitiin, että 15 prosenttia yhden työeläkeyhtiön kuntoutusta hakeneista oli työttömänä (Kivekäs ja Uola 2010.)

Vaikka työttömänä olleiden eläkkeenhakijoiden sairaudet olivat kestäneet keskimäärin pitempään kuin muilla eläkkeenhakijoilla, heillä oli vähemmän sairauspäivärahaa. Tätä on selitetty sillä, ettei lääkäri aina kirjoita työttömälle sairauspäivärahan hakemiseen tarvittavaa todistusta tai työtön ei toimita todistusta Kelaan pelätessään toimeentulonsa heikkenevän (TEM 2011, 14, 28). Toisaalta sekä päivärahakausion että kuntoutuksen ja työkyvyn edistämistoimien vähyys voi myös liittyä siihen, että työttömien sairaudet, erityisesti mielenterveyden häiriöt, saattavat jäädä terveydenhuollossa tunnistamatta. Sairauksien tunnistamatto-

muus johtaa myös hoidon ja kuntoutuksen tarpeen tunnistamisen puutteisiin. (Kerätär ja Karjalainen 2010; Saikku 2011.)

Työttömien työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiden sairauksien ei arvioitu alentavan toimintakykyä yhtä paljon kuin tiiviimmin työssä olleilla eläkkeenhakijoilla. Tämä voi kertoa siitä, että työkyvyn arviointikäytännöt istuvat paremmin työllisten kuin työttömien tilanteeseen (Kuuva 2010; Saikku 2011). Työttömyyteen voi myös liittyä sellaisia psykososiaalitaloudellisia tekijöitä, jotka muuntavat lievemmänkin toimintakyvyn heikkenemisen työkyvyttömyyden kokemukseksi. Eläkevakuuttajien kokemusten mukaan työttömien työkyvyttömyyseläkehakemuksia tulee etenkin tilanteessa, jossa hakijan ansiosidonnainen työttömyysturva on päättymässä ja edessä on siirtyminen peruspäivärahalle. Eläkkeenhakijoiden työtaustan mukaiset erot näkyivät myös eläkeratkaisuissa. Hylkäyspäätöksen saaneissa tiiviin työtaustan omaavia oli vähemmän kuin myöntöpäätöksen saaneissa (ks. myös Gould ja Nyman 2012).

Työttömänä olleita työkyvyttömyyseläkkeen hakijoita oli paljon – joka toisella eläkkeenhakijalla oli ainakin vähän ja joka kolmannella paljon työttömyyttä taustassaan. Työttömyys-työkyvyttömyys-polun kääntäminen takaisin työhön on kuitenkin vaikeaa. Työttömillä ei ole entistä työpaikkaa, johon palata, ja työttömi- en palvelujärjestelmästä puuttuu työterveyshuollon kaltainen toimija, joka mahdollistaisi varhaisen työkyvyn heikkenemiseen puuttumisen. Terveystarkastukset, te-toimistojen työkykypalvelut ja kuntoutukseen ohjaus eivät nykyisellään riitä turvaamaan työttömille työkykymahdollisuuksien tasa-arvoa (Karjalainen 2011; Rajavaara 2013). Tämän tutkimuksen mukaan työhön paluun tukikeinot näyttivät työttömien kohdalla toimivan selvästi heikommin kuin työsuhteessa olevilla.

Monisairastavuutta ja monikuormittavuutta

Työkyvyttömyyseläkkeitä ja eläkkeensaajia on totuttu luokittelemaan tärkeim- män työkyvyn heikkenemiseen vaikuttavan sairauden mukaan. Niin tehtiin täs- säkin tutkimuksessa. Tulokset kuitenkin osoittivat, että useimmilla eläkkeen- hakijoilla oli monia työkykyä heikentäviä sairauksia. Esimerkiksi sekä mielenter- veyden häiriö että tuki- ja liikuntaelinsairaus oli vajaalla kolmanneksella. Näi- den sairauksien yhteisiintyvyyden onkin havaittu liittyvän työkyvyn heikkene- misen kokemuksiin (Perkiö-Mäkelä 2013; Shiri ym. 2013) ja ennustavan työky- vyttömyyseläkkeelle siirtymistä voimakkaammin kuin kummankaan sairausryh- män yksittäisten sairauksien (Ahola ym. 2011; Miranda ym. 2011; Kaila-Kangas ym. 2014).

Monisairastavuus nousi myös selvästi esille, kun tarkasteltiin työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiden sairauspäiväraajaksoja. Eläkkeenhakijalla saattoi olla lukuisia päivärahan myöntöjaksoja ja diagnoosien vaihtuminen jaksosta toiseen oli tavallista. Lukuisat päivärahojen myöntöjaksot voidaan työkyvyttömyysprosessiin puuttumisen näkökulmasta tulkita lukuisiksi puuttumisen mahdollisuudeksi, sillä jokainen päiväraajakso edellyttää lääkärinlausuntoa, ja sen saaminen kontaktia terveydenhuoltoon. Useat peräkkäiset tai samanaikaiset sairaudet voivat kuitenkin hämmentää tilannetta; sairauksia hoidetaan yksittäin, eikä työkyvyn kokonaistilanne hahmotu. Tämä tuli esille työeläkekuntoutujia koskevassa tutkimuksessa, jossa havaittiin, että monisairaat ja erityisesti ne, joilla oli samanaikainen mielenterveyden häiriö ja tule-sairaus, kokivat kuntoutuksensa käynnistymisen olleen hidasta ja hankalaa (Gould ym. 2012).

Sairauksien yhteisesiintyvyys näkyy myös työkyvyttömyyseläkeratkaisuissa. Kun verrattiin hylkäyksen ja kuntoutustukipäätöksen saaneita, monisairaiden osuus oli hylkäyksen saaneiden ryhmässä selvästi suurempi. Myös aiemmissa sekä Kelan että työeläkejärjestelmän eläkepäätöksiä koskeneissa selvityksissä on havaittu työkyvyttömyyseläkehylkäyksiä ja monisairastavuuden yhteys (Virta 2001; Gould ja Nyman 2012).

Monisairastavuuden ohella työkyvyttömyyseläkettä hakeneilla oli runsaasti työn monikuormittavuutta. Eläkkeenhakijat olivat kirjanneet hakemuksiinsa mainintoja siitä, että työssä oli ollut sekä ruumiillista että henkistä rasitusta. Monikuormittavuudesta raportoivat erityisesti tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella eläkettä hakeneet. Heillä oli fyysisen rasituksen rinnalla usein psyykkisiä tai psykososiaalisia rasitustekijöitä kuten kiirettä ja kireitä aikatauluja. Samankaltainen tulos näkyi koko työikäistä väestöä koskevassa tutkimuksessa, jossa selvitettiin muun muassa tuki- ja liikuntaelinten sairauksien työhön liittyvien riskitekijöiden yhteisesiintyvyyttä. Yleinen riskitekijöiden yhdistelmä oli fyysisten rasitustekijöiden ja työn hallinnan puutteen yhteisesiintyvyys (Kausto ym. 2011).

Työn ja sen psykososiaalisten piirteiden merkitys työkyvyn heikkenemiselle ja toisaalta sen palautumiselle korostuu useissa tutkimuksissa. Kunta-alaa koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että työstressi oli riskitekijä erityisesti tule-sairauksiin liittyvälle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiselle (Mäntyniemi ym. 2012), ja suomalaisten työhyvinvointia koskevassa selvityksessä todettiin, että ylipäänsä työkyvyn menettämisen riskiin vaikuttivat selvimmin työn vaatimukset ja kova työtahti (Varma ja Odum 2014). Brittiläisessä työtä ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumista selvittävässä tutkimuksessa havaittiin työn hallinnan lisääminen keinoksi vähentää eläkehakemuksia (Baumberg 2014). Samoin Marti-

mon (2010) tutkimuksessa tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, työkyvyttömyyden ja työn yhteyksistä keskeiset tulokset liittyivät työn ominaisuuksiin. Tutkimuksen mukaan tule-sairauksien kanssa työssä jatkamisen esteet ja mahdollistajat liittyivät enemmän työn psykososiaalisiin tekijöihin kuin fyysiseen vaivaan sinänsä.

Missä ovat ammatilliset toimenpiteet?

Työn merkitys työkyvyttömyysprosessissa vaikuttaa kiistattomalta. Esimerkiksi systemaattisessa tutkimuskatsauksessa, jossa selvitettiin työpaikkasidonnaisen työhönpaluun interventioiden vaikuttavuutta, löydettiin vahvaa näyttöä työn muokkaamisen myönteisestä vaikutuksesta työhön palaamiseen (Franche ym. 2005). Eläkkeenhakijoiden taustassa työtä ja ammattia sivuavia työkyvyn edistämistoimenpiteitä oli kuitenkin niukalti. Työkyvyttömyyseläkehakemusta edeltävinä vuosina vain harva oli osallistunut ammatilliseen kuntoutukseen. Samoin niitä eläkkeenhakijoita oli vähän, joiden työkykyä oli ennen eläkkeen hakemista pyritty edistämään työtä tai työaika muokkaamalla. Myös samaan tutkimustemaan liittyvässä Laaksosen ym. (2014) rekisteripohjaisessa tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden ammatillisen kuntoutuksen historia oli niukka.

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen vähyys työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiksi päätyneillä henkilöillä kertonee muun muassa siitä, ettei ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia ole ollut tarjolla tai näitä mahdollisuuksia ei ole osattu käyttää. Etenkin jälkimmäinen vaihtoehto saa tukea aiemmista tutkimuksista. Keväällä 2013 lääkäreille suunnattu kysely osoitti, että lääkärit kokivat riittävän kuntoutusta koskevan tiedonsaannin ongelmalliseksi ja myös työnantajien kuntoutustietämyksessä arvioitiin olevan paljon puutteita (Shemeikka ym. 2013). Sama tulos näkyi julkisen sektorin tutkimuksessa, jossa yhdeksi sairauden jälkeisen työhön paluun haasteeksi nähtiin esimiesten puutteelliset tiedot ammatillisen kuntoutuksen prosesseista (Saari 2012). Aiemmissä tutkimuksissa on myös havaittu, että sairauspäivärahakaudella edellytetty kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittely on usein ollut puutteellista (Gould ym. 2010; Kivekäs ym. 2013). Paitsi tiedon ja selvittelyjen puutteisiin, ammatillisten toimenpiteiden vähyys ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista voi liittyä myös esimerkiksi eri toimijoiden yhteistyön vaikeuksiin, prosessin viiveisiin, työpaikan työssä jatkamisen tuen puutteisiin tai työntekijän motivaation ongelmiin (ks. Kuuva 2011).

Ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista ammatilliset työkyvyn edistämistoimet olivat vähissä, mutta eläkehakemuksen ratkaisuvaiheessa näiden toimenpiteiden tarjonta näytti jo toisenlaiselta. Monet työnantajista, etenkin suurtyönan-

tajat, pitivät työajan räätälöintiä mahdollisena, mikäli eläkkeenhakija palaisi työhön. Lisäksi suurella osalla eläkkeenhakijoista oli eläkkeen ratkaisuvaiheessa työeläkekuntoutuksen suunnitelma tai hakemus tai eläkelaitos oli kehottanut hakemaan kuntoutusta tai kuntoutusoikeudesta oli jo tehty päätös. Työeläkelaitoksissa onkin arvioitu, että työkyvyttömyyseläkepäättöksen yhteydessä tehtävä kuntoutusmahdollisuuksien arviointi toimii hyvin, mutta sen ajankohta on kuntoutuksen kannalta usein jo varsin myöhäinen (Gould ym. 2010).

Uuden kuntoutuksen ensisijaisuutta painottavan lainmuutosehdotuksen voimaantulo tulee lisäämään työkyvyttömyyseläkepäättösten yhteydessä tehtävien kuntoutuspäätösten määrää. Muutosehdotuksessa edellytetään, että eläkelaitoksille säädetään velvollisuus antaa työkyvyttömyyseläkettä hakevalle henkilölle ennakkopäätös oikeudesta ammatilliseen kuntoutukseen niissä tilanteissa, joissa oikeus kuntoutuksesta on olemassa (STM 2013a). Työpaikoilla tehtävien työn ja työajan räätälöintitoimenpiteiden voi myös olettaa lisääntyvän tai lisääntyneen erityisesti viime vuosien työuraneuvotteluihin liittyneiden muutosten jälkeen. Vuonna 2011 julkaistuissa työryhmäraporteissa nostettiin esille työnantajan vastuu työntekijöiden työkyvystä ja korostettiin muun muassa työkykyjohtamisen merkitystä (EK 2011; STM 2011a; 2011b).

Työterveyshuollon merkitys

Työterveyshuollolla on tärkeä rooli työkyvyn tukemisessa ja työhön palaamistoi-
mien selvittämisessä. Työterveyshuoltoa on kuvattu työkykyprosessin aloitteentekijäksi, koordinoijaksi ja yhteydenpitäjäksi. Terveystieteiden toimijoista työterveyshuolto tuntee parhaiten työntekijän työn ja työpaikan mahdollisuudet ja usein myös kuntoutuspalvelut ja sosiaaliturvan etuudet. Yhteistyö työpaikan ja työntekijän kanssa antaa tilaisuuden arvioida työntekijän työssä selviytymistä ja sen esteitä ja mahdollistajia. (Kivekäs ym. 2012; Laisola-Nuotio ym. 2013; Shemeikka ym. 2013).

Työterveyshuollon aktiivisen toiminnan merkitys työkykyprosessille näkyi tämän tutkimuksen tuloksissa. Työterveyshuollon toiminta työhön palaamisen mahdollisuuksien selvittämiseksi oli yhteydessä eläkkeen hakemista edeltävänä aikana tehtyihin työn mukauttamistoi-
menpiteisiin. Lähes kaikki eläkkeenhakijat, joiden työtä oli muokattu, kuuluivat aktiivisesti työssä jatkamista tukevan työterveyshuollon piiriin. Vaikka yhteys näytti ilmeiseltä, se voi kuitenkin osittain selittyä sillä, että työterveyshuollossa kirjoitetuissa lausunnoissa sekä työterveyshuollon aktiivisuus että työn muutokset tulivat parhaiten esille. Muualla kirjoitettuihin

lausuntoihin ei ehkä ollut samassa määrin kirjattu esimerkiksi mahdollisia työn muutoksia (ks. Kivekäs ym. 2012). Toisaalta aktiivisen työterveyshuollon merkitys näkyi myös silloin, kun muut tarkasteltavat tiedot oli poimittu B-lausunnon sijaan kokonaan eri lähteistä kuten hakemuslomakkeesta tai rekistereistä. Työhön palaamisen suhteen aktiivinen työterveyshuolto liittyi esimerkiksi eläkkeenhakijoiden omiin myönteisiin arvioihin työhön palaamisen mahdollisuuksista. Tässä tapauksessa tarkasteltavana olivat B-lausunnon tiedot työterveyshuollosta ja hakemuslomakkeen tiedot hakijan omista arvioista. Aktiivinen työterveyshuolto oli myös selvästi yhteydessä hylkäyspäätöksen jälkeiseen työhön palaamiseen – työhön palaamista koskeva tieto perustui rekistereihin.

Siitä, minkälainen vaikutus työterveyshuollon työhön paluun edistämistoimilla kokonaisuudessaan on työkyvyn ongelmia kokevien työntekijöiden työssä jatkamiseen ja työhön palaamiseen, ei tämän tutkimuksen tulosten perusteella luonnollisesti voida sanoa mitään. Tämä tutkimus kohdistui vain työkyvyttömyyseläkettä hakeneisiin henkilöihin ja heidän kohdallaan työhön palaamisen suhteen aktiivinen työterveyshuolto liittyi myönteisiin työhön paluun merkkeihin. Aktiivisesti työhön paluuta edistäneen työterveyshuollon piirissä oli kuitenkin vain pieni joukko eläkkeenhakijoista.

Tämän tutkimuksen aineistossa kaikista palkansaajina toimineista eläkkeenhakijoista noin viidesosan kohdalla työterveyshuolto oli toiminut aktiivisesti työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä. On kuitenkin mahdollista, että tämän tutkimuksen toteuttamisen jälkeen tehdyt lainsäädännön muutokset ovat kasvattaneet työhön paluun suhteen aktiivisten työpaikkojen ja työterveyshuoltojen määrää. Työkyvyn seurannan, hallinnan ja varhaisen tuen toimintamalli kirjattiin sairausvakuutuslakiin vuoden 2011 alussa (L 1056/2010). Kesäkuusta 2012 lähtien on ollut voimassa niin kutsuttu 30–60–90-päivän sääntö, jossa päivien lukumäärät kertovat erilaisista työkyvyn tarkastelupisteistä. Esimerkiksi viimeistään silloin, kun työntekijälle on kertynyt 90 sairauspäivärahopäivää, edellytetään työterveyshuollolta lausuntoa työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuuksista (L 19/2012; L 20/2012). Tuoreessa arviointitutkimuksessa näiden lakimuutosten toteutumisesta havaittiin kuitenkin, että muutosten päätaavoite, työhön paluun tukitoimien suunnittelu, kaipaa vielä tehostamista (Juvenen-Posti ym. 2014b).

Työkyvyttömyyseläkkeen hakemus tehty – onko työhön paluun mahdollisuuksia?

Valtaosa työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista on hakemusta tehdessään ollut jo pitkään sairauslomalla ja monilla on myös aiempina vuosina ollut terveys- ja työkykyongelmia sekä työn kuormittavuutta, työttömyyttä tai molempia. Tällaista taustaa vasten työhön palaamiseen motivoituminen ja etenkin sen toteuttaminen voi olla vaikeaa. Työkyvyttömyyseläkkeen hakemisvaiheessa olevien henkilöiden työhalukkuudesta tiedetään varsin vähän. Jo työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä sen sijaan tiedämme, että monia ansiotyö vielä jossain määrin kiinnostaa. Vuonna 2008 täyttä työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkettä saavista joka neljäs joko teki tai olisi halunnut tehdä ansiotyötä kuitenkin lähinnä satunnaisesti ja vain pienissä määrin (Gould ja Kaliva 2010).

Tämän tutkimuksen työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista joka viides arvioi voivansa mahdollisesti palata työhön. Työhön palaamisella tarkoitettiin tässä säännölliseen ansiotyöhön palaamista. Viidesosaa voitaneen pitää kohtalaiseina osuutena, sillä tutkimuksen aineisto koski vain täyttä työkyvyttömyyseläkettä hakeneita. Jo lähtökohtaisesti työntekoon suuntautuneet osatyökyvyttömyyseläkkeen hakijat eivät olleet mukana. Lisäksi tieto eläkkeenhakijan työhalukkuudesta perustuu hakemuslomakkeeseen, eli juuri siihen vaiheeseen, jossa hakijan motivaatio painottunee työkyvyn ongelmien esille tuomiseen eikä niinkään työhön paluun suunnitteleamiseen.

Työmarkkinoilla selviytymisen realismi näkyi eläkkeenhakijoiden omia työhön paluun mahdollisuuksiaan koskevissa arvioissa. Nuoremmat, enemmän koulutusta saaneet ja ne, joilla sairaudet heikensivät toimintakykyä lievemmin, uskoivat muita yleisemmin työhön palaamisen mahdollisuuteen. Hyvin keskeinen seikka myönteisessä työhön palaamisen arviossa oli kuitenkin tuen saaminen. Jos työterveyshuolto oli aktiivisesti selvittänyt työhön paluun mahdollisuuksia, työntekijän luottamus näihin mahdollisuuksiin kasvoi. Tuen merkitys näkyi myös toteutuneessa työhön paluussa. Aktiivisen työterveyshuollon tuen piirissä olleista työkyvyttömyyseläkehakemukseen hylkäyspäätöksen saaneista yhdeksän kymmenestä palasi työhön.

Prosessissa on monta toimijaa

Sairauden oireet, jaksamattomuus ja työhyvinvointiin liittyvät ongelmat ovat saattaneet alkaa jo monta vuotta ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista. Näiden vuosien aikana eläkkeenhakija on yleensä kohdannut useita eri toimijoita, joiden

rooliin kuuluu työkyvyn tukeminen. Terveystuon eri tahot hoitavat sairauksia ja kuntouttavat, työpaikoilla esimiesten ja henkilöstöhallinnon tehtäviin sisältyy työssä jaksamisen edistämistä, sosiaalivakuutuslaitokset tukevat kuntoutustoimintaa ja maksavat toimeentulokorvauksia, ja te-toimistot hoitavat osatyökykyisten työttömien työllistymispalveluita. Työkykyprosessin eri toimijoilla on omat roolinsa työssä selviytymisen ja työhön paluun tukemisessa, mutta yksi tärkeimmistä edellytyksistä näiden toimien onnistumiselle on eri toimijoiden välisen yhteistyön toimivuus (esim. Juvonen-Posti ym. 2014a; Juvonen-Posti ym. 2014b; Niiranen ym. 2014). Työkykyprosessin kehittämishankkeissa ja suunnitelmisissa yhteistyön edistäminen on ollut vahvasti esillä. Esimerkiksi osatyökykyisten työkyvyn tukemiseksi suunnitellun työkykykoordinaattorijärjestelmän keskeisenä tehtävänä on koordinoita kussakin yksilöllisessä prosessissa tarvittavien toimijoiden yhteistyötä (STM 2013b).

Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta tarkemmin selvittää, miten työkykyprosessin toimijoiden yhteistyö on sujunut. Tulokset antoivat kuitenkin hiukan viitteitä työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyön merkityksestä: esimerkiksi työssä jatkamisen tukemiseksi aktiivisesti toiminut työterveyshuolto ja työpaikalla tehdyt työn muutokset liittyivät toisiinsa. Eläketurvakeskuksessa käynnistynyt työkykyprosessin toimijoita koskeva tutkimus tuo valmistuttuaan lisää tietoa myös yhteistyön haasteista.

Erilaisuus edellyttää erilaisia toimintamalleja

Yksi tutkimuksen keskeisiä havaintoja oli se, että työkyvyttömyyseläkkeen hakijat ovat taustaltaan varsin heterogeeninen joukko. Erityisesti eläkkeenhakijoiden sairaus- ja työhistorioissa on monenlaisia vaiheita. Osalla oli pitkäaikainen tiivis työsuhte ja samalla pitkäaikainen työterveyshuollon asiakkuus. Osalla taas oli paljon työttömyyttä, katkonaisia työsuhteita eikä lainkaan työterveyshuoltoa. Samoin osalla eläkkeenhakijoista oli pitkä yhtenäinen sairauspäiväraha-aika ja osalla taas vain vähän tai ei lainkaan sairauspäiväraha-aikaa.

Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi työterveyshuollon varaan rakentuva työkyvyn edistämisen prosessi tavoittaa vain osan niistä henkilöistä, joiden työkyky on heikentynyt. Onkin ilmeistä, että työkyvyn seurannan puuttumispisteiden kehittäminen työterveys-sairauspäiväraha-perusteisesti – esimerkkinä työssä jatkamisen mahdollisuuksien selvittäminen viimeistään 90 sairauspäiväraha-päivän kohdalla – on tärkeää, mutta se ei yksin riitä. Puuttumispisteitä tarvitaan myös muualle. Tutkimustulosten perusteella vaikutti siltä, että vaikka työterveyshuol-

to ei tavoita kaikkia, kaikilla työkyvyttömyyseläkkeen hakemiseen päätyneillä oli kuitenkin hakemista edeltävinä vuosina kontakteja jollekin terveydenhuollon sektorille, sairausvakuutukseen, kuntoutukseen, työpaikkaan tai te-toimistoon. Tarvittavaa osaamista ja yhteistyötä lisäämällä myös näitä kontakteja olisi mahdollista hyödyntää työkykyprosessin puuttumispisteinä.

Lopuksi

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen onnistunut vähentäminen edellyttää ennen kaikkea eläkkeelle siirtymisen tarpeen vähenemistä. Tämä tarkoittaa toisaalta työkyvyn heikkenemisen ehkäisyä ja toisaalta mahdollisuuksien etsimistä ja luomista jäljellä olevan työkyvyn hyödyntämiseksi. Näissä molemmissa tarvitaan toimenpiteitä, jotka kohdistuvat työntekijän toimintakykyyn, hänen työhönsä ja työoloihinsa ja myös työkykyprosessin muiden toimijoiden toimintatapoihin. Tarvitaan suunnitelmallisuutta, erilaisuuden ymmärrystä, puuttumista ja toimivaa yhteistyötä.

LÄHTEET

Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J (2011) Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 Study. *J Affect Disord* 134 (1–3): 365–372.

Baumberg B (2014) Fit-for-work – or work fit for disabled people? The role of changing job demands and control in incapacity claims. *Jnl Soc Pol* 43 (2): 289–310.

Blomgren J, Hytti H, Gould R (2011) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja sairaustausta eri eläkejärjestelmissä. Kela, Nettityöpapereita 26/2011: Helsinki.

EK (2011) Johda työkykyä, pidennä työuria. EK:n työkykyjohtamisen malli. Elinkeinoelämän keskusliitto: Helsinki.

Ervasti J, Vahtera J, Virtanen P, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivimäki M, Virtanen M (2014) Is temporary employment a risk factor for work disability due to depression and for delayed return to work? The Finnish Public Sector Study. *Scand J Work Environ Health*, sähköinen ennakkojulkaisu 24.3.2014.

ETK, Keva, Valtiokonttori (2012) Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut 2010. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2012. Eläketurvakeskus, Keva, Valtiokonttori: Helsinki.

Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J (2005) Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 15 (4): 607–631.

Gould R, Järvikoski A, Härkäpää K (2012) Oikeaan aikaan? Teoksessa Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (toim.) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012: Helsinki: 85–108.

Gould R, Kaliva K (2010) Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Eläketurvakeskuksen raportteja 2010:10: Helsinki.

Gould R, Korpiluoma R, Nyman H, Lampi J (2010) Ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuus. Teoksessa Uusitalo H, Kautto M, Lindell C (toim.) Myöhemmin eläkkeelle – selvityksiä ja laskelmia. Eläketurvakeskuksen selvityksiä 2010:1: Helsinki, 75–88.

Gould R, Nyman H (2012) Työkyvyttömyyseläkepäätökset 2000–2011. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 03/2012: Helsinki.

Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto AM, Keskimäki I (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu, Työ ja yrittäjyys 14/2008: Helsinki.

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

Honkonen T, Aro T, Isometsä E, Virtanen E, Katila H (2007) Quality of treatment and disability compensation in depression: comparison of 2 nationally representative samples with a 10-year interval in Finland. *J Clin Psychiatry* 68 (12): 1886–1893.

Juopperi J, Lampi J (2012) Työllisyys ja kuntoutus ennen työkyvyttömyyseläkepäätöstä. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 01/2012: Helsinki.

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

Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P, Sallmén M, Himanen AK, Hannu T, Takala EP, Niiranen K, Autti-Rämö I, Hinkka K, Uitti J (2014b) Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Työterveyslaitos: Helsinki.

Jääskeläinen E, Karhu M, Alaräisänen A, Isohanni M, Miettunen J (2010) Skitsofrenian ennuste Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 65 (20): 1807–1814.

Kaila-Kangas L, Haukka E, Miranda H, Kivekäs T, Ahola K, Luukkonen R, Shiri R, Kääriä S, Heliövaara M, Leino-Arjas P (2014) Common mental and musculoskeletal disorders as predictors of disability retirement among Finns. *J Affect Disord* 165: 38–44, sähköinen ennakkojulkaisu 23.4.2014.

Karjalainen V (2011) Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys. Teoksessa Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus: Rovaniemi, 89–101.

Kausto J, Miranda H, Pehkonen I, Heliövaara M, Viikari-Juntura E, Solovieva S (2011) The distribution and co-occurrence of physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in a general working population. *Int Arch Occup Environ Health* 84 (7): 773–788.

Kela (2013) Katsaus työkykyneuvojan arkeen – yksilötason tukea työhön paluun onnistumiseksi. Kela, Työkykyryhmä 9/2013. http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutusasian_neuvottelukunta/hus-seminaari/pietarsaari.pdf

Kerätär R, Karjalainen V (2010) Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. *Suomen Lääkärilehti* 65 (45): 3683–3690.

Kivekäs J, Hannu T, Rokkanen T, Roponen T (2012) Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden arviointi kannattaa keskittää työterveyshuoltoon. *Suomen Lääkärilehti* 67 (33): 2229–2233.

Kivekäs J, Hiljanen I, Kantonen P (2013) Polku hylkäävään työkyvyttömyyseläkepäätökseen. *Kuntoutus* 36 (3): 45–49.

Kivekäs J, Uola T (2010) Työeläkekuntoutuksen kohdentuminen. *Kuntoutus* 33 (1): 45–53.

Kuuva N (2010) Työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytännön johdonmukaisuus. Vakuutuslääkäreiden harkintavalta mielenterveyssyihin perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytännössä. Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201103111886>

Kuuva N (2011) Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle? Työkykyä palauttavat prosessit. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 05/2011: Helsinki.

L 395 (2006) TyEL, Työntekijän eläkelaki.

L 397 (2006) Laki Eläketurvakeskuksesta.

L 1056 (2010) Laki sairausvakuutuslain 13 luvun 5§:n muuttamisesta.

L 19 (2012) Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta.

L 20 (2012) Laki työterveyshuoltolain muuttamisesta.

Laaksonen M, Blomgren J, Gould R (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014: Helsinki.

Laaksonen M, Metsä-Simola N, Martikainen P, Pietiläinen O, Rahkonen O, Gould R, Partonen T, Lahelma E (2012) Trajectories in mental health before and after old-age and disability retirement: a register-based study on purchases of psychotropic drugs. *Scand J Work Environ Health* 38 (5): 409–417.

Lahelma E, Laaksonen M, Lallukka T, Martikainen P, Pietiläinen O, Saastamoinen P, Gould R, Rahkonen O (2012) Working conditions as risk factors for disability. *BMC Public Health* 12: 309.

Laisola-Nuotio A, Mäkelä-Pusa P, Tiainen R (2013) Selvitys työssä jaksamisen onnistumiseen liittyvistä hyvistä käytännöistä. *Kuntoutus* 36 (3): 36–44.

Liukkonen V (2013) Työsuhteen ja työuran yhteys työntekijöiden terveyteen. *Työterveyslääkäri* 31 (2): 71–73.

Martimo, KP (2010) Musculoskeletal disorders, disability and work. Finnish Institute of Occupational Health, People and Work Research Reports 89: Helsinki.

Miranda H, Kaila-Kangas L, Ahola K (2011) Särkyä ja alakuloa – tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys Suomessa. Työterveyslaitos: Helsinki. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Sarkya_ja_alakuloa.pdf

Mäntyniemi A, Oksanen T, Salo P, Virtanen M, Sjösten N, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J (2012) Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort study of 69,842 employees. *Occup Environ Med* 69 (8): 574–581.

Niiranen K, Hakulinen H, Manninen P, Räsänen K (2014) Työttömien terveystalvelujen kehittäminen – verkosto mahdollisuutena. *Työelämän tutkimus* 12 (1): 3–22.

Nokso-Koivosto P (2001) Potilas ja kaksi hahmoa työkyvynarvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmassa. Semioottinen tulkinta lääkärinlausunnosta. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 59: Helsinki.

Pensola T, Gould R, Polvinen A (2010) Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriö, *Selvityksiä 2010:16*: Helsinki.

Pensola T, Järvikoski A, Järvisalo J (2006) Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos: Helsinki: 223–239.*

Perkiö-Mäkelä M (2013) Työkyky ja koettu terveys. Teoksessa Kauppinen T, Mattila-Holappa P, Perkiö-Mäkelä M, Saalo A, Toikkanen J, Tuomivaara S, Uuksulainen S, Viluksela M, Virtanen T (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos: Helsinki: 97–102.*

Polvinen A (2009) Koulutuksen, terveyden ja työn vaikutus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. *Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:4*: Helsinki.

Rajavaara M (2013) Kuntoutus- ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta? Teoksessa Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kela, Teemakirja 11: Helsinki, 46–76.*

Räsänen K, Sauni R (2013) Työterveyshuolto. Teoksessa Kauppinen T, Mattila-Holappa P, Perkiö-Mäkelä M, Saalo A, Toikkanen J, Tuomivaara S, Uuksulainen S, Viluksela M, Virtanen T (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos: Helsinki: 159–166.

Saari P (2012) Onnistuneesti takaisin työhön ammatillisella kuntoutuksella. Työntekijöiden ja työnantajien näkemyksiä onnistuneesta työhön paluusta. Kevan tutkimuksia 2/2012: Helsinki.

Saikka P (2011) Pitkäaikaistyöttömien terveystalvet ja kuntoutus – tarkastelu siirtymätyömarkkinoiden kehikossa. Yhteiskuntapolitiikka 76 (1): 55–64.

Shemeikka R, Rinne H, Saares A, Parmanne P, Valkonen VP, Poutiainen E (2013) Lääkäreiden näkemyksiä kuntoutuksen haasteista ja kehittämideoista. Kuntoutus 36 (3): 20–30.

Shiri R, Kaila-Kangas L, Ahola K, Kivekäs T, Viikari-Juntura E, Heliövaara M, Miranda H, Leino-Arjas P (2013) The relation of co-occurring musculoskeletal pain and depressive symptoms with work ability. J Occup Environ Med 55 (11): 1281–1285.

Sinervo L, Hietapakka L (2013) Työttömien terveystalvet – Valtakunnallisen terveystalvetkyselyn 2013 tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpapari 41/2013: Helsinki.

STM (2011a) Työhyvinvointityöryhmän raportti. Sosiaali- ja terveystalvetministeriön selvityksiä 2011:4: Helsinki.

STM (2011b) Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveyshyöteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystalvetministeriön selvityksiä 2011:6: Helsinki.

STM (2013a) Osatyökykyiset työssä -ohjelma. Osatyökykyisten työllistymistä edistävien säädösmuutostarpeiden ja palvelujen arviointi. Sosiaali- ja terveystalvetministeriön raportteja ja muistioita 2013:37: Helsinki.

STM (2013b) Toimintakonsepti osatyökykyisten työllistämiseksi. Osatyökykyiset työssä. Sosiaali- ja terveystalvetministeriön raportteja ja muistioita 2013:29: Helsinki.

Suominen K, Kronqvist K, Karjalainen K, Husman K, Katila-Keso L, Haanpää M (2013) Johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle? Suomen Lääkärilehti 68 (4): 232–236.

TELA (2010) Työeläke ja muu sosiaalivakuutus 2010. Työeläkevakuuttajat TELA: Helsinki.

TEM (2011) Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveystalvet. Työryhmän raportti 1.3.2011. Työ- ja elinkeinoministeriö, TEM raportteja 10/2011: Helsinki.

Tilastokeskus (2010) Katsaus yrityksiin ja toimipaikkoihin. Yritykset 2000–2009. Suomen virallinen tilasto, Yritysrekisterin vuositilasto. Tilastokeskus: Helsinki. https://tilastokeskus.fi/til/syr/2009/syr_2009_2010-11-26_kat_001_fi.html

Tilastokeskus (2011) Ammattiluokitus 2010. Tilastokeskus, Käsikirjoja 14: Helsinki.

Varma, Odum (2014) Suomalaisen työntekijän hyvinvointi. Odumin ja Varman selvitys työhyvinvoinnista 2009, 2011 ja 2013. Varma, Odum: Helsinki. <https://www.varma.fi/fi/TietoaVarmasta/Documents/Odum-Raportti-2014.pdf>

Virta L (2001) Työkyvyttömyyden lääketieteellisen arvioinnin vaikeudet ja eläkkeiden hylkääminen. Kelan selvitys eläkehakemusten B-lomakekäytännöistä. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 47: Turku.

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.

Pensionsskyddscentralen 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 pensionsskyddet.

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.



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN