



Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi osana työkyvyn arviointiprosessia Kelassa asiantuntijalääkäarin näkökulmasta

Tanja Vinho

2023 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi osana työkyvyn arviointiprosessia Kelassa asiantuntijalääkärin näkökulmasta

Tanja Vinho
Sosionomi YAMK
Opinnäytetyö
joulukuu 2023

Tanja Vinho

**Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi osana työkyvyn arviointiprosessia Kelassa
asiantuntijalääkäriin näkökulmasta**

Vuosi

2023

Sivumäärä

121

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisena Kelan asiantuntijalääkärit kokevat ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyn yhteydessä. Tarkoituksena oli nostaa erityisesti esille koettuja haasteita sekä kehittämisen kohteita ammatillisen kuntoutuksen arviointiin liittyen. Samalla tuotiin asiantuntijalääkäreiden näkemysten kautta esille myös yleisemmällä tasolla ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumisen prosessien toimivuutta ja merkityksellisyyttä.

Sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkkeen hakemuskäsittelyn yhteydessä tulee Kelassa selvittää asiakkaan kuntoutusmahdollisuudet, jos asiakas on Kelan kuntoutettava. Asiantuntijalääkärit arvioivat asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen tarvetta muun muassa lääkärinlausuntojen sekä muiden asiakkaan esitietojen perusteella. Tällöin asiantuntijalääkäri tekee arvion muiden tuottamien tietojen pohjalta. Opinnäytetyössä tarkasteltiin ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia asiantuntijalääkäriin näkökulmasta kolmen eri teeman kautta, joita olivat asiakasta koskevan tiedon laatu, tiedon käytettävyys ja soveltaminen sekä yhteistyö ja asiakasnäkökulma.

Tietoperustassa käsiteltiin Kelan roolia erityisesti työkyvyttömyyden aikaisen sosiaaliturvan ja ammatillisen kuntoutuksen osalta. Lisäksi perehdyttiin ammatillisen kuntoutuksen yhteiskunnalliseen ja yksilölliseen merkitykseen sekä vakuutuslääketieteelliseen työkykyarvion antamisen edellytyksiin ja haasteisiin.

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä, joka sisälsi taustatietokysymyksiä, väittämiä ja avoimia kysymyksiä. Määrällisen tarkastelun avulla pyrittiin kuvaamaan tutkittavaa aihetta yleistasolla, jolloin hyödynnettiin keskiarvoja, keskihajontoja sekä summamuuttujatarkasteluja. Avokysymysten vastausten aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä taas pyrittiin ymmärtämään aihetta syvemmin.

Tulosten mukaan asiantuntijalääkärit kokivat tiedon laatuun liittyviä haasteita, jotka vaikeuttivat kuntoutusarvion tekemistä. Erityisesti asiakasta koskevan käytettävissä olevan tiedon tarkkuuden, kattavuuden ja suositustenmukaisuuden toteutumisessa nähtiin olevan parantamisen varaa. Lisäksi muun muassa tiedon hajanaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtojen tarkoituksenmukaisuuteen liittyvät puutteet nousivat esille. Haasteeksi koettiin myös, että asiakkaan oma näkemys tai kuntoutusmotivaatio eivät tule tarpeellisessa määrin esille Kelassa. Tuloksissa korostui, että avointa kuntoutuskeskustelua tulisi käydä asiakkaan kanssa varhaisessa vaiheessa, kun työkyky uhkaa heikentyä. Kelassa tulisi lisätä asiakkaiden työkykyhaastatteluita ja motiivointia kuntoutukseen. Eri toimijoiden olisi tärkeää yhdessä pyrkiä luomaan toimivia prosesseja ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen sujuvoittamiseksi ja tiedonkulun parantamiseksi. Tähän tarvitaan matalan kynnyksen vuoropuhelua niin Kelan sisällä kuin ulkopuolisten toimijoidenkin kanssa. Lisäksi ammatilliseen kuntoutukseen liittyvän osaamisen vahvistamiseen on tärkeää panostaa kaikkien prosessiin liittyvien toimijoiden tasolla.

Asiasanat: asiantuntijalääkäri, ammatillinen kuntoutus, työkyvyttömyys, asiakasta koskeva tieto

Tanja Vinho

Assessment of the Need for Vocational Rehabilitation as Part of the Work Ability Assessment Process at Kela from the Point of View of Medical Advisors

Year

2023

Pages

121

The aim of this thesis was to find out how Kela's medical advisors perceive the need assessment for vocational rehabilitation while processing of sickness allowance and disability pension applications. The purpose was to highlight perceived challenges and ideas for development related to the vocational rehabilitation need assessment. Additionally, through the views of medical advisors, the aim was to underline the functionality and relevance of the vocational rehabilitation processes on a more general level.

While processing applications for sickness allowance and disability pension, Kela should assess the client's rehabilitation possibilities in case of Kela's being in charge of the rehabilitation. The medical advisors assess the client's need for vocational rehabilitation based on, for example, medical reports and other pre-information about the client. Thus, the medical advisor makes an assessment based on the information provided by others. In this thesis the vocational rehabilitation need assessment from the perspective of medical advisors was examined through three different themes, which were the quality of information about the client, the usability and application of information, and cooperation and the client's perspective.

The theoretical framework of the thesis focused on Kela's role with regard to social security during disability and vocational rehabilitation. In addition, the societal and individual significance of vocational rehabilitation was examined, as well as the conditions and challenges of giving work ability assessments in the field of insurance medicine.

The data were collected using an electronic survey, which included background information questions, propositions and open questions. Quantitative examination was used to describe the researched topic on a general level, in which case averages, standard deviations and sum of variables were utilized. The material-based content analysis of the open questions aimed to gain a deeper understanding of the topic.

According to the results, medical advisors experienced challenges related to the quality of information, which complicates the rehabilitation assessment. In particular, the accuracy, comprehensiveness and compliance with recommendations of the available information about the client could be improved. In addition, among other things, the fragmentation of information and the deficiency related to appropriateness of vocational rehabilitation alternatives came up. Furthermore, it was also considered a challenge that the client's own vision or motivation for rehabilitation do not come to light sufficiently at Kela. The results showed that an open rehabilitation discussion should be had with the client at an early stage, when the ability to work threatens to deteriorate. There should also be more customer work ability interviews and motivation speak for rehabilitation at Kela. It is important for different actors to work together to create functioning processes to make vocational rehabilitation guidance smoother and to improve the flow of information. This requires a low-threshold dialogue both within Kela and with external actors. In addition, it is important to invest in strengthening of knowledge related to vocational rehabilitation at the level of all actors involved in the process.

Keywords: medical advisor, vocational rehabilitation, disability, information about the client

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kela toimintaympäristönä.....	9
2.1	Kela ja sen yhteiskunnallinen rooli	9
2.2	Kelan sosiaaliturva työkyvyttömyyden ajalta	11
2.3	Kelan ammatillinen kuntoutus	14
3	Ammatillisella kuntoutuksella kohti työkykyä.....	17
3.1	Kuntoutuksen monialainen järjestelmä	17
3.2	Ammatillisen kuntoutuksen lähtökohtia	18
3.3	Ammatillinen kuntoutus yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena voimavarana	20
3.4	Yhteistyöllä tavoitetta kohti.....	23
4	Vakuutuslääketieteellinen arvio ja tieto.....	26
4.1	Vakuutuslääkärit ja asiantuntijalääkärit arvion antajina.....	26
4.2	Tietoperusta ja sen laatu	28
4.3	Tiedon käytettävyys ja harkintavalta	30
4.4	Yhteistyöprosessi ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumisessa	33
4.5	Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin puitteet	36
5	Tutkimusasetelma ja menetelmät	37
5.1	Tavoite ja tutkimuskysymykset	37
5.2	Aiheen muotoutuminen	37
5.3	Aineiston keruu sähköisellä kyselyllä.....	38
5.4	Kvalitatiivinen sisällönanalyysi	41
5.5	Kvantitatiivinen sisällön tarkastelu.....	45
6	Tulokset	48
6.1	Vastaaajien taustatiedot	48
6.2	Asiakasta koskevan tiedon laatu	50
6.2.1	Tiedon laadun kvantitatiivinen tarkastelu	50
6.2.2	Tiedon laadun haasteet.....	55
6.2.3	Tiedon laadun kehitysehdotukset	61
6.3	Asiakasta koskevan tiedon käyttö ja soveltaminen.....	65
6.3.1	Tiedon käytön ja soveltamisen kvantitatiivinen tarkastelu	65
6.3.2	Tiedon käytön ja soveltamisen haasteet	72
6.3.3	Tiedon käytön ja soveltamisen kehitysehdotukset.....	74
6.4	Yhteistyö eri toimijoiden kanssa ja asiakasnäkökulma	77
6.4.1	Yhteistyö- ja asiakasnäkökulmakokemusten kvantitatiivinen tarkastelu ...	77
6.4.2	Toiveet yhteistyön kehittämistä	81
6.4.3	Kokemukset asiakaskokemuksen välittämisestä.....	87

7	Johtopäätökset	90
7.1	Asiantuntijalääkäreiden kokemat haasteet ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyssä	91
7.2	Asiantuntijalääkäreiden esittämät kehittämisen kohteet ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen ja arvioinnin prosesseissa	93
8	Pohdinta	95
8.1	Tutkimuksen luotettavuuden arviointia	95
8.2	Tutkimuksen eettisyyden arviointia	96
8.3	Tutkimustulosten yleinen pohdinta.....	98
	Lähteet.....	102
	Kuviot	111
	Taulukot	111
	Liitteet	112

1 Johdanto

Työikäisten työkyvyttömyyteen liittyvät teemat ovat saaneet viime vuosina paljon yhteiskunnallista huomiota. On esiintynyt esimerkiksi keskustelua mielenterveysperusteisten sairausloimien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvusta. Samaan aikaan yllättävän vähän keskustelua käydään ammatillisen kuntoutuksen aihepiiriin liittyen, vaikka ammatillisella kuntoutuksella voisi ainakin potentiaalisesti olla vaikutusta työkyvyttömyyden pitkittymisen ehkäisyprosessissa. Usein ammatilliseen kuntoutukseen kuitenkin päädytään melko myöhäisessä vaiheessa työkykyongelmien jo pitkittyessä, vaikka työurien pidentämisen tavoite on ollut poliittisella agendalla jo pidempään. Työikäisen oikea-aikainen ohjautuminen ammatilliseen kuntoutukseen työkyvyn heikennyttyä voikin täten olla merkittävää sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta (ks. esim. Juvonen-Posti 2018).

Ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien selvittäminen kuuluu kuitenkin osaksi sitä prosessia, jossa työkykyarviota tehdään etuuksien ratkaisutyössä Kansaneläkelaitoksessa eli Kelassa ja muissa vakuutuslaitoksissa. Sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen edellytyksiä arvioitaessa, tulee eläkelaitosten siksi arvioida myös työikäisen oikeutta työhön siirtymistä tai työelämään palaamista edesauttavaan ammatilliseen kuntoutukseen (Martimo & Takala 2019a, 13-16.; Martimo & Takala 2019b, 20-27; Keso 2019, 34-39; Kansaneläkelaki 568/2007; Sairausvakuutuslaki 1224/2004).

Yleistä yhteiskunnallista keskustelua on usein myös aiheuttanut vakuutuslääkäritoiminta. Vakuutuslääkärit, joita Kelassa kutsutaan asiantuntijalääkäreiksi, ovat usein mukana prosessissa, jossa joko myönnetään tai hylätään sairauserusteisia etuuksia Kelassa tai muussa vakuutuslaitoksessa. Esimerkiksi etuuden hylkäys voi tapahtua, vaikka hoitava lääkäri on katsonut asiakkaan omassa arviossaan työkyvyttömäksi. Tähän koettuun epäkohtaan liittyen nousikin eduskunnan käsiteltäväksi vuonna 2018 kansalaisaloite (KAA 4/2018 vp), jossa haluttiin puuttua vakuutuslääketieteellisiin kannanottoihin liittyvään ristiriitaan hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin arvioiden välillä (ks. esim. Aalto & Opari 2021). Aloite kuitenkin hylättiin, mutta sen seurauksena asetettiin neuvottelukunta kehittämään vakuutuslääkäritoimintaa ja asetetun jatkon neuvottelukunnan työ jatkuu tällä hetkellä aina vuoteen 2024 saakka. Erityisenä tavoitteena on avoimuuden ja läpinäkyvyyden lisääminen asiantuntijalääkäritoimintaan. (STM 2021.)

Opinnäytetyön aihe kytkeytyy edellä mainittuihin teemoihin: ammatilliseen kuntoutukseen sekä vakuutuslääkäritoimintaan. Tässä pyritään osaltaan osallistumaan siihen keskusteluun, jossa huolenaiheena on työkyvyttömyyden pitkittyminen ilman tarkoituksenmukaisia ja oikea-aikaisia ammatillisen kuntoutuksen tavoiteasetteluita. Toisaalta pyritään myös siihen, että

Kelan asiantuntijalääkärit osana vakuutuslääkäreiden ammattikuntaa saivat äänensä kuuluviin ja heidän edellytyksiään tehdä arvioita ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta voitaisiin mahdollisuuksien mukaan vahvistaa, jotta objektiivisuus ja tasapuolisuus toteutuisivat arvioiden perustana olevan tiedon suhteen. Tutkimus voi myös vahvistaa osaltaan vakuutuslääkäritoiminnan avoimuuden ja läpinäkyvyyden ilmapiiriä.

Mitä aikaisemmassa vaiheessa mahdollisen työkyvyttömyyden ensimerkkien ilmaantuessa otetaan ammatillisen kuntoutuksen pohtiminen hoidon ja kuntoutumisen suunnitteluprosessiin mukaan, sitä paremmat mahdollisuudet todennäköisesti ammatillisella kuntoutuksella on josain kohtaa alkaa. Esimerkiksi Kyösti Haukipuro (2021) Kelasta nostaa esille huomion siitä, että asiakkaan kohtaamien eri ammattihenkilöiden tulisi kaikkien pitää yllä keskustelua työelämään paluun tukitoimista. Tässä prosessissa ammatillisella kuntoutuksella voi monesti olla tärkeä rooli ja olisi oleellista, että yhteistyö sujuu mahdollisimman saumattomalla tavalla eri ammattilaistahojen kesken. Kelan johtava yllälääkäri Janne Leinonen on myös ilmaissut, että vakuutuslääkäreiden sekä terveydenhuollon yhteistyötä tulisi parantaa muun muassa tiedonvaihdon ja koulutusten kautta (Koskinen 2019).

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää sähköisen kyselyn avulla, millaisena Kelan asiantuntijalääkärit kokevat ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin edellytykset sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyn yhteydessä sekä millaisia kehittämisen kohteita he näkevät ammatillisen kuntoutuksen ohjauksen ja arvioinnin prosesseissa. Opinnäytetyössä pyrittiin nostamaan esille myös yleisemmällä yhteiskunnallisella tasolla ammatilliseen kuntoutukseen kytkeytyvien toimijoiden välisten prosessien mahdollisia kehittämisen tarpeita. Tarkoituksena oli hahmottaa ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia asiantuntijalääkärien näkökulmasta etenkin asiakasta koskevan käytettävissä olevan tiedon laatuun sekä sen käytettävyyteen ja soveltamiseen liittyen. Lisäksi pyrittiin nostamaan esille eri toimijoiden välistä yhteistyönäkökulmaa ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen prosesseissa. Tällöin mielenkiinto kohdistui myös asiakkaan oman näkemyksen välittymiseen asiantuntijalääkäreille.

Tämän opinnäytetyön kannalta keskeisiä ammattilaisia ja heidän työprosessiensa tuotoksia ovat ainakin asiakasta hoitava lääkäri sekä hänen kirjoittamansa lääkärinlausunto tai muu terveydentilaselvitys, Kelan etuuskäsittelijä sekä hänen kirjoittamansa arviopyyntö ja Kelan asiantuntijalääkäri sekä hänen kirjoittamansa arvio. Kuitenkin kokonaisuudessaan asiakkaan työkykyprosessiin osallistuvia ammattilaisia on paljon tätä suurempi joukko ja heillä kaikilla voi olla vaikutuksensa siihen prosessiin, jossa ammatillinen kuntoutus joko käynnistyy tai ei käynnisty. Erityisenä mielenkiinnon kohteena opinnäytetyössä on se, minkälainen on käytettävissä oleva tietoperusta ja millaiset edellytykset Kelan asiantuntijalääkäreillä on tehdä ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia osana sairauspäiväraha- sekä työkyvyttömyyseläkearvioita. Vaikka kysely tehdään asiantuntijalääkäreille, voidaan opinnäytetyö nähdä osana

laajempaa sosiaali- ja terveysalan kontekstia, jossa asiakkaan tilannetta arvioivan ammattilaisen toiminta vaikuttaa aina myös toisen ammattilaisen toimintaan ja arvioon. Ajantasaisen ja oikeansisältöisen tiedon vaihtuminen asiantuntijalta toiselle on avainasemassa asiakkaan oikeudenmukaisen ja tarkoituksenmukaisen jatko-ohjauksen suhteen. Myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on tärkeä rooli siinä, millaista tietoa asiakkaan tilanteesta välittyy esimerkiksi Kelaan. Voidaankin arvioida, että eri toimijoiden yhteistyön vahvistamisella voi olla positiivisia vaikutuksia asiakkaalle.

2 Kela toimintaympäristönä

2.1 Kela ja sen yhteiskunnallinen rooli

Sosiaaliturvan tarjoamista voidaan perustella sekä yksilöllisiin että yhteiskunnallisiin tarpeisiin viitaten. Perusajatuksena on, että ihmisten taloudellisten ja sosiaalisten riskien negatiivisia vaikutuksia pyritään vähentämään lakisääteisen sosiaalivakuutuksen avulla. Kun tiiviit perhe- ja kyläyhteisöt eivät pystyneet enää turvaamaan sosiaalisia riskejä teollistumis- ja kaupungistumiskehityksen myötä, sosiaalireformiksi nimetyn suuntauksen myötä alkoi pikkuhiljaa muodostua sosiaalivakuutusjärjestelmän ensimmäisiä kehityssuuntia 1800-luvun lopussa Saksasta lähtien. Sosiaalivakuutuksen perustelut alkoivat täten muotoutua tiiviisti työhön liittyvien riskien vähentämiseksi. (Kangas & Niemelä 2017, 26-29.)

Pakollinen sosiaalivakuutus on katsottu olevan perusteltu vastuiden oikeudenmukaisen jakautumisen suhteen sekä taloudellisen vähimmäisturvan takaamiseksi riskejä kohdanneille ihmisille. Sillä on myös taloudellista jatkuvuutta ylläpitämä voima, jolloin ihmisten ostovoima säilyy myös oman elämän riskijakson aikana. Tätä kautta myös sosiaalinen integraatio ja ihmisten välinen luottamus saavat jatkuvuutta. Sosiaalivakuutus ottaa vahvasti huomioon erilaisista elämäntilanteista johtuvat riskit ja luo solidaarisuutta ihmisten välille huomioiden ihmisten erilaisten elämäntilanteiden vaikutukset heidän mahdollisuuksiinsa osallistua omalla työllään yhteiskunnan toimintojen ylläpitämiseen. Voidaan ajatella, että kaikki sosiaalivakuutuksen perustelut, kuten koko Pohjoismaisen hyvinvointimallin ajatus, perustuvat tavalla tai toisella vahvasti työllisyyden ideaalin pohjalle. Jos henkilö ei ole työelämässä syystä tai toisesta, hänen toimeentulonsa turvataan sosiaalivakuutuksen kautta. (Kangas & Niemelä 2017, 29-34.) Tuloerojen tasaamisen lisäksi pyrkimyksenä on vahvasti alettu korostaa syrjäytymisen ja leimautumisen ehkäisemisen tavoitetta puhuttaessa sosiaalivakuutuksesta (Tuomala 2017, 251-255).

Sosiaaliturva kuuluu sosiaalioikeuden alaan, johon sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon osat alueet sekä toimeentuloturva. Toimeentuloturvasta voidaan vielä erottaa sosiaalivakuutus, jonka yhtenä toteuttajana on Kansaneläkelaitos. Suomen perustuslaki perusoikeuksineen sekä

kansainväliset ihmisoikeussopimukset ovat olleet tärkeässä asemassa sosiaalivakuutukseen liittyvän lainsäädännön laatimisessa. Perusoikeuksissa on esimerkiksi erillinen pykälä oikeudesta sosiaaliturvaan, jonka mukaan muun muassa välttämätön toimeentulo on turvattava sairauden ja työkyvyttömyyden aikana sekä julkisen vallan tulisi edistää väestön terveyttä. Sosiaalivakuutuksesta säädetään tarkemmin etuuslaeissa. (Huhtanen 2017, 58-75; Suomen perustuslaki 731/1999.)

Kansaneläkelaitos eli Kela on yksi itsenäisistä julkisoikeudellista laitoksista, jotka hoitavat sosiaaliturvan toteuttamista etuuslainsäädännön edellyttämällä tavalla (Huhtanen 2017, 78). Kela tulee lähes jokaiselle Suomen sosiaaliturvaan kuuluvalla henkilöllä jossain elämänvaiheessa tutuksi sen tarjotessa sosiaaliturvaa erilaisissa elämäntilanteissa. Kelan perustamisvuodesta 1937 on tultu pitkä matka aluksi vain eläkkeisiin keskittyneistä tulonsiirroista kohti laaja-alaista sosiaaliturvajärjestelmää, jossa pyritään huolehtimaan asiakkaiden toimeentulosta monenlaisissa tilanteissa kuten opiskelun, työttömyyden, sairauden, lapsiperhearjen, kuntoutuksen tai vanhuuden aikana. Kelan tuet ja etuudet voidaan jakaa kansaneläkkeisiin, sairaus- ja vammaisetuuksiin, kuntoutukseen, vanhempain- ja perhe-etuuksiin, asumisen tuikiin, opintotukiin, työttömyysetuuksiin, toimeentulotukeen sekä terveydenhuoltoon liittyviin etuuksiin. (Kela 2023a, 2023b, 2023c.)

Kela ei ole vain rahallisia sosiaalietuuksia jakava organisaatio. Kelassa on määritelty kaikkea toimintaa kuvaava toiminta-ajatus, jonka mukaan ”Kela turvaa väestön toimeentuloa, edistää terveyttä ja tukee itsenäistä selviytymistä.” (Kelan toimintakertomus 2022, 6). Kelan strategiseksi tavoitteiksi on ajankohtaisesti kirjattu tieto, luottamus ja turva. Nämä kaikki liittyvät toisiinsa sekä lopulta asiakkaiden sosiaaliturvan mahdollisimman oikea-aikaiseen, oikealaatuiseen, sujuvaan ja perusteiltaan tasa-arvoiseen mahdollistamiseen. (Kela 2023d.)

Viime vuosia leimannut epävarmuuksien aikakausi on heijastunut myös Kelan toimintoihin. Kelan pääjohtaja Outi Antila korostaakin Kelalla olevan tärkeä rooli ja merkitys vaikeissa yhteiskunnallisissa tilanteissa toimeenpanna ihmisten elinoloja tasaavia toimenpiteitä ja etuusmaksuja. Esimerkkeinä tällaisista toimista ovat tartuntapäivärahan toimeenpaneminen koronapandemian takia sekä väliaikaisen sähkötuen toimeenpaneminen Ukrainan sodasta aiheutuneen energiakriisin vuoksi. Kokonaisuudessaan Kela maksoi vuonna 2022 erilaisia etuuksia yhteensä noin 16,3 miljardin euron edestä, mikä kertoo Kelan merkittävydestä suomalaisessa yhteiskunnassa. Selvästi eniten kuluja aiheuttivat sairausvakuutukseen ja eläkevakuutukseen liittyvät kustannukset (Kelan toimintakertomus ja tilinpäätös 2022, 4-8; 22-24.)

Kelan organisaation toimintaa valvovat eduskunnan valitsemat valtuutetut ja Kelaa johtaa sen oma hallitus. Kela on linjaorganisaatio ja siihen kuuluu viisi tulosyksikköä, joita ovat asiakkaan lähipalvelut, valtakunnalliset asiakkuuspalvelut, IT-palvelut, tietopalvelut ja yhteiset

palvelut. Lisäksi organisaatioon kuuluvat johdon tukiyksikkö ja viestintäyksikkö. (Kela 2023e; Kelan toimintakertomus ja tilinpäätös 2022, 6.)

Vuoden 2023 organisaatorakenteen tasolla valtakunnallisten asiakkuuspalveluiden tulosityksikössä tapahtuu etuushakemusten ratkaisutyö sekä etuuksiin liittyvä kehittämistyö. Tämän tutkimuksen kannalta mielenkiinto kohdistuu sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyn yhteydessä tapahtuvaan asiantuntijalääkärin arviotyöhön. Sairauspäivärahan etuuskäsittelytyö tapahtuu vakuutuspiirien työ- ja toimintakykyetuksien ratkaisukeskuksissa sekä työkyvyttömyyseläkkeiden etuuskäsittelytyö tapahtuu valtakunnallisessa keskitetyssä työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukeskuksessa. (Kela 2023e.) Myös asiantuntijalääkäriyksikkö toimii valtakunnallisten asiakkuuspalvelujen tulosityksikön alla. Asiantuntijalääkäriyksikkö ja kaantuu viiteen eri asiantuntijalääkärikeskukseen sekä vakuutuslääketieteelliseen keskukseseen. Yksikössä työskentelee noin 220 asiantuntijalääkärinä, joiden tehtävänä on muun muassa antaa etuushakemuksiin lääketieteellisiä kannanottoja sekä kehittää asiantuntijalääkäritoimintaa. (Kelan sisäinen intranet.)

2.2 Kelan sosiaaliturva työkyvyttömyyden ajalta

Kun henkilön työkyky heikentyy työkyvyttömyyttä aiheuttavassa määrin, aiheutuu siitä usein toimeentulon ongelmia, joita pyritään sosiaaliturvan avulla helpottamaan. Sosiaaliturva voi siten koostua sosiaali- ja terveystalouden lisäksi rahallisista toimeentuloturvaetuksista, joilla pyritään paikkaamaan henkilölle aiheutuneita toimeentulon vajeita. (Kangas & Niemelä 2017, 12-14.)

Kun työikäinen henkilö tulee työkyvyttömäksi tavalliseen työhönsä, tulee ensin yleensä selvittäväksi hänen oikeutensa Kelan sairauspäivärahaan, jota voi edellytysten täytyessä saada noin vuoden ajalta. Sairauspäivärahan käsittelyn yhteydessä Kelassa arvioidaan myös kuntoutuksen tarve, joka tulee selvittää viimeistään 60 maksetun sairauspäivärahapäivän jälkeen. (Martimo & Takala 2019a.) Myös 150. ja 230. sairauspäivärahapäivän lähestyessä tulisi kuntoutustarve selvittää. Asiakkaalle lähtee lisäksi kuntoutusmahdollisuuksista kertova kirje 60. ja 150. maksetun sairauspäivärahapäivän kohdalla. (Kela 2023f.) Kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 arkipäivää, tarvitaan viimeistään lääkärinlausunto jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuuksista työsuhteessa olevien osalta. Tällöin tulee selvittää myös osa-aikaisen työhön paluun mahdollisuudet. (Martimo & Takala 2019b, 20-23; Kela 2023f.) Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaan ”työkyvyttömyydellä tarkoitetaan sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavaa”. Vuonna 2022 sairauspäivärahaa myönnettiin yhteensä 315 700 henkilölle ja yleisimpänä syynä oli mielenterveyden häiriöt sekä tämän jälkeen tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Kelan sairausvakuutustilasto 2022, 11).

Kun sairastumisesta on kulunut noin vuosi ja sairaus jatkuu, tulee arvioitavaksi kuntoutustuen eli määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen tai toistaiseksi myönnettävän työkyvyttömyyseläkkeen edellytysten täytyminen (Kela 2023g). Kansaneläkelain (568/2007) mukaiseen työkyvyttömyyseläkkeeseen on oikeutettu henkilö, joka on ”sairauden, vian tai vamman takia kykenemätön tekemään tavallista työtään tai muuta siihen verrattavaa työtä, jota on pidettävä hänen ikänsä, ammattitaitonsa sekä muut seikat huomioon ottaen hänelle sopivana ja kohtuullisen toimeentulon turvaavana”.

Kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä voi hakea työeläkkeenä työeläkelaitoksesta ja kansaneläkkeenä Kelasta, mikäli työeläkkeen määrä on pieni tai sitä ei ole kertynyt ollenkaan (Kela 2023g). Opinnäytetyössäni huomio kiinnittyy työkyvyttömyyseläkkeen osalta tilanteisiin, jossa asiakkaalla on pieni työeläkertymä ja hän on hakenut kansaneläkettä. Tällöin kyseessä on usein nuori henkilö tai sellainen henkilö, joka on työskennellyt matalapalkka-alalla tai jolla ei ole vakiintunutta suhdetta työelämäään. On lisäksi huomioitava, että tässä opinnäytetyössä viitataan usein työkyvyttömyyseläkkeen käsittelyyn, jolloin työkyvyttömyyseläke-termillä tarkoitetaan sekä kuntoutustuen että työkyvyttömyyseläkkeen edellytysten täyttymisen arviointia. Selvyyden ja yksinkertaistuksen vuoksi on tarkoituksenmukaista käyttää vain yhtä termiä.

Työkyvyttömyyden määrittely eroaa sairauspäivärahassa ja työkyvyttömyyseläkkeissä. Sairauspäivärahassa työkykyarvio kohdistuu asiakkaan mahdollisuuksiin jatkaa omassa työssään tai toiminnassaan tai sellaisessa työssä, jossa hän on aiemmin työskennellyt tai johon hänellä on koulutus. Tällöin puhutaan ammatillisesta työkyvyttömyydestä. Työkyvyttömyyseläkkeissä työkykyarviointi taas on yleistä ja tapahtuu suhteessa kaikkiin kohtuudella mahdollisesti soveltuviin töihin huomioiden ikä, asuinpaikka ja aiempi työ. Kansaneläkeläissa työkykyä verrataan nimenomaan aiempaan tai nykyiseen ammattiin vasta yli 60-vuotiaiden suhteellisen pitkän työuran omaavien kohdalla. Myös työeläkepuolella menetellään samoin lukuun ottamatta julkista alaa, jolloin ammatillista työkyvyttömyyttä painotetaan arvioinnissa jo alle 60-vuotiaiden kohdalla. (Kivekäs, Aro & Autti-Rämö 2019, 235; Kansaneläkelaki 568/2007 3 luku 12 §; Sairausvakuutuslaki 1224/2004 8 luku 4 §.; Apponen & Haanpää 2019, 243-244.)

Työkyvyttömyyseläkettä saavia (ml. kuntoutustuki) oli Suomessa kaiken kaikkiaan vuonna 2022 yhteensä 181 000. Toisin kuin yleisestä keskustelusta on voinut saada käsityksen, työkyvyttömyyseläkeläisten määrä on hieman laskenut joka vuosi kymmenen viime vuoden aikana. Naisten ja miesten osuus työkyvyttömyyseläkettä saaneista oli vuonna 2022 yhtä suuri. Yli puolella työkyvyttömyyden perusteena oli mielenterveydellinen tai käyttäytymishäiriöön liittyvä syy. Toiseksi eniten työkyvyttömyyseläkkeelle oli jouduttu tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2022, 9-10.) Myös pelkkää kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä tarkasteltaessa kyseiset sairausryhmät ovat eniten edustettuina. Kuntoutustuen jatkohakemuksissa jopa yli 70 prosenttia työkyvyttömyyden syynä oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Vuonna 2022 Kelaan saapui uusia

työkyvyttömyyseläkehakemuksia 17 845 kpl ja kuntoutustuen jatkohakemuksia 19 415 kpl. Vuonna 2022 Kelasta annettiin uusien työkyvyttömyyseläkehakemusten osalta kuntoutustuki-myöntöjä 4785 kappaletta ja työkyvyttömyyseläkemyöntöjä 3651 kappaletta. Suurin osa eli noin 70 prosenttia Kelan työkyvyttömyyseläkkeistä (ml. kuntoutustuki) alkoi sairauspäivärahan enimmäisajan päätyttyä. Hylkäysprosentti uusien hakemusten osalta oli 52,7, mutta jatkohakemusten osalta hylkäyspäätöksen sai vain 6,2 prosenttia hakijoista. Vuonna 2022 toistaiseksi voimassa olevalle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi yhteensä 6269 kansaneläkkeen saajaa. Hylkäysten osuus on kasvanut koko ajan viime vuosina uusien hakemusten kategoriassa. Syynä tähän on arvioitu olevan muun muassa mahdollisesti työmarkkinoiden muutokset sekä nuorentunut hakijakunta. (Nevalainen 2023, 2-9.)

Kansaneläkelain mukaan Kelan tulee ennen työkyvyttömyyseläkkeestä annettavaa päätöstä selvittää, onko asiakkaalla oikeus Kelan kuntoutukseen. Lisäksi jos eläkehakemus hylätään, on kansaneläkelain mukaan varmistettava, että hakijalla on tarpeelliset tiedot hänen tarvettaan vastaavista kuntoutusmahdollisuuksista. (Kansaneläkelaki 568/2007.) Kelan kuntoutus voi sisältää ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa tai harkinnanvaraista kuntoutusta (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 566/2005). Sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkeratkaisujen yhteydessä tulisi selvittää mahdollista tarvetta kaikelle Kelan kuntoutukselle, mutta tässä opinnäytetyössäni keskityn nimenomaan ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioimiseen asiantuntijalääkäriin näkökulmasta.

Vuonna 2022 annettujen työkyvyttömyyseläkepäätösten saajista (ml. kuntoutustuki ja sisältäen myönteiset sekä kielteiset päätökset) noin 9 prosenttia sai ohjauksen kuntoutuksen hakemiseen (Nevalainen 2023, 3). Eryteisesti ammatillista kuntoutusta koskevaa neuvontaa pyritään työkyvyttömyyseläkeasian käsittelyn yhteydessä antamaan muun muassa puhelinoitolla, viestillä, kirjeellä tai päätökseen sisällytettävällä ohjeistuksella (Nevalainen 2022, 9).

On huomioitavaa, että työkyvyn heikennyttyä usein pohdittavaksi tulee myös Kelan osasairauspäivärahan tai työeläkelaitoksen osatyökyvyttömyyseläkkeen (ml. osakuntoutustuki) mahdollisuus työssä pysymisen tai työhön palaamisen tueksi. Tässä opinnäytetyössä niitä ei kuitenkaan tarkemmin avata. On hyvä kuitenkin pitää mielessä, että kyseisillä osatyökykyisille maksettavilla etuuksilla voi olla merkittävä vaikutus yksilön työkykyiseksi kuntoutumisen prosessissa. Toisaalta myös osatyökykyiseksi kuntoutumisen voidaan ajatella olevan yhteiskunnallisesti merkittävää. Osasairauspäivärahopäivien enimmäismäärä nostettiin ja saamisen ehtoja kevennettiin 1.1.2023 voimaan tulleella lakimuutoksella, joten sekin osaltaan kertoo asian olevan pinnalla yhteiskunnallisessa painotuksessa (Heikkinen 2022).

2.3 Kelan ammatillinen kuntoutus

Ammatillisesta kuntoutuksesta vastaa joko Kela, työeläkelaitos tai vakuutusyhtiö. Ammatillisen kuntoutuksen vastuu kuuluu työeläkelaitokselle, jos asiakas on kiinnittynyt työelämään sekä asiakkaalla on työkyvyttömyyden syntymisen uhka tai uhkaa arvioidaan voivan siirtää kuntoutuksella. Asiakkaan katsotaan olevan kiinnittynyt työelämään, jos hänellä on kertynyt ansiotuloja viiden edeltävän vuoden aikana vähintään 39 157,84 euroa (vuoden 2023 raja) ja hänellä on ollut ansiotuloja edeltävien 36 kalenterikuukauden aikana. Vakuutusyhtiö vastaa ammatillisesta kuntoutuksesta taas silloin, jos kuntoutusta tarvitaan esimerkiksi liikennevahingon tai työtapaturman seurauksena. Kela vastaa ammatillisen kuntoutuksen järjestämisestä silloin, kun asiakas ei ole kiinnittynyt työelämään ja hänen työ- tai opiskelukykynsä tai ansiotyöedellytykset ovat olennaisesti heikentyneet sairauden, vian tai vamman vuoksi. (Haanpää, Hedenborg, Leinonen, Martimo & Takala 2019, 28; Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005; ETK 2022; ETK 2023.)

Keskityn tässä opinnäytetyössä tilanteisiin, jossa ammatillinen kuntoutus katsotaan kuuluvan Kelan vastuulle. Tällöin Kelan asiantuntijalääkäri antaa arvionsa ammatillisen kuntoutuksen sekä tarvittaessa myös esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeesta ja ajankohtaisuudesta antaessaan arviota haetun etuuden (sairauspäiväraha tai työkyvyttömyyseläke) edellytysten täyttymisestä. Mikäli asiantuntijalääkäri katsoo jonkin tietyn ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteen olevan ajankohtainen, hän kirjaa sen arvioonsa ja tämän perusteella etuuskäsittelijä lähtee selvittämään kuntoutuksen myöntämisen tarkempia edellytyksiä tai tekemään jatkotoimenpiteitä sen suhteen. Asiantuntijalääkärin arvio toimii siis usein impulssina ammatillisen kuntoutusasian jatkoselvittelyille.

Asiantuntijalääkäri arvioi asiakkaan tilannetta kokonaisuutena. Terveystilaan liittyvien selvitysten lisäksi otetaan huomioon muun muassa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, koulutus, kielitaito, aiempi työhistoria ja ikä. Lisäksi on tärkeää pohtia kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta eli onko todennäköistä, että asiakas pystyisi terveydellisistä seikoista huolimatta kuntoutuksen avulla palaamaan työelämään. Myös oikea-aikaisuus ja asiakkaan oma sitoutuminen ovat tärkeitä seikkoja kuntoutuksen tarpeellisuuden arvioinnissa. (Haanpää ym. 2019, 28-29.) Kuntoutustarvetta arvioidessa voidaan erotella yksilöön kohdistuva kuntoutumistarve sekä yleisemmällä yhteiskunnallisella tasolla oleva vallitseva kuntouttamistarve. Kuntoutustarve lähtee havaitusta ongelmasta yksilön omassa elämässä ja siihen pyritään vastaamaan kuntoutuksen keinoin. Tällöin henkilön omat tarpeet ja toiveet kuntoutumisestaan ovat keskiössä. Kuntouttamistarpeella taas pyritään näkemään ulkopuolisin silmin niitä yhteiskunnallisia tarpeita ja tehtäviä, jotka voidaan täyttää yksilöitä kuntouttamalla. Tällöin yhteiskunta huolehtii muun muassa perusoikeuksien täyttämiselvällisyydestään sekä siitä, että työikäiset saataisiin takaisin työelämään ja maksamaan veroja. Yhteiskunnallinen kuntouttamistarve tulee kuitenkin huomatuksi asiakkaan työkykyprosessissa usein aivan liian

myöhäisessä vaiheessa esimerkiksi eri ammattilaisten välisen yhteistyön puutteellisuuden vuoksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 158-161.)

Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden kautta pyritään edesauttamaan työelämään pääsemistä, sinne palaamista tai siellä pysymistä tietystä terveydellisestä ongelmasta huolimatta. Kelan järjestämiä ammatillisen kuntoutuksen toimia ovat nuoren ammatillinen kuntoutus (NUOTTI-valmennus, ammatillinen kuntoutusselvitys, työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus ja koulutuskokeilu), ammatillinen kuntoutusselvitys, koulutus, työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus (TEAK; työkokeilu, työhönvalmennus tai työkokeilu ja työhönvalmennus), työelämässä olevien KIILA-kuntoutus, ammatillinen Taito-kuntoutus, koulutuskokeilu, apuvälineet ja elinkeinotuki. (Haanpää ym. 2019, 29; Kela 2023h; Kela 2023i.)

Ammatillisen kuntoutuksen osuus Kelan kuntoutusetuuksien kokonaiskustannuksista oli suhteellisen pieni eli 8,3 % vuonna 2022 (Kelan toimintakertomus ja tilinpäätös 2022, 27). Vuonna 2022 Kelan ammatillista kuntoutusta sai reilu 34 000 henkilöä ja sen yleisin muoto oli NUOTTI-valmennus (Kelan kuntoutustilasto 2022, 7-8). Oman opinnäytetyön kiinnostus kohdistuu siis tilanteisiin, jossa ammatillista kuntoutusta ei suoranaisesti useimmiten ole haettu vaan sen ajankohtaisuutta selvitetään niin sanotusti viran puolesta lakiin nojautuen. Jos Kelan ammatillisen kuntoutuksen tarve todetaan, asiakkaan pitää sitä kuitenkin tämän jälkeen motivoitua itse hakemaan kuntoutuksen etenemiseksi. Monesti asiakkaan oman motivaation merkitys on myös korostunut siinä, millaiset onnistumis- ja etenemismahdollisuudet kuntoutuksella on (ks. esim. Apponen & Haanpää 2019, 246) tai sillä ohjataanko asiakasta edes ammatillisen kuntoutuksen piiriin. Tämä korostaa myös hoitavan lääkärin ja muiden asiakkaan kohtaamien ammattilaisten harjoittaman motivoinnin merkitystä jo varhaisessa vaiheessa työkyvyttömyyden alkaessa. Työelämään kuntoutumisen diskurssin ylläpitäminen saattaa vaikuttaa myös asiakkaan omaan käsitykseen kuntoutumisedellytyksistään. Esimerkiksi Pasasen (2021) tutkimuksessa kävi ilmi, että kuntoutuksesta vastaavien vakuutusyhtiöiden toteuttamalla positiivisen kohtaamisen ilmapiirillä oli vaikutus kuntoutujan motivaation nousemiseen ja sitä kautta koko kuntoutuksen onnistumisen todennäköisyyteen.

Mikäli työkyvyttömyys pitkittyy, sitä vaikeampaa voi olla saada asiakas ammatillisen kuntoutuksen piiriin ja sitä kautta takaisin työelämään. Esimerkiksi Kelan ja Eläketurvakeskuksen tutkimuksen mukaan työkykyä edistävän kuntoutuksen piiriin ohjautumiseen varhaisessa vaiheessa tulisi kiinnittää enemmän huomioita, koska kuntoutustuelle edennyt asiakkaan työkyvyttömyyskausi harvoin enää johtaa paluuseen työelämään. Kuitenkin myös kuntoutustuelle edenneessä työkyvyttömyydessä on tärkeää pitää kuntoutumisen mahdollisuus yllä, jotta voitaisiin mahdollisuuksien mukaan välttää toistaiseksi myönnettävälle työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen. (Koskenvuo ym. 2021.) Ammatillisella kuntoutuksella voikin potentiaalisesti olla merkitystä asiakkaiden työkyvyn palautumisen prosessissa. Oleellista on kuitenkin, että ammatillinen kuntoutus alkaisi oikea-aikaisesti ja oikealla kuntouttavalla toimenpiteellä sekä

lisäksi kuntoutusprosessin tarkoituksenmukaisen etenemisen mahdollistamiseksi siihen osallis-
tuisivat useat eri tahot.

Kelan kuntoutuksen hyötyjä ja kehityskohteita raportoidaan säännöllisesti vuosittain. Ajan-
kohtaisesti uusimman raportin tulokset perustuvat vuoden 2020 aikana Kelan kuntoutuksen
päättäneiden asiakkaiden tietoihin. Tuloksista käy ilmi, että kuntoutuksella on kokonaisuudes-
saan usein positiiviset vaikutukset asiakkaiden työ- ja opiskelukykyyn sekä koettuun elämän-
laatuun. (Karinkanta & Reiterä 2023, 4.) Asiakkaiden oma arvionsa työ- ja opiskelukyvyistään
parani kuntoutuksen toteutuksen aikana kaikkien tutkittujen ammatillisten kuntoutustoimien
(Akse, Nuotti, Teak ja Kiila) kohdalla. Työssä tai opiskelussa selviämisen arvio muuttui asiak-
kaiden kohdalla myös positiivisemmaksi ammatillisen kuntoutuksen palveluiden aikana. Li-
säksi asiakkaiden luottamus työhön paluuseen tai työssä pysymiseen kahden vuoden jälkeen
myös parani kuntoutuksen aikana. Myös kuntoutuksen palveluntuottajat arvioivat kuntoutus-
toimenpiteet useimmiten hyödyllisiksi asiakkaille. Näin oli erityisesti Kiila- ja TEAK-palvelui-
den sekä Nuotti-valmennuksen kohdalla. Huomionarvoista kuitenkin on, että ammatillinen
kuntoutuspalvelu nähtiin selkeästi hyvin hyödylliseksi vain hieman alle puolella osallistu-
neista. Joidenkin asiakkaiden koettiin hyötynneen kuntoutuksesta jopa välttävästi tai ei ollen-
kaan. Tähän liittyen tuli myös ilmi, että juuri ammatillisen kuntoutuspalvelun ajankohta oli
palveluntuottajien arvion mukaan toiminta- ja työkyvyn kannalta ajoittain liian myöhäinen.
Useimmiten kuitenkin ammatilliseen kuntoutukseen ohjaututtiin oikea-aikaisesti palvelun-
tuottajien arvion mukaan. (Karinkanta & Reiterä 2023, 23-30.)

Edeltävässä vuoden 2019 Kelan kuntoutuksen hyödyn arvioinnissa kävi ilmi, että erityisesti
TEAK-kuntoutuksella oli ollut suotuiset vaikutukset muun muassa asiakkaan arvioon omasta
työkyvystään ja uskoon työelämässä jatkamiseen sekä konkreettisesti myös todettiin, että
työssä tai opiskelemissa olevien osuus nousi huomattavasti kuntoutuksen myötä seuranta-ai-
kana (Karinkanta & Reiterä 2021, 42-44).

Kelassa on toteutettu myös aiemmin opinnäytetöitä, jossa ammatillisen kuntoutuksen näkö-
kulmaa tarkastellaan osana työkyvyn arviointiprosessia. Pyykkö (2016) on tutkinut kuntoutuk-
seen ohjautumista sairauspäivärahasprosessin aikana ja Järvinen (2016) kehitti toimintatutki-
muksessaan kuntoutuksen huomioon ottavaa toimintatapamallia työkyvyttömyyseläkkeiden
ratkaisukeskukselle. Opinnäytetöissä tarkasteltiin asiaa etuuskäsittelijän näkökulmasta eikä
asiantuntijalääkäreitä oltu osallistettu tutkimuksiin. Molemmissa tutkimuksissa tuli esille
muun muassa kuntoutusosaamisen parantamisen, eri toimijoiden välisen moniammatillisen yh-
teistyön vahvistamisen sekä asiakkaiden varhaisen kuntoutusmotivoinnin lisäämisen tarpeet.
Pyykkö nosti esille kuitenkin myös sen, että asiakkaiden moniulotteiset tilanteet ja kuntou-
tuksen huomiointi vaativat usein yksilöllistä tilanteen arvioimista, johon ei aina aikataulullis-
ten haasteiden vuoksi ole käsittelyssä aikaa. (Pyykkö 2016, 53-62; Järvinen 2016, 32-42.)

3 Ammatillisella kuntoutuksella kohti työkykyä

3.1 Kuntoutuksen monialainen järjestelmä

Kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan asiakkaan toimintakykyyn, osallistumismahdollisuuksien parantumiseen, työ- ja opiskelukyvyn vahvistumiseen sekä lopulta työllistymiseen ja työssä pysymiseen. Kuntoutus voidaan jakaa sen kohderyhmän tai kuntoutuksen tavoitteen mukaisesti lääkinnälliseen kuntoutukseen, ammatilliseen kuntoutukseen, kuntouttavaan työtoimintaan, sosiaaliseen kuntoutukseen, vammaispalveluihin osana sosiaalihuollon erityispalveluita, työtapaturmissa ja liikenteessä vammautuneiden kuntoutukseen sekä rintamaveteraanien ja sotainvalidien kuntoutukseen. (STM 2023a.)

Nykyinen kuntoutusjärjestelmä Suomessa juontaa juurensa vuoden 1991 kuntoutuksen kokonaisuudistuksesta, jolloin määriteltiin raamit vastuunjaolle. Kuntoutusjärjestelmä on kuitenkin kokenut vuosien saatossa monia uudistuksia, joista viimeisimpänä on ollut käynnissä Marinin hallitusohjelmaan sisältynyt kuntoutuksen uudistustyö. Kuntoutuksen kautta voidaan toteuttaa työllisyys- ja hyvinvointipolitiikkaa, jolloin tavoitteena on sekä sosiaalisen hyvinvoinnin turvaaminen että myös pyrkimys työkyvyn edistämiseen. (Juvonen-Posti, Lamminpää, Rajavaara, Tötterman 2022, 170-172.)

Kuntoutuksen toteuttamisessa on usein mukana moniammatillinen asiantuntijajoukko, jotka yhdessä asiakkaan kanssa määrittelevät kuntoutuksen suunnitelman ja arvioivat sen yksilöllistä onnistumista. Kuntoutuksen keskeisiä toimeenpanijoita ovat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, työterveyshuolto, Kela, työeläkelaitokset, vakuutusyhtiöt ja sosiaalitoimi. (Apponen & Haanpää 2019, 245.) Kuntoutusta onkin tarkoituksenmukaista tarkastella monialaisena kokonaisuutena, johon sisältyy monen eri ammattilaisen toimenpiteitä usein ketjuuntuneina. Laajemmin ajateltuna kuntoutus on myös yhteiskunnallinen toimintajärjestelmä, jota määrittelevät poliittiset tavoitteet, lainsäädäntö ja sovitut toimintatavat. Kuntoutuksen toteuttajien monilukuisuus, ja täten myös tavoitteiden mahdollinen hämärtyminen, on luonut tuntuman työikäisten kuntoutuksen monimutkaisuudesta. Vaarana on, että asiakasta pallotellaan kuntoutuksen monimutkaisessa järjestelmässä eri tahojen välillä tai vaihtoehtoisesti hän voi joutua välinputoajaksi erilaisten kuntoutukseen pääsykriteerien paineessa. Myös kuntoutuksen aloituksen venyminen tai turhat katkokset kuntoutuksessa on usein nähty nykykuntoutusjärjestelmän heikkouksina. Eri toimijoiden välisen yhteistyön sujuminen onkin ensiarvoista, jotta voidaan mahdollistaa asiakkaan kuntoutukseen liittyvien päätösten tekeminen ja kuntoutuksen eteneminen toivotusti. (Juvonen-Posti ym. 2022, 169-170.) Kuntoutus voi potentiaalisesti olla arvokas sijoitus sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Monialaisessa yhteistoiminnassa kuntoutuksen toimeenpanossa on kuitenkin kehittämisen kohteita, jotta se palvelisi kuntoutujaa toivotulla tavalla. Eri palveluja ja etuuksia ei esimerkiksi yhteensoviteta usein tarkoituksenmukaisella tavalla. Lisäksi yhteistoimintaa tulisi hyödyntää myös palveluiden

kehittämistyössä. (Juvonen-Posti ym. 2022, 184-185.) Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) on eritelty kuntoutuksen onnistumisen edellytyksiä monialaisessa kuntoutusjärjestelmässä Juvonen-Postia ym. (2022, 184) mukailten.

Taulukko 1: Työkäisen kuntoutuksen onnistumisen edellytykset monialaisessa kuntoutusjärjestelmässä (mukailten Juvonen-Posti ym. 2022, 184)

Monialaisen kuntoutusjärjestelmän toimivuuden edellytykset
Kuntoutustarpeen varhainen tunnistaminen
Kuntoutujan osallistuminen tavoitteiden asettamiseen ja kuntoutuksen suunnitteluun
Moniammatillisuuden ja monitoimijuuden hyödyntäminen kartoitus-, suunnittelu- ja toteutusvaiheessa
Kuntoutumisen etenemisen seuraaminen ja muutostarpeisiin reagoiminen

3.2 Ammatillisen kuntoutuksen lähtökohtia

Työkyvyn arviointi on olennainen osa sitä prosessia, jossa määritellään henkilön oikeus työkyvyttömyysetuuteen tai toisaalta ammatillisen kuntoutuksen tarve, jos nähdään vielä mahdollisena yksilön kuntoutuminen työkykyiseksi. Työkyvyn arvioinnin tulisikin olla kaikille tasapuolisesti toteutettu, jotta kaikilla olisi tasapuoliset lähtökohdat oikeudenmukaisiin jatkokoimenpiteisiin. (Stucki, Brage, Homa & Escorpizo 2015, 5; Escorpizo 2015, 21.) Työkyvyn arviointiin sisältyy olennaisesti myös yksilön toimintakyvyn arviointi. Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa painotus on usein tällöin yksilön toiminnallisen kyvykkyyden lisäksi myös yksilön todellisessa käytännön toimintakyvyssä, jolloin on huomioitu myös asiaan vaikuttavat ulkoiset tekijät. (Stucki ym. 2015, 5-6.)

Kuntoutuskeskustelulla onkin moniulotteinen suhde työkyvyttömyyden erilaisiin määrittelyihin sekä myös yhteiskunnassa vallitsevaan työmarkkinatilanteeseen ja työttömyyteen (ks. esim. Järvikoski & Härkäpää 2011, 9-13). Myös lainsäädännöllä ja yhteiskunnassa vallitsevalla kulttuurisella ilmapiirillä on vaikutuksensa työkyvyttömyyden määrittelyihin sekä työhön paluun mahdollisuuksiin. Työkyvyttömyyttä ei pystytä tosiasiallisesti arvioimaan pelkästään lääketieteellisesti, vaan siihen vaikuttaa aina myös esimerkiksi yksilön persoonaan liittyvät pystyvyyksikäsitukset sekä myös järjestelmistä määräytyvät kannustinloukut, jolloin voi olla taloudellisesti edullisempaa olla työkyvytön kuin työhön palaava kuntoutuja. (Martimo & Takala 2019b, 24-25.) Täten vaikka työkyvyn arviointiin sisältyy olennaisesti yksilön henkilökohtaisen

toimintakyvyn arviointi, on ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa painotus usein myös käytännön toimintakyvyn arvioinnissa tietyssä ympäristössä, jolloin ulkoisilla tekijöillä voi olla merkittävä vaikutus toimintakykyyn (Stucki ym. 2015, 5-6). Viime aikoina työelämässä tapahtuneet tai tapahtumassa olevat muutokset muokkaavat työkykykäsitystä merkittävästi (Ylisassi, Rajavaara & Seppänen-Järvelä 2022, 161-162).

Kansainvälinen terveysjärjestö WHO on kehittänyt ICF-luokitusjärjestelmän (the International Classification of Functioning, Disability and Health) kuvaamaan toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveydentilan vaikutuksia yksilön elämään. Kyseisessä mallissa huomioidaan, että toimintakykyyn vaikuttavat yksilön fyysinen terveydentila, yksilön ominaispiirteet sekä myös sosiaaliset ja ympäristötekijät. Tällöin puhutaan niin sanotusta biopsykososiaalisesta näkökulmasta toimintakyvyn arvioissa. (THL 2023; WHO 2023.) Tällöin on käytetty myös kuntoutuksen holistisen viitekehyksen määritelmää, jolloin ymmärretään, että fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ovat erottamattomassa vuorovaikutuksessa toisiinsa yksilön toimintakykyisyyttä määriteltäessä (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2022, 23).

Yksilön terveydentilalla on siis vaikutuksensa ruumiin toiminnallisuuteen ja rakenteeseen sekä lopulta myös hänen osallistumiseensa sosiaaliseen kanssakäymiseen. Näistä tekijöistä katsotaan ICF-mallissa muodostuvan yksilön toiminnallinen tila, jota voivat kontekstuaaliset persoonaan liittyvät yksilölliset piirteet tai ympäristön tarjoamat olosuhteet muokata suuntaan tai toiseen. Kontekstuaalisia ympäristön luomia vaikutuksia osallistumiseen voivat olla usein myös vallitseva asenneilmapiiri sekä muiden osoittama kannustus (Escorpizo 2015, 12-14.) ICF-mallin ajatuksen on katsottu olevan yhteydessä ammatillisen kuntoutuksen määrittelytapaan, jolloin yksilön todellisen toimintakyvyn arviointi otetaan vahvasti mukaan lääketieteellisen painotuksen lisäksi. ICF luo siis viitekehyksen myös ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointiin ja tällöin yksilön koko elämäntilanteen vaikutusta yritetään ymmärtää huomioidessa hänen toimintakykyään työhön. (Escorpizo ym. 2011, 130-131.) ICF-mallissa luokitellaan eri toimintarajoitteiden aiheuttamia haitta-asteita ja tehdään aviota siitä, kuinka paljon ne vaikuttavat osallistumisaktiivisuuteen. Myös sosiaalisten ympäristötekijöiden vaikutuksen määrää arvioidaan mallin kautta. (Escorpizo 2015, 17.)

Nykyisin ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa, tarkastelussa ja ohjauksessa onkin painotettu niin sanottua holistista näkökulmaa, jossa huomioidaan asiakkaan kokonaistilanteen vaikutukset kuntoutuksen tarpeeseen. Tällöin kuntoutusprosessin onnistuneeseen käynnistymiseen ja toteuttamiseen tarvitaan eri alojen asiantuntijoita ja toimijoita. (Järvikoski 2013, 57-58.) Tällöin tässä prosessissa ihminen tulisi huomioida ja kohdata holistisena kokonaisuutena, jossa keho, tajunta ja elämäntilanne kietoutuvat toisiinsa (ks. Rauhala 2005).

Ammatilliseen kuntoutukseen yleensä liittyy työkykyyn vaikuttavan sairauden tai vamman olemassaolo, työhön palaamisen tai työhön kuntoutumisen tavoite, motivaatio työhön,

työssäolon jatkuvuuden tavoite, moniammatillisen asiantuntijajoukon tuki, asiakaskeskeisyys sekä tuloksellisen tiedon hyödyntäminen prosessissa (Escorpizo ym. 2011, 126). Ammatilliseen kuntoutukseen voi sisältyä esimerkiksi yksilön ohjausta ja valmentamista, työolosuhteiden muokkaamista työkykyyn sopivaksi sekä tukipalveluita työn tekemiseen liittyen (Haanpää, Hendenborg, Leinonen, Martimo & Takala 2019, 29).

3.3 Ammatillinen kuntoutus yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena voimavarana

Kaikki kuntoutus voidaan määritellä tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa pyrkimyksenä on saada sairauden tai muun syyn vuoksi heikentynyt elämänhallinta takaisin yksilölle itselleen (Apponen & Haanpää 2019, 245-246). Tällainen tavoite voi kuulostaa absurdilta, koska elämää ei voi hallita. Kuitenkin tavoitteena on, että oman elämän tapahtumat voitaisiin hyväksyä osaksi omaa historiaa ja vaikeatkin tilanteet voivat mahdollisesti edetä positiiviseen suuntaan. Ehkä parempi termi lähestyä kuntoutuksen tavoitetta on valtaistuminen. Tällöin ajatus lähtee siitä, että yksilöltä puuttuu ensin valtaa ja voimaa omassa elämässään, mutta kuntoutuksen myötä niitä pyritään vahvistamaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 140-142.) Valtaistuminen voi liittyä esimerkiksi yksilön omanarvontunteen kasvamiseen, mahdollisuuteen päättää omaa elämänsä koskevista asioista, olemiseen mukana itseään koskevissa päätöksentekoprosesseissa sekä tietoisuuden kasvuun siitä, miten yhteiskunnallinen todellisuus ja siellä vallitsevat valtasuhteet ovat jäsentyneet. Valtaistavassa kuntoutusprosessissa yksilö huomioidaan kuntoutuksen suunnittelu-, toteutus ja arviointivaiheessa. Valtaistavalla kuntoutuksella voi olla vaikutuksena elämänhallinnan tunteen voimistumisessa sekä tietoisuuden lisääntymisessä mahdollisuuksistaan. (Kivipelto & Kotiranta 2011, 126-127; Järvikoski & Härkäpää 2011, 144-146.)

Kuntoutuksen yleisiksi tavoitteiksi voidaankin asettaa elämänlaadun parantaminen, työ- ja toimintakyvyn ylläpito tai parantaminen sekä yhteiskunnallisen osallistumismahdollisuuksien edesauttaminen (Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara & Melkas 2022, 13). Kuntoutuksella pyritään saamaan siis aikaan myönteistä muutosta jossakin yksilön toiminnoissa, joissa on todettu vajavuutta. Viime aikoina kuntoutuksen yleiseksi painopisteeksi on myös vahvistunut kuntoutujan oman aktiivisuuden ja vuorovaikutuksellisen toimijuuden korostaminen. (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2022, 24-29.) Kuntoutuksen tavoitteet nivoutuvatkin yhteen kuntoutuksen arvoihin, joihin voidaan katsoa kuuluvan ainakin hyvinvointi, oikeudenmukaisuus sekä yksilön itsemääräämisoikeus (Järvikoski, Härkäpää & Salminen 2015, 18).

Yksilön työkyky ei ole kuitenkaan vain häntä itseään koskeva asia. On tärkeää ymmärtää, että yksilöiden työkyvyttömyydellä on myös yhteiskunnallisia vaikutuksia (Stucki ym. 2015, 4). Yksilöllisen kärsimyksen, syrjäytymisen ja henkilökohtaisten rahavaikeuksien lisäksi yksilö ei olekaan työkyvyttömänä yhteiskunnalle arvoa tuottava yksikkö. Yhteiskunnan on jatkuvuutensa turvaamiseksi pyrittävä ylläpitämään riittävää työmarkkinoiden osallistumista. (Stucki ym. 2015, 6; Escorpizo 2015, 19-20.) Yksi keino tähän on ammatillinen kuntoutus (Escorpizo 2015,

20). Työ- ja toimintakyvyn ongelmien varhainen tunnistaminen on tärkeää yksilön itsensä lisäksi myös yhteiskunnallisesti niin taloudellisten kuin sosiaalisten vaikutustenkin vuoksi. Jos ongelmia havaitaan, tulisi kuntoutus aloittaa myös varhain.

Ammatillinen kuntoutus on siis tärkeä ja potentiaalinen väylä työssä pysymiseen tai työhön paluuseen työkyvyn heikennyttyä. On kuitenkin muistettava, että aina työkyvyn saavuttaminen tai sen palauttaminen eivät ole realistisia vaihtoehtoja. Esimerkiksi älyllisen kehitysvamman aiheuttaessa työkyvyttömyyttä, ei usein täysi työkykyisyys ole tavoitteenakaan. Lisäksi vakavien sairauksien tai vammojen ollessa kyseessä, ammatillinen kuntoutus ei useimmiten ole tarkoituksenmukaista. Kuitenkin monissa heikentyneen työkyvyn tilanteissa ammatillisella kuntoutuksella, ja toki myös muilla kuntoutustoimilla, voisi olla hyvin toteutuessaan merkittävä vaikutus niin yksilö- kuin yhteiskuntatasolla.

Kuntoutuksen teemaa voidaan jäsentää myös hyvinvointivaltiollisena tavoitteena olevan eriarvoisuuden vähentämisen ja oikeudenmukaisuuden tavoitteen kautta. Sairastuminen, koettu heikentynyt työkyky sekä työmarkkinoiden ulkopuolelle jääminen voidaan arvioida olevan merkittäviä riskejä yksilön syrjäytymiselle. Esimerkiksi Levitaksen (2005) mukaan voidaan puhua erilaisista syrjäytymiskursseista, joista yhden mukaan palkkatyön puuttuminen voi muodostua keskeiseksi syrjäytymisen syyksi yhteiskunnasta. Kuntoutusta voidaan myös lähestyä yhtäläisten sosiaalisten mahdollisuuksien tarjoamisen politiikkaidealin kautta (ks. esim. Jalava & Seppälä 2010). Kuntoutukseen liittyvissä poliittisissa päätöksissä voidaan toteuttaa merkittävää yhteiskunnallista yhdenvertaisuuspolitiikkaa ja työelämän jatkuva murros on otettava tähän prosessiin mukaan (ks. esim. Lindh 2013). Kuntoutukseen yhdenvertaisessa ohjautumisessa on kuitenkin todettu olevan alueellisia eroja, joihin vaikuttavat esimerkiksi fyysinen etäisyys kuntoutukseen, ammattilaisten sijoittuminen, vaihtelevat lähetekäytännöt, alueellinen ikärakenne sekä palveluiden siilomaisuus (Miettinen, Pulkki, Ukkola, Paavonen, Rinne, Heino & Poikkeus 2023, 7). Kuntouttavien toimien voidaan siis ajatella pyrkivän edistämään yksilöiden oikeudenmukaisuutta sekä mahdollisuuksien tasa-arvoa yhteiskunnassa, jolloin kuntoutuksen toimenpiteiden kautta pyritään luomaan edellytykset työelämään palaamiselle tai sinne siirtymiselle.

Yhteiskunnallisesti voidaan siis ajatella, että kuntoutuksen tavoitteena olisi saada yksilöt mahdollisimman nopeasti takaisin työmarkkinoille sen yhteiskunnallisen ja taloudellisen hyödyn vuoksi. Esimerkiksi Mäkelä ja Brunila (2021) ottavat esiin ajatuksen niin sanotusta terapeutisesta vallasta, jolloin pyritään luomaan ja ylläpitämään lupauksia tietynlaisesta tulevaisuudesta, jos yksilö on valmis ottamaan apua vastaan elämän ongelmatilanteessa. Kuitenkaan tällainen ideaali ei ota huomioon niitä yhteiskunnassa vallitsevia rakenteellisia tekijöitä, joiden takia lupauksiin ei pystytä aina vastaamaan. (Mäkelä & Brunila 2021, 161.) Kuntoutuksen tavoitteet voivatkin näyttäytyä joskus turhan optimistisilta, jolloin asiakkaita saattaa arveluttaa niihin osallistuminen. Tavoitteiden pysyessä realistisina ja kuntoutuksen alkaessa

tarpeeksi varhain, voidaan ehkä päästä parempaan tavoitteiden, odotusten ja lopputulosten vastaavuuteen.

Ihmisten työkyvyn ylläpitäminen ja toisaalta heikentyneen työkyvyn eheyttäminen voidaan ajatella olevan osa toimivan yhteiskunnan perustehtävistä. Tämä ajatus on entisestään korostunut nykyisessä kehityssuunnassa, jossa syntyvyys on Suomessa koko ajan laskenut ja työikäisten määrä on vähentymässä tulevaisuudessa merkittävästi (ks. esim. Ylisassi, Rajavaara & Seppänen-Järvelä 2022, 161-162). Työn merkitys on myös tunnustettu monissa kansainvälisissä yhteisöissä ja niiden piirissä laadituissa sopimuksissa. Esimerkiksi kansainvälisen työjärjestö ILO:n tavoitteena on edistää kaikkien työikäisten oikeutta ja mahdollisuuksia työhön sosiaalisesti kestäväällä tavalla sekä samalla ylläpitää avointa keskustelukulttuuria työhön liittyen (ILO 2023).

Kun työkyky heikkenee, on yhteiskunnan turvattava tarvittava toimeentulo sosiaaliturvan kautta, mutta kuitenkin luotava olosuhteet myös työkyvyn palautumiselle. Kansainvälisen työjärjestö ILO:n piirissä on jo vuonna 1983 tehty sopimus, jonka tavoitteena on turvata toimintatarjoitteisten henkilöiden ammatillisen kuntoutuksen toteutumista, jotta kyseisten henkilöiden mahdollisuuksia sopivaan työhön työllistymiseen edistetään sekä samalla integroitumista yhteiskuntaan edistetään. Myös YK:ssa on laadittu yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja erityisesti sen 27. artiklassa asetetaan tavoitteeksi heikentyneestä työkyvystä huolimatta pyrkiä takaamaan yksilöiden mahdollisuudet työntekoon. (ILO 2008.)

Elinympäristön moniulotteiset muutokset vaikuttavat osaltaan myös kuntoutuksen tarpeen lisääntymiseen lähitulevaisuudessa erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ihmisryhmien osalta. Esimerkiksi työelämän odotusten ja yhteiskunnan palvelutapojen muuttuminen voivat aiheuttaa väliinputoamia, jolloin on varmistettava ohjauksen ja tarvittaessa myös kuntoutuksen keinoin eri ihmisryhmien pysyminen muutoksissa mukana. (Autti-Rämö, Salmiinen, Rajavaara & Melkas 2022, 13.) Myös maailmanlaajuinen ympäristökriisi sekä pandemiat ovat vaikuttaneet tai tulevat vaikuttamaan merkittävästi työikäisten terveyteen ja sitä kautta kuntoutustarpeeseen. Näiden lisäksi on toki myös huomioitava sosiaali- ja terveyspalveluiden resurssipulan vaikutus kuntoutuksen järjestämiseen tai ylipäättään sen alkamisen edellytyksiin tarpeeksi aikaisessa vaiheessa. Myös työikäisten määrän vähentyminen lähitulevaisuudessa aiheuttaa paineita kuntoutustoimenpiteiden toimivuudelle, jotta yhteiskunnan toiminta olisi kestävää jatkossakin. (Autti-Rämö ym. 2022, 16.)

Tähän yhteiskunnallisesti merkittävään huoleen on kuitenkin yhä enenevässä määrin alettu tarttua erilaisten hankkeiden kautta. Esimerkiksi TYÖ2030 -ohjelma, työkykyohjelma ja työelämän mielenterveysohjelma, joissa kaikissa tuottavuuden ja työllisyyden lisäämisen välttämätön tavoite on pyritty kiinnittämään mahdollisimman hyvin yhteen myös hyvinvointiratkaisujen kehittämiseen samassa tahdissa. (Sukula & Kanto-Ronkainen (toim.) 2022, 57-62.)

Kuntoutusta ei olekaan tarkoituksenmukaista kehittää omana erillisenä sektorinaan, vaan yhä enemmän se olisi nähtävä osaksi hyvinvointipalvelukokonaisuutta. Jotta työmarkkinaosallisuuden lisääminen onnistuisi, tulisi työkykyä edistävien osapalveluiden toimia yhteistoiminnassa saumattomasti yhtä tavoitetta kohti. (Miettinen, Salminen, Seppänen-Järvelä & Heiskanen 2019.)

3.4 Yhteistyöllä tavoitetta kohti

Vuonna 2020 julkaistiin Sanna Marinin hallitusohjelman (Valtioneuvosto 2019) tavoitteiden mukaisesti kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma, jossa määriteltiin tavoitteita kuntoutuksen uudistamiseksi vuosina 2020-2022. Ehdotukset perustuivat kuntoutuksen uudistamiskomitean vuonna 2017 esittämiin ehdotuksiin. Tarkoituksena oli muun muassa parantaa kuntoutuspalveluihin ohjautumista esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstön kuntoutusosaimista ja työkyvyn tukemisen tarpeen tunnistamista vahvistamalla. Työikäisten osalta korostettiin varhaista kuntoutuksen tarpeen tunnistamista sekä moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi tavoitteena oli muun muassa sairauspäivärahaudella tunnistettavan kuntoutustarpeen tunnistamisen parantaminen sekä ammatillisen kuntoutuksen järjestämisvastuun selkeyttäminen. Kelan roolia etenkin työelämään kiinnittymättömien henkilöiden osalta haluttiin erityisesti vahvistaa. (Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020-2022.) Myös tuoreessa Petteri Orpon hallitusohjelmassa vuonna 2023 on linjattu, että kuntoutuksen uudistamista on tarkoitus jatkaa kuntoutuskomitean ehdotuksen mukaisesti vuosina 2023-2027 (Valtioneuvosto 2023).

Vuosina 2019-2023 toteutettiin työkykyohjelma Marinin hallitusohjelman ja kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelman tavoitteiden mukaisesti. Sen erityisenä tavoitteena oli osatyökykyisten työllisyyden parantaminen työkyvyn vahvistamisella sekä työllistymisen esteisiin vaikuttamalla. (STM 2023b.) Kokonaisuuteen sisältyi 22 kehittämishanketta, joissa kehitettiin palveluja tavoitteita tukemaan. Hankkeiden ja niiden arvioinnin myötä vahvistui käsitys siitä, että asiakkaiden työkyvyn ja työllisyyden edistämisessä tarvitaan vastuunottavien ammattilaisten verkostoa. Lisäksi eri toimijoiden tulee yhteensovittaa palveluita sekä kehittää niitä yhteistyössä toistensa kanssa. Eri toimijoiden tulisi yhdessä määritellä yhteiseksi päämääräksi työikäisten työkyvyn vahvistaminen ja työllistymisen edistäminen, minkä mukaisesti toimintatavat ja niiden seuranta tulisi sopeuttaa yhteistä tavoitetta tukeviksi. Myös moniammatillisesti toteutettavat työkyvyn tuen palvelut tulisi saattaa kaikkien työikäisten saataville. Niin sanotun asiakasvastaavamallin juurruttaminen voisi lisäksi osaltaan tuoda vastuunottoa asiakkaiden palvelupolkujen jatkuvuudesta sekä laadusta. (Saikku, Joensuu, Männistö-Inkinen & Poutanen 2023; 3-5, 113-117.)

Kuntoutuksen uudistamisen arviointiraportissa on arvioitu suunniteltujen kuntoutuksen kehittämistoimenpiteiden toteutumista ja annettu myös jatkotoimenpide-ehdotuksia. Tämän

opinnäytetyön mielenkiinnon kohteista kyseisestä raportista voidaan mainita ainakin asiakkaiden uusien sairauspäivärahauden kuntoutuksen tarpeen arviointipisteiden lisäämisen toteutuminen (kun sairauspäivärahaa on maksettu 150 ja 230 päivää). Kuitenkaan suunniteltua mahdollisuutta kontaktoida hoitavaa lääkäriä puutteellisesta kuntoutuskannanotosta, ei tällä erää ole toteutettu. Työelämän ulkopuolella oleville on myös aktiivisesti kehitetty työkyvyn tukemista edesauttavia palveluja. Aiemmin mainitussa työkykyohjelmassa on kehitetty ammattilaisten työkykyosaamista. (Sukula & Kanto-Ronkanen (toim.) 2022, 66-71.) Kelassa on myös toteutettu kuntoutuksen uudistamistyön puitteissa monia kehitystoimenpiteitä ammatillisen kuntoutuksen suhteen. Näistä voidaan mainita esimerkiksi Kela sote-keskuksissa ja Kela sairaalassa projektit sekä koulutuskokeilun kehittämisen projekti. Lisäksi vuoden 2019 alussa tuli voimaan ammatillisen kuntoutuksen lainmuutos, jolla etenkin nuorten pääsyä Kelan ammatilliseen kuntoutukseen helpotettiin. Kela on myös viime aikoina tiivistänyt yhteistyötään eri tahojen kanssa nuorten ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointiin liittyen sekä yhteistyön kautta on selkiytynyt erilaisten kuntouttavien palveluiden suhde toisiinsa. Myös Kelan ja työeläkelaitosten välistä vastuunjakoja ammatillisen kuntoutuksen suhteen on kuntoutuksen uudistamisen tavoitteen mukaan pyritty selkiyttämään esimerkiksi kirjaamalla 1.1.2023 voimaan tulleita tarkennuksia työntekijän eläkelakiin (2006/395). (Sukula & Kanto-Ronkanen (toim.) 2022, 88- 105.)

Kuntoutukseen ohjautuminen voi olla siis kiinni monen toimijan työpanoksesta ja, jotta ohjautuminen olisi sujuvaa, tulee kaikilla olla yhteiset pelisäännöt sekä yhteinen tavoite. Jo pelkkä ammatilliseen kuntoutukseen ohjautuminen sisältää useimmiten monen eri ammatillisen yhteistyötä tai joskus toiselle ammatilliselle asian jatkokäsittelyn siirtämistä. Asiakkaan kuntoutusasiaa voidaan myös käsitellä useassa eri organisaatiossa, jolloin tiedonkulun aukot voivat vaikeuttaa asiakkaan asian hoitamista. Pahimmassa tapauksessa tämä voi johtaa siihen, että muodostuu viranomaisten välinen pallottelu, jossa kukaan ei lopulta ota vastuuta asiakkaan tilanteesta kokonaisuutena.

Vuosina 2020-2022 toteutettiin Kela sairaalassa projekti, joka sisältyi kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelmaan. Projektissa pyrittiin vahvistamaan Kelan ja erikoissairaanhoidon yhteistoimintaa uusien kehitettävien kuntoutuksen asiakasohjauksen toimintamallien kautta. Projektissa testattiin muun muassa tiedon joustavaa ja ennakoivaa välittämistä viranomaiselta tai toimijalta toiselle asiakkaan luvalla eli kehitettiin suostumuslomakemenettely. Projektin myötä toteutettiin myös sosiaali- ja terveysalan ammatillisille suunnattu verkkokurssi, jossa esitellään Kelan kuntoutupalveluita sekä työkykyetuuksia. Kyseiselle kurssille on myös lisätty ohjeita hoitavalle lääkärille lääkärinlausuntojen, kuntoutussuunnitelman sekä toimintakyvyn arvion laatimiseen. (Tuomisto & Miettinen 2023, 7-8.)

Yhteistyökokemuksista tehtiin kyselyseuranta ja asiantuntijahaastatteluja projektin edetessä sekä toteutettiin myös monimenetelmällinen tutkimus Kelan ja erikoissairaanhoidon

kuntoutusyhteistyön vaikutusten arvioimista ja jatkokehittämistä varten (Tuomisto & Miettinen 2023, 11-15). Monialainen projektissa toteutettu yhteistyö ja sujuva yhteydenpito koettiin osallistujien arvioiden mukaan erittäin hyödylliseksi ja tämän myötä asiakkaiden kuntoutuksen ohjautuminen ja palveluntarpeen kartoittaminen selkiytyi. Nimetty Kela-asiantuntija erikoissairaanhoidon yksikössä selkiytti yhteistyötä monella tavoin. Lisäksi koulutusyhteistyö Kelan ja erikoissairaanhoidon välillä parani projektin edetessä sekä informaation kulku parani. Lisäksi kokeiluissa toimintamalleissa asiakkaan oma osallisuus parani ja asiakas koki aiempaa useammin tulleen kuulluksi. Projektin myötä kävi selväksi, että jatkossa tulee edelleen kiinnittää huomiota sähköisen tiedonkulun kehitystyöhön. Tässä haasteena on kuitenkin tiedon luovuttamisen sääntely sekä suostumismakkeeseen liittyvät haasteet. Esille tuli myös tarve kiinnittää huomiota organisaatioiden sisäisen tiedonkulun parantamiseen ja selkeyttämiseen. Kaiken kaikkiaan todettiin jatkossa tarpeelliseksi määrittellä yhteistyölle selkeät raamit ja ohjeistukset sekä lisäksi mahdollistaa riittävät resurssit sujuvan yhteistyön sekä yhteisten päämäärien tavoittelemisen mahdollistamiseksi. (Tuomisto & Miettinen 2023, 36-37.)

Eri alueilla Suomessa toimiville kuntoutuksen ammattilaisille toteutetussa kyselyssä tunnistettiin myös ongelmat työnjaossa liittyen asiakkaan ohjaukseen ja kuntoutusprosessin jatkon varmistamiseen. Lisäksi kuntoutuksen toimintamallia ei pidetty kaikilta osin tarkoituksenmukaisena, koska tieto kuntoutuksen etenemisestä oli puutteellista, kuntoutusprosessi kuvastui vaikeaselkoisena, käytännön toiminnoissa koettiin epäselvyyksiä eikä kuntoutuksen toimintamallin koettu kokonaisuudessaankaan olevan toimiva. Vastanneiden kokemusten perusteella erityishuomiona tutkimuksessa nostettiin esille, että kuntoutuksen hakemisen vaiheeseen tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota. Tutkimustuloksien mukaan oli myös havaittavissa, että kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatiminen vaihtelevat toteutumiseltaan ja laadultaan eri alueilla, joten kyseiseen prosessiin tulisi luoda toimivammat mallit yhdenmukaisuuden varmistamiseksi. (Ukkola, Miettinen, Pulkki, Heino & Poikkeus 2022.)

Kuten sanottua ammatillisen kuntoutuksen suunnitteluun, myöntämiseen ja toteuttamiseen osallistuu monia eri alan ammattilaisia. Ei kuitenkaan tule unohtaa itse kuntoutujaa, jolla tulisi olla tärkeä rooli koko kuntoutusprosessin ajan. Loppujen lopuksi on hyvin paljon kiinni kuntoutujan motivaatiosta ja sen välittymisestä eri asiantuntijoille, onko kuntoutuksella mahdollisuus käynnistyä ja, miten se onnistuu. Kuntoutuksen ammattilainen tai asiakkaan kuntoutusprosessiin jollain tavalla osallistuva muu ammattilainen voi kuitenkin mahdollisesti vaikuttaa asiakkaan suhtautumiseen kuntoutusta kohtaan.

Olsson, Alexanderson ja Bottai (2016) ovat artikkelissaan kuvanneet tutkimustaan, jossa päämääränä oli selvittää, millaisilla positiivisilla kohtaamisen muodoilla terveydenhuollon ja sosiaalivakuutuksen henkilökunta voi vaikuttaa pitkään sairauserusteisesti työstä poissaolteiden työhön paluuseen. Kysely toteutettiin Ruotsissa ja kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan yli puolet toteutushetkellä sairauden takia 6-8 kuukautta työkyvyttömänä olleista henkilöistä.

Tutkimuksen päätuloksena voidaan pitää sitä, että etenkin kohtaamistilanteissa esiin tulleella ammattilaisen kannustavalla asenteella ja luottamuksella asiakkaan työkyvyn paranemiseen voi olla merkittävä vaikutus asiakkaan työkyvyn palautumiseen ja työhön paluuseen. Sosiaali- vakuutuksen henkilökunnan positiivisella kohtaamistilanteella tosin nähtiin olevan hieman pienempi vaikutus työhön paluuseen kuin terveydenhuollon henkilökunnan positiivisella kohtaamistilanteella. Eniten merkitystä oli luottamuksen ilmapiirin synnyttämisellä asiakkaan työhön paluuseen sekä luottamuksella asiakkaan omiin ratkaisuehdotuksiin. Kun on saatu lisäselvitystä positiivisten kohtaamisten osatekijöiden tehokkuudesta työhön paluun näkökulmasta, on mahdollista kouluttaa ja painottaa ammattilaisille juuri näiden osatekijöiden tärkeyttä kohtaamistilanteissa. (Olsson ym. 2016, 91-97.) Myös Pasasen (2021) tutkimuksessa kävi ilmi, että vakuutusyhtiöiden toteuttamalla positiivisen kohtaamisen ilmapiirillä oli vaikutus kuntoutujan motivaation nousemiseen ja sitä kautta koko kuntoutuksen onnistumisen todennäköisyyteen. Merkityksellisiksi kuntoutusprosessin piirteiksi nousi haastatteluissa esille kuntoutusprosessin sujuvuus, asiakaslähtöisyys, tiedon välittyminen sekä vakuutusyhtiön palvelualtis asenne.

4 Vakuutuslääketieteellinen arvio ja tieto

4.1 Vakuutuslääkärit ja asiantuntijalääkärit arvion antajina

Kela on perustamisestaan asti ollut merkittävä lääkäreiden työllistäjä. Asiantuntijalääkäreillä on lisäksi ollut vaikutusta lainsäädännön kehittämistyössä. (Kivekäs, Aro & Autti-Rämö 2019, 233.) Monessa Kelan etuudessa sairaus tai vamma on peruste, jolla etuus voidaan tiettyjen edellytysten täytyessä lain mukaan myöntää. Tämän vuoksi asiantuntijalääkäreillä on Kelassa tärkeä merkitys. Kelan asiantuntijalääkärit ovat vakuutuslääketieteen asiantuntijoita, joilla on edellytykset antaa vakuutuslääketieteellisiä arvioita etuuksien edellytysten täyttymisestä. Asiantuntijalääkäri toimii siis asiantuntijana juridiikan ja lääketieteen yhtymäkohdassa. Huomionarvoista myös on, että asiantuntijalääkäri antaa oman arvionsa asiasta, mutta varsinaisen etuutta koskevan päätöksen antaa Kelan etuuskäsittelijä. (Kela 2023j.)

Vuodesta 1994 lukien on voinut suorittaa vakuutuslääketieteen erityispätevyuden, jonka oli suorittanut vuoden 2018 kevääseen mennessä yhteensä 221 lääkäriä. Suomen vakuutuslääkäreiden yhdistys hoitaa pätevytymisen kouluttautumisen käytännön järjestelyitä. (Kivekäs, Aro & Autti-Rämö 2019, 233.) Suomen vakuutuslääkärien yhdistys on aktiivinen vakuutuslääketieteen kehittämistyössä sekä siihen liittyvässä koulutustoiminnassa. Lisäksi yhdistyksen piirissä harjoitetaan julkaisutoimintaa, ja yhdistys voi lausua kannanottoja vakuutuslääketieteellisistä kysymyksistä. (Suomen vakuutuslääkärien yhdistys ry 2023.)

Vakuutuslääketieteellisessä arvioissa pyritään tyypillisimmin ottamaan kantaa sairauksien tai oireiden aiheuttamiin seurauksiin vakuutuslainsäädäntöön peilaten. Keskeistä on arvioida

muutosten laatua ja vaikeusastetta sekä tämän arvion kautta tehdä vakuutuslääketieteellinen päätelmä etuuksien saamisen edellytysten täyttymisestä. Vakuutuslääketieteessä keskeisiä arvioinnin kohteita ovat työ- ja toimintakyky, syy-seuraussuhde, riski ja haitta. (Kivekäs, Aro & Autti-Rämö 2019, 235-236.)

Yleisessä keskustelussa hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin erilaiset roolit ovat voineet jäädä epäselviksi monille. Kansalaisen voi olla vaikeaa ymmärtää tilannetta, missä hoitava lääkäri on katsonut hänet työkyvyttömäksi ja vakuutuslääkäri sitä vastoin ei ole todennut oikeutta sairauserusteiseen etuuteen. Kyse on kuitenkin erilaisista painotuksista, joilla lääkäri tilannetta tarkastelee. Myös vakuutuslääkäri -nimitys voi johtaa ihmisiä harhaan ja onkin katsottu, että tulisi painottaa vakuutuslääkärin olevan enemmän lääketieteellinen asiantuntija. (Lapatto 2017; ks. myös Kähkönen 2019.) Kelassa käytetäänkin nimitystä asiantuntijalääkäri, joka kuvaa hänen antavan nimenomaan asiantuntijan roolissa arvioita lääketieteellisten edellytysten täyttymisestä juridisiin vaatimuksiin liittyen. Ohessa Taulukossa 2 kuvataan hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärien roolien eroavaisuutta.

Taulukko 2: Hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin erilaiset roolit (mukaillen Lapatto/Finanssiala 2017)

Hoitava lääkäri	Vakuutuslääkäri
<ul style="list-style-type: none"> • Tutkii • Arvioi toimintakykyä • Diagnosoii • Hoitaa • Seuraa paranemista • Laatii lääkärinlausunnon potilaan tilanteesta vakuutuslaitoksissa tehtävän päätöksen pohjaksi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perehtyy hoitavan lääkärin kirjoittamaan lääkärinlausuntoon • Varmistaa hakijoiden tasapuolisen ja oikeudenmukaisen kohtelun • Arvioi hakijan jäljellä olevan työkyvyn • Antaa lääketieteelliset perustelut, jossa arvioi täyttyvätkö korvauksen kriteerit.

Vakuutuslääkärien työtaakka on kasvanut sitä mukaa kun esimerkiksi työkyvyttömyysperusteisten hakemusten määrä on kasvanut. De Wind, Brage, Latil ja Williams (2020) ovat nostaneet esille, miten sosiaalivakuutuslääkäreiden työtaakkaa onkin pyritty viime vuosina yhä enenevässä määrin tasaamaan siirtämällä osa arviotyöstä myös käsittelijätasolle aikataulullisten ja taloudellisten haasteiden vuoksi. EUMASS:n (European Union of Medicine in Assurance and Social Security) toteuttamassa tutkimuksessa vertailtiin ja kuvailtiin asiantuntijalääkäreiltä muille siirrettyjä tehtäviä jäsenmaiden tasolla. Tutkimukseen osallistuneista 15 Euroopan maasta seitsemässä on hyödynnetty vakuutuslääkärитеhtävien jonkinasteista siirtämistä

muille. Suomi kuuluu näiden maiden joukkoon ja Suomessa siirtoa oli perusteltu muun muassa työkykyarviointiprosessin lyhentämistarpeella sekä tarpeella antaa vakuutuslääkäreille mahdollisuus keskittyä monimutkaisiin tapauksiin. (de Wind ym. 2020.)

4.2 Tietoperusta ja sen laatu

Sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkeoikeuden arviointiprosessissa asiantuntijalääkäri ottaa asian käsittelyyn etuuskäsittelijän kirjoittaman arviopyynnön perusteella. Arviopyyntöön etuuskäsittelijä voi kirjata kokoavia huomioita ammatilliseen kuntoutukseen liittyen. Lisäksi hän liittyy arviopyyntötyöhön asian ratkaisussa tarvittavat käytettävissä olevat terveydentilaselvitykset. Lääkärinlausunnot ovat oleellisia tiedonlähteitä, kun asiantuntijalääkäri arvioi ammatillisen kuntoutuksen tarvetta sairauspäivärahan tai työkyvyttömyyseläkeasian arvioinnin yhteydessä. Oleellisin lääkärinlausunto, jota tässä arviossa käytetään, on hoitavan lääkärin kirjoittama B-lausunto. Siinä erityisesti kohdat, joissa arvioidaan toimintakykyä sekä johon on kirjoitettu hoito- ja kuntoutussuunnitelma, ovat Kelan asiantuntijalääkärille tärkeitä hänen tehdessään arviota ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta ja ajankohtaisuudesta. Jos tämän lisäksi on käytössä myös muita selvityksiä asiakkaan tilanteesta, voi se helpottaa asiantuntijalääkärin työtä. (Kelan sisäinen ohjeistus.)

Asiantuntijalääkäri arvioi asiakkaan tilannetta kokonaisuutena ammatillisen kuntoutuksen tarvetta arvioidessa. Terveystilaan liittyvien selvitysten lisäksi otetaan huomioon muun muassa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, koulutus, kielitaito, aiempi työhistoria ja ikä. Lisäksi on tärkeää pohtia kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta eli onko todennäköistä, että asiakas pystyisi terveydellisistä seikoista huolimatta kuntoutuksen avulla palaamaan työelämään. Myös oikea-aikaisuus ja asiakkaan oma sitoutuminen ovat tärkeitä seikkoja kuntoutuksen tarpeellisuuden arvioinnissa. (Haanpää ym. 2019, 28-29.) Kuntoutustarvetta arvioidessa voidaan erotella yksilöön kohdistuva kuntoutumistarve sekä yleisemmällä yhteiskunnallisella tasolla oleva vallitseva kuntouttamistarve. Kuntoutustarve lähtee havaitusta ongelmasta yksilön omassa elämässä ja siihen pyritään vastaamaan kuntoutuksen keinoin. Tällöin henkilön omat tarpeet ja toiveet kuntoutumisestaan ovat keskiössä. Kuntouttamistarpeella taas pyritään näkemään ulkopuolisin silmin niitä yhteiskunnallisia tarpeita ja tehtäviä, jotka voidaan täyttää yksilöitä kuntouttamalla. Tällöin yhteiskunta huolehtii muun muassa perusoikeuksien täyttämiselvällisyydestään sekä siitä, että työkäiset saataisiin takaisin työelämään ja maksamaan veroja. Yhteiskunnallinen kuntouttamistarve tulee kuitenkin huomatuksi asiakkaan työkykyprosessissa usein aivan liian myöhäisessä vaiheessa esimerkiksi eri ammattilaisten välisen yhteistyön ongelmien vuoksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 158-161.)

B-lausunnoissa ja muissa lääketieteellisissä selvityksissä voi kuitenkin olla puutteita, jotka vaikeuttavat Kelassa tehtävää arviointi- ja päätöksentekotyötä. Tällaisia puutteita ovat esimerkiksi suppea kuvaus asiakkaan työtehtävän sisällöstä sekä niukka kuvaus asiakkaan

yleisestä työ- ja toimintakyvystä. Lisäksi kuntoutussuunnitelmassa olisi hyvä tuoda esille asiakkaan oma motivaatio kuntoutumiseen. Lääkärintlausuntojen sisältöön on kuitenkin alettu enenevässä määrin kiinnittää huomiota ja lääkäreille on saatavilla esimerkiksi erilaisia kursseja lausuntojen tekemisen tueksi. (Luoto 2019, 29-30.) Hinkka, Niemelä ja Palomäki (2019) ovat tutkineet hoitavien lääkäreiden kokemuksia sairauspoissaolotodistusten kirjoittamiseen liittyen. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselyllä ja tutkimukseen sisällytettiin 2472 vastanneen lääkärin kokemukset. Keskeisenä tutkimustuloksena kävi ilmi, että yli puolet lääkäreistä kokivat joltain osin ongelmallisena sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisen. Ongelmakohtina nousi esille muun muassa ajanpuute laadukkaiden todistusten kirjoittamiseen, selkeiden ohjeistusten puuttuminen tiettyihin sairauksiin kytkeytyviin sairauspoissaoloihin liittyen sekä myös sosiaalivakuutuksen puutteellinen tunteminen. (Hinkka ym. 2019, 859-862.) Näillä haasteilla on todennäköisesti suoraa vaikutusta siihen, kuinka laadukkaita lääkärinlausuntoja ja muita terveydentilaselvityksiä Kelaan saapuu asiakkaan etuushakemusten liitteiksi.

Työkyvyttömyyden tai alentuneen työkyvyn aikaisten sosiaaliturvapäätösten tulisi olla laadukkaita niin yksilöiden oman oikeusturvan ja potilasturvallisuuden kuin myös yhteiskunnan näkökulmasta. Laadukkaita päätöksiä antaakseen sosiaaliturvalaitoksilla tulisi olla käytettävissään laadukasta tietoa, jonka perusteella päätös voidaan tehdä. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että pitkiin sairauslomiin liittyvien lääkärinlausuntojen laatu ei vastannut niitä vaatimuksia, joita sosiaaliturva-asioiden käsittely niiltä vaatisi. Tutkimuksessa arvoitiin 250 pitkään sairauspoissaoloon liittyvää lääkärinlausuntoa. Laadun arviointiin osallistui sosiaaliturva-virkailija, asiantuntijalääkäri, vakuutuslääketieteen erityisalan tunteva lääkäri sekä muu lääketieteen asiantuntija. Tutkimuksessa kävi muun muassa ilmi, että kuntoutustarpeeseen sekä työkykyarvioon liittyvät kirjaukset olivat molempien osalta lähes 50 prosentissa tutkituissa lääkärinlausunnoissa osittain puutteellisia, riittämättömiä tai ne puuttuivat kokonaan. Tämä on merkittävä epäkohta, kun ylipäätään koko lääkärinlausunnon ideana on arvioida työkykyä ja esittää arvio työkyvyttömyydestä lähitulevaisuudessa. Perusterveydenhuollossa kirjoitetut lääkärinlausunnot olivat tutkimuksessa laadultaan heikompia kuin erikoisterveydenhuollossa kirjoitetut. (Kiessling, Arrelöv, Larsson & Henriksson 2013, 412-420.)

Jormanaisen Pro gradu -tutkielmassa vakuutuslääkärit toivat esille lääkärinlausuntojen epäkohdiksi muun muassa havaintojen epäloogisen esittämisyjärjestyksen, tulkinnanvaraisuuden, epärelevantin tiedon esilletuomisen sekä hoitavan lääkärin arvion peittävän potilaan oman näkemyksen tilanteesta alleen (Jormanainen 2015, 57-60). Myös Smithin (2020) Pro gradu -tutkielmassa vakuutuslääkärit toivat esille lääkärinlausuntojen ajoittaiset puutteet.

Terveydenhuollossa vallitseva resurssipula, vaihtuvat hoitosuhteet ja kiire voivat oletettavasti olla vaikuttamassa lääkärinlausuntojen puutteisiin. Terveydenhuollon professori ja ylilääkäri Kristiina Patja on esimerkiksi pohtinut, miten olemassa olevia resursseja voitaisiin hyödyntää nykyistä paremmin terveydenhuollossa. Hän nostaa muun muassa esille mielipiteensä siitä,

miten lääkärin työaika kuluu liikaa erilaisten Kelaa varten kirjoitettavien lääkärinlausuntojen tekemiseen. Lisäksi hän toivoo, että digitaalisuutta hyödynnettäisiin enemmän terveydenhuollon ja asiakkaiden etuusasioiden välisissä ketjuissa. (Romppanen 2023.) Kelan johtava yli-lääkäri Janne Leinosen vastineessa korostettiin kuitenkin lainsäädännön vaatimuksia lääkärinlausuntojen muotoseikoissa sekä muun muassa yhdenvertaisuusnäkökulmaa asiakkaiden kannalta. Hän kuitenkin toteaa, että myös Kela kannattaa lääkärinlausuntokäytäntöjen kehittämistä. Hän muun muassa nostaa esille ajatuksen siitä, miten lääkärinlausunnon laatimista tulisi kehittää mahdollisimman helpoksi hoitavalle lääkärille. Diagnoosin mukaan muuntuva digitaalinen lääkärinlausuntopohja, tiedon sujuva siirtyminen sekä mahdollisesti myös tekoälyn hyödyntäminen voisivat olla esimerkkejä hoitavien lääkäreiden resurssien oikean kohdistamisen helpottamiseen. (Leinonen 2023.) Kaikessa lääkärinlausuntoihin liittyvässä kehitystyössä on kuitenkin pidettävä mielessä hallintolaissa asetetut prosessien lähtökohtaiset vaatimukset ja hyvän hallinnon periaatteet, joista ei voi poiketa (ks. Hallintolaki 434/2003; Hallintolain soveltaminen ja asiointi toisen puolesta Kelassa).

4.3 Tiedon käytettävyys ja harkintavalta

Riippumattomuus ja oikeudenmukaisuus ovat keskeisimpiä vakuutuslääkäreiden toimintaa ohjaavia periaatteita. Juridinen ja vakuutuslääketieteellinen arvio tulisi olla samanlainen keskenään samantyyppisissä tapauksissa. (Kivekäs, Aro & Autti-Rämö 2019, 235.) Etuuksia koskevaa lainsäädäntöä on kuitenkin usein moitittu tulkinnanvaraiseksi ja niin monimutkaiseksi, että tavallisen kansalaisen on niitä vaikea ymmärtää. Täten yksiselitteistä oikeaa ratkaisua asiakkaan etuus oikeuden pohdinnassa voi olla joskus vaikeaa johtaa suoraa etuuslaista. (Huhtanen 2017; 75, 82-83.)

Vuodesta 2021 lukien Kelan asiantuntijalääkärin on pitänyt vahvistaa antamansa arvio ”käytettävissä olevien tietojen, asiantuntemuksen ja omantunnon kautta” (Laki Kansaneläkelaitoksesta 731/2001, 7 luku 22 §). Tämä lainmuutos on osa vakuutuslääkärijärjestelmän selkeyttämis- ja epäkohtien korjaustavoitetta, joka mainittiin myös Sanna Marinin hallitusohjelmassa (Valtioneuvosto 2019, 152; HE 213/2020 vp). Riippumattomuuden ja oikeudenmukaisuuden tavoitteiden mukaisesti juridisen ja vakuutuslääketieteellisen arvion tulisikin olla samanlainen keskenään samantyyppisissä tapauksissa (Kivekäs ym. 2019, 235).

Jo perusoikeuksien mukaan kaikkien tulisi olla yhdenvertaisia lain edessä (Suomen perustuslaki 731/1999). Kun arvioidaan yksilöiden oikeutta tiettyihin sosiaalivakuutukseen sisältyviin laissa määriteltyihin etuuksiin, nostetaan usein esille oikeudenmukaisuuden käsite. Samanlaisia yksilöitä tulisi kohdella samalla tavalla arvioidessa heidän oikeuttaan tiettyyn asiaan. Tällöin puhutaan horisontaalisesta oikeudenmukaisuudesta. Tällöin kuitenkin joudutaan käytännön tasolla hankaliin arvotustilanteisiin mietittäessä, milloin ihmiset tai heidän tilanteensa ovat samanlaisia tai tarpeeksi samanlaisia, että niitä pitäisi kohdella samoin. Vertikaalinen

oikeudenmukaisuus soveltuu kuitenkin paremmin sosiaalivakuutuksen tavoitteeksi. Tällöin syystä tai toisesta heikompaan asemaan ajautunutta ihmistä tuetaan ja huomioidaan yhteiskunnan rakenteista johtuneet yksilölliset tulonmenetykset. Siinä sosiaalivakuutuksen uudelleenjakoperiaate perustuu ihmisen elinkaareen sisältyviin erilaisiin riskitilanteisiin. (Tuomala 2017, 249-251.)

Voidaan ajatella, että Kelan toimeenpanemien sosiaalietuuksien tulisi olla yksilöille aina vähintään vertikaalisesti oikeudenmukaisia. Peruseriaatteet tilanteista, jolloin on oikeutettu tiettyyn etuuteen, on määritelty laissa. Kuitenkin yksilöllisissä tilanteissa tulisi pyrkiä myös mahdollisimman lähelle horisontaalista oikeudenmukaisuutta, jolloin tiettyssä tilanteessa olevia samanlaisia yksilöitä tulisi kohdella etuuden saamisen näkökulmasta samalla tavalla. Tämä on kuitenkin käytännössä mahdotonta ainakin sairauserusteisten etuuksien kohdalla, koska täysin samanlaisia tilanteita ei ole olemassa. Tällöin etuuskäsittelyssä tulee usein esille harkintavallan käytön vaatimus.

Voidaankin pohtia, miten objektiivisuus on mahdollista taata ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa, jos kaikkien asiakkaiden osalta ei ole käytettävissä samaa ennakkotietoperustaa asiakkaan kokonaistilanteesta. Mainittavan arvoista kuitenkin on, että esimerkiksi lääkärinlausuntojen yhtenäistämiseksi on ollut projekteja, joista esimerkkinä on vuosina 2006-2008 toteutettu Facultas toimintakyvyn arviointiprojekti (Tola 2008). Toisaalta voidaan myös pohtia, että näkykö ammatilliseen kuntoutukseen sitoutuvat asenteet niissä tietoperustoissa, joita asiakkaan tilanteissa tarjotaan. Tällöin esimerkiksi hoitotaholla tai Kelassa on voinut muodostua käytänteitä ja ajattelutapoja, joissa tiettyjen asiakkaan ominaisuuksien (esim. ikä) perusteella ammatillisen kuntoutuksen katsotaan olevan jo lähtökohtaisesti epätarkoituksenmukaista (ks. myös Haapakoski ym. 2018, 94-95).

On myös kiinnitettävä huomiota siihen, ovatko asiakkaat yhdenvertaisessa asemassa työkyvyn tai ammatillisen kuntoutuksen arviointiprosessissa sen perusteella, että kuuluvatko he työterveyshuollon piiriin vai eivät (Nevalainen 2022, 14). Esimerkiksi työterveyshuollon ulkopuolella olevien asiakkaiden voi olla hankalampaa saada lääkärinlausuntoa. Jos asiakas on työterveyshuollon piirissä, työterveyslääkäreiden keskeinen rooli ammatillista kuntoutusta suunnitella nousee erityisesti esille (Kivekäs ym. 2019, 238). Tämän vuoksi työterveyshuollon piirissä olevat voivat saada jouhevamman ja motivoivamman alkuasetelman ammatillisen kuntoutuksen alkamiselle.

Monet seikat siis antavat aihetta pohtia, voiko asiakkaiden tilanteita arvioida täysin objektiivisesti ja kaikkien kannalta tasapuolisesti, koska identtisiä tilanteita tuskin esimerkiksi juuri ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa on. Vaikka peruseriaatteet löytyvät laista ja sisäisistä prosessiohjeistuksista, on viranomaiselle ollut jo käytännönkin syistä ollut tarve jättää harkintavaltaa, koska kaikkia mahdollisia tilanteita ei ole mahdollista kirjoittaa etukäteen

auki (Kalliomaa-Puha, Kotkas & Rajavaara 2014, 8-9). Oleellista kuitenkin olisi, että käytettävissä oleva tieto olisi sellaista, että se mahdollistaisi mahdollisimman objektiivisen ja tasa-puolisen arvion tekemisen. Harkinnan tulisikin pohjautua ”parhaaseen mahdolliseen käytettävissä olevaan tietoon”, vaikka asiakkaiden monimutkaisiin tilanteisiin liittyvä tieto voi ollakin toisinaan epätäydellistä (Kalliomaa-Puha ym. 2014, 9).

Ammatillisen kuntoutuksen tarvetta arvioitaessa Kelassa tulee huomioida asiakkaan kokonaistilanne. Täten pelkkä työ- tai opiskelumahdollisuuksien olennaisen heikentymisen tarkastelu ei yksinomaan riitä. Arviointiin vaikuttavat myös muun muassa yleinen elämäntilanne sekä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Lisäksi myös esimerkiksi asiakkaan aikaisemalla toiminnalla ja asiakkaan jäljellä olevalla työkyvyllä saatavilla olevaan työhön on merkitystä kuntoutusarvion kannalta. Tarkoituksenmukaisuuden pohdinta kuuluu myös olennaisilta osin ammatillisen kuntoutuksen arviointiin. Siinä painoarvoa annetaan arvioon siitä, että voidaanko olettaa kuntoutuksella saavutettavan työssä jatkamisen tai työhön siirtymisen tavoite. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 973/2013.) Laissa mainittuihin kokonaistilanteen ja tarkoituksenmukaisuuden arviointiin voidaankin katsoa sisältyvän harkinnanvaraa.

Haapakoski ym. tarkastelivat tutkimuksessaan muun muassa kokonaistilannearviointiin ja harkintavaltaan liittyviä ulottuvuuksia ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin kontekstissa vuoden 2014 lakimuutoksen jälkeisenä aikana (Haapakoski ym. 2018, 21-22). Etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit kokivat hyvänä, että arviointi ei ole enää niin sairausperusteinen kuin aiemmin. Asiakkaan kokonaistilanteen huomioiminen ei ole kuitenkaan tarkkarajainen alue, jota olisi aina yksinkertaista tarkastella. Siihen katsottiin liittyvän asiakkaan aiempien toimien vaikutus nykyhetkeen sekä myös tulevaisuuteen liittyvä motivaatioelementti. Kokonaistilanteen arvioinnissa oli haastateltujen mukaan huomioitava asiakkaan työ- ja opiskeluhistoria, asumiseen liittyvät tekijät ja kulkuyhteydet, taloustilanne, arjen toimintakyky, psykososiaaliset tekijät, persoonan vaikutus, päihdekäyttö ja sosiaaliset suhteet. Näiden kaikkien lisäksi myös yleisemmät toimintaympäristössä vallitsevat olosuhteet vaikuttavat kokonaisarviointiin, jolloin asiakkaan omaa kokonaistilannetta tulee arvioida yhteiskunnan odotuksiin ja siellä vallitseviin olosuhteisiin nähden. Kaiken kaikkiaan tämä kokonaistilanteen arviointi koettiin vaativana. (Haapakoski ym. 2018, 60-70.)

Sosiaali- ja terveystalouteen sekä kuntoutusta koskeviin lakeihin sisältyykin jonkin verran tulkinnallisia ilmauksia, joten esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa lakia soveltaessa harkintavallan käytölle syntyy tarve. Erityisesti kokonaistilannetta, toimintakykyä ja tarkoituksenmukaisuutta pohdittaessa asiantuntijalääkäri tai etuuskäsittelijä joutuu usein käyttämään harkintaa ammatillisen kuntoutuksen tarvetta arvioidessa. Harkintavallan käyttö muotoutuu organisaatiossa kehittyneistä tulkinnallisista keikoista ja toimintatavoista sekä

harkintavallan käyttäjän suhtautumisesta näihin toimintatapoihin. (Haapakoski ym. 2018, 87-91.)

Harkintavalta ei ole kuitenkaan mielivaltaista, vaan sitä ohjaavat useat periaatteet ja olosuhteet. Yleisten ammattieettisten tai esimerkiksi yhdenvertaisen kohtelun periaatteiden lisäksi on oleellista nostaa esille, että myös tietojärjestelmätason toimivuus ja siellä olevan tiedon laatu sekä määrä vaikuttavat harkintavallan käytännön toteuttamiseen. (Kalliomaa-Puha ym. 2014, 9.) Ylipäätään vakuutuslääkärit ovat kokeneet tiedon välittymisen ongelmia pyrkiessään tekemään mahdollisimman korkeatasoisia arvioita kuten eurooppalaisille vakuutuslääkäreille tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi (Kunz ym. 2021).

Jotta asiakasta koskevasta tiedosta voidaan edetä asiantuntijalääkärin etuutta koskevien edellytysten täyttymisen arviointiin ja harkintavallan käyttöön, tulee tieto olla sujuvasti käytettävissä siinä järjestelmässä, jossa arvioita annetaan. Salovaara, Leinonen ja Silén (2021) ovat tarkastelleet tietojärjestelmistä kerätyn tiedon hyödyntämisen esteitä sosiaalialan organisaatioissa. Siinä tarkasteltiin datan hyödyntämisen esteitä tiedolla johtamisessa, mutta tutkimuksesta nousseita tuloksia on mielekästä ottaa myös tämän opinnäytetyön aiheen kannalta esille. Tuloksissa esiin tuli erityisesti osaamisen, resurssien ja tietojärjestelmien puutteet tiedon hyödyntämistä vaikeuttavina tekijöinä. Julkisten organisaatioiden osalta erityisesti resurssien ja tietojärjestelmien puutteet sekä tiedon epätarkoituksenmukainen muoto nousivat esiin. Myös tiedon laatuun liittyvät ongelmat nostettiin julkisella sektorilla yksityistä ja kolmatta sektoria useammin esille. (Salovaara ym. 2021.)

4.4 Yhteistyöprosessi ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumisessa

Nykyisessä hallitusohjelmassa on mainittu, että vakuutuslääkäreiden ja hoitavien lääkäreiden yhteistyön kehittämisen tarvetta tulisi kartoittaa, jotta asiakkaiden etuudet kohdistuisivat niitä tarvitseville oikeudenmukaisemmin. Hallitusohjelmassa on myös mainittu tavoitteet tiedon liikkuvuuden edistämiseksi ja esimerkiksi suostumuksenhallinnan kehittämiseksi. Digitaalisten palveluiden kehittäminen ja tiedolla johtaminen katsotaan tärkeiksi kehittämisen kohteiksi tiedon liikkumisen varmistamiseksi eri toimijoiden välillä, jotta tietoa on mahdollista sujuvasti hyödyntää asiakkaiden varhaiseen palveluntarpeiden tunnistamiseen. (Valtioneuvosto 2023; 39-40, 75.)

Asiantuntijalääkäri ei siis näe tai ole yhteydessä etuutta hakevaan asiakkaaseen, vaan asiantuntijalääkäri tekee arvionsa asiakkaan tilanteesta hoitavan lääkärin kirjoittamien lausuntojen tai muiden dokumenttien perusteella. Ratkaisussa tukeudutaan lääketieteellisiin tosiseikkoihin, jotka käyvät asiantuntijalääkärille ilmi toimitetuista dokumenteista. Näitä tosiseikkoja punnitaan suhteessa laissa ja ohjeissa kirjattuihin etuuden saamisen edellytyksiin. (Kivekäs ym. 2019, 236-237.) Asiantuntijalääkärin tulisi voida luottaa, että yhteistyö tarpeellisen

tiedon tuottamisessa ja välittämisessä sujuu niin terveydenhuollon kuin myös esimerkiksi etuuskäsittelijän kanssa.

Asiakkaasta kirjatun tiedon välittyminen ja sen oikeanlainen tulkinta ovatkin avainasemassa tunnistettaessa esimerkiksi kuntoutuspalvelutarvetta. Viranomaisten välisessä tietojenvaihdossa ja vuorovaikutuksessa voi kuitenkin olla puutteita, joka voivat korostua hajanaisella työkyky- ja kuntoutuspalveluiden kentällä. Lisäksi asiakkaiden ohjaaminen hänelle tarkoituksemukaisimpien palvelujen piiriin voi vaikeutua monitahoisessa palvelujärjestelmässä. Asiakkaan tilanteesta muodostuva kokonaiskuva voi jäädä vaillinaiseksi, koska tietoa on hajautettu eri toimijoiden tietojärjestelmiin eikä niitä ole koottu yhteen dokumentaatioon selkeällä tavalla. Tällöin asiakkaan oikea-aikainen palveluihin ohjautuminen voi vaarantua. Digitaalisilla ratkaisuilla on arvioitu voitavan vaikuttaa näihin ongelma-kohtiin. Sosiaali- ja terveysministeriön tiekarttamallissa ehdotetaan, että asiakkaille muodostettaisiin sähköinen itsearviointiväline oman tilanteensa kokonaiskuvan luomiseen sekä jatkovaihtoehtojen selkiytymiseen. Lisäksi ehdotetaan muun muassa, että muodostettaisiin sähköinen asiakkaan tilannetietojen vaihtomekanismi eri työkykypalvelutoimijoiden välille, jolloin niiden välinen yhteistyö voisi vahvistua ja vastuunjako voisi selkiytyä. Monialaisen tilannekuvauksen luomista yhteistyössä asiakkaan kanssa ehdotetaan yhdeksi ongelman ratkaisuksi, jolloin myös asiakkaan sitoutuminen tavoitteisiin voi parantua. Ammattilaisten välistä konsultointimahdollisuutta ehdotetaan myös kehitettävän jouhevammaksi digitaalisin välinein sekä asiakokonaisuuteen liittyen myös keskitetyn suostumustenhallintajärjestelmän kehittämällä. (Digitalisaatio työllistymisen ja osallistumisen tukena, 12-18.)

Yhteiskunnallisessa päätöksenteossa hyödynnettävän tiedonkäytön lähestymistapoina on eroteltu tiedon välittäminen, tiedon kytkentä ja osallistava tiedonkäyttö (Hellström, Ikaheimo, Hakapää, Lehtomäki & Saari 2019, 5). Vaikka Kelan päätökset koskevat yksittäisiä kansalaisia, kytkeytyvät ne kokonaisuudessaan osaksi yhteiskunnallista päätöksentekoa, jossa määritellään kansalaisten sosiaaliseen turvaan liittyviä oikeuksia. Hellströmin ym. mukaan tiedon välittämisessä korostuu tiedon välittäminen asiantuntijalta asiantuntijalle sekä siihen, että päätöksenteon perustaminen todellisuudesta kerättyyn näyttöön lisää päätöksen laatua. Usein selkeärajaisista tai yksinkertaisista asioista on mahdollista antaa päätöksiä pelkän tiedon välittämisen kautta. Tiedon kytkennän lähestymistavassa taas pyritään rakentamaan yhteyksiä tiedontuottajien ja tiedonkäyttäjien välille, jolloin voidaan vertailla vaihtoehtoja, yhdistellä tietoja, tulkita tietoja ja muodostaa tiedonvälityksen verkostoja. Osallistavassa tiedonkäytössä päätettävät asiat ovat yleensä monimutkaisia ja monitulkintaisia. Tällöin tietoa voidaan myös tuottaa vuorovaikutuksessa muiden toimijoiden kanssa ja myös ratkaisuja pyritään tekemään yhteistoiminnassa tulkitsemalla ja ymmärrystä lisäämällä. (Hellström ym. 2019, 8-16.)

Ajantasainen ja kaikki oleelliset seikat sisältävä tieto asiakkaan tilanteesta on asiantuntijalääkäreille erityisen tärkeää heidän tehdessään arviota ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta.

Tiedon välittymisen arvion antamisen perusteena tulisi ainakin olla taattu, jotta arvioita on ylipäättään mahdollista antaa. Kuitenkin myös voidaan ainakin olettaa, että tiedon kytkentää tapahtuu jossain määrin asiantuntijalääkärin antaessaan arviota. Esimerkiksi muiden asiantuntijoiden konsultoinnin tulisi olla tarpeen vaatiessa sujuva tiedon lisäämisen ja vertaamisen väline. Lähtökohtaisesti perusarviotyössään osallistavaa tiedonkäyttöä asiantuntijalääkäreillä ei juurikaan ole mahdollisuutta hyödyntää.

Yhteistyötä tarvitaan siis tietoa tuottavien toimijoiden kanssa, jotta asiantuntijalääkärin arviolle annetaan hyvät lähtökohdat. Voidaan myös pohtia, että voiko asiantuntijalääkärin työn katsoa edellyttävän asiakasyhteistyötä. On huomattava, että asiakas myös itse tuottaa tietoa tilanteestaan esimerkiksi hakemukseensa tai muuhun selvitykseen. Lisäksi asiakkaan oletetaan myös toimittavan hakuprosessissaan kaikki tarvittavat asian ratkaisemista varten tarvittavat terveystiedot. Myös se, missä laajuudessa asiakasyhteistyötä tehdään hoitotaholla tai esimerkiksi Kelassa etuuskäsittelijän toimesta, vaikuttaa siihen, millaisena asiantuntijalääkärille välittyy asiakasnäkökulma. Jormanaisen Pro gradu -tutkielmassa vakuutuslääkärit kokivat voivan toteuttaa asiakastyytyväisyyttä ennen kaikkea antamalla laadukkaita arvioita tosiasioihin, lakiin ja korvauskäytäntöön perustuen. Asiakkaan suoraa kohtaamattomuutta perusteltiin niimenomaan objektiivisuuden näkökulmasta. Vakuutuslääkärit nostivat tutkimuksessa esille myös ajatuksen siitä, että kliinisen työn jatkaminen vakuutuslääkärin työn ohella tukee asiakkaan arjen ja todellisuuden ymmärtämistä, mikä taas voi estää tietynlaisen ulkopuolelta tilannetta arvioivaksi toimijaksi kovettumisen. Tietynlainen yhteys asiakasrajapintaan katsottiin siis suotavaksi. (Jormanainen 2015, 60-68.)

Lisäksi on esitetty, että aktivoivan sosiaalipolitiikan tavoittelun saatua enemmän jalansijaa, voidaan asiantuntijalääkärin roolia tarkastella kokonaisvaltaisemmin kuin kapeana hylkäykseen tai myöntöön päätyvän arvioijan roolista. Vaihtoehtoisia toimintatapoja ja merkityksiä on alettu korostaa koko työkykyprosessissa, jolloin myös asiantuntijalääkäri on osa sitä prosessia, jossa asiakasta pyritään ottamaan mukaan oman elämänsä suunnitteluun ja kuntoutumiseen. (Kivekäs & Rissanen 2004, 76.) Laajasti ajateltuna vakuutuslääkäreiden voidaan katsoa siis olevan yleisesti yksi osa sitä prosessia, jossa asiakkaan tilannetta pyritään edistämään osana kuntouttavaa sosiaalityötä. Siinä pyritään yhteiskunnallisesti vahvistamaan niitä toimintatapoja, jossa moniammatillisella yhteistyöllä tavoitellaan asiakkaan kuntoutumista, hänen osallisuuden vahvistumista sekä lopulta asiakkaan kykyä ottaa oman elämänsä ohjat hallintaan. Kuntouttavan ajattelumallin ja työotteen lisääminen kaikilla asiakkaan asiaa hoitavilla tahoilla olisi tärkeää, jotta asiakkaan osallisuus sekä kuntoutuksen tavoitteellisuus ja oikea-aikaisuus toteutuvat. (Ks. esim. Mäki-Kulmala 2013, 217-218.)

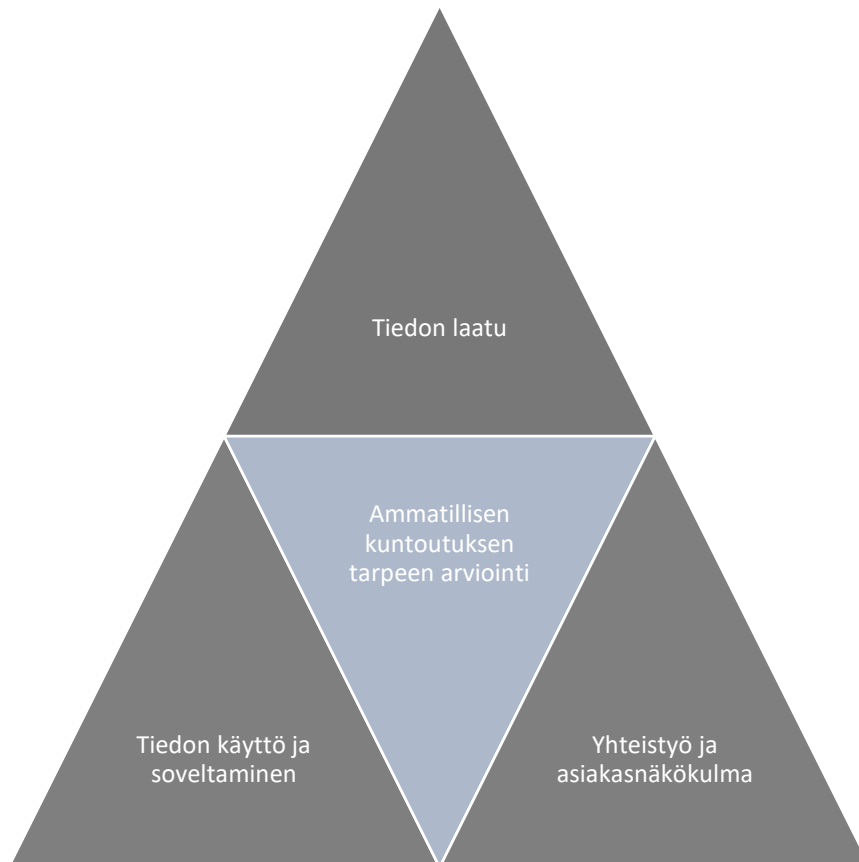
Vaikka toki asiakkaan asiaa ruohonjuuritasolla hoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat etupäässä kuntouttavaa sosiaalityötä toteuttavia ammattilaisia, on kuntouttavan ajattelutavan lisääntymisen pyrkimys nähtävä osana laajempaa kokonaisuutta. Kaikilla

toimijoilla tulisi olla yhtenäinen päämäärä, jossa mahdollisuuksien mukaan kuntoutuksen kautta pyritään saamaan asiakas työmarkkinoille työkykyään vastaavalla tasolla. Jotta yhteistyölle voidaan luoda toimivat puitteet kuntoutuksen ohjautumisen prosesseissa, tulisi kaikilla olla selvillä oma roolinsa ja vastuunsa.

4.5 Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin puitteet

Edellä luvuissa 4.2, 4.3 ja 4.4 on käyty läpi asiantuntijalääkäreiden tekemään arviotyöhön oleellisesti nivoutuvia osatekijöitä, jotka liittyvät tämän opinnäytetyön mielenkiinnon kohteisiin. Näistä osatekijöistä on muodostettu havainnollistava kolmio (Kuvio 1), johon on eroteltu kolmeen eri osioon tiedon laatu, tiedon käyttö ja soveltaminen sekä yhteistyö ja asiakasnäkökulma. Tässä tutkimuksessa tarkastelukohteina ovat näiden osateemojen suhde ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointiin.

Kuvio 1: Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin edellytykset



5 Tutkimusasetelma ja menetelmät

5.1 Tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisena Kelan asiantuntijalääkärit kokevat ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyn yhteydessä. Tarkoituksena oli nostaa esille asiantuntijalääkäreiden kokemuksia haasteista ja kehittämisen kohteista ammatillisen kuntoutuksen ohjauksen ja arvioinnin prosesseissa. Kaiken kaikkiaan asiantuntijalääkäreiden näkemysten kautta pyrittiin nostamaan esille myös yleisemmällä tasolla ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumiseen kytkeytyvien toimijoiden prosessien haasteita ja kehittämisen näkökulmia.

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

1. Millaisia haasteita sairauspäivärahaa ja työkyvyttömyyseläkettä käsittelevät asiantuntijalääkärit tuovat esille ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa?
2. Millaisia kehittämisen kohteita sairauspäivärahaa ja työkyvyttömyyseläkettä käsittelevät asiantuntijalääkärit tuovat esille ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin sujuvoittamiseksi?

Edellisessä luvussa esitetyn Kuvio 1 mukaisesti tarkoituksena oli hahmottaa ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia asiantuntijalääkäriin näkökulmasta ensinnäkin asiakasta koskevan käytettävissä olevan tiedon laatuun liittyen. Mielenkiintoni kohdistui tällöin asiantuntijalääkäreiden kokemuksiin käytettävissä olevan asiakasta koskevan tiedon (esim. etuuskäsittelijän kirjoittamat arviopyynnöt, lääkärinlausunnot, kuntoutuspalautteet ja muut terveydentilaselvitykset) laadusta ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin kannalta. Toiseksi tarkoituksena oli hahmottaa asiantuntijalääkäreiden kokemuksia tiedon käytöstä ja soveltamisesta ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa. Kolmanneksi pyrittiin selvittämään asiantuntijalääkäreiden näkemyksiä eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen prosesseissa. Tällöin mielenkiinto kohdistui myös asiakkaan oman näkemyksen välittymiseen asiantuntijalääkärille.

5.2 Aiheen muotoutuminen

Opinnäytetyön aihe alkoi muodostua vuoden 2023 alussa. Otin yhteyttä Kelan tutkimusosastolle, jotta voisin mahdollisesti saada lisätietoa siitä, millaiselle tutkimusaiheelle voisi olla tarvetta ajankohtaisesti. Sovimme aiheen pohdintapalaverin tutkimusosastolla työskentelevän ylilääkärin kanssa. Sain kuulla, että mielenkiintoa olisi ainakin työkyvyttömyyseläkkeisiin ja ammatilliseen kuntoutukseen jollain tavoin liittyvään aihepiiriin. Työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäysprosentti on suuri, mutta erityisesti ammatillinen kuntoutus alkaa usein myöhäisessä vaiheessa tai sitä ei käynnistetä ollenkaan jostain syystä. Tämä ilmiö ja siihen

liittyvät erityispiirteet olisivat niin Kelatasoisesti kuin yhteiskunnallisestikin mielenkiintoisia. Lisäksi on ollut nähtävillä työkyvyttömyyseläkehakijoiden ja hylkäyspäätöksen saaneiden osalta tietynlainen profiilin muutos viime vuosikymmenen aikana. Tämäkin todettiin mielenkiintoiseksi ilmiöksi, jota voisi lähteä tutkimaan rekisteritutkimustyyppisesti.

Pohdintapalaverin jälkeen aloin miettiä aiheen tarkempaa kohdistumista sekä tutustuin esimerkiksi aihepiiristä Kelaan aiemmin tehtyihin opinnäytetöihin ja muihin tutkimuksiin. Rekisterityyppinen tutkimus tuntui olevan mahdollisesti liian kaukana käytännöstä oman opintosuuntaukseni vaatimuksiin liittyen. Minun olikin mielekästä lähteä pohtimaan aihetta oman työni kautta työskennellessäni työkyvyttömyyseläkkeiden parissa. Kuten jo aiemmin on todettu, ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia tulisi pohtia myös sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyssä. Käytännön työssä on kuitenkin voinut havaita, että ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi käytettävissä olevin tiedoin ei aina ole selkeää. Ammatillinen kuntoutus usein käynnistyykin liian myöhäisessä vaiheessa moninaisten syiden takia. Koska asiantuntijalääkärin arvio on monesti impulssina työkyvyttömyyseläkkeen ja sairauspäivärahan ratkaisulle sekä myös ammatillisen kuntoutuksen hakeutumisprosessin eteenpäin viemiselle, alkoi muotoutua idea asiantuntijalääkäreille tehtävästä kyselystä. Asiantuntijalääkäreiden näkemyksiä ei myöskään kovin paljon ole aiemmin tutkittu aihepiiriin liittyen.

Aihe valikoitui lopulta oman mielenkiinnon ja käytännön järjestelyjen pohjalta. Tutkimuksen kautta saadulla tiedolla arvioin olevan potentiaalisesti myös käytännöllisesti hyötyä työyhteisössä tai laajemminkin. Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin nykytilan analyysin ja sen mahdollisten kehittämisen kohteiden esiin nostaminen on tärkeää, jotta voidaan tehdä kehitystoiminnan suunnitelmaa. Asiakasnäkökulma ei opinnäytetyössä ole suora, mutta aiheena tutkimus tuottaa lisäarvoa asiakkaille. Aihepiirin voidaan ajatella olevan myös yhteiskunnallisesti tärkeä. Aiheen muotoutumisen ja lisänäkökulmien saamisen vuoksi juttelin aiheestani vielä muutamien henkilöiden kanssa Kelassa sekä sain myös sähköpostitse pohdinta-apua ohjaajiltani sekä Kelasta muilta henkilöiltä. Lisäksi sain kommentteja alustavaan kyselylomakkeeseen liittyen. Kirjoitin tutkimussuunnitelmaa kevään mittaan ja sain tutkimusluvan Kelasta huhtikuun 2023 lopussa.

5.3 Aineiston keruu sähköisellä kyselyllä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä. Aineiston kerääminen kyselyllä arvioitiin perustelluksi valinnaksi asiantuntijalääkäreiden kattavamman mielipidejakauman esiin tuomiseksi sekä myös heidän anonymiteettinsa suojaamiseksi. Kyselyn kautta on mahdollista usein saada kattavampi ja laajempi kokonaiskuva, koska vastauksia voidaan saada huomattavasti enemmän samalta vastaajajoukolta kuin esimerkiksi perinteisten haastattelujen kautta (ks. esim. Ronkainen, Mertala & Karjalainen 2008, 22-23). Koska opinnäytetyön tekijä

työskentelee myös samassa organisaatiossa kyselyn kohdehenkilöiden kanssa, on myös luontevaa toteuttaa kysely anonymisti, jotta vastaajien olisi helpompi tuoda esiin esimerkiksi omaan työyhteisöön liittyviä epäkohtia.

Jo varhaisessa vaiheessa otettiin yhteyttä Kelan digitaaliseen tiedonkeruun ryhmään kyselyn toteuttamismahdollisuuksien selvittämiseksi. Kyselyn laatiminen ja hionta eteni monivaiheisesti noin kahden kuukauden kuluessa. Ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin ilmiöiden ja siihen vaikuttavien tekijöiden pohtimisen kautta alkoi muodostua tarkempi näkökulma tutkimukselle. Vehkalahtien mukaan asioiden ja ilmiöiden moniulotteisuuden ymmärtäminen ja osa-alueisiin jaottelun tärkeys onkin kyselytutkimuksen lähtökohtia. Tähän oivana apuvälineenä toimii mittausmallin hahmottaminen kaavioksi, jossa erotellaan ilmiöön liittyvät ulottuvuudet sekä johdetaan niistä vielä tarkemmin niihin sisältyvät osa-alueet. Aiheen ilmiön erotelu mitattavaan muotoon ja kyselylomakkeen muotoilu tämän prosessin seurauksena onkin tutkimuksen onnistumisen kannalta olennaista. Tällöin puhutaan operationalisoinnista, jolloin tutkija hahmottelee tutkimusilmiön teoreettisesta käsitteistöstä sellaisia ymmärrettäviä osakysymyksiä, joilla voidaan saada havaintoja tutkimusongelmaan liittyen. (Vehkalahti 2014, 18-22.) Lisäksi olisi pyrittävä varmistamaan, että tutkimuksen kohteena olevat henkilöt ymmärtävät kysymykset samoin kuin tutkija itse, ja osaavat tulkita niitä oikealla tavalla (Ahola 2007, 52).

Alaluvussa 4.5 Kuviossa 1 esitettiin, miten tässä opinnäytetyössä on hahmotettu asiantuntijalääkärin tekemän ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin puitteita. Tätä hahmotelmaa pidettiin kehikkona ja alettiin muodostaa kyselyn kysymyksiä kuvion aihepiireihin jakaen. Aineistoa kerättiin ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin kontekstissa seuraaviin asiakokonaisuuksiin liittyen: tiedon laatu, tiedon käyttö ja soveltaminen sekä yhteistyö ja asiakasnäkökulma. Tieto laatu -asiakokonaisuudessa mielenkiinnon kohteena olivat esimerkiksi tiedon ajankohtaisuus, kattavuus ja ymmärrettävyys. Tilastokeskus on julkaissut vuonna 2022 tiedon laadun mittariston (Tiedon laatukriteerit ja mittaristo, ehdotus suositukseksi), jota on hyödynnetty selvitettyä asiantuntijalääkärin käytettävissä olevan tiedon laatua väittämäkysymysten avulla. Tiedon käytön ja soveltamisen asiakokonaisuuteen liittyy se, miten käytettävissä olevaa tietoa koetaan voivan sujuvasti käyttää ja soveltaa siinä ympäristössä, jossa arvioita annetaan. Tällöin mielenkiintona olivat esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen kriteerien tunteminen, harkintavallan käyttö sekä yleinen tiedon käyttökokemus muun muassa tietojärjestelmätasolla. Yhteistyön osa-alueella selvitettiin yhteistyönäkökulmaa niin Kelan sisäisten kuin Kelan ulkopuolisten toimijoiden kanssa. Tähän kokonaisuuteen katsottiin liittyvän myös asiakasyhteistyönäkökulma.

Aiemman kirjallisuuden ja dokumentaation sekä oman pohdinnan kautta kyselyyn muodostettiin kolme eri teemaa, joihin liittyen laadittiin kuhunkin teemaan soveltuvat kysymykset tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. Tarkoituksena oli etsiä vastauksia tutkimuskysymyksiin

kolmen eri teeman osalta erikseen. Alustavaan kyselyrunгон hahmotelmaan saatiin vielä kommentteja sekä kehitysehdotuksia. Tutkimusluvan saamisen jälkeen otettiin uudestaan yhteyttä tiedonkeruun ryhmään, joka toteutti kyselylomakepohjan perusteella testikyselyversion. Testikysely lähetettiin muutamille henkilöille Kelassa ja tämän jälkeen tehtiin vielä joi-takin muutoksia heidän antaman palautteen sekä oman pohdinnan seurauksena. Testikyselyyn ja saateviestiin toteutettiin tarvittavat muutokset, jolloin kysely oli saatu lähetysvalmiiksi. Lisäksi kyselyn varsinaista toteuttamista varten otettiin vielä sähköpostitse yhteyttä Kelan asi-antuntijalääkärikeskusten esihenkilöihin, joilta pyydettiin lupaa kyselyn lähettamisestä, lupaa kyselyn täyttämistä työajalla sekä sairauspäivärahaa ja/tai työkyvyttömyyseläkettä ar-voivien asiantuntijalääkäreiden sähköpostiosoitteita.

Tutkimuksen voidaan katsoa noudattavan niin sanottua mixed methods -lähestymistapaa (ks. esim. Creswell 2011), jolloin määrällisen menetelmän avulla pyrittiin kuvaamaan tutkittavaa aihetta yleistasolla ja laadullisella menetelmällä pyrittiin ymmärtämään aihetta syvemmin. Numeerinen ja kirjallinen aineisto toimivat täten ikään kuin toisiaan tukien (ks. esim. Seppä-nen-Järvelä, Åkerblad & Haapakoski 2019).

Kyselylomake koostui taustatietokysymyksistä, väittämistä ja avoimista kysymyksistä. Tausta-tietoina asiantuntijalääkäreiltä kysyttiin, mihin etuuksiin liittyen antaa arvioita, mikä on eri-koisala sekä kuinka kauan on työskennellyt Kelassa. Kyseisillä tiedoilla arvioitiin olevan merki-tystä ainakin jossain määrin ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin kannalta. Väittä-miä esitettiin yhteensä 18 ja ne liittyivät kolmeen eri teemaan: asiakasta koskevan tiedon laatuun, asiakasta koskevan tiedon käyttöön ja soveltamiseen sekä yhteistyöhön eri toimijoi-den kanssa ja asiakasnäkökulmaan. Väittämien vastausvaihtoehdot esitettiin 5-portaisella Li-kert-asteikolla ja niistä vastaajan tuli valita jokaisen kysymyksen kohdalla yksi parhaiten omaan mielipiteeseen sopiva kohta. Kyselyssä Likert-asteikon vastausvaihtoehdot olivat: täy-sin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Lisäksi vastaajalla oli mahdollisuus valita ”en osaa sanoa” -vaihtoehto. Likert -asteikolle sijoitettujen vastausten kautta pyritään mittaamaan mielipidevaihteluita suhteessa väittämään tai selvittämään jonkin asian tärkeyttä vastaajan mielessä (Ronkainen, Mertala & Karjalainen 2008, 23-24). Väittämistä saatujen vastausten kautta pyrittiin ensin saamaan kolmesta eri aihekokonaisuudesta peruskäsitys, jonka jälkeen esitettiin avoimia ky-symyksiä syvyyden luomiseksi vastauksiin. Kuhunkin teemaan liittyvät avokysymykset esitet-tiin kunkin teeman väittämäkysymysten jälkeen.

Opinnäytetyö on painottunut selkeästi laadulliseen tutkimukseen. Kyselyssä mukana olleiden avokysymysten myötä vastaajat pääsivät kertomaan ajatuksistaan omin sanoin. Avokysymyk-set ovat tärkeitä silloin, kun vaihtoehtoja on vaikeaa luetella tai ilmiöstä ei tiedetä tarpeeksi (Vehkalahti 2014, 25). Tällöin vastaajan itsensä kirjoittaman laadullisen sisällön kautta pyri-tään löytämään tarkempia merkityksiä ja ajattelutavoista ilmiöiden sisältä, jolloin voidaan

ymmärtää ilmiötä syvemmin. Tärkeänä piirteenä laadullisuutta hyödyntävässä sähköisessä kyselyssä on sisällön laadun ja kattavuuden arviointi. (Ronkainen ym. 2008; 20, 29.)

Kutsu osallistua sähköiseen kyselyyn lähetettiin sähköpostitse kaikille sairauspäivärahasta ja työkyvyttömyyseläkkeestä arvioita antaville asiantuntijalääkäreille Kelassa. Linkki kyselyyn lähetettiin yhteensä 128 asiantuntijalääkärille, joista muodostui mahdollisten informanttien joukko eli perusjoukko. Kohdejoukkoon kuuluivat saadun tiedon mukaan kaikki Kelan asiantuntijalääkärit, joiden tehtäviin kuului kyselyn toteuttamishetkellä antaa arvioita sairauspäivärahasta ja/tai työkyvyttömyyseläkkeestä. Kyselyn teknisestä toteutuksesta vastasi Kelan digitaalisen tiedonkeruun ryhmä ja he myös lähettivät kyselylinkin keskitetysti. Keskitetty kyselylomakkeen tekninen toteutus mahdollistaa turvalliset, korkealaatuiset, puolueettomat ja laadukkaat tiedonkeruut Kelassa. Kyselyssä toteutettiin Questback Essentials -ohjelmalla. Kyselyn lähettämisen yhteyteen liitettiin myös saateviesti (Liite 1), jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta ja pyrittiin motivoimaan vastaamiseen. Viikon kuluttua lähetettiin muistutusviesti (Liite 2), jossa muistutettiin myös vastausajan päättymisestä viikon kuluttua. Kyselyyn (Liite 3) pääsi vastaamaan sähköpostiviestin yhteydessä olevasta linkistä. Vastauksia ei pystynyt yhdistämään tiettyyn sähköpostiosoitteeseen.

Aineiston keruu-aika oli 15.5.2023 - 29.5.2023. Vastauksia tuli yhteensä 51 ja täten vastausprosentti oli noin 40. On oletettavaa, etteivät ihan kaikki asiantuntijalääkärit saaneet kyselyä tiedokseen mahdollisen pidemmän poissaolon vuoksi. Lisäksi kyselyajan päätyttyä saatiin vielä sähköpostitse eräältä asiantuntijalääkäriltä tieto, että hänellä olisi ollut kiinnostusta vastata kyselyyn, mutta aikataulullisten haasteiden vuoksi hän ei sitä ehtinyt tekemään. Mahdollisesti kyselyn vastausajan pidentäminen olisikin saattanut kasvattaa vastanneiden osuutta hieman, mutta oletettavasti näin ei olisi tapahtunut merkittävässä määrin. Vastausprosenttia voidaan kuitenkin pitää suhteellisen hyvänä ja myös avovastaukset olivat arvion mukaan tarpeeksi kattavia analyysin toteuttamiseksi. Otoksen sairauspäivärahaa ja/tai työkyvyttömyyseläkettä arvioivien asiantuntijalääkäreiden kokonaisjoukosta voitiin katsoa olevan täten riittävä, jotta aineistosta voitiin tehdä havaintoja tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi.

5.4 Kvalitatiivinen sisällönanalyysi

Opinnäytetyön aiheeseen liittyvää ilmiötä tai yleisesti vakuutuslääketieteellistä aihepiiriä on tutkittu suhteellisen vähän (ks. esim. Kiveäs ym. 2019, 239). Tutkimuskohdetta onkin tällöin tarkoituksenmukaista tarkastella aineistolähtöisesti, jolloin aineistosta itsestään poimitaan tutkimuskysymysten perusteella kiinnostavia seikkoja. Kyselyaineiston avointen kysymysten muodostamaa aineistoa on analysoitu laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Tiedonkeruussa ja analyysissa on tiedostettu omat ennakkokäsitykset aiheesta, mutta tästä huolimatta pyrittiin luomaan myös uutta ”teoriaa” tai ymmärryksen kehää aihepiiristä.

Sisällönanalyysin tavoitteena on tehdä aineistosta systemaattinen ja objektiivinen analyysi, jonka kautta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä muodostuu yleiskuva (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). On kuitenkin muistettava, että tutkija tekee koko tutkimuksen teon ajan rajauksia, jotka vaikuttavat siihen todellisuuteen, joka kuvautuu aineistosta ja siitä tehdyistä tulkinnoista (Kiviniemi 2018, 76). Periaatteessa jo aineiston keräämiseen liittyvät valinnat aloittavat analysointiprosessin, joka päättyy aineiston yksityiskohdista muodostettavaan kokonaisuukseen (Juuti & Puusa 2020, Laadullisen aineiston analysointi).

Tutkimuskysymykset määrittävät sen, mistä seikoista aineistossa ollaan erityisen kiinnostuneita. Aineistosta tuleekin ensin pyrkiä poimimaan oman tutkimuksen kannalta oleellinen sisältö. Tämän jälkeen edetään sisällönanalyysin keskiöön, jossa on aineiston luokittelu, teemoittelu ja tyypittely. Siinä edetään yksinkertaisesta suurpiirteisestä luokittelusta kohti aineiston ryhmittelyä tarkempien teemojen mukaan. Tietyn aiheen ympärille siis kootaan aineistosta siihen liittyviä näkemyksiä. Lopuksi vielä tietyn aihepiirin sisällä muodostetaan tiettyjen toistuvien ominaisuuksien perusteella pienempiä osaryhmiä, joista muodostuu tyyppiesimerkkejä tietyn teeman sisällä. Tavoitteena on siis pystyä muodostamaan kokonaisuuksia, joista voi tehdä yleistyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104-107.)

On kuitenkin huomattava, että pelkkä aineiston uudelleen järjestely ei ole analyysia, vaan aineistosta tulisi pyrkiä muodostamaan myös johtopäätöksiä. Sisällönanalyysissa suoritetaan pohjimmiltaan tekstianalyysiä, jolloin aineistosta muodostetusta tekstistä etsitään ihmisten vastauksissaan antamia merkityksiä, joita yhdistelemällä pyritään luomaan yleisempää kuvaa ilmiöstä ja siihen liitetystä merkityksistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.) Tästä vaiheesta voidaan käyttää nimitystä synteesi, jolloin tutkittava ilmiö esitetään uudeltaisesta näkökulmasta käsin tiivistetysti. Pelkkä tiivistetyn synteessin esittäminen ei kuitenkaan riitä, vaan tämän jälkeen tutkijalla on mahdollisuus korostaa tiettyjä merkityssisältöjä sekä muodostaa niistä tulkintoja ja johtopäätöksiä yleisemmälle tasolle. On kuitenkin hyvä muistaa, että usein tulkintaa tapahtuu jossain määrin koko aineiston käsittelyn ajan. (Puusa 2020, luku 9.)

Sisällönanalyysi tai ylipäätään laadullinen analyysi ei ole standardoitua vaiheesta vaiheeseen etenevää analyysia, jossa jokainen tutkija toimisi samalla tavoin (Puusa 2020, luku 9). Tutkija tekee omia valintojaan ja päättää etenemispolkujaan aineistosta ja tutkimusasetelmasta riippuen, eikä ainoaa oikeaa etenemistapaa ole olemassa. Tutkijan tulee esimerkiksi pohtia, mikä on hänen ja aineiston suhde teoriaan. Erityisen tärkeää on perustella ja pohtia tutkimuksessa tehtyjä valintoja. (Eskola 2018, 212 - 216, 231.) Lopulta analyysia syntyy tutkijan oman ymmärryksen ja tulkinnan pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 113).

Laadullista sisällönanalyysia voi toteuttaa aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Kuitenkaan teoriaohjaavan analyysin suhde kahteen muuhun ääripäähän ei ole kaikilta osin selkeä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107-114.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi

toteutettiin aineistolähtöisesti, jolloin aineistoon suhtauduttiin avoimin mielin eikä etsitty tässä vaiheessa yhtymäkohtia teoriaan tai aiempaan tietoon. Kuitenkin on tässäkin muistettava, että ennen aineistonkeruuta kysymyksenasetteluun on vaikuttanut luettu kirjallisuus aiheesta sekä käytännön kokemus- tai oletustieto kentältä, jolloin jo kysymyskategorioiden muodostukseen on epäilemättä ollut vaikutuksensa myös aiemmalla tiedolla. Täysin aineistolähtöinen analyysi ei täten ole ollut mahdollinen.

Tutkimuksen etenemistä voikin usein ohjata alusta saakka tutkijan aiemmat näkemykset tai teoreettiset tiedot aihepiiristä. Puhdas aineistolähtöisyys ei tässä mielessä ole mahdollinen, vaan tutkijan aiemmalla tiedolla on vaikutuksensa lopulta niihin tulkintoihin, joita ilmiöstä tehdään. Teoria ja empiria ovat siis aineistolähtöisyyttä painottavassakin tutkimuksessa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Kuitenkin aineistolähtöisessä lähestymistavassa tutkimuksen edetessä ja analyysivaiheessa ollaan avoimia käsitteistön ja teorialähtökohtien uudelleen arviointiin aineistosta nousevien näkökulmien perusteella. Aineistoa pyritään tulkitsemaan mahdollisimman avoimin mielin sen omilla ehdoilla. (Kiviniemi 2018, 77-79.) Tärkeää on kuitenkin tiedostaa ja tuoda esille tutkijan esitiedot tutkimuksen aihepiiristä, jolloin voidaan pohtia niiden vaikutusta tutkimuksen kulkuun (Juuti & Puusa 2020, Laadullisen aineiston analysointi).

Näillä perustein tulkittiin hyödynnetyn aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jossa on myös piirteitä teoriaohjaavasta sisällönanalyysista. Miles ja Huberman (1994, 10-12) ovat erotelleet aineistolähtöisen sisällönanalyysin yksinkertaistettuna kolmeen päävaiheeseen eli aineiston pelkistämiseen, aineiston ryhmittelyyn sekä johtopäätösten ja teoreettisten käsitteiden luomiseen (ks. myös Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-127). Sisällönanalyysin keinoin siis pyritään kaiken kaikkiaan luomaan jäsenystä ja järjestystä aineistoon, jolloin siitä on helpompi tehdä perusteltuja tulkintoja sekä korostaa olennaista ilmiöstä, joka on tutkimuksen kohteena (Puusa 2020, luku 9).

Avovastauksista muodostuva aineisto luettiin ensin useaan otteeseen läpi, ja tämän perusteella alettiin muodostaa kokonaiskuvaa aineistosta. Myös alleviivauksia ja joitakin muistiinpanoja tehtiin. Tutkimuskysymyksistä muodostui luonnollisiksi yläkategorioiksi aineistosta tulkittavat asiantuntijalääkäreiden kokemat haasteet ja kehitysehdotukset. Jo aineiston keruuvaiheessa oli myös muodostettu tietyt mielenkiinnon kohteiden teemat, joten aineiston varsinainen pilkkominen lähti liikkeelle näiden aihepiirien pohjalta. Näitä teemoja olivat siis tiedon laatu, tiedon käyttö ja soveltaminen sekä yhteistyö- ja asiakasnäkökulma. Vastausten jakaminen teemoihin ei kuitenkaan ollut mitenkään erityisen suoraviivaista, koska tietystä vastauksesta saattoi löytyä useaan eri teemaan soveltuvia ajatuksia. Myös teemojen välinen raja oli ajoittain häilyvä. Analyysivaiheessa onkin varmistuttava siitä, että etukäteen asetetut teemakokonaisuudet toimivat vielä analyysi- ja tulkintavaiheessa (Puusa 2020, luku 9). Tässä kuitenkin päädyttiin siihen, että aiemmin asetetut teemakokonaisuudet toimivat tarpeeksi hyvin, jotta oli perusteltua hyödyntää kyseistä jaottelua myös analysointivaiheessa.

Aineiston käsittelyä jatkettiin siten, että teemojen sisällä alettiin pelkistää ja tyypitellä asi-
antuntijalääkäreiden ilmauksia. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin erilaisia alaluokkia ja
jaoteltiin tai koodattiin tietyt samaa tarkoittavaksi tulkitut ilmaukset aina yhteen alaluok-
kaan. Näiden pohjalta muodostettiin myös kutakin alaluokkaa kuvaavat yläluokat. Kategoriat
muodostuivat tutkimuskysymysten pohjalta, jotta tutkimuskysymyksiin vastaaminen sujuisi
loogisemmin johtopäätöksiä esiteltäessä. Taulukossa 3 on esitelty esimerkinomaisesti sisäl-
lönanalyysiin kuulunutta jaottelua tässä tutkimuksessa. Lopulta kirjoitettiin yhteenveto ja tul-
kinta tiettyyn teemaan liittyen. Näin tehtiin teema kerrallaan. Kunkin teeman työstämistä ja
tulkintaa jatkettiin lopulta yhteenvedossa liittämällä siihen muistiinpanoja aiemmasta teori-
asta tai tutkimustuloksista. (Ks. Eskola 2018, 220-228; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-127.)

Taulukko 3: Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Kategoria
Asiakkaasta tulee kartoittaa kaikki tiedot peruskoulu- opinnoista ja ensimmäisestä työpaikasta lähtien; hoita- van tahon vastuulla ensisi- jaisesti koska ko tietojen ke- rääminen auttaa myös hoita- vaa tahoja hahmottamaan mistä on kyse. Jos ei ole asiakirjoissa riittäviä tietoja niin etuuskäsittelijän tulisi ne kartoittaa tarkasti.	Asiakkaan työ- ja koulutus- historian kartoitta- minen ko- konaisti- lanteen hahmot- tamiseksi.	Työ- ja kou- lutushisto- rian tarpeel- linen kuvaus.	Kehitysehdotuk- set lääkärinlau- sunnan laati- joille/hoitota- holle (Myös kehityseh- dotukset ar- viopyynnön teki- jölle)	Kehityseh- dotukset

Laadullisissa analyysissä ei ole systemaattisesti pyritty kvantifioimaan kyselyn avovastauksista
muodostunutta aineistoa, joten useimmiten ei ole tuotu esille tarkkoja lukumääriä siitä,
kuinka monta kertaa tietty luokaksi muodostunut asia on mainittu aineistossa. Kuitenkin ala-
luokka on aina muodostunut useammasta alkuperäisestä ilmaisusta ja niiden pelkistyksestä
sekä yläluokka on aina muodostunut useammasta alaluokasta. Seuraavaksi esitellään lähtö-
kohtia aineiston kvantitatiiviselle tarkastelulle, jolloin määrällisillä seikoilla on pyritty kuva-
amaan aineistoa ja siitä nousevia asioiden välisiä ilmiöitä.

5.5 Kvantitatiivinen sisällön tarkastelu

Vaikka tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty osittain tilastollisia jaotteluja, on analyysi selkeämmin laadulliseen analyysiin painottunut. Laadullista ja määrällistä menetelmää ei olekaan aina tarpeellista erotella selkeästi toisistaan (vrt. Ronkainen, Mertala & Karjalainen 2014, 29-30). Tässä enimmäkseen tulkintaan perustuvassa laadullisessa tutkimuksessa on hyödynnetty kyselyaineistosta esiin nousevaa tilastollista tarkastelua kyselyssä esitettyjen väittämien ja taustamuuttujien kautta. Koska tutkimuskysymykset ovat luonteeltaan selkeämmin laadullisuuteen kuin määrällisyyteen painottuvia, on kvantitatiivisen analyysin tarkoitus toimia ikään kuin laadullista analyysia tukien.

Kvantitatiivisen aineiston analysoinnin tärkeä lähtökohta on aineiston kuvailu, jolloin kuvailevilla menetelmillä voidaan luoda järjestystä sekä havaita jakaumia ja mahdollisia eroavaisuuksia eri muuttujien kesken. Tätä kautta tutkija oppii tuntemaan oman aineistonsa ja pystyy siten paremmin esimerkiksi määrittelemään, mistä aineiston osasta ja muuttujien välisistä suhteista halutaan tehdä mahdollisia tarkempia analyyseja tilastollisin jatkomenetelmin. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2020, 91-92.) Usein käytettyjä aineiston kuvailun ja erittelyn välineitä ovat frekvenssit, prosentit, keskiarvot sekä keskihajonnat, joita voidaan esittää taulukko- tai diagrammimuodoissa. Kuviot ja visuaaliset aineiston esittelyt yksinkertaistavat ja havainnollistavat aineistoa lukijalle, mutta esitysmuotojen sopivuutta on kuitenkin muistettava pohtia kussakin tilanteessa tarkasti esimerkiksi lukijan väärintulkintojen minimoimiseksi. (Tähtinen ym. 2020, 92-94.)

Yleensä aineiston kuvaus lähtee liikkeelle vastausjakaumien erittelystä sekä eri muuttujiin liittyvien vastausten tiivistämisestä tilastollisten tunnuslukujen avulla. Tällöin siis tietyille vastausvaihtoehdoille annettujen vastausten lukumäärät eli frekvenssit (n) voidaan ilmoittaa joko sellaisenaan tai luokiteltuina jakaumina. Yleensä myös tietyn vastausvaihtoehdon, tai useiden vastausvaihtoehtojen yhdistelmän, saamat havainnot ilmoitetaan prosenttiosuuksin. Tavallista on myös ilmoittaa kaikkien tiettyä muuttujaa koskevien vastausten keskiarvo. Tällöin on kuitenkin syytä huomioida numeerisen mittautason johdonmukaisuus. (Vehkalahti 2014, 52-54.)

Tämän tutkimuksen aineistonkeruussa ja kvantitatiivisessa analyysissä on hyödynnetty Likertin asteikkoa, joka noudattaa pohjimmiltaan järjestysasteikkoa. Se eroaa välimatka-asteikosta siten, ettei eri vastausten välinen etäisyys ole välttämättä todellisuudessa aina yhtä pitkä toisiinsa nähden. Koska vastausvaihtoehtojen välejä ei voida suoraan pitää samansuuruisina, vaikeutuu järjestysasteikolla kerättyjen vastausten tilastollinen tarkastelu. Likertin asteikolla kerättyä aineistoa on kuitenkin usein tapana käsitellä analysointivaiheessa ikään kuin se olisi välimatka-asteikollinen, jolloin analysointia voidaan tehdä kattavammin tilastollisin menetelmin. Tällöin väittämien sanallisille vastausvaihtoehdoille annetaan numeerinen vastine

(1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä) ja käsitellään niitä siten, että ne olisivat vakioitujen tasavälisen etäisyyksien päässä toisistaan. Vaikka todellisuudessa näin ei voida suoraan olettaa, voidaan mahdollisia poikkeamia tasavälisyydestä pitää mittausvirheinä. Ratkaisu välimatka-asteikollisuuden hyödyntämisestä ei ole kuitenkaan ongelmaton, ja asiaa tulisi punnita aina erikseen. Jos ratkaisuun päädytään, tulisi Likertin asteikon esimerkiksi olla muodostunut jatkumosta, johon sisältyy selkeät ääripäät. Lisäksi keskellä asteikkoa tulisi sijaita neutraali vaihtoehto, joka toisaalta monesti kerää huomattavan suuren määrän vastauksia. Tämä vaihtoehto tulisi myös kysymyksenasettelun suhteen tarkkuutta. Lisäksi erityisesti pitäisi huomioida se, ettei ”en osaa sanoa” vaihtoehto ole neutraali. Täten se tulisi sijoittaa koko asteikon ulkopuolelle. Pitäessä muun muassa nämä seikat mielessä, on Likertin asteikolla kerätyille tiedoille pidetty mahdollisena laskea esimerkiksi keskiarvoja tai muita välimatka-asteikolle ominaisia tunnuslukuja. (Vehkalahti 2014, 35-37; Tähtinen ym. 2020, 32-34.)

Keskiarvon ilmoittaminen ei kuitenkaan yksinään usein riitä, jos halutaan saada yleiskuva tietyn muuttujan saamista arvoista. Keskihajonta-tunnusluvulla pyritään ilmoittamaan, miten tietyille muuttujalle annetut arvot vaihtelevat toisiinsa nähden. Tällöin halutaan selvittää siis vastausten keskimääräisen hajonnan ilmeneminen keskiarvon ympäristössä. Pieni keskihajonta viittaa vastausten keskittymiseen keskiarvon lähetyville ja suuri keskihajonta vastausten laajempaan hajontaan asteikolla. Tässä yhteydessä voi olla perusteltua ilmoittaa myös muuttujan saamien arvojen minimi ja maksimi, jolloin puhutaan vaihteluvälistä. (Vehkalahti 2014, 54-55; Tähtinen ym. 2020, 102-106.)

Opinnäytetyön kvantitatiivinen tarkastelu aloitettiin taustamuuttujien tarkastelusta. Taustamuuttujien kuvaamisessa on hyödynnetty frekvenssi- ja prosenttiosuuksien esittämistä. Taustamuuttujista työkokemus -kysymyksessä ei oltu tehty aineiston keruuvaiheessa valmiiksi luokittelua, mutta vastaukset jaettiin sopiviksi arvioituihin luokkiin analysointivaiheessa.

Kvantitatiivisessa sisällön tarkastelussa pyrittiin ensisijaisesti luomaan kokonaiskuvaa asiantuntijalääkäreiden näkemyksistä kolmeen eri teemakokonaisuuteen liittyen. Tähän liittyen on pitkälti kuvailtu ja analysoitu Likertin väittämiin perustuvaa aineistoa frekvenssi- ja prosenttiosuuksien sekä keskiarvojen ja keskihajontojen kautta. Analyysissa päätettiin siis käsitellä Likert-asteikolla kerättyä aineistoa välimatka-asteikollisena. Kyselyaineisto saatiin käyttöön Excel-muodossa ja kyseistä ohjelmaa hyödynnettiin myös kvantitatiivisessa analyysissä. Keskiarvon ja keskihajonnan laskennassa on huomioitu ”en osaa sanoa” vastanneiden osuus, jolloin kyseiset vastaukset on jätetty laskennasta pois. Niiden merkitystä on kuitenkin muutoin arvioitu. Lisäksi tarkasteltiin vaihteluväliä eli sitä, että oliko esimerkiksi pienimmät tai suurimmat arvot saaneet vastauksia. Väittämistä koostunutta aineistoa ja tunnuslukuja tarkastelemalla alettiin saada kokonaiskäsitystä myös siitä, mihin haluttiin perehtyä tarkemmin.

Analyysin tarkoitus oli olla suurimmaksi osaksi kuvailevaa. Koska kyselyn vastausmäärä on suhteellisen pieni, on varsinaisten tilastollisten testien tekeminen haasteellista. Kvantitatiivisen aineiston käsittelyä jatkettiin kuitenkin siten, että muodostettiin summamuuttujat niistä väittämistä, jotka kuvasivat mahdollisimman läheisesti samaa ilmiötä. Ensimmäinen summamuuttuja muodostettiin tiedon laatuun liittyvistä 8 väittämästä. Toinen summamuuttuja muodostettiin tiedon käyttöä ja soveltamista koskevista 6 väittämästä. Tämän teeman osalta summamuuttuja jaettiin myös pienempiin osasummamuuttujiin taustamuuttujien välisten mahdollisten selkeämpien eroavaisuuksien löytymiseksi. Kolmannen teeman (yhteistyö ja asiakasnäkökulma) kahdesta ensimmäisestä väittämästä muodostettu summamuuttuja osoittautui epäjohdonmukaiseksi, joten se jätettiin pois tuloksista.

Summamuuttujien luotettavuutta ja reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfan laskemisella. Cronbachin alfa -kertoimella voidaan mitata tiettyyn ilmiöön liittyvistä kysymyksistä muodostetun mittarin sisäistä yhdenmukaisuutta. Alfa-kertoimen arvot vaihtelevat nollan ja ykkösen välillä, missä lähempänä yhtä ovat tavoitellut arvot. Mittarin voidaan arvioida olevan luotettava, jos alfa on vähintään 0,7. (Tähtinen ym. 2020, 86-87.) Summamuuttujien tarkastelussa tuli myös huomioida niin sanotut puuttuvat tiedot. Puuttuvia tietoja kvantitatiivisessa väittämäkysymykseen perustuvassa aineistossa olivat ne vastaukset, joissa oli valittu vaihtoehto ”en tiedä” tai vastaus oli jätetty kokonaan tyhjäksi. Jos summamuuttujan yhdenkin osamuuttujan kohdalla vastaajalla on puuttuva tieto, periaatteessa koko kyseisen vastaajan summamuuttuja jää puuttuvaksi tiedoksi eikä sitä voi suoraviivaisesti hyödyntää tarkastelussa. On kuitenkin keinoja, joilla puuttuvia tietoja voidaan korvata, jottei tarkastelusta jäisi turhaan vastaajan kaikkia ehjiä vastauksia pois. Yksi tapa korvata puuttuva tieto, on käyttää muuttujan muiden havaintojen keskiarvoa. (Vehkalahti 2014, 81-86; Tähtinen ym. 2020, 70-71.) Puuttuvia tietoja oli väittämien kohdalla yhteensä 20 koko aineistossa. Ensimmäisen summamuuttujan kohdalla korvasin puuttuvat tiedot (7 kappaletta) aina saman muuttujan keskiarvoilla. Koska yhdellä vastaajalla ei ollut kuin korkeintaan yksi puuttuva tieto, koettiin keskiarvolla puuttuvan tiedon korvaamisen olevan tarkoituksenmukaista. Toisen summamuuttujan kohdalla kolmella vastaajalla oli puuttuvia tietoja kaksi tai useampi. Tällöin katsottiin luotettavuuden kannalta järkevimmäksi poistaa summamuuttujatarkastelusta koko kyseisten vastaajien rivit. Jäljelle jäi tämän jälkeen vielä neljän vastaajan kohdalla puuttuva tieto. Näissä hyödynnettiin taas saman muuttujan keskiarvoa, jotta menetettyjen havaintojen kokonaismäärä ei olisi kasvanut liian suureksi.

Summamuuttujien muodostamisen jälkeen hyödynnettiin ristiintaulukointia, jolloin tarkasteltiin, onko selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän taustamuuttujan vaihtuessa. Ristiintaulukointi on oiva perusmenetelmä havainnoimaan muuttujien välisiä suhteita, löytämään ryhmien välisiä eroja ja mahdollisia jatkoanalysoinnin tarvetta. (Tähtinen ym. 2020, 165-166.) Tällöin haluttiin selvittää joitain taustamuuttujien yhteyksiä eri teemoihin annettuihin vastauksiin.

6 Tulokset

6.1 Vastaajien taustatiedot

Taulukossa 4 on esitelty vastaajien taustatiedot. Kaikista vastanneista (n=51) lähes kaikki (n=49, 96 %) antavat arvioita sairauspäivärahasta. Vastanneista hieman alle neljännes (n=12, 24 %) antaa arvioita työkyvyttömyyseläkkeestä. Kaikki kyselyyn vastanneet täyttivät edellytyksen siitä, että he antavat arvioita vähintään jommastakummasta edellä mainitusta etuudesta.

Lisäksi yli puolet vastanneista (n=27, 53 %) asiantuntijalääkäreistä antavat arvioita ammatillisesta kuntoutuksesta. Tämä tarkoittaa siis tilanteita, jolloin ammatillista kuntoutusta on haettu erikseen eikä tämän tutkimuksen kannalta erityisenä mielenkiinnon kohteena olevaa ammatillisen kuntoutuksen arviointia sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkkeen arvioinnin yhteydessä, minkä oletetaan kuuluvan kaikkien tehtäväksi. Hypoteesina voidaan olettaa, että ammatillisesta kuntoutuksesta arvioita nimenomaisesti antavilla asiantuntijalääkäreillä olisi paremmat lähtökohdat antaa arvioita ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkeasian yhteydessä kuin niillä, jotka eivät etuutena anna arvioita ammatillisesta kuntoutuksesta. Vastanneet ilmoittivat antavansa lisäksi muista etuuksista arvioita seuraavasti: nuoren kuntoutusraha (n=13), vammaisetuudet (alle 16-vuotiaan vammaistuki, 16-vuotta täyttäneen vammaistuki sekä eläkettä saavan hoitotuki) (n=10), vaativa lääkinnällinen kuntoutus (n=8) ja kuntoutuspsykoterapia (n=6). Lisäksi arvioita annettavista etuuksista mainittiin muutamia yksittäisiä kertoja harkinnanvarainen kuntoutus (n=2), lääkekorvaukset (n=4), sairaanhoitokorvaukset (n=2), toimeentulotuki (n=2) ja erityisraskausraha (n=2).

Taustatietoina kysyttiin myös asiantuntijalääkärin erikoisalaa tai erityispätevyyttä. Vastanneista suuri osa (n=28, 55 %) ilmoitti vähintään kaksi erikoisalaa tai erityispätevyyttä. Vastanneista yli puolella (n=27, 53 %) oli työterveyshuollon erityispätevyys ja yli kolmanneksella oli vakuutuslääketieteen erityispätevyys (n=18, 35 %). Yleislääketieteen erityispätevyys löytyi taas lähes neljännekseltä vastanneista (n=12, 24 %). Kuntoutuksen erityispätevyys oli vain noin kymmenesosalla vastaajista (n=5, 10 %). Lähes puolella oli valmiiden vastausvaihtoehtojen sijasta tai lisäksi muu/muita erikoisaloja. Näistä yleisin mainittu erikoisala oli psykiatria (n=8, 16 %). Muut eniten mainintoja saaneet erikoisalot olivat terveydenhuolto, fysiatria ja neurologia. Lisäksi kolmantena taustakysymyksenä tiedusteltiin asiantuntijalääkäreiden työkokemusvuosia Kelassa. Vastanneet jaoteltiin viiteen vastausmäärältään melko tasaiseen eriryhmään työkokemusvuosien perusteella: 0-1 vuotta, 2-5 vuotta, 6-10 vuotta, 11-15 vuotta sekä yli 15 vuotta. Vastanneista tuoreita Kelan asiantuntijalääkäreitä oli 12 eli heillä oli työkokemusta Kelasta alle vuoden tai noin vuoden verran. Kun tähän lisätään vielä ne, joilla työkokemusta on hieman enemmän eli 2-5 vuotta, saadaan näiden ryhmien yhteenlasketuksi

osuudeksi 21 vastaajaa. Vaikka suhteellisen vähän aikaa Kelassa työskennelleiden osuus vaikuttaa melko suurelta, on kuitenkin huomattava, että myös Kelassa yli 10 vuotta työskennelleiden kyselyyn vastanneiden osuus on suuri.

Taulukko 4: Vastaaajien taustatiedot eriteltyinä

ETUUS	Vastanneiden määrä (n), vastanneita yhteensä n=51	Vastanneiden prosentti- osuus (%)
Sairauspäiväraha	49	96,1
Työkyvyttömyyseläke	12	23,5
Ammatillinen kuntoutus	27	52,9
Muu	30	58,8
ERITYISALA/PÄTEVYYS		
Työterveyshuolto	27	52,9
Yleislääketiede	12	23,5
Vakuutuslääketiede	18	35,3
Kuntoutus	5	9,8
Muu	23	45,1
KELA-TYÖKOKEMUS		
0-1 vuotta	12	23,5
2-5 vuotta	9	17,6
6-10 vuotta	8	15,7
11-15 vuotta	11	21,6
yli 15 vuotta	11	21,6

Vastaajien taustamuuttujien mukaan sairauspäivärahaa arvioivien asiantuntijalääkäriiden osuus oli vastanneista suurempi. Lukumäärällisesti tämä johtunee pitkälti siitä, että heitä on huomattavasti suurempi joukko. Saamani tiedon mukaan kysely lähti 34 työkyvyttömyyseläkkeestä arvioita antavalle asiantuntijalääkärille, joista vastasi noin 35 %. Kysely lähti 94 sairauspäivärahasta arvioita antavalle asiantuntijalääkärille ja heistä vastasi 52 %. Tieto voi heittää muutamalla prosenttiyksiköllä, jos arvioita antavien asiantuntijalääkäriiden etuustiedot eivät ole olleet ajantasaisia. Mahdollisesti huomionarvoista on kuitenkin se, että suurin osa niistä, jotka vastasivat arvioivansa työkyvyttömyyseläkettä arvioivat lisäksi myös sairauspäivärahaa. Täten vain 2 vastanneista eivät arvioineet lainkaan sairauspäivärahaa. Hieman kattavampi kokonaiskuva olisi siis saatu, jos useampi työkyvyttömyyseläkettä arvioiva asiantuntijalääkäri olisi vastannut kyselyyn.

Erityisalan taustamuuttujan arvioinnissa vastaajien osalta kuvautuu hyvä pätevyys työkyvyttömyyden vakuutuslääketieteelliseen arviointiin, koska isolla osalla oli pätevyys työterveyshuollon, yleislääketieteen tai vakuutuslääketieteen aloilta. Lisäksi muut erikoisalajat olivat melko hyvin edustettuina. Tosin esimerkiksi ortopedian ja sisätautien erityispätevyyksien osalta vastaajia oli vain muutama. Lisäksi on huomioitava, että kuntoutuksen erityispätevyys oli vain viidellä vastaajista, vaikka kuntoutuksen tarpeen arviointi kuuluu olennaisesti työkykyarvioinnin prosessiin Kelassa.

Työkokemuksen osalta vastaajat jakoutuivat suhteellisen tasaisesti työkokemusvuosien perusteella. Toisessa ääripäässä vastaajilla oli vain vähän työkokemusta asiantuntijalääkärinä Kelassa, mutta toisessa ääripäässä oli myös pitkään Kelassa työskennelleitä lääkäreitä. Itse asiassa 0-5 vuotta työskennelleiden osuus oli yhtä suuri kuin 11 vuotta tai kauemmin Kelassa työskennelleiden osuus. On siis oletettavaa, että vastauksista kuvastuvat tarpeeksi laajasti työkokemuksen mahdolliset vaikutukset vastauksiin.

Seuraavissa alaluvuissa 6.2, 6.3 ja 6.4 käydään läpi tuloksia teemoittain (ks. Kuvio 1) eriteltynä. Kussakin teemassa avataan ensin tuloksia määrällisesti tarkasteltuna, minkä jälkeen edetään kuvaamaan laadullisen analyysin tuloksia.

6.2 Asiakasta koskevan tiedon laatu

Tässä alaluvussa tarkastelen ”tiedon laatu” -teemaa ja analysoin erityisesti kyselyn (Liite 3) kysymyksiin 4, 5 ja 6 annettuja vastauksia. Aloitan teeman analysoinnin kvantitatiivisella tarkastelulla luvussa 6.2.1 ja etenen kvalitatiiviseen analyysiin luvuissa 6.2.2 ja 6.2.3.

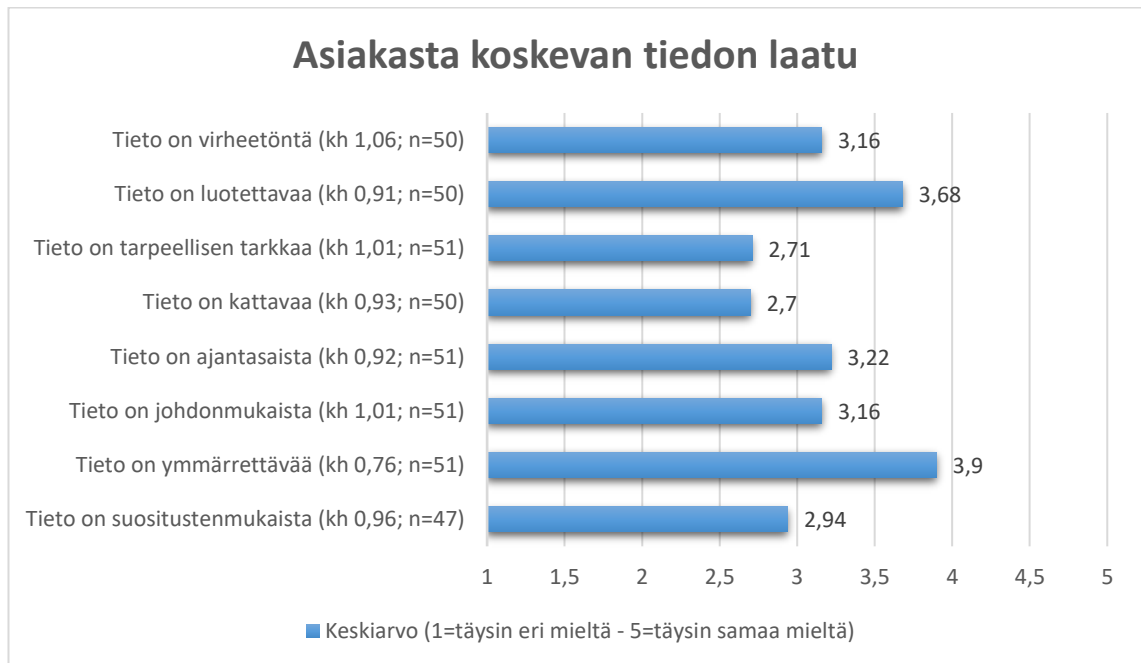
6.2.1 Tiedon laadun kvantitatiivinen tarkastelu

Ensimmäisessä kahdeksan väittämää sisältävässä teemaan ”asiakasta koskevan tiedon laatu” liittyvässä kysymyskokonaisuudessa (Liite 3, kysymys 4) vastausvaihtoehdot 1-5 (täysin eri

mieltä 1 - täysin samaa mieltä 5) saivat kaikki vastauksia jokaisen väittämän kohdalla. Vaihteluväli oli siis kaikkien väittämien kohdalla 1-5. Kahden väittämän kohdalla (tiedon virheettömyys ja tiedon suositustenmukaisuus) myös ”en osaa sanoa” -vaihtoehto sai vastauksia. Tiedon suositustenmukaisuutta koskevassa väittämässä ”en osaa sanoa” -vaihtoehdon valitsi jopa 4 asiantuntijalääkärää. Kyseiset en osaa sanoa -vastaukset sekä myös tyhjäksi jätetyt vastaukset tulkitaan puuttuviksi tiedoiksi, eikä niitä ole huomioitu yksittäisiä väittämiä koskevassa kvantitatiivisessa tarkastelussa.

Laatua koskevista väittämistä negatiivisimmin arvioitiin väittämiä ”tieto on tarpeellisen tarkkaa” (ka. 2,71), ”tieto on kattavaa” (ka. 2,70) ja ”tieto on suositustenmukaista” (ka. 2,94). Positiivisimmat arviot saivat tiedon luotettavuus (ka. 3,68) sekä tiedon ymmärrettävyys (ka. 3,90). Näistä voidaan arvioida, että vaikka tiedon sisällössä ja kattavuudessa katsottiin olevan parantamisen varaa, niin yleisesti ottaen asiantuntijalääkäreillä on luottamus esimerkiksi hoitavien lääkäreiden sanaan sekä asiantuntijalääkäreillä on myös koulutuksensa kautta yhtäläiset edellytykset kuin hoitavilla lääkäreillä ymmärtää lääketieteellisiä sanastoa ja ymmärtää hoitavien lääkäreiden näkemyksiä lääketieteellisistä selvityksistä. Tiedon suosituksenmukaisuutta koskevaan väittämään annetut neljä en osaa sanoa -vastaukset ovat myös mielenkiintoisia. On mahdollista, että vastauksilla viitataan Kelan sisällä tapahtuvaan asiakasta koskevan tiedon muodostukseen. Toisin sanoen on luultavaa, että asiantuntijalääkärit tietävät, mil-laista on suosituksenmukainen hoitotaholla muodostettava lääketieteellisiin selvityksiin kirjattava tieto asiakkaan työ- ja toimintakyvystä. Asiantuntijalääkäreillä ei välttämättä kuitenkaan ole tarkkaa käsitystä siitä, miten esimerkiksi etuuskäsittelijän tulisi suositustenmukaisesti avata asiakkaan tilannetta arviopyynnössä tai miten asiakkaan kokonaistilannetta on suositeltu kirjattavan etuusjärjestelmään.

Kaikista teeman väittämistä laskettiin keskiarvon lisäksi erikseen myös keskihajonnat (Kuvio 2). Kaikkien väittämien osalta keskihajonta oli noin yhden luokkaa. Selvästi pienin se oli väittämän ”tieto on ymmärrettävää” (kh. 0,76) kohdalla, jolloin vastaajat olivat siis yksimielisimpiä vastauksissaan. Tiedon luotettavuutta (kh. 0,91), ajantasaisuutta (kh. 0,92) ja kattavuutta (kh. 0,93) koskevissa kysymyksissäkin havainnot olivat keskimäärin alle yhden yksikön päässä keskiarvovastauksesta. Myös tiedon suositustenmukaisuutta (kh. 0,96) koskevassa kysymyksessä keskihajonta oli alle yhden, mutta tässä myös valideja havaintoja oli vähiten ja osalla oli epävarmuutta asiantilasta vastatessaan ”en osaa sanoa”. Suurimmat keskihajonnat havaittiin tiedon tarkkuutta (kh. 1,01), johdonmukaisuutta (kh. 1,01) ja virheettömyyttä (kh. 1,06) koskevissa väittämässä, jolloin vastauksissa oli eniten hajontaa. Tosin näissäkään hajonta ei ollut kovin suurta.



Kuvio 2: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset asiakasta koskevan tiedon laadusta

Taulukossa 5 on vielä eriteltyä tiedon laatuun liittyvien väittämien vastausten jakautuminen prosentteittain. Taulukossa on käytetty niin sanottuja valideja prosentteja, jolloin prosenttiosuuksissa ei ole huomioitu en osaa sanoa -vastauksia ja tyhjäksi jätettyjä vastauksia. Virheettömyyttä koskeva väittämä sai yhden ja suositustenmukaisuutta koskeva väittämä sai neljä en osaa sanoa -vastausta. Lisäksi luotettavuutta ja kattavuutta koskevissa väittämissä oli molemmissa yksi tyhjäksi jätetty vastaus.

Taulukko 5: Tiedon laatuun liittyvien vastausten jakauma prosenttiosuuksittain

Vastausten jakautuminen validien prosenttien mukaan tiedon laatuun liittyvissä väittämissä						
	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	N
Tieto on virheetöntä	2,0 %	34,0 %	18,0 %	38,0 %	8,0 %	50
Tieto on luotettavaa	2,0 %	12,0 %	14,0 %	60,0 %	12,0 %	50
Tieto on tarpeellisen tarkkaa	5,9 %	47,1 %	21,6 %	21,6 %	3,9 %	51
Tieto on kattavaa	4,0 %	46,0 %	30,0 %	16,0 %	4,0 %	50
Tieto on ajantasaista	2,0 %	23,5 %	29,4 %	41,2 %	3,9 %	51
Tieto on johdonmukaista	3,9 %	27,5 %	21,6 %	43,1 %	3,9 %	51
Tieto on ymmärrettävää	2,0 %	3,9 %	9,8 %	70,6 %	13,7 %	51
Tieto on suositustenmukaista	2,1 %	38,3 %	27,7 %	27,7 %	4,3 %	47

Teeman käsittelyä jatkettiin siten, että muodostettiin teeman kahdeksasta eri väittäimestä summamuuttuja. Seitsemällä vastaajalla oli kullakin yksi puuttuva tieto kyseisten väittämien vastauksissa. Tällöin he olivat joko vastanneet ”en osaa sanoa” tai jättäneet vastaamatta väittämään kokonaan. Summamuuttujan sisäistä johdonmukaisuutta eli Cronbachin alfaa laskettaessa jouduttiin poistamaan puuttuvia vastauksia sisältävät vastaajarivit. Tällöin ei siis huomioitu kyseisten vastaajien vastauksia ollenkaan. Cronbachin alfa -kertoimen arvoksi saatiin 0,88, jonka perusteella summamuuttujaa voidaan pitää johdonmukaisena. Muodostetun summamuuttujan keskiarvoksi saatiin 3,15 ja summamuuttujan arvojen keskihajonnaksi 1,01. Myös summamuuttujan keskiarvo- ja keskihajontalaskennasta on jätetty kokonaan pois niiden vastaajien havainnot, joilla oli yksikin puuttuva tieto jonkin väittämän kohdalla. Keskiarvosta voidaan päätellä, että ne tiedot, joiden perusteella ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviota tehdään asiakkaasta, koetaan olevan laadultaan keskinkertaisia. Täten tietoa ei pidetä erityisen laadukkaana, mutta toisaalta ei myöskään erityisen huonolaatuisenakaan.

Summamuuttujan hyödyntämistä jatkettiin vertaamalla eri taustamuuttujien suhdetta vastausten jakaumaan (Taulukko 6). Tässä tarkastelussa hyödynnettiin kunkin ryhmän osalta laskettuja summamuuttujan keskiarvoja ja keskihajontoja. Puuttuvien vastausten osalta päädyttiin taustamuuttujatarkastelussa siihen, että korvattiin puuttuva tieto kyseisen yksittäisen muuttujan keskiarvolla. Tämän katsottiin perustelluksi, jotta ei menetettäisi liikaa havain-toja.

Ensinnäkin verrattiin myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivien lääkäreiden kokemuk-sia muihin asiantuntijalääkäreiden kokemuksiin. Tässä on jälleen muistettava, että muutkin lääkärit antavat arvioita ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta arvioidessaan sairauspäiväraha-tai työkyvyttömyyseläkeasiaa, mutta on oletettavaa, että myös erikseen ammatillista kuntou-tusta arvioivilla lääkäreillä on enemmän kokemusta arvioiden antamisesta ja voi täten vaikut-taa tiedon koettavuuteen. Kuitenkaan ammatillista kuntoutusta muutenkin kuin sairauspäivä-raha- tai työkyvyttömyyshakemuskäsittelyn yhteydessä arvioivien asiantuntijalääkäreiden ko-kemukset eivät eronneet tarkastelussa muihin asiantuntijalääkäreihin verrattuna. Molempien ryhmien summamuuttujan keskiarvoksi saatiin hieman yli 3. Myös keskiarvojen keskihajonta oli molemmilla ryhmillä lähes sama.

Toiseksi verrattiin työterveyshuollon erityispätevyuden vaikutusta tiedon laadun kokemiseen. Myöskään tässä taustamuuttujatarkastelussa ryhmien välistä eroa ei ollut havaittavissa. Työ-terveyshuollon erityispätevyuden omaavilla asiantuntijalääkäreillä oli summamuuttujan kes-kiarvo lähes sama kuin muilla vastanneilla asiantuntijalääkäreillä. Työterveyshuollon erityis-pätevyuden omaavilla oli tosin vastausten keskihajonta hieman suurempaa kuin muilla. Kol-mannessa vertailussa myöskään vakuutuslääketieteen erityispätevyydellä ei ollut juuri vaiku-tusta tiedon laadun kokemuksiin verrattuna muihin asiantuntijalääkäreihin.

Neljänneksi verrattiin myös suhteellisen vähäisen Kela-työkokemuksen (0-5 vuotta) ja suhteel-lisen pitkän Kela-työkokemuksen (yli 6 vuotta) vaikutusta tiedon laadun kokemusten vastaus-jakaumaan. Tässä tarkastelussa kauemmin Kelassa työskennelleellä ryhmällä summamuuttu-ajan keskiarvo oli hieman suurempi kuin vähemmän aikaa Kelassa työskennelleellä ryhmällä. Ero ei kuitenkaan ollut kovin suuri. On kuitenkin mahdollista, että pidempään asiantuntijalää-kärinä toimineet ovat harjaantuneet tulkitsemaan mahdollisesti puutteellisiakin asiakkaan taustatietoja siten, ettei se haittaa heidän arviointityötään yhtä paljon kuin vähemmän työ-kokemusta omaavien asiantuntijalääkäreiden kohdalla.

Taulukko 6: Tiedon laadun kokemus taustamuuttujittain

Tiedon laadun summamuuttujan tarkastelu taustamuuttujien suhteen	
Myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivat (n=27)	ka 3,15 (kh 0,69)
Muut (n=24)	ka 3,21 (kh 0,70)
Työterveyshuollon erityispätevyys (n=27)	ka 3,20 (kh 0,74)
Muut (n=24)	ka 3,16 (kh 0,64)
Vakuutuslääketieteen erityispätevyys (n=18)	ka 3,24 (kh 0,67)
Muut (n=33)	ka 3,15 (kh 0,71)
Työkokemus 0-5 vuotta (n=21)	ka 2,96 (kh 0,62)
Työkokemus 6 vuotta tai yli (n=30)	ka 3,34 (kh 0,70)

6.2.2 Tiedon laadun haasteet

Tiedon laatua koskevan teeman käsittelyä jatkettiin siihen liittyvien avointen kysymysten 5 ja 6 (ks. Liite 3) analysoinnilla. Ensimmäinen avoin kysymys koski haasteita tiedon laatuun liittyen ja toinen avoin kysymys kehitysehdotuksia. Kuitenkin molempien kysymysten kohdalla vastauksissa saattoi olla viittauksia myös toiseen kysymykseen. Osa oli myös viitannut suoraan toisen kysymyksen kohdalla, että vastaus oli jo annettu ensimmäisessä avovastauksessa. Vastaukset pyrittiin jaottelemaan kuitenkin haasteisiin ja kehitysehdotuksiin sillä perusteella, kumpaan ne sopivat paremmin. Vastauksia on myös pilkottu siten, että saman kysymyksen yksittäisestä vastauksesta on voinut muodostua sekä haasteet että kehitysehdotukset -kategorioihin tietoja. Kuten aiemmin luvussa 5.4 esitettiin, analyysi eteni vastauksiin tutustumisen jälkeen vastausten pelkistämiseen sekä ala- ja yläluokkien muodostamiseen. Ohessa (Taulukko 7) esitellään tiedon laatuun liittyviä haasteita, jotka on luokiteltu ylä- ja alaluokkiin. Yläluokat sijaitsevat vasemmalla reunalla ja alaluokat aina kunkin yläluokan oikealla puolella.

Taulukko 7: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset asiakasta koskevan tiedon laadun haasteista

Tiedon laatuun liittyvät haasteet	
Lääkärinlausuntojen lääketieteelliset puutteet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epäselvät, epätarkat ja niukat lääketieteelliset tiedot ○ Olennaisen sairaushistorian kuvaus puuttuu ○ Epäoleellisten tietojen esittäminen ○ Vaillinainen kokonaistilanteen ja nykytilan kuvaus ○ Vanhat tiedot ja dokumentit ○ Asiakkaan oma kertomus sekoitettu lääketieteelliseen tietoon ○ Objekttiivisten havaintojen puutteet ○ Jonkin sairauden huomiotta jättäminen ○ Asianmukaisen hoidon puutteellisuus
Työ- ja toimintakyvyn puutteellinen kuvaus ja arviointi	<ul style="list-style-type: none"> ○ Arjen toimintakyvyn ja rajoitteiden puutteellinen tai puuttuva kuvaus ○ Arjen toimintakyvyn kuvaus vanhentunut ○ Asiakkaan oma näkemys kirjattu toimintakyvyn kuvaukseksi ○ Työkyvyn arviointi puutteellisin perustein ○ Jäljellä olevan työkyvyn arviointi puuttuu
Taustatiedon puutteet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Koulutus- ja työhistoriatietojen puutteet ○ Taustatietojen hajanaisuus ○ Työ- tai koulutuskeskeytysten syyt jäävät epäselviksi ○ Työ- tai koulumenestyksen kuvaus puuttuu ○ Vanhentuneiden ja epäolennaisten tietojen maininta
Kuntoutusta koskevan esitiedon puute	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelman/arvion puutteellisuus tai puuttuminen ○ Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelman/arvion tekeminen liian myöhäisessä vaiheessa ○ Tieto ja arvio aiemmista kuntoutustoimista puuttuu ○ Kuntoutusvastuun epäselvyys ○ Tieto ja arvio käynnissä olevista kuntoutuksista puuttuu
Hoito- ja kuntoutustahon puutteelliset tiedot ja ohjaus	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hoitotahon tai kuntoutuksen palveluntuottajan tietämättömyys kuntoutuksen vaihtoehdoista ja perusteista ○ Varhaisen ohjauksen puute
Asiakkaan motiivointi	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tieto asiakkaan motivaatiosta puuttuu ○ Asiakkaan motiivointia ei ole tapahtunut
Tiedonvälittymisen ongelmat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tiedonvälityksen haasteet terveydenhuollossa ○ Tiedonvälityksen haasteet asiakkaan ja Kelan välillä ○ Tiedonvälityksen haasteet terveydenhuollon ja Kelan välillä ○ Tiedonvälityksen haasteet Kelan sisällä
Rakenteelliset haasteet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Resurssien vaikutus todellisiin kuntoutusmahdollisuuksiin ○ Kuntoutusmahdollisuuksien epätasa-arvoinen jakautuminen ○ Kuntoutuspuheen ylläpitämisen haasteet
Puutteet arviopyynnöissä	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etuuskäsittelijän oma näkemys puuttuu ○ Ns. hiljaisen tiedon välittymisen haasteet ○ Taustatiedon esittäminen epäselvästi ja puutteellisesti

Lähes kaikki vastanneista olivat kirjoittaneet ensimmäiseen avoimeen kysymykseen jotain. Vain neljä vastaajaa oli jättänyt kokonaan vastaamatta. Vastausten pituudet vaihtelivat muutamasta sanasta hyvinkin pitkään vastaukseen. Kaiken kaikkiaan vastauksista huokui se, että kysymyksen aihe herätti vastaajissa paljon mielipiteitä ja vastaajat kokivat asian tärkeäksi. Aina ei ollut selkeää, että viittasiko vastaaja lääkärintlausuntojen puutteisiin vai arviopyyntöjen puutteisiin vai molempiin. Joissakin vastauksissa oli nimenomaan mainittuna etuuskäsittelijän kirjoittamaan arviopyyntöön liittyviä haasteita. Suuri osa vastauksista oli kuitenkin ilmeisimmin kohdistettu lääkärintlausunnoista saadun tiedon puutteisiin. Kuitenkin oli tulkittavissa, että usein vastaukset oli yleistettävissä koskemaan kaikkea tietoa, jota asiakkaasta on käytettävissä. Jos esimerkiksi vastaaja oli sitä mieltä, että asiakkaan motivaatiosta ei usein ole tietoa, niin oletettavasti sitä tietoa ei ole lääkärintlausunnossa, Kelan aiemmissa tiedoissa, asiakkaan hakemuksessa eikä täten myöskään etuuskäsittelijän kirjoittamassa arviopyynnössäkään.

Monet toivat esille, että lääketieteellisten selvitysten laatu on hyvin vaihtelevaa. Eräs vastanneista toi myös esille, että tiedon laatuun liittyvät kysymykset ovatkin tämän vuoksi hieman haastavia vastata. Mukaan mahtuu hyvin laadukkaita lääkärintlausuntoja, mutta vastauksista sai käsityksen, että usein lääkärintlausunnoissa on paljon parannettavaa. Maininnan sai kuitenkin työterveyshuollon lääkärintlausunnot, jotka ovat useimmiten laadukkaita ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia ajatellen. Usein kuitenkin juuri työterveyshuollon asiakkaat saattavat olla työeläkekuntoutuksen piirissä, jolloin Kelan kuntoutuksen tarvetta ei yleensä tarvitse tällöin arvioida.

Analyysin tuloksena tiedon laatuun liittyvät haasteet jaoteltiin yhdeksään yläluokkaan ja kuhunkin yläluokkaan liittyviin alaluokkiin (Taulukko 7). Jaottelu ei ollut kaikilta osin selkeä ja yläluokkia tuli turhan monta, mutta tässä päätettiin kuitenkin jaotella lääkärintlausuntojen sisällölliset haasteet vielä erillisiksi yläluokkakokonaisuuksiksi.

Suurin osa vastanneista viittasi jollain tavoin *lääkärintlausuntojen lääketieteellisiin puutteisiin*. Siitä muodostui käytettävissä olevan tiedon haasteiden analyysissä ensimmäinen yläluokka, johon liittyen tuli myös useita alaluokkia. Muutama vastaajista oli maininnut yleisesti lääkärintlausuntojen puutteiden vaikeuttavan ammatillisen kuntoutuksen arviointia. Suurin osa oli kuitenkin eriteltyt tarkemmin, minkälaiset puutteet lääkärintlausunnon sisällössä aiheuttavat haasteita. Selkeästi suurimmaksi alaluokaksi muodostui lääkärintlausuntojen epäselvät, epätarkat ja niukat lääketieteelliset tiedot. Erityisesti esitettyjen olennaisten tietojen niukkuus sekä selkeyden puute vaikeuttaa asiantuntijalääkärin työtä. Toisaalta osa koki myös, että ajoittain lääkärintlausunnoissa esitetään epäolennaista tietoa, joka vie tilaa olennaisten tietojen esittämisestä. Joissain lääkärintlausunnoissa ongelmaksi muodostuu vastaajien mukaan olennaisen sairaushistorian puuttuminen, mutta tällöin on pysyteltävä nimenomaan nykyhetken kannalta olennaisessa sairaushistoriassa. Moni nosti esille, että kuva asiakkaan kokonaistilanteesta ja nykytilasta jää usein vaillinaiseksi. Esimerkiksi päihdekäyttötilanteen esiin

tuominen olisi ensisijaisen tärkeää, ja lisäksi ajoittain on hankalaa erottaa, milloin lääkärinlausunnossa viitataan nykyhetkeen ja milloin menneeseen aikaan. Usein ongelmana koettiin vanhojen lääketieteellisten tietojen esittäminen lääkärinlausunnossa tai toki jo se, että joskus arviossa joudutaan käyttämään useampi kuukausi vanhaa lääkärinlausuntoa. Moni koki myös, että lausunnossa ei välttämättä esitetä tuoreita objektiivisia havaintoja. Tällöin esimerkiksi kliinistä tutkimusta ei ole tehty ajankohtaisesti ja lausunto on yhä useammin etävas- taanotolla kirjoitettu. Seuraavassa avovastauksen otteessa kuvautuvat edellä mainitut mah- dolliset puutteet sekä lisäksi huomioidaan myös lääkäri-potilas-asiakassuhteen oletettua hyö- tysuhdetta.

...valitettavan usein on kliinisen tutkimuksen tuloksetkin "leikattuna ja liimat- tuna" samanlaisia lausunnosta ja vuodesta toiseen. Mistä on pääteltävissä, että kliinistä tutkimusta ei ole laisinkaan tehty. Voisi senkin rohkeasti mainita, jos siihen ei ole ollut aikaa tai tarvetta (ja syy miksi ei ole katsonut tarpeelliseksi). Hakija kuitenkin useimmiten joutuu maksamaan (tai työnantajansa) lausun- nosta, joten olisi rahalle saatava vastinettakin.

Lisäksi monesti asiakkaan oma kertomus ja näkemys koettiin sekoittuvan lääkärinlausunnossa lääketieteelliseen tietoon, mikä voi aiheuttaa selviä väärintulkintatilanteita. Muutamassa vas- tauksessa nostettiin myös esille se, miten lausunnossa ei ole aina otettu huomioon kaikkia sai- rauksia. Ajoittain jää myös epäselväksi, että onko tietyn sairauden asianmukaista hoitoa edes toteutettu, jos siitä ei ole mainintaa lääkärinlausunnossa.

Seuraavana isompana kokonaisuutena eroteltiin *työ- ja toimintakyvyn puutteellisen kuvauk- sen ja arvioinnin ongelmat lääkärinlausunnoissa*. Arjen toimintakyvyn, sekä rajoitteiden että hyvän toimintakyvyn osa-alueiden, kuvausta ja arviota lääkärinlausunnoissa pidettiin usein puutteellisena. Ajoittain se puuttuu kokonaan tai se perustuu vanhentuneisiin tietoihin. Isona ongelmana moni koki sen, että asiakkaan oma näkemys on kirjattu lähes suoraan toimintaky- vyn kuvaukseksi. Useampi vastanneista mainitsi myös, että jäljellä olevan työkyvyn arviointia ei ole tehty asianmukaisesti lääkärinlausunnossa. Jos sellainen kuitenkin löytyi, niin liian usein arvioinnin katsottiin tehdyn puutteellisin perustein. Hoitava lääkäri saattaa esimerkiksi verrata asiakkaan työkykyä sellaiseen työhön, jota asiakas ei ole vuosikymmeniä tehnyt tai sitten tietyn ammatin moninaisia työmahdollisuuksia ei ehkä tunneta.

Hoitava lääkäri ei osaa arvioida jäljellä olevaa työkykyä. Toteaa vain työkyvyt- tömäksi. Hoitava lääkäri ja hakija eivät osaa erottaa KEL:n mukaista yleistä työkyvyttömyyttä ja SVL:n mukaista työkyvyttömyyttä omaan työhön, jolloin ammatillinen kuntoutus jää arvioimatta. Lausutaan työkyvyttömäksi riippu- matta tai tuntematta hakijan ajankohtaista työtä tai mahdollisuuksia työn vaih- tamiseen joko omalla työnantajalla tai peräti kouluttautumalla uudelleen. Olemme siis aina jälkijättöisiä tässä asiassa. Suurin osa työterveyshuollon eri- koislääkäreistä kyllä kykenee tähän, mutta joskus vaikuttaa siltä, että lausunto on kiireessä tehty.

Haasteita asiantuntijalääkärille ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin suhteen aiheut- tavat myös *puutteelliset taustatiedot* etenkin koulutus- ja työhistoriatietojen osalta. Tässä

alaluokassa mainintoja saivat niin lääkärinlausunnoissa, asiakkaan hakemuksissa kuin etuuskäsittelijöiden kirjoittamissa arviopyynnöissä havaitut puutteet. Tosin myös tässä vaihtelevuus laadussa koettiin suureksi. Useampi mainitsi, että taustatieto on joskus hyvin niukkaa tai ajoittain se puuttuu kokonaan. Myös virheellistä tietoa on joskus mukana tai saatetaan esittää epäolennaista ja vanhentunutta asiakkaan taustatietoa. Lisäksi useampi koki ongelmalliseksi sen, ettei useimmiten ole selvillä, mistä syystä jonkin työn tai opiskelujen keskeytys on tapahtunut. Myöskään työ- tai koulumenestystä ei usein kuvata. Edellä mainituilla tiedoilla olisi suuri merkitys ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin kannalta.

Neljäntenä esiin nostettujen haasteiden luokaksi voitiin erotella *kuntoutusta koskevan esitiedon puutteet*. Lääkärinlausunnoissa oli vastanneiden mielestä liian usein puutteita ammatillisen tai muun kuntoutuksen suunnitelman ja arvion ilmoittamisessa. Ajoittain se puuttuu kokonaan ja usein se on vähintään puutteellinen. Tässä kuvattiin taas suurta vaihtelua lääkärinlausuntojen kesken. Useampi mainitsi, että kuntoutusyksikön ja työterveyshuollon asiakirjoissa otetaan yleensä hyvin kantaa ammatilliseen kuntoutukseen. Jos asiakas on työterveyshuollon piirissä, useimmiten hänen ammatillisen kuntoutuksensa vastuu ei kuitenkaan kuulu Kelalle vaan työeläkelaitokselle. Täten Kelan kuntoutettavien kohdalla korostuikin mahdollisesti heikompilettiset lausunnot ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin osalta. Vastauksissa tuli esiin, että yleensä ammatilliseen kuntoutuksen ajankohtaisuuteen ja mahdollisuuksiin aletaan lääkärinlausunnoissa ottaa kantaa liian myöhäisessä vaiheessa työkyvyttömyyden jo pitkittyessä. Monesti niissä voidaan lisäksi todeta, että ammatillinen kuntoutus ei ole ajankohtaista, mutta sitä ei perustella mitenkään. Moni asiantuntijalääkäri koki, että erityistä haastetta aiheuttaa myös se, että aiemmista kuntoutustoimista ei ole kattavaa tietoa ja arviota usein saatavilla. Esimerkiksi muun tahon kautta toteutetusta kuntoutuksesta tai hoidosta Kela ei usein saa kuntoutuspalautteita. Tässä voi korostua myös etuuskäsittelijöiden rooli, jolloin tarpeeksi kattava kuntoutustietojen kerääminen arviopyyntöön olisi toivottavaa. Myöskään käynnissä olevista pitkäkestoisista kuntoutuksista (amatillinen-, lääkinnällinen- tai muu kuntoutus) ei useinkaan saa kesken tietoa. Asiantuntijalääkäreille on lisäksi ajoittain arviovaiheessa epäselvää, kenen vastuulla ammatillinen kuntoutus on. Jos se olisi selkeästi aina esillä, ei asiantuntijalääkärin täytyisi käyttää ylimääräistä aikaa ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvion tekemiseen siinä tapauksessa, jos asiakas ei ole Kelan kuntoutettava.

Edelliseen luokkaan liittyen oli eroteltavissa myös *hoito- ja kuntoutustahon puutteelliset tiedot ammatillisesta kuntoutuksesta* -yläluokka. Muutamassa vastauksessa nostettiin esiin, että hoitavalla taholla ei ajoittain katsota olevan riittävästi tietoa ammatillisesta kuntoutuksesta tai myöntöedellytyksistä sekä lisäksi sen oikea-aikaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta ei osata kunnolla arvioida. Lisäksi myös ammatillisen kuntoutuksen palveluntuottajien tarkoituksenmukaisuuteen palveluihin ohjaamisessa katsottiin olevan ajoittain parantamisen varaa.

...Ammatillisen kuntoutuksen palveluntuottajat eivät tunne Kelan eri kuntoutusmuotoja ja niiden myöntöperusteita, eivätkä tarpeeksi vahvasti ohjaa asiakasta tarkoituksenmukaisen suunnitelman suuntaan. Esim. ammatillisen kuntoutuspalveluksen tuloksena on turhan usein asiakkaan toiveen mukaisesti uudelleenkorjaus, vaikka olisi tutkinto/ammatti, jonka pohjalta voisi työllistyä terveydentilalle sopivaan työhön. Nuorille suositellaan aloja/ammatteja, jotka eivät ole terveydentilalle sopivia tai joihin opiskelu on liian haastavaa...

Seitsemässä tämän kysymyksen vastauksessa otettiin esiin *asiakkaan motivaation* teema. Toisin motivaatioon liittyviä vastauksia oli myöhemmin myös runsaasti lisää. Tietoa asiakkaan motivaatiosta ammatilliseen kuntoutukseen tai työhön paluuseen ei koeta tarpeellisessa määrin yleensä välittyvän asiantuntijalääkäreille mistään esitiedoista (lääkärintoimitukset, hakemukset, arviopyynnöt jne.). Tieto asiakkaan motivaatiosta olisi ensiarvoisen tärkeää ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin tilanteessa. Toisaalta esiin nostettiin myös asiakkaan motivoinnin tärkeys. Esiin nostettiin esimerkiksi se, että jos ei hoitotaholla aktiivisesti suunnitella kuntoutusta alusta lähtien, on vaarana asiakkaan passivoituminen. Tämä voi vielä korostua sairausloman pitkittyessä ja vaikka asiakas ohjattaisiinkin esimerkiksi ammatilliseen kuntoutuspalvelukseen, niin sielläkin lopputulemana voi olla toteamus siitä, että asiakas ei ole motivoitunut ja tästä syystä ei ole järkevää viedä eteenpäin ammatillista kuntoutusta. Eräs vastaaja koki, että tällaisessa tilanteessa tulisi tehdä moniammatillista yhteistyötä asiakkaan motivoimiseksi ja tsemppaamiseksi passivoitumisen estämiseksi.

Vastauksissa tuli esiin myös *tiedonvälittämisen ongelmia* terveydenhuollon sisällä, terveydenhuollon ja Kelan välillä, asiakkaan ja Kelan välillä sekä Kelan sisällä. Tässä korostuu mahdollisesti terveydenhuollon haasteet kiireen ja vaihtuvan henkilökunnan osalta. Vastauksissa mainittiin, että arvioita ei ole välttämättä tehty varsinaisen hoitavan lääkärin toimesta eikä kaikkia tarvittavia tietoja ole välttämättä ollut käytössä lausunnon allekirjoittaneella lääkärillä. Asiantuntijalääkäri ei myöskään pääse katsomaan esimerkiksi asiakkaan Kanta-tietoja, mitä kautta voisi päästä näkemään puuttuvia tietoja. Tämän kuitenkin katsottiin olevan kuitenkin myös perusteltua vakuutuslääketieteellisestä näkökulmasta. Lopulta on myös asiakkaasta kiinni, että mitä selvityksiä hän Kelalle toimittaa. Tässä mainittiin voivan ilmetä merkittävää subjektiivisuutta kokonaiskuvan luomisessa.

Vastauksista oli myös eroteltavissa *rakenteellisia haasteita*, jotka heijastuvat myös asiantuntijalääkäreiden arviotyöhön. Esiin nostettiin muun muassa asiakkaiden tiettyjen taustatekijöiden vaikutus ammatillisen kuntoutuksen arvion haasteisiin. Tällöin mainittiin esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien tai maahanmuuttajien todellisten kuntoutusmahdollisuuksien niukkuus. Tällöin voidaan puhua kuntoutusmahdollisuuksien epätasaisesta jakautumisesta. Eräässä vastauksessa nostettiin esiin työttömien asema työkyvyn arvioissa:

Ammatillisen kuntoutuksen osalta käytännössä ainoastaan työterveyslääkärit laativat laadukkaita lausuntoja. Edelliseen viitaten: työttömien terveystarkastusprosessiin tulisi ottaa mukaan myös nykyisen työterveyshuollon ammattilaiset (työterveyslääkärit, työterveyshoitajat, työfysioterapeutit, työpsykologit).

Myös terveyden- ja sosiaalihuollon resurssipula etenkin psykiatrisella puolella näkyy lääkärinlausunnoissa ja ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumisessa oikea-aikaisesti. Eräissä vastauksessa oli otettu esiin se, miten asiakkailla on enenevässä määrin muun muassa kaoottista elämänhallintaa, päihderiippuvuuksia, oppimisvaikeuksia ja yleensäkin hoitamattomia sairauksia, joihin ei ole puututtu tarpeeksi ajoissa. Tämä sitten heijastuu myös mahdollisuuksiin kuntoutua. Kuntoutuspuheen ylläpitoa ei myöskään ehditä pitää yllä ja asiakas voi jäädä unohduksiin vain terveydenhuollon etäkontaktien päähän.

Lopuksi muutamissa vastauksissa nostettiin erityisesti esiin etuuskäsittelijöiden *arviopyyntöihin liittyviä haasteita*. Näissäkin nähtiin olevan suurta vaihtelua. Suurimmat haasteet liittyivät taustatiedon epäselvään ja puutteelliseen esittämiseen. Lisäksi mainittiin, että usein etuuskäsittelijän omaa näkemystä ei tuoda tarpeeksi esille eikä myöskään niin sanottu ”hiljainen tieto” välity hyvin asiantuntijalääkärille. Tällainen tieto voi olla peräisin esimerkiksi puhelinkontaktista asiakkaaseen.

6.2.3 Tiedon laadun kehitysehdotukset

Lähes kaikki olivat vastanneet myös tiedon laadun kehitysehdotuksia koskevaan kysymykseen 6 (ks. Liite 3). Neljä vastaajaa oli tässäkin jättänyt tiedon tyhjäksi ja yksi vastaaja oli viitanut aiemman kysymyksen vastaukseen. Vastaukset koskivatkin tässä odotetustikin aiemmassa kysymyksessä esiin nostettuihin haasteisiin liittyviä kehitysehdotuksia. Tässä yhteydessä on huomioitu myös muissa avoimissa kysymyksissä esiin nostettuja teemoja, jotka soveltuvat tiedon laadun teemaan. Vastaukset jaettiin kolmeen yläluokkaan (kehitysehdotukset arviopyynnön tekijöille, kehitysehdotukset lääkärinlausunnon laatijoille/hoitotaholle ja yleiset rakenteelliset kehitysehdotukset/huomiot) sekä pienempiin alaluokkiin (Taulukko 8).

Taulukko 8: Asiakasta koskevan tiedon laatuun liittyvät kehitysehdotukset

Kehitysehdotukset tiedon laatuun liittyen	
Kehitysehdotukset arviopyynnön tekijöille	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tarkkuus ja järjestelmällisyys ○ Työ- ja koulutushistorian tarpeellinen kuvaus ○ Tarpeellisten selvitysten liittäminen arviopyyntötyöhön ○ Aiempien kuntoutustoimien listaus ja arvio sekä kuntoutusvastuun kirjaaminen ○ Kuntoutushaastatteluiden lisääminen ○ Yhdessä oppiminen ja konsultointi ○ Ammatillisen kuntoutuksen osaamisen vahvistaminen
Kehitysehdotukset lääkärinlausunnon laatijoille/hoitotalolle	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lääkärinlausuntojen tarkkuus, järjestelmällisyys ja suosituksenmukaisuus ○ Ajankohtaisesti tehty statustutkimus sekä työ- ja toimintakyvyn kuvaus ja arvio ○ Työkyvyn laajempi arvio ○ Työ- ja koulutushistorian tarpeellinen kuvaus ○ Avoin kuntoutuskeskustelu asiakkaan ja hoitavan lääkärin välillä sekä työ- ja kuntoutusmotivaation kirjaus ○ Kuntoutuksen ja hoidon tehdyt toimenpiteet ja jatkosuunnitelma mahdollisimman konkreettisesti ja aikataulutetusti ○ Koulutuksen lisääminen liittyen ammatilliseen kuntoutukseen, työkyvyn arvioon, lausuntojen kirjoittamiseen ja etuuksiin
Yleiset rakenteelliset kehitysehdotukset tai huomiot	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kuntoutuspuheen ja kannustuksen aloittaminen varhaisessa vaiheessa ○ Resurssien kohdentaminen ○ Kuntoutukseen kytkeytyvien toimijoiden roolien selkiyttäminen

Ensimmäiset kehitysehdotukset koskivat *arviopyynnön tekijöitä* eli Kelan etuuskäsittelijöitä. Kuten jo haasteita koskevassa kysymyksessä tuli esiin, sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkeasiassa luotujen arviopyyntöjen laadussa koetaan olevan vaihtelevuutta. Yleisesti vastauksista tuli kuitenkin ilmi painotus, että arviopyyntöjen tekijöiden toivotaan esittävän tiedon asianmukaisesti, järjestelmällisesti ja riittävän tarkasti, jotta asiantuntijalääkäri saa tarpeeksi selkeän kokonaiskuvan asiakkaan tilanteesta ja pystyy tekemään laadukkaan arvion asiakkaan työkyvyttömyydestä ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta. Lisäksi useammassa

vastauksessa katsottiin, että etuuskäsittelijöiden tulisi muistaa liittää kaikki tarvittavat selvitykset arviopyyntötyöhön. Tässä mainittiin muun muassa B-lausunnossa viitattujen selvitysten liittäminen työhön sekä tarvittaessa myös niiden pyytäminen toimitettavaksi Kelaan. Myös kuntoutuspalautteiden liittäminen tärkeyttä painotettiin. Useissa vastauksissa toistui toive, että työ- ja koulutushistoriaa kuvattaisiin nykyistä tarkemmin arviopyynnöissä etenkin silloin, jos sitä ei kattavasti ole esitetty ajantasaisessa lääkärintlausunnossa. Ammattinimekkeiden sijaan olisi mahdollisuuksien mukaan pyrittävä myös kuvaamaan tehdyn työn sisältöä ja kestoä. Erityisenä ehdotuksena mainittiin, että jos asiakkaan koulutus- ja työhistoriaa kirjattaisiin säännöllisesti järjestelmän talletuspohjaan ylös, niin tällöin se olisi kaikkien käytettävissä. Tieto olisi kumulatiivista ja säästyttäisiin monesti turhalta työltä. Lisäksi vastauksissa toistui näkemys siitä, että aiemmat kuntoutustoimet sekä mahdollisuuksien mukaan arvio niistä tulisi liittää arviopyyntötyöhön. Myös lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumisesta koettiin tarvittavan tarkempaa selvitystä, jotta voidaan arvioida ammatillisen kuntoutuksen tarvetta. Tässä yhteydessä tuli lisäksi maininta, että ammatillisen kuntoutuksen vastuutaho tulisi muistaa aina systemaattisesti kirjata arviopyyntötyöhön.

Useampi vastaaja myös koki, että etuuskäsittelijöiden tekemien kuntoutushaastatteluiden lisääminen olisi hyödyllistä. Haastatteluyhteenvedoista tulee yleensä hyvin esille asiakkaan motivaatio, toiveet ja aikataulumahdollisuudet. Kaiken kaikkiaan tällainen puhelu voi toimia asiakkaan herättelijänä ja ylipäättään tiedon välittämisen keinona, koska hoitotaholla ohjaus on vaihtelevaa. Sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkettä käsittelevien etuuskäsittelijöiden ammatillisen kuntoutuksen osaamisen vahvistaminen nähtiin myös tärkeänä sekä myös etuuskäsittelijöiden oman näkemyksen ilmi tuominen arviopyynnössä koettiin toivottavaksi. Myös molemminpuolinen tietojen tarkistamisen tai mielipiteiden vaihdon arvioitiin olevan toivottavaa asiantuntijalääkäreiden ja etuuskäsittelijöiden kesken.

Seuraavaksi esitellään vastauksissa esiin nostettuja *lääkärintlausunnon laatijoille tai hoitotaholle kohdistettuja kehitysehdotuksia* ja -ajatuksia. Vastauksissa nousi esiin yleisellä tasolla kehitystoiveena, että lääkärintlausuntojen laatuun kiinnitettäisiin enemmän huomiota esimerkiksi sisällöllisen tarkkuuden, relevanttien asioiden esittelyn ja ajankohtaisen tiedon suhteen. Lääkärintlausuntojen toivotaan olevan selkeästi hahmotettava kokonaisuus asiakkaan tilanteesta, jossa otetaan kantaa siihen, mihin siinä odotetaankin otettavan kantaa. Lääkärintlausunnon jokaiseen kohtaan olisi mietittävä asiakkaan ajankohtaiseen tilanteeseen sopiva vastaus. Useampi vastaaja painotti, että lääkärintlausunnossa pitäisi ilmetä ajankohtaisesti tehdyn statustutkimuksen tulokset ja arvio siitä sekä lisäksi näiden perusteella tehty kuvaus nykyisestä työ- ja toimintakyvystä. Tämä objektiivisesti esitettävä nykytilan kuvaus ei saisi sekoittaa esitietoihin tai asiakkaan omaan kertomukseen.

Lisäksi työkyvyn arviointia tulisi osan mielestä laajentaa. Jos vaarana on esimerkiksi työkyvyn pitkittyminen, olisi jo varhaisessa vaiheessa alettava pohtia hoitotaholla, että missä muussa

työssä kuin omassa työssään olisi edellytyksiä pärjätä. Tämä seikka kiinnittyy myös siihen, että hoitotaholla on tärkeää olla tietoisia asiakkaan työ- ja koulutushistoriasta. Se tulisi kirjata myös näkyviin lääkärinlausuntoon ja rinnastaa tämä tieto työkyvyn arvioon. Useampi vastaaja koki työ- ja koulutushistorian tarkemman kuvauksen olevan ensiarvoisen tärkeää. Monen vastaajan vastauksissa toistui lisäksi toive siitä, että kuntoutuksen ja hoidon tehdyt toimenpiteet, niistä saatu vaste sekä jatkosuunnitelmat olisivat lääkärinlausunnoissa esitettyinä mahdollisimman konkreettisesti ja aikataulutetusti. Tämä helpottaisi huomattavasti asiantuntijalääkärin työtä hänen arvioidessaan Kelan kuntoutuksen tarvetta ja ajankohtaisuutta. Usea nosti esille, että ylipäätään avoimempi keskustelu hoitavan lääkärin/hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä ammatillisen kuntoutuksen suhteen olisi toivottavaa, jolloin selviäisi myös asiakkaan motivaatio kuntoutustoimenpiteisiin. Motivaatio tulisi myös selkeästi kirjata lääkärinlausuntoon esille. Osa koki myös, että joissain tilanteissa avoin rohkaisu työssä pysymiseen tai sinne takaisin pyrkimiseen mahdollisuuksien mukaan olisi toivottavaa.

Useimmiten tulisi jo ennakkoon kysyä hakijan omaa mielipidettä ammatillisesta kuntoutuksesta. Ylipäätään mahdollisuudesta sitoutua kuntoutukseen. Hoitotaholla tämä tulisi nostaa esiin jo, kun työhön soveltuvuus jatkossa käy epävarmaksi sairauden takia. Monet työterveyslääkärit osaavat tämän oikein hyvin ja silloin saadaankin hyviä, johtopäätöksiin perusteltuja lausuntoja.

Ammatillinen kuntoutussuunnitelma pitäisi perustua aina riittävään työ- ja toimintakyvyn arviointiin. Liian usein hakemuksissa on vain fyysisen toimintakyvyn kuvausta ja somatiikkaa. Oppimiskyvyt ja psykologiset piirteet sekä mahdolliset psykiatriset oireet työelämän kannalta jäävät liian usein sivuun ja kuntoutustoimet kariutuvat näiden vuoksi. Pahinta on, että keskeytyneistä koulutuksista tai muista kuntoutusyrityksistä ei ole usein mitään tietoa. Kunnollinen työkyvyn arviointi selvittää tarkoin, mistä epäonnistumiset johtuivat. Jos asiakas sanoo: "Ei kiinnostanut", siihen ei pitäisi tyytyä. Säästyttäisi monelta epäonnistumisen kokemiselta, jos alkuselvitykset olisi tehty kunnollisesti.

Useampi nosti myös esille, että hoitotahon henkilöstölle tulisi tarjota enemmän koulutusta ammatilliseen kuntoutuksen, työkyvyn arvioimiseen, lääkärinlausuntojen kirjoittamiseen ja Kelan etuuksiin liittyen. Tiedon lisääminen näiden suhteen parantaisi jo itsessään lääkärinlausuntojen laatua.

Hoitavan lääkärin koulutuksella, että osataan keskittyä kuvaamaan oikeaa asiaa (tutkimustulokset, status, johtopäätökset), ettei käytetä aikaa merkityksettömien asioiden kuvaamiseen. Myös kokemus tuo varmuutta, osataan tehdä itsenäinen ratkaisu, eikä ole arvioissa johdateltavissa.

Osassa vastauksista otettiin esille myös *rakenteellisia kehitysjatuksia*. Terveystieteiden resurssipulan ilmeinen vaikutus mainittiin vaikuttavan myös lääkärinlausuntojen laatuun. Terveystieteiden huollossa paine on valtava vähäisten resurssien keskellä, ja täten lääkärinlausuntojen ongelmiin ovat vaikuttamassa suuremmat rakenteelliset haasteet. Ilmeinen kehitysehdotus tässä tilanteessa olisi lisäresurssien saaminen terveystieteiden huoltoon, kuten muutamassa vastauksessakin mainittiin. Lisäresurssien lisäksi resurssien kohdentamista ja roolien selkiyttämistä ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin suhteen olisi mahdollisesti mietittävä hoitotaholla.

Esimerkiksi psykiatrian puolella tilanne on usein niin kriittinen, ettei ammatillisen kuntoutuksen pohdinnalle jää tarpeeksi aikaa. Ehdotuksena useammassa vastauksessa esitetään, että psykiatriaan erikoistuville tulisi erityisesti lisätä ammatillisen kuntoutukseen liittyvää koulutusta. Eräissä vastauksissa oli myös havaittavissa yleinen toive siitä, että yhteiskunnassa valitseva kuntoutuspuhe olisi kannustavampaa ja se voisi tällöin heijastua myös lääkärin tai muun asiantuntijan kanssa käytäviin keskusteluihin kuntoutusvaihtoehdoista. Jos asiakkaan kuntoutus otetaan vasta työkyvyttömyyseläkettä hakiessa puheeksi, voi asiakas haluta tässä vaiheessa jo todistella työkyvyttömyyttään. Jos hänelle on taas jo sairauspäivärahauden alussa alettu painottaa kuntoutumisen mahdollisuutta, voi hän mahdollisesti pitää tämän vaihtoehdon mielessään todennäköisemmin jatkossakin. Ohessa vielä aineistosta ote vastauksesta, jossa huomioidaan resurssien vaikutus sekä myös aiemmin mainittuja teemoja.

Niistä arviopyynnöistä ja lausunnoista, jotka nykyisin tulevat asiantuntijalääkärin käsiteltäväksi, on lisääntyvä määrä vaikeaselkoisia kokonaisuuksia. "Hoitotaholla" eli käytännössä lääkärit valittavat kiireitä ja liiallisen lausuntokuorman tuottamaa tuskaa. Liian monissa tapauksissa lausunnon kirjoittanut lääkäri ei vaikuta olevan selvillä, mihin tarkoitukseen paperia tarvitaan. Perusterveydenhuollossa on vain harvoin pysyviä hoitosuhteita, mikä vaikeuttaa kokonaisarvion tekemistä. Toisinaan lausunnoissa on sivutolkulla epärelevanttia materiaalia, mm. asiaan liittymättömiä tutkimuslausuntoja, kun yksinkertaisesti Kela haluaa tietoa sairauden tilasta ja asiakkaan toimintakyvystä. Ennen kaikkea: ammatillisen kuntoutuksen aloitteet tulevat hyvin usein liian myöhään, esimerkiksi haettaessa sairauspäivärahaa tai eläkettä uudelleen, jolloin asiakkaan motivaatio palata työelämään on useimmiten kadonnut. Siispä riittävän proaktiivista toimintaa terveydenhuollosta ja oikein suunnattuja lausuntoja.

6.3 Asiakasta koskevan tiedon käyttö ja soveltaminen

Tässä alaluvussa tarkastellaan "tiedon käyttö ja soveltaminen" -teemaa ja analysoidaan erityisesti kyselyn (Liite 3) kysymyksiin 7, 8 ja 9 annettuja vastauksia. Kvantitatiivisella tarkastelulla aloitetaan luvussa 6.3.1 ja siitä edetään laadulliseen avovastausten analysointiin luvuissa 6.3.2 ja 6.3.3.

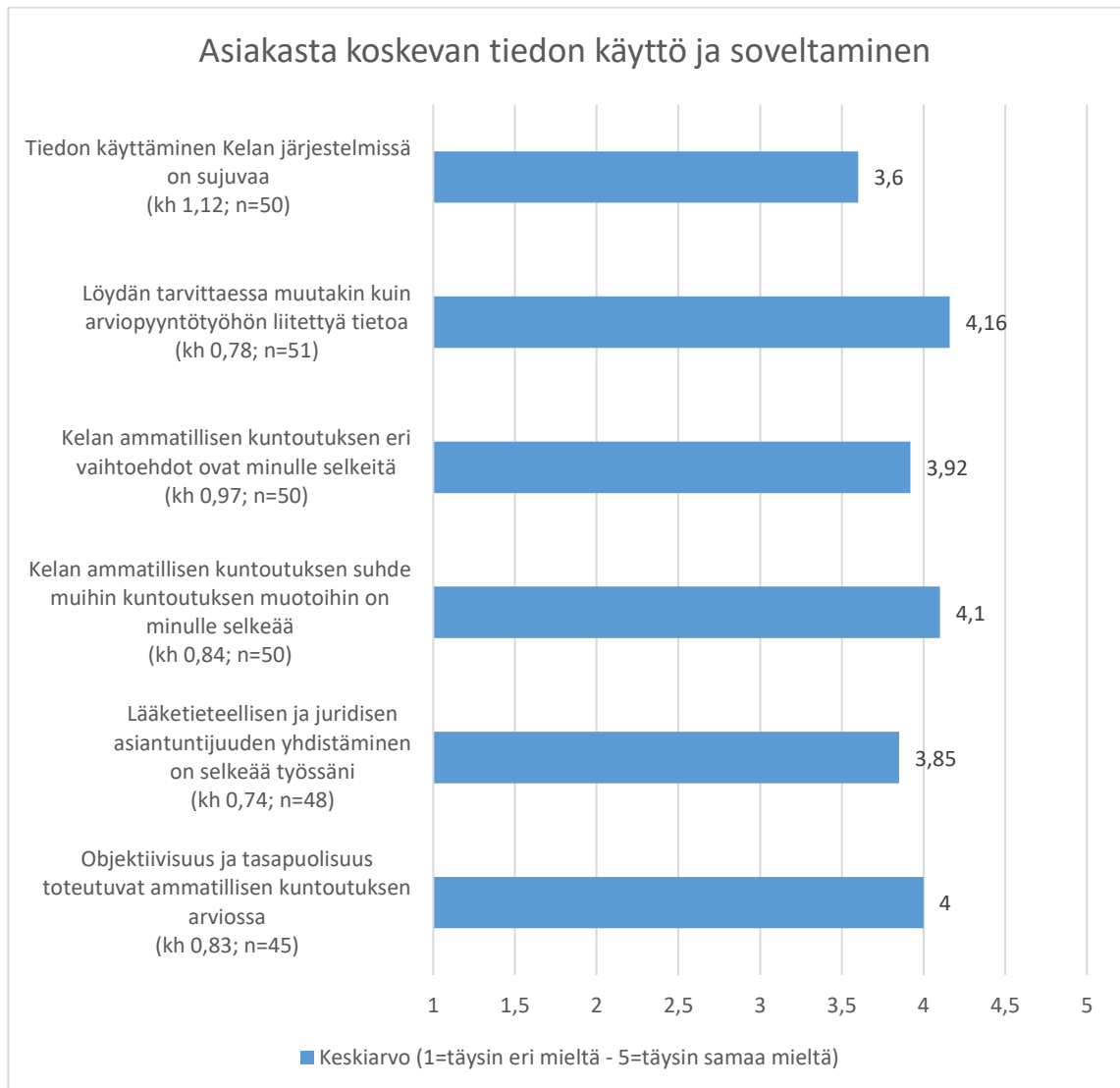
6.3.1 Tiedon käytön ja soveltamisen kvantitatiivinen tarkastelu

Asiakasta koskevan tiedon käyttö ja soveltaminen -teemassa oli kuusi väittämäkysymystä (Liite 3, kysymyskokonaisuus 7). Kolmen väittämän kohdalla yksi vastaajista oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Vastausten vaihteluväli oli 1-5, mutta kolmen väittämän kohdalla "täysin eri mieltä" -vaihtoehto ei saanut lainkaan vastauksia. "En osaa sanoa" -vastausvaihtoehto oli valittu neljän väittämän kohdalla, ja "objektiivisuus ja tasapuolisuus toteutuvat ammatillisen kuntoutuksen arviossa" -väittämän kohdalla jopa 5 vastaajaa oli valinnut sen. Tämä voi mahdollisesti kertoa heikosti muotoillusta kysymyksestä tai myös esimerkiksi siitä, että ammatilliseen kuntoutuksen arviointiin vaikuttaa myös paljon saatavilla oleva tieto ja täten

eritasoiset taustatiedot vaikuttavat vääjäämättä tasapuolisuuteen. Ehkä ammatillista kuntoutusta koetaan arvioitavan objektiivisesti ja tasapuolisesti silloin, kun asiakkaista on käytettävissä samantasoiset tiedot, mutta jos näin ei ole, voi objektiivisuutta ja tasapuolisuutta olla vaikea arvioida. Kyseiset en osaa sanoa -vastaukset sekä myös tyhjäksi jätetyt vastaukset tulkittiin puuttuviksi tiedoiksi, eikä niitä ole huomioitu yksittäisiä väittämiä koskevassa kvantitatiivisessa tarkastelussa.

Yksittäisille väittämille laskettiin keskiarvot sekä keskihajonnat (Kuvio 3). Tiedon käyttämisen ja soveltamisen koettiin keskiarvojen perusteella olevan kohtuullisen selkeää ja sujuvaa keskiarvojen ollessa kaikkien väittämien kohdalla yli 3,5. Heikoin keskiarvo oli väittämällä ”tiedon käyttäminen Kelan järjestelmässä on sujuvaa” (ka. 3,60), jolloin se voi viestiä siitä, että Kelan järjestelmiin liittyvät toiminnot tai järjestelmässä oleva tiedon toimivuus voi aiheuttaa asiantuntijalääkäreiden työlle haasteita ajoittain. Toisaalta paras keskiarvo oli väittämällä ”löydän tarvittaessa muutakin kuin arviopyyntötyöhön liitettyä tietoa” (ka. 4,16), joten asiantuntijalääkärit kuitenkin löytävät tarvittaessa tietoa. Tiedon etsiminen voi kuitenkin olla ajoittain kankeaa ja hidasta edeltävän väittämän perusteella.

Jokaisen teeman väittämästä lasketut keskihajonnat vaihtelivat 0,74 ja 1,12 välillä. Suurin keskihajonta oli väittämän ”Tiedon käyttäminen Kelan järjestelmässä on sujuvaa” kohdalla (kh 1,12) ja myös ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehtojen selkeyteen liittyvässä väittämässä keskihajonta oli lähellä yhtä (kh 0,97). Näissä väittämissä siis vastaukset olivat eniten hajautuneita keskiarvosta. Pienin keskihajonta oli väittämän ”lääketieteellisen ja juridisen asiantuntijuuden yhdistäminen on selkeää työssäni” (kh 0,74), joskin kyseisessä väittämässä kaksi vastaaja oli valinnut vaihtoehdon ”en osaa sanoa”.



Kuvio 3: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset asiakasta koskevan tiedon käytöstä ja soveltamisesta

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 9) on vielä eriteltyä tiedon käyttöön ja soveltamiseen liittyvien väittämien vastausten jakautuminen prosentteittain. Taulukossa on käytetty niin sanottuja valideja prosentteja, jolloin prosenttiosuuksissa ei ole huomioitu en osaa sanoa -vastauksia ja tyhjäksi jätettyjä vastauksia. En osaa sanoa -vastauksia oli väittämissä ”objektiivisuus ja tasapuolisuus toteutuvat ammatillisen kuntoutuksen arvioissa” (5 kpl), ”lääketieteellisen ja juridisen asiantuntijuuden yhdistäminen on selkeää työssäni” (2 kpl), ”Kelan ammatillisen kuntoutuksen suhde muihin kuntoutuksen muotoihin on minulle selkeää” (1 kpl) ja ”Kelan ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehdot ovat minulle selkeitä” (1 kpl). Lisäksi kolmen väittämän kohdalla oli yksi tyhjäksi jätetty vastaus.

Taulukko 9: Tiedon käyttöön ja soveltamiseen liittyvien vastausten jakauma prosenttiosuuk-
sittain

Vastausten jakautuminen validien prosenttien mukaan tiedon käyttöön ja soveltamiseen liittyvissä väittämissä						
	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	N
Tiedon käyttäminen Kelan järjestelmissä on sujuvaa	4,0 %	20,0 %	6,0 %	52,0 %	18,0 %	50
Löydän tarvittaessa muutakin kuin arviopyyntötyöhön liitettyä tietoa	0,0 %	5,9 %	5,9 %	54,9 %	33,3 %	51
Kelan ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehdot ovat minulle selkeitä	2,0 %	10,0 %	8,0 %	54,0 %	26,0 %	50
Kelan ammatillisen kuntoutuksen suhde muihin kuntoutuksen muotoihin on minulle selkeää	2,0 %	4,0 %	6,0 %	58,0 %	30,0 %	50
Lääketieteellisen ja juridisen asiantuntijuuden yhdistäminen on selkeää työssäni	0,0 %	4,2 %	22,9 %	56,3 %	16,7 %	48
Objektiivisuus ja tasapuolisuus toteutuvat ammatillisen kuntoutuksen arvioissa	0,0 %	6,7 %	13,3 %	53,3 %	26,7 %	45

Teeman kuudesta väittäjästä muodostettiin summamuuttuja, jonka kautta pyrittiin tarkastelemaan, onko vastauksissa vaihtelua eri taustamuuttujien suhteen. Summamuuttujan sisäistä johdonmukaisuutta laskettaessa jouduttiin jättämään seitsemän vastaajan vastaukset kokonaan huomiotta, koska heillä oli puuttuvia tietoja summamuuttujaan sisältyvissä väittämissä. Cronbachin alfan kertoimeksi tuli 0,76, jota voidaan pitää hyväksyttävänä arvona summamuuttujan johdonmukaisuutta arvioitaessa. Summamuuttujan kaikkien hyväksyttävien havaintojen keskiarvo oli 3,98 ja summamuuttujan kaikkien arvojen keskihajonta oli 0,90. Myös summamuuttujan keskiarvo- ja keskihajontalaskennasta on jätetty kokonaan pois niiden vastaajien havainnot, joilla oli yksikin puuttuva tieto jonkin väittämän kohdalla. Keskiarvosta voidaan päätellä, että tiedon käyttö ja soveltaminen koetaan yleisesti keskimääräisesti melko sujuvaksi arvioitaessa ammatillisen kuntoutuksen tarvetta.

Summamuuttujan tarkastelua jatkettiin pyrkimällä havainnoimaan eroja taustamuuttujien suhteen (Taulukko 10). Tarkastelussa hyödynnettiin summamuuttujan keskiarvoja kunkin vastaajan kohdalla. Summamuuttujaa koskevassa tarkastelussa jouduttiin jättämään kolmen vastaajan osalta vastaukset huomioimatta, koska heillä oli puuttuvia tietoja ("en osaa sanoa" -vaihtoehto tai tyhjäksi jätetty vastaus) kaksi tai useampi summamuuttujaan sisältyvien väittämien osalta. Neljän vastaajan yksittäiset puuttuvat tiedot korvattiin kyseisen muuttujan keskiarvolla.

Kuten edellisenkin teeman yhteydessä, otettiin taustamuuttujatarkasteluun myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivat sekä työterveyshuollon ja vakuutuslääketieteen erityispätevyden omaavat. Näiden ryhmien vastauksia verrattiin muihin havaintoihin. Lisäksi tarkasteltiin työkokemuksen vaikutusta vastausten jakautumiseen. Kovin suuria eroja taustamuuttujittain tarkasteltuna ei ollut havaittavissa. Työterveyshuollon- tai vakuutuslääketieteen erityispätevyydellä ei näyttäisi olevan merkittävää vaikutusta kokemuksiin tiedon käyttämisestä ja soveltamisesta. Enemmän eroavaisuutta vaikutti olevan vertailtaessa myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivien vastauksia (ka. 4,20) muiden asiantuntijalääkäreiden vastauksiin (ka. 3,68). Ero ei tässäkään kuitenkaan vaikuta erityisen suurelta. Myös vähemmällä työkokemuksella näyttäisi olevan jonkun verran vaikutusta siihen, että keskimäärin tiedon käyttö ja soveltaminen koetaan negatiivisemmin (ka. 3,72) kuin enemmän työkokemusta omaavilla (ka. 4,11).

Taulukko 10: Tiedon käytön ja soveltamisen kokemus taustamuuttujittain

Tiedon käytön ja soveltamisen summamuuttujan tarkastelu taustamuuttujien suhteen	
Myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivat (n=26)	ka 4,20 (kh 0,46)
Muut (n=22)	ka 3,68 (kh 0,60)
Työterveyshuollon erityispätevyys (n=26)	ka 4,03 (kh 0,58)
Muut (n=22)	ka 3,88 (kh 0,59)
Vakuutuslääketieteen erityispätevyys (n=17)	ka 4,02 (kh 0,49)
Muut (n=31)	ka 3,93 (kh 0,64)
Työkokemus 0-5 vuotta (n=18)	ka 3,72 (kh 0,64)
Työkokemus 6 vuotta tai yli (n=30)	ka 4,11 (kh 0,50)

Taustamuuttujatarkastelua jatkettiin vielä kahden taustamuuttujan osalta, jotta voitiin havaita mahdolliset suuremmat eroavaisuudet taustamuuttujittain tarkasteltuna. Ensimmäiseksi otettiin tarkempaan tarkasteluun työkokemuksen vaikutus vastausjakaumaan kahdessa ensimmäisessä väittämässä ("Tiedon käyttäminen Kelan järjestelmissä on sujuvaa" ja "Löydän tarvittaessa muutakin kuin arviopyyntötyöhön liitettyä tietoa"), joiden vastauksiin työkokemuksella arvioitiin mahdollisesti olevan vaikutusta. Muodostettiin siis summamuuttuja kyseisistä väittämistä ja sen katsottiin olevan johdonmukainen (Cronbachin alfa 0,77). Yhden vastaajan tiedot jouduttiin jättämään pois puuttuvan havainnon vuoksi. Keskiarvoksi saatiin 3,88 ja kaikkien vastausten keskihajonnaksi 1,00). Kuitenkaan tässä kahden väittämän summamuuttujassa työkokemuksella ei ollut suurempaa vaikutusta vastausten jakaumaan kuin koko teeman kuuden väittämän summamuuttujatarkastelussa. Itse asiassa ero 0-5 vuoden työkokemuksella (ka. 3,75 ja kh. 0,82) ja tätä pidemmällä työkokemuksella (ka. 4,0 ja kh. 0,92) oli kahden

väittämän summamuuttujan tarkastelussa pienempi kuin kuuden väittämän summamuuttujatarkastelussa (ks. Taulukko 10).

Toiseksi tarkempaan tarkasteluun otettiin ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin kokemus. Nyt muodostettiin summamuuttuja teemaan liittyvistä kahdesta seuraavasta väittämästä ("Kelan ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehdot ovat minulle selkeitä" ja "Kelan ammatillisen kuntoutuksen suhde muihin kuntoutuksen muotoihin on minulle selkeää"). Tässäkin kahden väittämän summamuuttujassa sisäinen johdonmukaisuus oli riittävällä tasolla (Cronbachin alfa 0,86). Summamuuttujan keskiarvoksi saatiin 4,01 ja kaikkien arvojen keskihajonnaksi 0,90. Yhden vastaajan tiedot jouduttiin jättämään pois puuttuvien arvojen vuoksi. Ammatillista kuntoutusta muutoinkin kuin sairauspäivärahan- ja/tai työkyvyttömyyseläkeasian käsittelyn yhteydessä arvioivien asiantuntijalääkäreiden kokemusten (ka. 4,35 ja kh 0,55) ero muihin asiantuntijalääkäreihin (ka. 3,61 ja kh 0,96) tuli tässä kahden väittämän summamuuttujassa vielä selkeämmin esille kuin koko teemaan sisältyvien väittämien summamuuttujatarkastelussa. Tosin tässä on huomioitava, että muilla asiantuntijalääkäreillä oli keskihajonta suurempaa kuin myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivilla. Täten tässäkin varmasti esimerkiksi työkokemuksella on vaikutusta siihen, kuinka kokee ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehtojen selkeyden ja eron muihin kuntoutuksen muotoihin. Myös heillä, jotka eivät erikseen anna ammatillisen kuntoutuksen hakemuksiin arvioita, voi olla työkokemuksen kautta kerääntynyt hyvä tietotaito ammatillisesta kuntoutuksesta. On myös mahdollista, että vaikka asiantuntijalääkäri ei ajankohtaisesti arvioisi ammatillista kuntoutusta erikseen, on hän voinut arvioida sitä aiemmin.

Teeman kahden viimeisen väittämän ("Lääketieteellisen ja juridisen asiantuntijuuden yhdistäminen on selkeää työssäni" ja "Objektiivisuus ja tasapuolisuus toteutuvat ammatillisen kuntoutuksen arvioissa") osalta pyrittiin myös muodostamaan summamuuttuja sekä vertaamaan vastausten mahdollista riippuvuutta vakuutuslääketieteellisen erityisalan suhteen. Summamuuttuja ei kuitenkaan osoittautunut tarpeeksi johdonmukaiseksi. Tarkasteluun otettiin kuitenkin molemmat väittämät erikseen ja arvioitiin niiden osalta vakuutuslääketieteen erityispätevyysvaikutusta vastauksiin. Kuitenkaan tässä tarkastelussa kummankaan väittämän osalta keskiarvot eivät juuri eronneet vakuutuslääketieteen erityispätevyysvaikutuksen omaavien osalta muihin asiantuntijalääkäreihin verrattuna.

Seuraavaksi jatketaan teeman käsittelyä avointen kysymysten analysointiin (Liite 3 kysymykset 8 ja 9) alaluvuissa 6.3.2 ja 6.3.3. Ensin käsitellään tarkemmin haasteita ja sitten esitettyjä kehitysehdotuksia.

6.3.2 Tiedon käytön ja soveltamisen haasteet

Tiedon käytön ja soveltamisen haasteita koskevaan avokysymykseen (Liite 3 kysymys 8) vastasi 29 asiantuntijalääkärää. Tiedon käytön ja soveltamisen haasteita koskenut kysymys ei saanut täten yhtä paljon vastauksia kuin edelliset avoimet kysymykset. Tässä teemakokonaisuudessa jotkut vastaukset olivat myös sellaisia, että niillä oli selkeitä yhtymäkohtia edellisen teeman (tiedon laatu) kanssa. Osittain on täten huomioitava, että teemat ja vastaukset menevät joiltakin osin limittäin. Osa aihealueista nousee esille useammassa teemassa ja useammassa ylä- ja alaluokassa. Monet aihepiirit ovat keskenään kytkeytyneitä, eikä niitä ole järkevääkään erottaa tiukasti toisistaan. Asiakasta koskevan tiedon käytön ja soveltamisen haasteista eroteltiin sisällönanalyysin tuloksena Taulukon 11 mukaiset ylä- ja alaluokat.

Taulukko 11: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset tiedon käytön ja soveltamisen haasteista

Tiedon käytön ja soveltamisen haasteet	
Tekniset käyttöhaasteet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Järjestelmän yleinen käyttökokemus ○ Asiakirjojen luettavuus ○ Tiedon hajanaisuus
Kuntoutuksen arviointiin liittyvät haasteet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kuntoutuksen tai kuntoutussuosituksen vaikuttavuustieto puuttuu ○ Kuntoutuksen vaihtoehtojen selkeys ja tarkoituksenmukaisuus ○ Yhtenevä ratkaisukäytäntö ja linjaukset
Tiedonkulun haasteet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tiedonkulku ulkopuolisten tahojen kanssa ○ Kelan sisäinen tiedonkulku ja yhteistyö

Ensimmäisenä yläluokkana eroteltiin *tekniset käyttöhaasteet*. Useampi vastaajista mainitsi, että Kelan järjestelmät toimivat yleensä riittävän sujuvasti, vaikkakin käyttökatkoksia on ajoittain. Toisaalta muutama koki myös, että järjestelmän käytettävyys ei kaikilta osin ole ihanteellisin ja kaipaisi sujuvoittamista. Sairauspäivärahan järjestelmämuutoksen myötä tuli esille kokemus siitä, että asiantuntijalääkärin työ on lisääntynyt, kun kaikki tarvittava tieto ei ole koostettuna arviopyyntötyöhön. Useampi koki, että käytettävissä olevien asiakirjojen luettavuudessa on liian usein ongelmia. Luettavuutta vaikeuttavat muun muassa sivujen epäjärjestys sekä huono valokuvaus- tai skannausjälki. Lisäksi asiakkaan itsensä toimittamat Omakannasta tulostetut selosteet koetaan epäselviksi ja ne ovat monesti ilman henkilötunnisteita, ja erityisen maininnan saa myös sähköisen B-lausunnon epäonnistunut ulkoasu liian pienine

teksteineen sekä kappalejako-putteineen, mikä ei ole lukijaystävällinen. Useampi vastaaja ilmaisi myös tiedon hajanaisuuden vaikuttavan tiedon käyttö- ja soveltamiskokemukseen. Tällöin esimerkiksi ohjeiden ja tarvittavien asiakirjojen löytyminen järjestelmästä voi olla ajoittain liian paljon aikaa vievää.

Toisena haasteita koskevien vastauksien yläluokaksi erotettiin erityisesti *kuntoutuksen arviointiin liittyvät haasteet* tiedon soveltamisessa ja käyttämisessä. Useampi vastaaja koki, että haasteellista kuntoutusarvion tekemisessä ja tiedon soveltamisessa on se, ettei ole käytettävissä kuntoutuksen tai aiemman kuntoutussuosituksen vaikuttavuusarviota. Jos jotain on jo kuntoutuksen saralla tehty, ei tietoa sen sujumisesta ja vaikutuksesta asiakkaaseen ole välttämättä saatavilla. Tämä huomio liittyy toki myös paljolti tiedon laadun teema-alueeseen. Myös yleisellä tasolla kuntoutuksen vaikuttavuudesta kaivattaisiin tietoa. Muutamassa vastauksessa nostettiin myös esille, ettei ole varmuutta siitä, eteneekö Kelan asiantuntijalääkäriin kuntoutussuositus mahdollisesti hoitavalle lääkärille asiakkaan kertomana. Ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtojen selkeyteen kaipasi useampi myös parannuksia ja selkeämpää vaihtoehtojen esittämistapaa. Tähän liittyen maininnan sai kuntoutusosaajien konsultoinnin tärkeys haasteellisten tapausten kohdalla.

Svpr etuus on osaamisessani ensisijalla. Koska en tee amku ratkaisuja työssäni säännöllisesti, olen varovainen antamaan tiukkaa arviota amku edellytyksistä vähäkään monimuotoisemmassa tapauksessa ilman konsultoimista. Ajankäytöllisesti onkin svpr työtä tehdessä tällöin parempi että esitän amku arvioon pyydettyä erikseen etuuden osaajan arviointia

Pelkona on että ns "heittämällä tehty" amku arvio svpr kaudella ei olekaan realistinen, mutta asiakkaalle annetaan tähän suuntaan arvion perusteella toivetta, ja sitten varsinaisen haun toteutuessa todetaankin sitten että edellytykset eivät täyty - tämä ei ole laadukasta toimintaa.

Muutamassa vastauksessa nostettiin esille myös haaste olemassa olevien kuntoutusvaihtoehtojen soveltumisesta kaikkiin tilanteisiin. Esimerkkinä mainittiin, että suomen kieltä osaamaton voi jäädä paitsi ammatillisesta kuntoutuksesta koulutuksena. Myöskään eri kuntoutustoimien keskinäiset erot koetaan ajoittain häilyviksi vaikuttavuudeltaan ja kuntoutuksen kokonaisvaltainen arviointi voi täten olla hankalaa. Kuka hyötyy mistäkin -kysymys voi olla hankalasti pääteltävissä. Toisaalta tässä yhteydessä on kuitenkin mainittava, että useampi vastaajista piti kuntoutusvaihtoehtoja kuitenkin riittävän selkeinä. Tässä on tulkittavissa, että kokemus arvioiden antamisesta voi vaikuttaa myös tiedon soveltamisen varmuuteen.

Useampi nosti esille lisäksi haasteet yhtenevässä ratkaisukäytännössä ja kuntoutusta koskevissa linjauksissa. Konsultoidessa muita, vastaukset ovat vaihtelevia ammatillisen kuntoutuksen suhteen. Myös ratkaisijan ja asiantuntijalääkäriin ajatukset voivat vaihdella myöntökriteerien suhteen.

Kolmantena tiedon käytön ja soveltamisen haasteiden yläluokkana eroteltiin *tiedonkulkuun liittyvät haasteet*. Tässäkin yläluokassa on väistämättä yhteneväisyyksiä jo tiedon laadun teemakokonaisuuteen liittyen, mutta käsittelen sitä tässä yhteydessä vielä uudestaan, koska vastauksissa se tuli myös tässä yhteydessä selkeästi esille. Ensinnäkin vastauksista tuli esille ajatus siitä, että ajatusten- ja tietojenvaihto ei aina suju joustavasti Kelan sisällä eri yksiköiden kesken. Tähän voi liittyä jo aiemmin mainittu yhtenevien linjausten tarve, jolloin avoin tiedonvaihto olisi erityisen tärkeää. Sisäisen tiedonkulun haasteet näkyvät toki myös siinä, mitä etuuskäsittelijä tuo arviopyynnössä esiin tai tuoko kaikkea tarvittavaa tietoa kuntoutuksen arviointia ajatellen. Tästä oli enemmän puhetta tiedon laadun -teemassa. Tiedonkulku voi olla myös katkonaista ja mahdollisuus väärinymmärryksiin on myös olemassa esimerkiksi asiantuntijalääkärin lisätietopyyntöjen yhteydessä. Aina ei ole myöskään selvillä tietyn kuntoutusprosessiketjun jatkuvuus ja yhteistyön toimiminen: onko esimerkiksi käsittelijä vinyt kuntoutuksen asiaa eteenpäin tai miksi ei ole. Yhdessä oppimista ei täten usein tapahdu. Ulkoisen tiedonkulun on myös toteuduttava tarpeeksi hyvin, jotta tarvittava tieto mahdollistuu ja sillä voidaan tehdä arviointia ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta.

Muutamassa vastauksessa tuli esiin tarve toimivampaan tiedonvaihtoon työeläkelaitosten kanssa, jolloin esimerkiksi myös heillä toteutettujen ammatillisten kuntoutusten palautteet ohjautuisivat useammin Kelaan ja ylipäättään selkeästi tulisi tieto, kuuluuko ammatillisen kuntoutuksen vastuu työeläkelaitokselle Kelan sijasta. Kuten jo aiemmin mainittua, hoitotaholta saapuvissa lääkärinlausunnoissa ja muissa selvityksissä on usein selkeitä puutteita, jolloin kaikki tarvittava tieto ei välity Kelalle. Kelassa ratkaisu joudutaankin usein tekemään ”käytävissä olevien tietojen perusteella” ja tällöin ei ole edes välttämättä tietoa siitä, mitä mahdollisesti tästä tiedosta puuttuu. Tällöin arvio on voitu tehdä objektiivisesti, mutta välttämättä tasapuolisuus ei ole toteutunut. Tämä voi taas aiheuttaa ristiriidan, joka voi huokua esimerkiksi objektiivisuutta koskevan väittämäkysymyksen ”en osaa sanoa” -vastausten määrässä.

6.3.3 Tiedon käytön ja soveltamisen kehitysehdotukset

Seuraavaksi avataan tiedon käyttöä ja soveltamista koskevia kehitysehdotuksia, jotka voisivat asiantuntijalääkäreiden vastausten perusteella edesauttaa ammatillisen kuntoutuksen sujuvaa arviointia. Kysymykseen (Liite 3 kysymys 9) vastasi 30 vastaajaa, mutta muutamassa vastauksessa viitattiin edellisen kysymyksen vastaukseen. Oheisessa Taulukossa 12 on luokiteltu vastauksia kolmeen yläluokkaan, joihin jokaiseen muodostui myös kaksi alaluokkaa.

Taulukko 12: Tiedon käyttöön ja soveltamiseen liittyvät kehitysehdotukset

Tiedon käytön ja soveltamisen kehitysehdotukset	
Teknisten ominaisuuksien kehitysehdotukset	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asiakirjojen luettavuus paremmaksi ○ Ratkaisun antoa helpottavat ominaisuudet
Kuntoutusta koskevan tiedon sujuvampi soveltaminen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tietoaukkojen paikkaaminen sekä turhan tiedon välttäminen ○ Kuntoutuksen kriteerien selkiyttäminen
Tiedon välittymisen edistämisen näkökulmat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vuoropuhelun vahvistaminen Kelan sisällä ○ Vuoropuhelun vahvistaminen Kelan ulkopuolisten tahojen kanssa

Ensimmäisenä eroteltiin vastauksista niin sanottujen *teknisten ominaisuuksien kehitysehdotukset*. Tässä yhteydessä tuli esiin asiakirjojen luettavuutta edesauttavia ehdotuksia. Mainintoja saivat ainakin sähköisen tiedon paremmuus skannattuun tietoon nähden. Tällöin esimerkiksi tekstinkäsittely onnistuu paremmin, jos jotain osuutta saisi kopioitua lausunnosta. Lisäksi asiakirjojen toivotaan olevan aikajärjestyksessä sekä samankokoisina ilman jatkuvan zoomailun tarvetta. Asiakkaan henkilötiedot tulisi löytyä myös jokaisesta lääketieteellisestä asiakirjasta, jotta voidaan taata objektiivinen arvio oikeilla tiedoilla.

Lisäksi vastauksissa tuli esiin ajatuksia tietyistä ratkaisun antoa helpottavista teknisistä ominaisuuksista. Mainittiin esimerkiksi toive siitä, että aiemmat kuntoutustoimenpiteet ja palaute niistä tulisivat suoraan esille automaattisesti asiantuntijalääkärille hänen tehdessään arviota. Asiantuntijalääkärin ratkaisupohjan toivottiin myös olevan strukturoidumpi, jolloin olisi esimerkiksi olemassa tiettyjä valmiiksi valittavia fraaseja. Eräs vastaaja myös esitti, että kuntoutuksen osalta voisi tarvittaessa suoraan valita ratkaisupohjalle avautuvasta listauksesta, mikä kuntoutusvaihtoehdoista olisi tarvittaessa ajankohtainen. Tällöinhän asiantuntijalääkäri mahdollisesti voisi pohtia syvemmin, mikä vaihtoehdoista olisi tietylle asiakkaalle sopivin.

Toisena yläluokkana erotettiin *kuntoutusta koskevan tiedon sujuvamman soveltamisen* yläluokan. Tästä oli edelleen eroteltavissa ensinnäkin vastaukset, jotka koskivat kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa käytettävien tietojen aukkojen paikkaamisen sekä turhan tiedon välttämisen tärkeyttä. Tässä oli jälleen paljon yhtymäkohtia tiedon laatu -teeman kanssa. Koska käytettävissä olevassa tiedossa koettiin olevan niin määrällisesti kuin laadullisesti puutteita, toivottiin luonnollisesti tiedon olevan sillä tasolla, että siitä voitaisiin tehdä perusteltuja johtopäätöksiä kuntoutuksen suhteen.

Olisi mahtava, kun oikeasti olisi käytettävissä laadukas lääketieteellinen arvio ja selvitys sairauksista ja niiden hoidosta ja tällä perusteella muodostuneesta kuntoutustarpeesta. Kelassa olisi todennäköisesti helppo käydä läpi, mitä on tarjolla.

Lääkärinlausunnoilta toivottiin edellytettävän, että aina tulisi ottaa jotenkin kantaa kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuteen, ajankohtaisuuteen sekä hakijan motivaatioon. Tietoa toivottiin myös olevan yhtä paljon kuin työeläkelaitoksilla, joilla koettiin olevan enemmän tietoa esimerkiksi asiakkaan työhistoriasta. Kelallakin tietoa on usein kattavasti, mutta silti vastauksista tuli käsitys, että se on nykyisellään ajoittain turhan hankalasti sovellettavissa ja käytettävissä. Eräässä vastauksessa nostettiin esille, että asiakasmuistion tulisi toimia siten, että siitä ymmärtäisi nopeasti ja selkeästi asiakkaan ”etuustarinan” viime vuosien ajalta. Tämä onnistuisi, jos kaikki sitoutuisivat käyttämään asiakasmuistiota järjestelmällisesti. Tiedon käyttäminen ja soveltaminen olisi myös ilman muuta sujuvampaa, jos asiantuntijalääkäri ei itse tarvitsisi etsiä puuttuvia tietoja Kelan sisältä, jolloin aikaa kuluu hukkaan tärkeästä arviointityöstä. Tietoa olisi myös helpompi soveltaa, jos tietämys kuntoutuksesta olisi kummallakin puolella, niin hoitotaholla kuin asiantuntijalääkäreillä, entistä vahvempaa. Jatkuvan syventävän kuntoutukseen liittyvän koulutuksen tarve nostettiin esille muutamissa vastauksissa. Käytettävissä olevan tiedon sopivan määrän yhteydessä nostettiin esille myös ajoittainen ongelma siitä, että tietoa voi olla liikaa tai se voi olla epäoleellista. Muutamassa vastauksessa tuli esille esimerkiksi, että tulisi huolehtia siitä, että samat asiakirjat olisivat vain kertaalleen liitettynä arviopyyntötyöhön ja lisäksi epäoleellista tietoa voisi karsia.

Toisena alaluokkana oli eroteltavissa vastaukset, joiden mukaan ammatillisen kuntoutuksen kriteerejä voisi olla tarpeellista joiltain osin selkiyttää ja vakiinnuttaa. Nostettiin esimerkiksi esille vaihtelevuus siinä, miten asiakkaiden mahdollisesti epärealistisiin ammatinvaihtotoiveisiin tai koulutusaloihin suhtaudutaan ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa tai kuntoutustuen jatkon yhteydessä.

Tiedon käytön ja soveltamisen kehitysehdotusten yhteydessä nostettiin esiin myös *tiedon välittymisen edistämisen näkökulmia*. Tärkeäksi nähtiin vuoropuhelun lisäämisen merkitys niin Kelan sisäisessä kuin ulkoisessa yhteistyössä. Muutamissa vastauksissa tuli esille matalan kynnyksen yhteydenottojen mahdollisuuksien tarjoaminen ja avoin käyttö. Useissa vastauksissa toivottiin myös laajempaa mahdollisuutta vuorovaikutukseen ulkopuolisten tahojen kanssa. Jos esimerkiksi asiantuntijalääkäri ja/tai Kelan käsittelijä voisi olla suoraan yhteydessä hoitavaan lääkäriin yksittäisen asiakkaan asiassa, jolloin esimerkiksi lisätietopyynnöt helpottuisivat ja vastaisivat paremmin sitä, mitä on tarkoitettu.

Vuoropuhelu Kelan ja käytännön toimijoiden kanssa yksittäiseen asiakkaaseen liittyvien asioiden suhteen olisi oleellisen tärkeää. Käytännössä asiantuntijalääkäri ei saa ottaa yhteyttä kliinistä työtä tekevään lääkäriin. Tämä mahdollisuus kuitenkin hyödyttäisi myös asiakasta: esimerkiksi Kelan asiantuntija voisi ohjeistaa, mitä tulisi nyt tehdä ja mitä hyvään lääkärinlausuntoon tulisi kirjata,

jotta asia etenisi. Myös lisätietopyyntö menee nykyisellään formaalisti eikä tuloksena saada välttämättä sitä tietoa, mitä haetaan.

Lisäksi voisi olla hyödyllistä, jos TE-toimiston kanssa toimisi vuoropuhelu ja voisi helposti saada lisätietoa asiakkaan työhistoriasta. Vastauksista huokui kaiken kaikkiaan se, että vuoropuhelun kautta yleensä päästäisiin laadukkaampaan lopputulokseen arvioiden suhteen.

Seuraavassa alaluvussa 6.4 käsitelläänkin tarkemmin eri toimijoiden välistä yhteistyönäkökulmaa sekä asiakkaan näkökulman välittymistä asiantuntijalääkäreille.

6.4 Yhteistyö eri toimijoiden kanssa ja asiakasnäkökulma

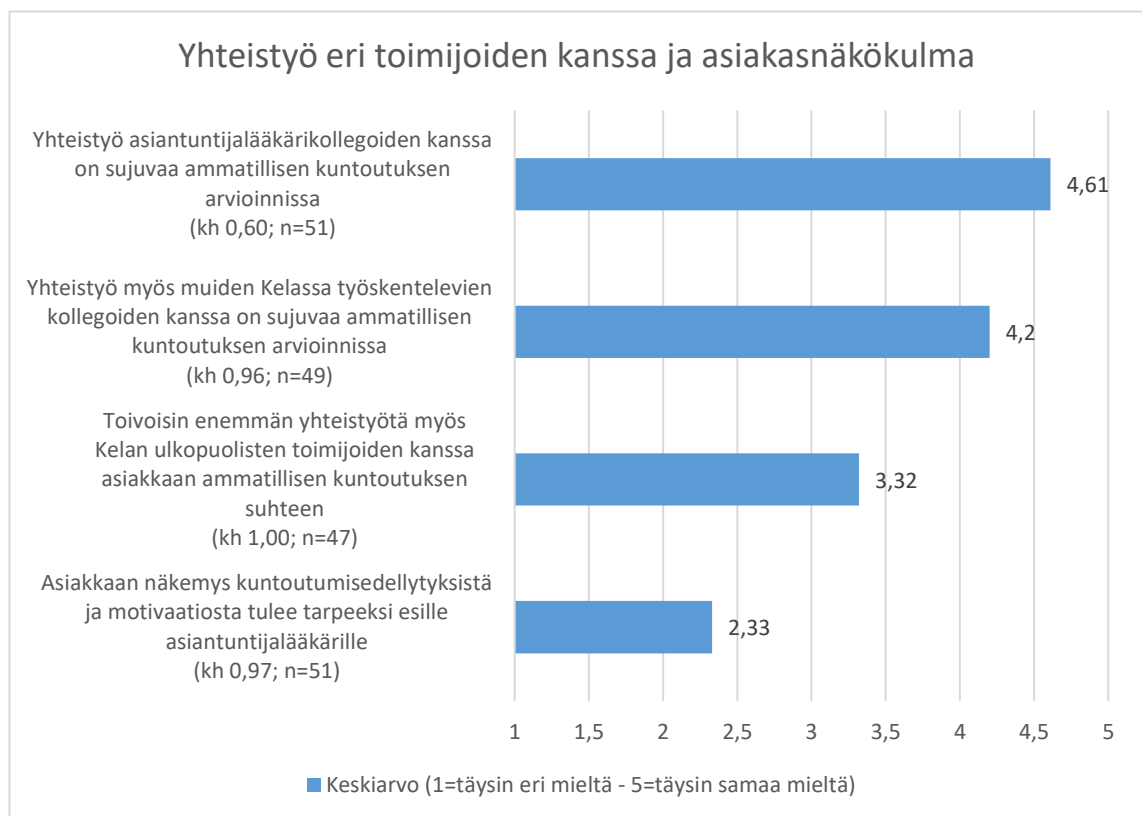
Tässä alaluvussa tarkastellaan ”yhteistyön ja asiakasnäkökulman” -teemaa ja analysoidaan erityisesti kyselyn (Liite 3) kysymyksiin 10, 11, 12 ja 13 annettuja vastauksia. Ensin aloitetaan kvantitatiivisella tarkastelulla luvussa 6.4.1 ja sitten edetään laadulliseen avovastausten analysointiin luvuissa 6.4.2 ja 6.4.3.

6.4.1 Yhteistyö- ja asiakasnäkökulmakokemusten kvantitatiivinen tarkastelu

Viimeisessä teemakokonaisuudessa väittämäkysymyksiä oli neljä (Liite 3 kysymys 10) ja ne koskivat asiantuntijalääkäreiden yhteistyökokemuksia- ja toiveita sekä kokemuksia asiakasnäkökulman välittymisestä. En osaa sanoa -vastausvaihtoehto sai vastauksia väittämässä ”Yhteistyö myös muiden Kelassa työskentelevien kollegoiden kanssa on sujuvaa ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa” (2 kpl) ja ”Toivoisin enemmän yhteistyötä myös Kelan ulkopuolisten toimijoiden kanssa asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen suhteen” (4 kpl). Täysin puuttuvia vastauksia ei tässä väittämökokonaisuudessa ollut. En osaa sanoa -vastaukset yhteistyön lisäämisen toivetta koskevassa väitteessä ovat jokseenkin ymmärrettäviä, koska kysymys on toisaalta melko moniulotteinen. Siinä ei esimerkiksi eritelty, että millaista yhteistyötä ja lisäksi asiantuntijalääkäreiden tietynlainen yhteistyö ulkopuolisten tahojen kanssa voitaisi arvioida vaikuttavan jopa asiantuntijalääkäreiden objektiivisuustavoitteeseen. Kysymykseen ei täten välttämättä ollut yksiselitteistä vastata. Kyseiset en osaa sanoa -vastaukset on tulkittu puuttuviksi tiedoiksi, eikä niitä ole huomioitu yksittäisiä väittämiä koskevassa tarkastelussa.

Kokonaisuudessaan teeman väittämiin vastattiin vaihteluvälillä 1-5, mutta kolmen kysymyksen kohdalla kaikki vastausvaihtoehdot eivät saaneet vastauksia. Yksittäisille väittämille laskettiin keskiarvot sekä keskihajonnat (Kuvio 4). Yhteistyön koettiin olevan varsin sujuvaa muiden asiantuntijalääkärikollegoiden kanssa arvioitaessa ammatillisen kuntoutuksen tarvetta (ka. 4,61 ja kh 0,60). Lähes kaikki olivat jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Myös hajonta vastausten kesken oli siis pientä. Myös yhteistyön muiden kuin asiantuntijalääkärikollegoiden kanssa Kelassa katsottiin sujuvan hyvin keskiarvon ollessa 4,20. Tämän väittämän kohdalla kuitenkin vastausten hajonta keskiarvosta oli suurempaa kuin edellisessä väittämässä. Täten myös osa oli neutraalimmalla tai negatiivisemmalla kannalla. Kaksi oli

myös vastannut, että ei osaa sanoa. Tämä voi viestiä myös siitä, että asiantilasta ei osata sanoa, koska suora yhteistyötä muiden kuin asiantuntijalääkäreiden kanssa ei niin paljon koeta olevan. Hieman yli vastauskaalan keskiarvo sijoittui keskiarvo 3,32 väitteelle ”Toivoisin enemmän yhteistyötä myös Kelan ulkopuolisten toimijoiden kanssa asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen suhteen”. Kuten jo aiemmin mainittu, tässä myös en osaa sanoa -vaihtoehto sai kannatusta. Tässä väittämässä suurinta kannatusta sai kuitenkin vaihtoehto ”jokseenkin samaa mieltä”. Keskihajonta oli kuitenkin 1, joten vastauksissa oli jonkin verran vaihtelevuutta keskiarvoon nähden. Viimeisessä väittämässä kysyttiin asiakkaan oman näkemyksen välittymisestä asiantuntijalääkärille. Tämän väittämän keskiarvo 2,33 oli kaikista kyselyn väittämistä alhaisin keskiarvo. On kuitenkin huomattava, että myös lähes 18 % oli sitä mieltä, että asiakasnäkökulman välittyminen asiantuntijalääkärille on jokseenkin riittävällä tasolla. Tästä huolimatta suurin osa vastanneista oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä siitä, että asiakkaan oma näkemys kuntoutusedellytyksiin ja motivaatioon liittyen tulisivat tarpeeksi tiedoksi asiantuntijalääkärille.



Kuvio 4: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset yhteistyöstä eri toimijoiden kanssa ja asiakasnäkökulmasta

Jotta vastausten jakautumisesta saa selkeämmän käsityksen, on vielä Taulukossa 13 eritelty vastauksia prosentteittain. Tässä on käytetty valideja prosentteja, joten en osaa sanoa -vastaukset on jätetty tästä tarkastelusta pois.

Taulukko 13: Yhteistyöhön ja asiakasnäkökulmaan liittyvien vastausten jakauma prosentti-osuuksittain

Vastausten jakautuminen validien prosenttien mukaan yhteistyöhön ja asiakasnäkökulmaan liittyvissä väittämissä						
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	N
Yhteistyö asiantuntijalääkärin kanssa on sujuvaa ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa.	0,0 %	0,0 %	5,9 %	27,5 %	66,7 %	51
Yhteistyö myös muiden Kelassa työskentelevien kollegoiden kanssa on sujuvaa ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa.	0,0 %	8,2 %	12,2 %	30,6 %	49,0 %	49
Toivoisin enemmän yhteistyötä myös Kelan ulkopuolisten toimijoiden kanssa asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen suhteen.	2,1 %	21,3 %	29,8 %	36,2 %	10,6 %	47
Asiakkaan oma näkemys kuntoutumisedellytyksistä ja motivaatiosta tulee tarpeeksi esille asiantuntijalääkärille.	17,6 %	49,0 %	15,7 %	17,6 %	0,0 %	51

Teeman kahdesta ensimmäisestä väittäimestä kokeiltiin muodostaa summamuuttuja taustamuuttujatarkastelua varten. Vastauksissa oli kaksi puuttuvaa tietoa, joten kyseisten vastaajien osalta vastauksia ei huomioitu ollenkaan. Cronbachin alfa -kerroin oli tässä kuitenkin vain 0,68, joten summamuuttujaa arvioitu voitavan pitää tarpeeksi johdonmukaisena. Täten tämän teeman osalta ei tehty summamuuttujatarkastelua taustamuuttujien suhteen. Teeman

väittämät olivat myös sen luontoisia, että niiden tarkastelu oli mielenkiintoista väittämäkohtaisesti tarkasteltuna.

Kolmen yksittäisen väittämän osalta tarkasteltiin vastausten jakaumaa tiettyjen taustamuuttujien suhteen (Taulukko 14). Väittämien taustamuuttujatarkasteluun valittiin sellaiset taustamuuttujat, joilla arvioitiin etukäteen voivan olla merkitystä vastausten jakaumaan tietyn väittämän kohdalla. Ryhmän vastausten keskiarvoa verrattiin toisen ryhmän vastausten keskiarvoon, ja lisäksi laskettiin keskihajonnat kuvaamaan vastausten poikkeamaa keskiarvosta. En osaa sanoa -vastanneiden havaintorivit poistettiin väittämäkohtaisesta taustamuuttujatarkastelusta.

Tarkastelussa ei kuitenkaan noussut esiin suuria eroja ryhmien välillä. Vaikka erot olivat siis pieniä, niin kaikkien tarkasteltujen väittämien osalta vastausten keskiarvo oli ennako-oletusten mukaisesti painottunut. Täten siis myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivilla voi olla hieman positiivisemmat kokemukset yhteistyöstä asiantuntijalääkärikollegoiden kanssa ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa kuin muilla. Tämä voi johtua siitä, että heillä saattaa olla useammin suoria kontakteja ammatillista kuntoutusta arvioiviin kollegoihin, joilta saattaa olla luontevaa pyytää pohdinta-apua. Oli lisäksi oletuksen mukaista, että niillä, joilla on enemmän työkokemusta Kelassa työskentelystä, voi olla sujuvampaa yhteistyön kokemukset muiden Kelan kollegoiden kanssa. Kun kokemusta karttuu, saattaa myös syntyä luontevia yhteistyökontakteja. Tässä tosin myös vastausten keskihajonta oli etenkin vähäisemmän työkokemuksen ryhmässä melko suurta, joten kokemuksissa oli vaihtelevuutta saman ryhmän sisällä. Ennakolta pohdittiin, että vakuutuslääketieteen erityispätevyyden omaavilla saattaisi olla negatiivisempi kanta toiveeseen yhteistyön lisäämisestä Kelan ulkopuolisten toimijoiden kanssa. Tämä ennako-oletus perustui pitkälti vain siihen, että vakuutuslääketieteellisessä ajattelussa painotettu objektiivisuuden tavoite saattaisi joidenkin mielestä vaarantua yhteistyön lisääntyessä. Kuten Taulukosta 13 kuitenkin nähdään, on ero ryhmien välillä myös tässä väittämässä pieni. Lisäksi vakuutuslääketieteellisen erityispätevyyden omaavia asiantuntijalääkäreitä oli selvästi pienempi joukko kuin muita. Keskihajonta oli tämän väittämän kohdalla myös molempien ryhmien osalta suurehkoa.

Taulukko 14: Yhteistyöhön liittyvien väittämien tarkastelu taustamuuttujittain

Yhteistyö asiantuntijalääkärikollegoiden kanssa on sujuvaa ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa.	
Myös erikseen ammatillista kuntoutusta arvioivat (n=27)	ka 4,89 (kh 0,32)
Muut (n=24)	ka 4,29 (kh 0,69)
Yhteistyö myös muiden Kelassa työskentelevien kollegoiden kanssa on sujuvaa ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa.	
Työkokemus 0-5 vuotta (n=20)	ka 4,10 (kh 1,17)
Työkokemus 6 vuotta tai yli (n=29)	ka 4,28 (kh 0,80)
Toivoisin enemmän yhteistyötä myös Kelan ulkopuolisten toimijoiden kanssa asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen suhteen.	
Vakuutuslääketieteen erityispätevyys (n=17)	ka 3,18 (kh 1,07)
Muut (n=30)	ka 3,40 (kh 0,97)

6.4.2 Toiveet yhteistyön kehittämisestä

Seuraavaksi käsitellään avoimista kysymyksistä 11 ja 12 (ks. Liite 3) esiin nostettuja yhteistyöhön ja tiedon välittymisen teemoihin liittyviä näkökulmia. Koska kysymykset ja niihin saadut vastaukset olivat teemoiltaan yhteneviä, käsitelen niitä tässä yhdessä. Taulukkoon 15 on koottu muodostetut ylä- ja alaluokat yhteistyöhön ja tiedon välittymiseen liittyvistä vastauksista. Tässä käsitellään pääasiassa toivottavia tai olemassa olevien käytäntöjen vahvistamista painottavia yhteistyön ja tiedon välityksen muotoja. Haasteita näiden seikkojen suhteen on tullut esille melko kattavasti jo aiempien käsiteltävien teemojen kohdalla.

Kysymykseen 11 vastasi yhteensä 31 asiantuntijalääkärinä ja kysymykseen 12 vastasi 33 asiantuntijalääkärinä. Useimmat vastaukset koostuivat useista lauseista.

Taulukko 15: Yhteistyön toivottavat muodot

Yhteistyön toivottavat muodot ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin edistämiseksi	
Kelan sisäinen yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tiedon vaihto ja pohdinta yhdessä ○ Prosessien tuntemus ja tiedon eteenpäin vieminen ○ Kuntoutuspolun aloituksen ja jatkumisen varmistaminen ○ Osaamisen vahvistaminen
Yhteistyö muiden tahojen kanssa	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ajantasainen tiedonsaantioikeus ja tiedon välittymisen erilaiset muodot ○ Ohjauksen ja neuvonnan väylän varmistaminen ○ Koulutusyhteistyö ja aktiivinen tiedottaminen ○ Yhteinen toive asiakkaan kuntouttamisesta ○ Kuntoutuspolun aloituksen ja jatkumisen varmistaminen ○ Moniammatillisuuden hyödyntäminen

Teemat jaoteltiin vain kahteen yläluokkaan selkeyden muodostamiseksi. *Kelan sisäisen yhteistyön* osalta vastauksissa toistui ensinnäkin tiedon vaihdon ja yhdessä pohtimisen merkitys. Konsultaatiopuhelut Kelan sisällä ovat jo käytössä, mutta niiden käyttöä pitäisi vielä enemmän mahdollisesti rohkaista, jolloin syntyisi todellinen matalan kynnyksen apu- ja pohdintaketju. Tosiasiallista ymmärryksen lisäämistä ja erilaista näkökulmaa pohdintaan tuo mahdollisesti nimenomaan vertikaalinen tietojenvaihto, jolloin eri tehtävissä ja asemissa toimivat henkilöt keskustelevat toistensa kanssa. Ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkäreiden keskinäisiin yhteydenottoihin pitäisikin edelleen kannustaa. Hyvästä käytännöstä vastauksissa mainittiin niin sanottu kokonaisvaltaisen etuustyön verkoston toiminta, jossa asiantuntijalääkärit ja ratkaisijat ovat olleet luontevammin mukana yhteisissä keskusteluissa. Vastauksissa tuli esille myös ehdotus siitä, että voisi olla tarkoituksenmukaista pitää ajoittain yhteisiä kokouksia ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkäreiden kesken haasteellisimmista tapauksista. Tällöin luodaan ympäristö, jossa voidaan oppia toinen toisilta ja pohtia tarkoituksenmukaisinta ratkaisua. Tässä yhteydessä myös toki mainittiin, että on tärkeää tietojenvaihdon ja osaamisen jakamisen olevan tärkeää myös horisontaalisessa suhteessa. Tällöin esimerkiksi asiantuntijalääkäri voisi ottaa luontevasti yhteyttä toiseen asiantuntijalääkäriin, jolla on enemmän kokemusta esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen arvioinnista. Tällaisen pohdinta-avun saaminen katsotaan toteutuvankin ajankohtaisesti. Vastauksissa tuli esiin myös toive, että sairauspäiväraha-käsittelijöiden/työkyvyttömyyseläkekäsittelijöiden sekä kuntoutuskäsittelijöiden välistä yhteistyötä lisättäisiin Kelassa.

Toisena Kelan sisäiseen yhteistyöhön liittyen vastauksissa nousi esiin prosessien tuntemisen ja tiedon eteenpäin viemisen tärkeys. Useissa vastauksissa nostettiin esiin, että

asiantuntijalääkärin esittämä kuntoutussuositus tulisi ratkaisijan toimesta välittää eteenpäin viipymättä, jotta asia lähtisi etenemään. Myös silloin, kun vastuu ammatillisesta kuntoutuksesta on työeläkelaitoksen vastuulla, pitäisi huolehtia, että asiakas on tietoinen siitä. Lisäksi esimerkiksi sairauspäivärahakaudella Kelassa todettu ammatillisen kuntoutuksen tarve olisi hyvä voida suoraan ilmoittaa työeläkelaitokselle, jos vastuu kuntoutuksesta on työeläkelaitoksella. Tällöin kuntoutusasialla olisi edellytykset mahdollisesti alkaa aiemmin. Toisaalta Kelan kuntoutettavien osalta pitäisi myös varmistua, ettei asiakkaalle luvata liikoja, koska asiantuntijalääkärin kuntoutussuositus ei ole vielä varsinainen päätös asiasta. Täten ratkaisijoiden oikeanlainen viestintä kuntoutussuosituksesta Kelan sisällä ja Kelasta ulkopuolisille tahoille pitäisi olla johdonmukaista. Vastauksissa tuli myös esille, että prosesseista ja vastuista pitäisi pitää kiinni tai ylipäätään niistä pitäisi olla paremmin tietoisia. Muutamassa vastauksessa esimerkiksi otettiin esille, että asiantuntijalääkärillä ei ole kovin tarkkaa kuvaa siitä, miten sairauspäiväraha-/työkyvyttömyyseläkekäsittelijä etenee asiantuntijalääkärin antaman kuntoutussuosituksen suhteen. Kuntoutusprosessin etenemisestä asiantuntijalääkäri ei välttämättä saa tietoa edes mahdollisen sairauspäivärahan tai kuntoutustuen jatkohakemuksen yhteydessäkään. Eräs vastaajista oli sitä mieltä, että olisi hyvä, jos kuntoutussuositus välitettäisiin aina asiakkaalle ja ohjeistettaisiin asiakasta näyttämään suositus hoitavalle lääkärille. Tällöin asiakkaan ja hoitavan lääkärin välillä käytävään kuntoutuskeskusteluun saataisiin jotain tarttumapohjaa, josta voitaisiin lähteä miettimään asiakkaalle sopivinta kuntoutusmuotoa. Myös ylipäätään sovitusta prosesseista kiinni pitäminen tulee Kelan sisäistä sujuvaa ja hyvää yhteistyötä, jolloin esimerkiksi ratkaisija pyrkii omalla toiminnallaan luomaan mahdollisimman selkeät puitteet ammatillisen kuntoutuksen arvioimista varten.

Kolmantena Kelan sisäisen yhteistyön alaluokkana oli eroteltavissa kuntoutuspolun aloituksen ja jatkumisen varmistaminen. Tämä liittyy myös aiempaan alaluokkaan siinä mielessä, että sovitusta prosesseista ja ohjeista tulee pitää kiinni, jotta asiakkaan kuntoutusasian arvioimiselle luodaan edellytykset ja asiaa viedään sovitusti eteenpäin. Kuitenkin kuntoutuspolun varmistamiseen liittyy paljon muutakin kuin prosessien mukaan toimiminen, koska kaikkea ei lue prosesseissa ja joissain tilanteissa kuntoutuspolku tyssää, kun ajankohtainen vastuu ”ei kuulu kellekään”. Tällaisesta tilanteesta nousi vastauksissa esimerkki:

Usein on myös tilanne, että amm. kuntoutustoimet eivät juuri sillä hetkellä ole ajankohtaisia, mutta esim. sairauden hoidon jälkeen ne olisi käynnistettävä viipymättä. Jos valitsee kohdan ”ei ajankohtainen”, ei amm. kuntoutusprosessi jatkossa lähde mitenkään etenemään, jos asiakas on esim. työtön ja sairauslomaa ei enää jatketa.

Näihin tilanteisiin olisi hyvä luoda jonkinlainen tarkistussysteemi, jotta väliinputoamisia tapahtuisi mahdollisimman vähän ja tieto kuntoutustarpeesta ei häviäisi. Vastauksissa painotettiin lisäksi sitä, että kuntoutuspolun hoitamisessa olisi Kelassa otettava selkeämmin käyttöön varhaisen puuttumisen malli, jos merkit pitkittyneen työkyvyttömyyden uhasta ovat esillä jo sairauspäivärahakauden alussa. Tällaisen varhaisen puuttumisen ajattelutavan olisi hyvä

iskostua niin asiantuntijalääkäreiden kuin ratkaisijoidenkin mieleen. Tällaisen ajattelutavan juurtuminen ja käytännön toteuttaminen edellyttää monenlaista yhteistyötä erilaisten osajien kesken Kelassa. Kaiken kaikkiaan vastauksista ilmeni, että kuntoutusasiaan pitäisi reagoida nykyistä nopeammin ja viedä asiaa käytäntöön jo mahdollisuuksien mukaan sairauspäivärahaudella. Jos asia ei etene sillä hetkellä, pitäisi varmistua siitä, miten ja kenen toimesta se jatkossa etenee. Myös tässä yhteydessä vastauksissa tuli esille motivaatio ja motivoinnin merkitys. Esimerkiksi ratkaisijan ennakoivan työn tekeminen kuntoutusohjauksen ja kuntoutusmotivaation nostattamisen suhteen voi osaltaan auttaa kuntoutuspolun raivaamisessa suotuisaksi. Myös tieto selkeästi puuttuvasta asiakkaan motivaatiosta kuntoutukseen olisi tuotava esille, jotta resurssit kohdistettaisiin oikein.

Sujuva yhteistyö ammatillisen kuntoutuksen edistämisen asiassa vaatii vastauksien mukaan myös osaamisen jatkuvaa vahvistamista. Muutamassa vastauksessa toivottiin nimenomaan lisää syventävää ammatillisen kuntoutuksen koulutusta niille asiantuntijalääkäreille, jotka eivät muutoin anna arvioita ammatillisesta kuntoutuksesta kuin sairauspäivärahan/työkyvyttömyyseläkkeen käsittelyn yhteydessä. Kokonaistilanteen edistämisen kannalta koettaisiin olevan hyödyllistä myös se, että sairauspäivärahan/työkyvyttömyyseläkkeen etuuskäsittelijä hallitsisi paremmin ammatillisen kuntoutuksen edellytykset ja mahdollisuuksien mukaan voisi antaa siitä myös päätöksiä.

Vastauksista oli eroteltavissa toisena isompana kokonaisuutena *yhteistyönäkökulmat Kelan ulkopuolisten tahojen kanssa*. Yhteistyön onnistumisen kannalta koettiin ensinnäkin tärkeäksi ja tavoittelemisen arvoiseksi ajantasaisen tiedonsaantioikeuden mahdollistaminen sekä erilaisten tiedon välittymisen muotojen edelleen kehittäminen. Vaikka vastauksissa todettiin, että ajankohtainen tietosuojalainsäädäntö on ajoittain esteenä tarvittavien terveydentilatietojen välittymiselle Kelaan, voisi jo nykyisten säädösten aikana pyrkiä parantamaan ajantasaisen tiedon välittymistä. Esiin nostettiin esimerkiksi sairauskertomusten aktiivisempi välittäminen Kelaan, toki asiakkaan luvalla, mikä toisi asiakkaan tilanteesta ajankohtaisemman kuvan kuin ehkä useamman kuukauden vanha B-lääkärinlausunto.

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että tiedonsaantioikeutta ja tiedonvälityksen muotoja tulisi nykyisestä laajentaa, koska nykyisellään tietosuojan tiukoista rajoituksista on haittaa sekä asiakkaalle että yhteiskunnalle. Esimerkiksi asiakkaan suostumus siihen, että hänen terveydentilatietojaan voisi tarkastella Kanta-arkistosta voisi tuoda selkeää sujuvoittamista asiakkaan asian käsittelyyn. Eräässä vastauksessa myös ehdotettiin, että myös Kela lisäisi tietoja omakantaan. Jos esimerkiksi asiantuntijalääkärin arvio välittyisi Kanta-järjestelmään, saisi hoitava lääkäri tiedon muun muassa hylkäyksen perusteista tai kuntoutussuosituksista. Nykyisin voimassa olevien säännösten mukaan kyseiset tiedot eivät päädy hoitavalle lääkärille, eikä Kela voi päätöksiä tai niiden perusteluja heille lähettää. Asiakas toki itse voi kertoa saamistaan päätöksistä sekä myös halutessaan näyttää päätöksiä hoitavalla lääkärilleen. Toisena

vaihtoehtona esitettiin myös, että Kelan antamien päätösten perustelut ja kuntoutussuositukset lähetettäisiin päätösten liitteinä asiakkaille, jolloin asiakas voisi niitä mahdollisesti sujuvammin itse näyttää hoitavalle lääkärilleen. Toki myös päätöksissä on usein perustelut, mutta useimmiten ne ovat pelkistetyssä muodossa, ja esimerkiksi myöntöpäätöksissä harvoin on lääketieteellisiä perusteluja. Myös yhteydenotto suoraan hoitavaan lääkäriin tai sosiaalihuoltoon koettaisiin muutamassa vastauksessa olevan tiedon välittymisen kannalta eduksi. Toisaalta tässä yhteydessä tuli myös kriittisiä huomautuksia siitä, että tiedonsaantioikeuden laventamisessa on vaarana liiallisen tiedon siirtyminen toimijalta toiselle ja tällöin voi objektiivisen arvioinnin tekeminen vaikeutua.

Toisena vastauksissa toistui ohjauksen ja neuvonnan väylän varmistaminen suhteessa ulkopuolisiin toimijoihin. Tässä nousi esiin Kelan ylläpitämä niin sanottu lääkäriinja, johon asiakastyötä tekevät lääkärit voivat soittaa esimerkiksi juuri saadakseen apua Kelan ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtojen pohdintaan. Tämän linjan ylläpitäminen ja mahdollinen kehittäminen nähdään jatkossakin tärkeäksi ja sitä pitäisi laajemmin kannustaa myös käyttämään. Ongelmana tässä tosin koetaan olevan, että asiakaskohtaisia tietoja puhelussa ei voi käsitellä ja tällöin voi vaarantua laadukkaan neuvonnan antaminen tietyssä tilanteessa.

Edelliseen läheisesti kytkeytyy vastauksista esiin tullut koulutusyhteistyön ja aktiivisen tiedottamisen merkitys sujuvan yhteistyön mahdollistamisena. Vastauksista välittyi huoli siitä, että ymmärrys ammatillisesta kuntoutuksesta on terveydenhuollossa liian vähäistä. Täten kuntoutuskoulutusta tulisi lisätä entisestään lääkäreiden koulutuksiin sekä myös mahdollistaa jatkuvan oppimisen toteutuminen kuntoutusasioissa. Myös säännöllisiä yhteisiä koulutustilaisuuksia ja sidosryhmäyhteistyöseminaareja tulisi järjestää Kelan ja esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstön kesken. Hyväksi koettuna pidettiin ammatillisen kuntoutuksen verkkokurssia, johon ohjataan pääsy Kelan yhteistyökumppaneille suunnatun verkkosivuston kautta. Myös järjestelmällisen tiedottamisen merkitystä korostettiin vastauksissa. Tästä mainintoina olivat muun muassa lääkäriammattilehtien artikkelit, erilaiset säännölliset uutiskirjeet, Kelan internet - sivut sekä mahdollisesti näkyvämpi sosiaalisen median tiedottaminen. Ajankohtaisesti hoitava lääkäri ei saa myöskään minkäänlaista palautetta kirjoittamistaan lääkäriinlausunnoista. Mahdollisuus oppimiseen ja ymmärryksen lisäämiseen voisi mahdollistua, jos hoitava lääkäri näkisi yksityiskohtaisemmat perustelut tiettyihin päätöksiin liittyen. Lisäksi jos hoitavaan lääkäriin voisi olla yhteydessä, olisi mahdollisuus suoraan rakentavaan palautteenantoon.

Kolme viimeisintä Kelan ja ulkopuolisten toimijoiden toivottavan yhteistyön muotoa linkittyvät vahvasti toisiinsa. Jotta ammatilliselle kuntoutukselle annettaisiin parhaimmat mahdolliset lähtökohdat, olisi kaikilla toimijoilla oltava vankka yhteinen toive asiakkaan kuntouttamisesta yksilöön liittyvien edellytysten täytyessä. Siinä yhtenä peruslähtökohtana on asiakkaan kanssa käytävä keskustelu ja mahdollisesti motivaation herättely kuntoutusta kohtaan jo varhaisessa vaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Näiden keskustelujen tulokset ja

johtopäätökset tulisi sitten välittää myös Kelan asiantuntijalääkäreille lääkärinlausunnoissa ja muissa saatavilla olevissa tiedoissa. Terveystieteiden osalta tulisi myös tehdä järjestelyjä, jotta kuntoutusajatus juurtuisi vahvemmin ajattelutapoihin. Myös muun hoidon ja kuntoutuksen tulisi tukea entistä vahvemmin ammatillisen kuntoutuksen aloittamista. Lisäksi työterveyslääkäreiden ammattitaitoa tulisi hyödyntää nopeasti työkyvyn heikennyttyä. Eräässä vastauksessa nostettiin esille myös eräänlaisen tarpeeksi jämäkän kuntoutuspuheen tärkeys terveydenhuollossa.

On myös tärkeää saada asiakkaalle perille viesti, kun siltä näyttää, että nyt on lähdettävä kuntoutuspolulle, työkyvyttömyyseläkettä et tule saamaan. Työelämästä sivuun jäävien ja työttömien osalta on luotava systeemi, joka tarjoaa muutakin kuin apua työkyvyttömyyseläkkeen hakemiseen.

Tässä esimerkissä myös tulee hyvin esille se, että kuntoutuspuheen juurruttaminen on tärkeää myös yhteiskunnallisella tasolla. Vajaakuntoisille pitäisi luoda todellisia varteenotettavia vaihtoehtoja yhteiskunnassa toimimiselle sillä työpotentiaalilla, joka heillä olisi tarjottavanaan.

Vaikka kaikilla olisikin periaatteellisella tasolla yhteinen toive asiakkaan kuntouttamisesta, voi käytännön toimet jäädä liian huteriksi ja vastuunkanto epävarmaksi. Täten vastauksissa oli eroteltavissa kuntoutuspolun aloituksen ja jatkumisen varmistamisen tärkeys. Tämä sama alaluokka löytyi myös Kelan sisäisen yhteistyön kategoriassa. Koko kuntoutuksen laadukkaan etenemisen mahdollisuuden luo perusteellisesti tehty lähtötilanteen selvitys toimintakyvyn arviointineen, työn kuvauksineen sekä rajoittavien ja voimavaratekijöiden erittelyineen. Tähän katsottiin jälleen sisältyvän asiakkaan motivaation selvittämisen tärkeyden. Kun ammatillisesta kuntoutuksesta puhutaan jo alusta alkaen, motivaatiolle voidaan antaa tilaa kasvaa.

Vastauksissa myös painotettiin, että jos ammatilliseen kuntoutukseen päädytään, tulisi siihen päästä mahdollisimman nopeasti kuntoutuspäätöksen antamisen jälkeen. Jonot kuntoutukseen tulisi siis saada lyhyiksi, johon tuki käytettävissä olevilla resursseilla on suuri vaikutus. Lisäksi kuntoutuksen laadukkuuteen ja toiminnan tarkoituksenmukaisuuteen tulisi yhä enemmän panostaa. Tämä vaatii kuntoutuksen palveluntuottajien kanssa käytävää kehitystyötä, jotta kuntoutuksessa käytävät prosessit vastaavat sitä tarkoitusta, minkä vuoksi asiakas on kuntoutukseen lähetetty. Kuntoutuksen aloitusajalla katsotaan olevan myös iso vaikutus kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Sen aloittamista ei tulisi venyttää turhaan, mutta toisaalta liian aikaisin aloitettu kuntoutus, esimerkiksi sairauden hoidon ollessa selkeästi ensisijaista, voi vaikuttaa kuntoutukseen motivoitumiseen. Ammatillinen kuntoutus tulisi myös nähdä jatkumona, jossa aiempi ammatti tai kokemus huomioidaan. Tällöin tulee pyrkiä löytämään tarkoituksenmukaisin kuntoutuksen muoto, jossa monesti omaa aiempaa työkokemusta voi hyödyntää sopivampaan työhön kuntoutumisessa. Aina ei toisin sanoen tarvitse lähteä etsimään kokonaan uutta alaa, joka sopisi paremmin nykyiseen työkykyyn. Vastauksista huokuu se, että ammatillisen kuntoutuksen kokonaisprosessi on monen tekijän summa, ja sen onnistumisen kannalta

olennaista on jatkuvuus ja sopivan ratkaisun etsiminen yhdessä. Ennen kuin on ehkä päästy tilanteeseen, että oikea kuntoutuspolku ja väylä työkykyä vastaavaan työhön on löytynyt, on monella toimijatasolla tehty tarvittavia toimenpiteitä. Seuraavassa aineistoesimerkissä nostetaan tätä teemaa hyvin esille ja johdatellaan myös viimeiseen alaluokkaan eli moniammatillisuuden hyödyntämiseen.

Joka taholla pitäisi olla selvää, että etsitään asiakkaan terveydentilan ja kokonaistilanteen kannalta mahdollisimman sujuvaa ja toteuttamiskelpoista ratkaisua. Eri tahot eivät voi toimia asiakkaan asianajajan roolissa, ei pitäisi moitita/syyttää mitään toimijaa, vaan toimia yhteistyössä asiakkaan hyväksi. Kaikki tarpeelliset faktat esiin! Tietosuojaan rajoitteet otettava huomioon, mutta tarvittavan tiedon kulun pitäisi olla joustavaa ja nopeaa. Joskus on hyvä, että asiat vievät jnkv aikaa, esim. lääketieteellisistä syistä, mutta liian kauan ei ratkaisuja kannata venyttää.

Moniammatillisten toimien hyödyntämisen tärkeys tuli esiin monissa vastauksissa. Sidosryhmäyhteistyötä, jossa asiantuntijalääkäritkin ovat mukana, tulisi edelleen jatkaa ja mahdollisesti vielä lisätä. Vaikeimmissa tilanteissa yhteisten palaverien pitäminen sopivimpaan ratkaisuun pääsemiseksi on tarkoituksenmukaista. Kuten muissakin teemoissa on tullut esiin, yhteistyötä TE-palveluiden kanssa toivottiin Kelatasoisesti lisättävän, jotta sujuvampi tiedonvaihto asiakkaan eduksi toteutuisi. TYP-toiminta (työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu) toimii hyvin, mutta muissakin tilanteissa yhteistyötä tarvittaisiin. Sujuvampaa moniammatillista yhteistyötä toivottiin myös kuntoutustutkimuskeskusten, kuntoutuksen palveluntuottajien sekä sosiaalitoimen kanssa, jotta ammatillisen kuntoutuksen toteutumisen ja onnistumisen edellytykset paranisivat. Lisäksi edellä mainittujen toimijoiden toivottaisiin tekevän enemmän yhteistyötä TE-palvelujen kanssa, jotta kuntoutusprosessin loppupuolella asiakas voisi luontevammin siirtyä TE-palvelujen piiriin ja hänen tilanteensa tunnettaisiin siellä paremmin. Moniammatillisen toiminnan tuloksellisuuteen tulisi myös enemmän kiinnittää huomiota ja tehdä tarvittaessa muutoksia prosesseihin. Lisäksi vastauksissa tuli esille toive siitä, että jo terveydenhuollon piirissä hyödynnettäisiin enemmän moniammatillisuutta, jolloin esimerkiksi kuntoutussuunnittelija tulisi mukaan työkykyprosessiin jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Myös ylipäätään Kelan ja perusterveydenhuollon välille toivottiin tiiviimpiä yhteistyömuotoja, joiden kautta autettaisiin asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen edistämistä.

6.4.3 Kokemukset asiakaskokemuksen välittymisestä

Yhteistyöteemasta on nyt eritelty vastauksista esiin noussut kuva Kelan sisäisestä yhteistyöstä sekä yhteistyöstä muiden tahojen kanssa. Lopuksi käydään vielä läpi aineistossa käsiteltyä asiakasnäkökulman merkityksellisyyttä etenkin motivaation sekä asiakkaan kuulluksi tulemisen näkökulmista.

Kyselyssä erityisesti viimeisessä avokysymyksessä (Liite 3 kysymys 13), johon vastasi 32 asiantuntijalääkärinä, käsiteltiin tätä kokonaisuutta. Todellisuudessa näitä näkemyksiä tuli esille

läpi koko aineiston, joten tässä on otettu muissakin kysymyksissä esiin tulleita näkemyksiä esille. Esimerkiksi sana ”motivaatio” oli jossain muodossa mainittu yli 40 kertaa kyselyn vastauksissa. Vastauksista eroteltiin asiakasnäkökulmateemaan liittyen kaksi yläluokkaa sekä niihin liittyviä alaluokkia, joita tuli vastauksissa esiin (Taulukko 16).

Taulukko 16: Asiakasnäkökulman välittyminen

Asiantuntijalääkäreiden näkemykset asiakasnäkökulman välittymisestä ja sen välittymisen edistämisestä	
Kokemukset asiakasnäkökulman välittymisestä	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nykyiset asiakasnäkökulman välittymisen muodot ○ Tieto motivaatiosta kuntoutukseen ei usein välity ○ Asiakasnäkökulman välittyminen ei merkityksellistä asiantuntijalääkärille
Asiakasnäkökulman välittymisen edistämisen näkemykset	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asiakkaan tunteminen ja haastattelut hoitotaholla ○ Asiakkaiden haastattelut Kelassa ○ Arviopyyntöihin tieto motivaatiosta ○ Hakemuksiin ja lääkärinlausuntoihin kohta motivaatiosta

Ensinnäkin vastauksissa tuli ilmi *kokemuksia nykyisestä asiakasnäkökulman välittymisestä* sekä myös sen tarpeellisuudesta yleensä. Asiakkaan omasta näkemyksestä kuntoutumiseen liittyen tai motivaatiosta siihen voi nykyisin asiantuntijalääkäri saada tietoa ainakin asiakkaan hakemuksesta, käsittelijän kirjoittamasta arviopyynnöstä, yhteydenottokirjauksista, asiakkaan lähettämistä viesteistä sekä lääkärinlausunnoista. Tämä tieto on siis melko hajautettuna eri lähteissä ja niiden informaatioarvot asiakasnäkökulman suhteen vaihtelevat paljon vastauksien mukaan. Jos asiakas on esimerkiksi huolella hakemuksensa täyttänyt, voi asiakkaan motivaatiosta selvittää tarpeeksi pelkän hakemuksen perusteella. Mikäli asiakas on tehnyt valituksen, vastauksien mukaan siihen asiakas on yleensä kirjannut kattavasti omia ajatuksiaan.

Asiantuntijalääkäri onkin toisten kirjaaman tiedon ja sen laadukkaan tuottamisen varassa. Iso osa kysymykseen vastanneista toi esille, että asiakkaan motivaatio tai ajatukset omasta kuntoutumisestaan eivät välity tarpeeksi hyvin asiantuntijalääkärille niistä lähteistä, joita hänellä on käytössään ammatillisen kuntoutuksen arviota tehdessään sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkeasian yhteydessä. Motivaatiota joutuu usein päättelemään niin sanotusti rivien välillä. Lisäksi tuotiin esille, että tiedon puuttuminen asiakkaan todellisesta motivaatiosta voi johtaa epätarkoituksenmukaisiin kuntoutussuosituksiin ja -myöntöihin, jotka huonoimmassa tilanteessa keskeytetään hyvin pian aloituksen jälkeen. Toisaalta esiin tuli myös ajatuksia

siitä, että ammatillinen kuntoutus ei ylipäätään vaikuttavuudeltaan ole läheskään aina toivottulla tasolla.

Ei mitenkään ja tämä teettää paljon työtä, sekä meille että muille. Ei ole kovin epätavallista, että kaikki vaivan jälkeen kuntoutus keskeytetään ensimmäisessä päivässä!

Muutama vastaaja tosin toi esille mielipiteensä siitä, että asiakaskokemus välittyy nykyisellään tarpeeksi. Tähän liittyen esitettiin myös ajatus, että asiakkaan näkemys huokuu välillä liiaksikin lääkärinlausunnoista, jolloin lausunto on tehty ikään kuin asiakkaan sanelemana ilman hoitavan lääkärin tekemää objektiivista esikarsintaa etuuksien saamisen edellytyksistä. Toisaalta vastauksissa tuli myös esiin ajatus siitä, että asiantuntijalääkärin objektiivisen arvioon tekemiseen ei tarvitse edes sekoittaa asiakasnäkökulmaa.

En ajattele tätä asiakkuutena. Hakija ei ole minun asiakkaani. Minulta kysytään lääketieteellistä arviota, joka vaatii asiantuntijuutta. Etuuskäsittelijän voin ajatella olevan asiakkaana, joka hankkii minulta asiantuntijuutta tapauksissa, joita ei voi oman asiantuntijuutensa pohjalta arvioida. Miksi asiakasnäkökulman edes pitäisi välittyä asiantuntijalääkärille? En koe asiaa relevantiksi.

Kuntoutusesitystä tehdessä olisi oleellista tietää asiakkaan/kuntoutujan/vakuutetun oma kuntoutusmotivaatio. Tämän joutuu usein päättelemään rivien välillä. Ongelma on ensisijaisesti siinä, ettei hoitava lääkäri/taho aktiivisesti mieti kuntoutustoimenpiteitä ja niiden realistisuutta. Toisaalta objektiivisessa arviossa kuntoutus arvioidaan tarpeelliseksi, jos sen perusteet täyttyvät - riippumatta asiakkaan toiveesta tai motivaatiosta...

Eräs vastaaja taas katsoi asiakasnäkökulman sisältyvän jo yleisesti Kelan etuuksien ratkaisutyöhön periaatteellisella tasolla. Sitä ei tarvitse siis erityisesti korostaa, koska asiakasnäkökulmaa edistetään jo lain puitteissa.

Vastauksissa nostettiin esiin myös *asiakasnäkökulman välittymisen edistämisen näkemyksiä*. Vastauksissa tuli esiin asiakkaiden haastatteluissa tuotetun tiedon tärkeys asiantuntijalääkärille etenkin kuntoutusmotivaation selvittämisen osalta. Lääkärinlausunnoista usein huokuu se, ettei asiakasta tunneta pitkäaikaisten hoitosuhteiden puuttuessa. Asiakkaan tilanteeseen parempaa perehtymistä sekä asiakkaan konkreettista haastattelua kuntoutusasioihin liittyvien teemojen osalta, olisi vastausten mukaan syytä lisätä.

Koska me joudumme tekemään työmme perustuen ainoastaan kirjalliseen materiaaliin, niin niiden jotka tosiasiallisesti tapaavat henkilöä tulisi tarkemmin pyrkiä selvittämään asiakkaansa näkemyksiä, pelkoja ja jopa vääriä tietoja ja antaa heille asianmukaista informaatiota eri vaihtoehdoista.

Myös Kelassa tehtävien asiakashaastattelujen ja esimerkiksi niin sanottujen työkykypuhelujen määrää olisi lisättävä useiden vastaajien mielestä. Asiakashaastattelujen tärkeys nousee myös siksi tärkeäksi Kelassa, koska hoitotaholla sitä ei tarvittavassa mittakaavassa koeta tapahtuvan. Asiakkaalle pitäisi kertoa ylipäätään siitä, mitä ammatillinen kuntoutus on ja miten se voi auttaa asiakasta tilanteessa, jossa työkyky on uhattuna. Erään vastaajan mielestä

erityisesti silloin tulisi kontaktoida asiakasta, jos asiakirjojen tiedoista huokuu kuntoutusmotivaation puute. Kuntoutusmotivaatiota tulisi herätellä myös esimerkiksi pitkään työttömänä olleiden osalta.

Väittäisin, että tuo asiakkaan oma motivoituminen on viime kädessä se tärkein seikka ja siinä voi haastattelulla ja käsittelijän yhteydenotoilla olla suuri merkitys. Saattaa olla, että asiakas on ollut pois työelämästä jo yli 10 v ja jotenkin sopeuttanut elämänsä tähän.

Eräs vastaaja ehdotti jopa, että ammatilliseen kuntoutukseen osallistumista edellytettäisiin tiettyjä pitkittyviä työkyvyttömyysetuusjaksoja myönnettäessä. Tällöin saataisiin enemmän tietoa asiakkaan kuntoutumisedellytyksistä sekä hänen omista näkemyksistään kuntoutumisen suhteen.

Tieto tehdyistä kontakteista asiakkaaseen tulisi selvittää myös asiantuntijalääkärille selkeästi. Etuuskäsittelijän asiakirjoista tai puhelinyhteyden kautta kokoama käsitys asiakkaan kuntoutusmotivaatiosta ja muista siihen osallistumiseen liittyvistä tekijöistä tulisi myös kirjoittaa auki asiantuntijalääkärille menevään arviopyyntöön tai muuhun sellaiseen paikkaan, josta asiantuntijalääkäri saa sen tiedokseen.

Useammassa vastauksessa nostettiin esille myös se, että sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkehakemuksissa olisi suoremmin hyvä kysyä asiakkaan motivaatiosta kuntoutukseen. Myös asiakasta tulisi ohjata hakemuksissa selkeämmin ja syvällisemmin pohtimaan omaa tilannettaan kuntoutumisen näkökulmasta. Tosin se tiedostettiin, että kohta voisi jäädä usein tyhjäksi asiakkaiden mahdollisesti ajatellen sen vaikuttavan negatiivisesti mahdollisuuksiin saada työkyvyttömyyteen perustuvaa etuutta. Lisäksi myös lääkärinlausuntoihin koettiin tarvittavan nimenomaista kuvausta asiakkaan motivaatiosta. Eräessä vastauksessa ehdotettiin, että muodostuisi rutiiniksi tietyssä sairausloman tarkistuspisteessä tiedustella hoitotaholla asiakkaan konkreettisia ajatuksia ja toiveita ammatillisen kuntoutuksen suhteen. Nämä tiedot tulisi kirjata selkeästi lääkärinlausuntoon. Tämä toteutuu harvoin sillä tasolla, kun olisi toivottavaa.

7 Johtopäätökset

Tutkimuksen tavoitteena on ollut selvittää, millaisia haasteita Kelan asiantuntijalääkärit kokevat ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyn yhteydessä ja millaisia kehittämisen kohteita he tuovat esille ammatillisen kuntoutuksen ohjauksen ja arvioinnin prosesseissa.

7.1 Asiantuntijalääkäreiden kokemat haasteet ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyssä

Asiakasta koskevan tiedon laatuun liittyen kävi ilmi, että asiantuntijalääkärit kokivat tiedon tarkkuuden, kattavuuden ja suositustenmukaisuuden toteutumisessa olevan parantamisen varaa. Vastauksissa oli jonkin verran hajontaa, mutta havainnot olivat kuitenkin suhteellisen keskittyneitä. Eniten hajontaa oli siinä, miten virheetöntä tiedon koettiin olevan. Täten myös huomattava joukko vastaajista koki tiedon olevan osin virheellistä ajoittain. Kvantitatiivisessa tarkastelussa ei havaittu juurikaan eroja eri taustamuuttujittain tarkasteltuna. Enemmän työkokemusta omaavilla asiantuntijalääkäreillä tosin kokemus tiedon laadusta kokonaisuutena oli hieman positiivisempaa kuin muilla. Tarkemmassa kvalitatiivisessa tarkastelussa tuli ilmi kokemuksia lääkärinlausuntojen lääketieteellisistä puutteista, työ- ja toimintakyvyn puutteellisesta kuvauksesta ja arvioinnista hoitotaholla, asiakkaan taustatiedon ja kuntoutusta koskevan esitiedon puutteista. Lisäksi asiantuntijalääkärit kokivat, että hoito- ja kuntoutustaholla on monesti puutteelliset tiedot Kelan kuntoutuksesta ja täten myös asiakkaan ohjaus ei aina ole laadukasta ja oikea-aikaista. Tiedonvälittymisen ongelmat vaikuttavat myös paljon siihen, miten laadukkaaseen tietoon perustuen asiantuntijalääkärit tekevät arvioitaan. Myös arviopyynnön tekijällä eli Kelan etuuskäsittelijällä on vaikutuksensa siihen, miten laadukkaista lähtökohdista asiantuntijalääkäri alkaa arviotyötään tekemään. Haasteisiin koettiin heijastuvan suuresti myös rakenteelliset ongelmat kuten terveydenhuollon resurssien niukkuus, jotka vaikuttavat välillisesti myös lääkärinlausuntojen laatuun.

Esimerkiksi lääkärinlausuntojen ajoittaiset laadun puutteet ovat nousseet esille niin aiemmissa tutkimuksissa (ks. esim. Hinkka ym. 2019; Kiessling ym. 2013; Haapakoski ym. 2018) kuin yleisessä keskustelussakin. Lääkärinlausuntojen laatuun voidaan olettaa vaikuttavan suurelta osin myös ajankohtainen yleisessä julkisessa keskustelussa esiin nostettu julkisen terveydenhuollon kriisitilanne erityisesti psykiatrian puolella. Samaan aikaan mielenterveys- tai käyttäytymishäiriöt ovat yleisimpiä syitä, joiden perusteella henkilö saa sairauspäivärahaa tai työkyvyttömyyseläkkeitä (Kelan sairausvakuutusilasto 2022, 11; Tilasto Suomen eläkkeensaa- jista 2022, 9-10). Näiden henkilöiden osalta siis lääkärinlausuntojen laatuun voidaan olettaa vaikuttavan hoitavien lääkäreiden jatkuva kiire, eikä ammatillisen kuntoutuksen pohdintaan jää välttämättä tarpeeksi aikaa.

Lisäksi 1.1.2023 voimaan tulleiden hyvinvointialueiden myötä sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen hakenee edelleen paikkaansa ja toimintatapojen sujuvuutta. Paljon mediahuomiota on saanut myös lääkäreiden ja hoitajien siirtyminen joukolla yksityiselle puolelle julkisten terveystalouden ongelmien vuoksi. Tämä julkisen terveydenhuollon työntekijäpula taas voi entisestään heikentää Kelan asiakkaiden mahdollisuuksia saada oikea-aikaisia ja laadukkaita terveydentilaselvityksiä etuuskäsittelijöiden arviointeja varten, koska Kelan asiakkaat käyttävät verraten usein juuri julkisen terveydenhuollon palveluita.

Asiakasta koskevan tiedon käytössä ja soveltamisessa ei koettu vastausten perusteella olevan erityisen suurta haastetta. Kuitenkin tiedon käyttämisen Kelan järjestelmissä koettiin aiheuttavan ajoittain jonkin verran haasteita. Vaikka tieto lopulta löydettäisiin, voi sen etsimiseen kulua aikaa. Kelan ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehtojen selkeys ja tiedot kuntoutuksen vaikuttavuudesta eivät kaikkien vastaajien kokemusten perusteella olleet myöskään täysin toivottavalla tasolla. Lisäksi lääketieteellisen ja juridisen asiantuntijuuden yhdistämisen ei koettu kaikkien vastaajien osalta olevan aina ongelmatonta. Säännösten osittainen tulkinnanvaraisuus, harkintavallan käytön tarve sekä asiakkaan kokonaistilanteen huomioimisen vaatimus voivat osaltaan mahdollisesti selittää tätä (vrt. Haapakoski ym. 2018; Kalliomaa-Puha ym. 2014).

Taustamuuttujilla ei ollut kovin suurta vaikutusta kokemuksiin tiedon käyttöön ja soveltamiseen liittyvissä kokemuksissa. Jonkin verran eroavaisuutta vaikutti kuitenkin olevan sillä, arvioiko asiantuntijalääkäri ammatillisen kuntoutuksen etuutta myös muutoin kuin sairauspäivärahan tai työkyvyttömyyseläkeasian yhteydessä. Tällöin kokemukset vaikuttivat olevan jonkin verran positiivisemmat kuin muiden asiantuntijalääkäreiden osalta. Myös vähemmällä työkokemuksella näyttäisi olevan jonkun verran vaikutusta siihen, että keskimäärin tiedon käyttö ja soveltaminen koetaan haasteellisemmaksi kuin enemmän työkokemusta omaavien kohdalla. Avovastauksissa asiantuntijalääkärit nostivat esiin teknisiä käyttöhaasteita kuten asiakirjojen luettavuuteen ja tiedon hajanaisuuteen liittyviä haasteita (vrt. myös Salovaara ym. 2021). Lisäksi haasteita aiheuttivat erityisesti kuntoutuksen arviointia vaikeuttavat seikat kuten kuntoutuksen vaihtoehtojen selkeyteen sekä yhtenevään ratkaisukäytäntöön liittyvät kysymykset (vrt. myös Haapakoski ym. 2018). Lisäksi tiedonkulun haasteet vaikuttavat myös tiedon asianmukaiseen käyttämiseen ja soveltamiseen. Jotta tietoa voidaan asianmukaisesti käyttää ja soveltaa, tulee olla esimerkiksi ajantasainen tieto tietyistä käytänteistä tai asiakkaan tilanteesta.

Asiantuntijalääkärit eivät kokeneet juurikaan haasteita yhteistyön toimivuudessa asiantuntijalääkärikollegoiden tai muiden Kelan kollegoiden kanssa arvioidessaan ammatillista kuntoutusta sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkeasian yhteydessä. Erityisen hyvänä asiantuntijalääkärikollegoiden välistä yhteistyötä pitivät ne, jotka arvioivat ammatillista kuntoutusta myös erikseen etuutena. Kelan ja ulkopuolisten toimijoiden yhteistyön kokemus ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa heijastuu pitkälti haasteisiin aiemmin mainitun tiedon laadukkaan ja ajantasaisen välittymisen suhteen. Lisäksi yleisesti melko isona haasteena pidettiin, että asiakkaan oma näkemys kuntoutumisedellytyksistä ja kuntoutusmotivaatiosta ei tule tarpeellisessa määrin esille asiantuntijalääkärille hänen tehdessään arvioita ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta. Toisaalta osa oli myös sitä mieltä, ettei asiakasnäkemysten välittyminen asiantuntijalääkärille ole erityisen tärkeää. He kokivat, että laadukkaiden lääketieteellisten seikkojen perusteella pystytään tekemään objektiivinen arvio ja sitten vasta selvitetään asiakkaan motivaatio ja osallistumishalukkuus kuntoutukseen.

Opinnäytetyössä esiin nousseet ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen ongelmakohdat olivat kaiken kaikkiaan pitkälti linjassa myös aiempien vastaavan kaltaisten tutkimusten ja selvitysten kanssa. Esimerkiksi työeläkelaitosten ammatillisen kuntoutukseen liittyvässä selonteossa tuli esille niin ikään haasteita, jotka liittyvät muun muassa kuntoutuksen tarpeen varhaiseen tunnistamiseen ja sen asianmukaiseen käynnistämiseen, kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseen sekä yksilölliseen tukeen ja kuntoutuksen seurannan toteutumiseen. Lisäksi esille tuli yhteistyön toimivuushaasteet eri tahojen kesken. (Gould, Järvikoski, Härkäpää & Tuomala 2012, 229-235.)

7.2 Asiantuntijalääkäreiden esittämät kehittämisen kohteet ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen ja arvioinnin prosesseissa

Asiantuntijalääkärit nostivat esille arviopyynnön tekijöille sekä hoitotaholle suunnattuja kehitysehdotuksia tiedon laatuun liittyen, jotta ammatillisen kuntoutuksen arviointi helpottuisi. On kuitenkin mainittava, että tiedon laadussa on paljon vaihtelevuutta ja myös erittäin hyviä arviopyyntöjä ja lääketieteellisiä dokumentteja on käytettävissä. Arviopyynnön tekijöiden toivotaan muun muassa esittävän järjestelmällisesti asiakkaan taustaa tarpeellisilta osin sekä myös kiinnittävän huomiota aiemmista kuntoutustoimista kertomiseen ja kuntoutusvastuun kirjaamiseen. Myös yhdessä oppiminen ja konsultointi tulisi olla luonnollinen osa etuuskäsitteelijöiden ja asiantuntijalääkäreiden työtä. Kuntoutusosaamisen vahvistaminen myös tukisi arviopyynnön tekijöiden työtä. Lääkärinlausunnon laatijoiden tai hoitotahon tulisi kiinnittää parempaa huomiota lääkärinlausuntojen yleiseen laatuun. Asiakkaan taustatiedot tulee olla tarpeellisilta osin esitetty sekä erityisen tärkeää olisi tehdä ajankohtainen statustutkimus sekä asianmukainen työ- ja toimintakyvyn kuvaus sekä työkyvyn laajempi arvio myös muihin mahdollisiin töihin suhteutettuna. Avoin kuntoutuskeskustelu olisi erityisen tärkeää hoitotaholla, jotta asiakas saisi jo varhaisessa vaiheessa työkykyongelman ilmaannuttua tietoa kuntoutuksesta. Lääkärinlausunnoissa tulisi myös kirjoittaa auki se, mitä on asiakkaan kanssa puhuttu kuntoutuksesta ja mitä mahdollisesti kuntoutuksen suhteen on tehty. Hoitotaholle olisi myös koulutuksen muodossa vietävä aktiivisesti tietoa lääkärinlausuntojen vaatimuksista etuuskäsitteijöiden kannalta sekä myös ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoista. Yleisemmällä tasolla myös rakenteellisia kehitysehdotuksia nostettiin esille, jolloin painotettiin kuntoutuksen merkitystä korostavan puheen varhaista aloittamista, kuntoutukseen liittyvien resurssien oikeaa kohdentamista sekä ylipäätään eri toimijoiden roolien selkeyttämistä asiakkaan kuntoutuspolulla.

Tiedon käytön ja soveltamisen suhteen tuli esiin toiveita teknisten ominaisuuksien parantamiseksi. Asiakirjojen toivottiin olevan luettavuudeltaan parempia sekä tiettyjen käyttöjärjestelmäominaisuuksien muutosten kautta voitaisiin helpottaa ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia. Tiedon objektiivinen ja asianmukainen soveltaminen ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioimista varten olisi myös sujuvampaa tehdä, jos olisi käytettävissä tietyt ennalta sovitut tarvittavat tiedot asiakkaan tilanteesta sekä ammatillisen kuntoutuksen

myönnön kriteerit olisivat selkeät. Matalan kynnyksen vuoropuhelua voisi olla myös syytä kehittää Kelan sisällä, jotta asiantuntijalääkärillä olisi tarvittavat tiedot tiedon sujuvaa soveltamista varten. Vuoropuhelua myös Kelan ulkopuolisten toimijoiden kanssa olisi mahdollisesti syytä kehittää, jotta esimerkiksi voitaisiin varmistaa lisätiedon tarve tai antaa ohjeistusta lääkärinlausuntojen sisältöön liittyen.

Yhteistyön kehittämisen osa-alueella esitettiin myös Kelan sisäisen ja ulkopuolisen yhteistyön kehittämisen ajatuksia. Sisäisessä yhteistyössä tulee korostaa tiedon vaihtoa ja yhteistä pohdintaa, prosessien mukaan toimimista, kuntoutuspolun eteenpäin viemisen varmistamista sekä osaamisen vahvistamista kelatasoisesti. Osa asiantuntijalääkäreistä koki myös yleisesti, että yhteistyötä olisi syytä lisätä ammatillisen kuntoutuksen suhteen eri toimijoiden kesken. Tämän puitteissa olisi hyvä varmistaa tiedonsaantioikeutta ja tiedon välittymisen muotoja, neuvontamahdollisuuksien lisäämistä, tiedottamista ja koulutusyhteistyötä. Kaiken kaikkiaan tulisi varmistaa, että kaikilla toimijoilla olisi yhteinen tavoite asiakkaan kuntouttamisesta, jos se suinkin vaikuttaa mahdolliselta ja realistiselta. Tämä edellyttää, että kuntoutuspolku aloitetaan ajoissa ja sen jatko varmistetaan. Tässä kaikessa tulisi tehdä moniammatillista yhteistyötä.

Tiedon liikkuvuuden kehittämisen ja yhtenäisten kuntoutuspalvelupolkujen muodostamisen tarpeet ovatkin jo laajalti tunnistettuja kehittämisen kohteita (ks. esim. Digitalisaatio työllistymisen ja osallistumisen tukena; Ukkola ym. 2022). Myös erilaisia toimenpiteitä ja hankkeita on ollut käynnissä yhteistyön kehittämiseksi ja lopulta asiakkaan kuntoutukseen ohjauksen sujuvammaksi toteutumiseksi (ks. esim. Tuomisto & Miettinen 2023).

Koska moni koki, ettei asiakasnäkökulma välity, sen edistämiseksi esitettiin myös kehitysehdotuksia. Perustana monesti olisi, että asiakas tunnetaan hoitotaholla ja hänen kanssaan tehdään asianmukainen haastattelu, johon sisältyy olennaisilta osin myös kuntoutuksen näkökulma. Myös Kelassa olisi lisättävä asiakkaiden haastatteluja ja tätä kautta asiakkaan mielipiteiden kuulemista. Arviopyyntöihin tulisi tuoda enenevässä määrin tiedoksi kuntoutusmotivaationäkökulmaa siltä osin kuin se on mahdollista. Kehitysjatoksena ehdotettiin myös asiakkaan kannustamista kuntoutuspohdintaan ja motivoitumistaan siihen nykyistä paremmin etuushakemuksessa. Aktiivista kuntoutusmotivaation herättämistä olisi harjoitettava myös niiden asiakkaiden kohdalla, joilta kuntoutusmotivaatio vaikuttaa ajankohtaisesti puuttuvan. Positiivinen ja kannustava asiakkaan kohtaaminen voi herättää asiakkaassa kuntoutusmotivaation (vrt. Olsson ym. 2016; Pasanen 2021).

Myös esimerkiksi Haapakosken ym. (2018) tutkimuksessa nostettiin esiin motivaation selvittämiseen liittyviä tekijöitä ammatillisen kuntoutuksen arvioissa. Kelan hakemuskäsittelyyn liittyvässä kuntoutusmotivaation selvittämisessä tärkeässä asemassa olisivat hyvälaatuiset hakemusasiakirjat lääkärinlausuntoineen. Lisäksi tulisi huomioida niin Kelan sisäisten kuin

ulkopuolisten toimijoidenkin vaikutus asiakkaan motivaatioon. Heillä voi olla vaikutusta niin sanotun ulkosyntyisen motivaation syntyyn, mutta toisaalta heillä voi olla myös suuri merkitys subjektiivisen henkilön sisältä kumpuavan motivaation syntyyn. Asiakkaan motivaatiosta puhuttaessa olisi myös kiinnitettävä huomiota asiakkaan kokonaistilanteeseen. Esimerkiksi tietämyksen puute kuntoutukseen liittyvistä seikoista voi heikentää motivaatiota. (Haapakoski ym. 2018, 76-84.)

8 Pohdinta

8.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Opinnäytetyössä on pyritty kirjaamaan mahdollisimman selkeästi auki, miten tutkimusta on toteutettu. Tämän voidaan katsoa olevan erityisen tärkeää tutkimuksen luotettavuusnäkökulmaa ajatellen. On toki kuitenkin muistettava, että etenkin laadullisen tutkimuksen analysoinnissa ja tutkimusraportin kirjoittamisessa tutkijan omalla tulkinnalla on suuri vaikutus lopputulokseen. Tutkimusraportissa on kuitenkin tuotu esille ne lähtökohdat ja etenemisen kuvaukset, joiden kautta muilla on mahdollisuus arvioida tehtyjen tulkintojen uskottavuutta. (Kiviniemi 2018, 85-86.)

Sähköistä kyselyä aineistonkeruumenetelmänä voidaan pitää melko riskialttiina, koska vastausprosentti jää usein pieneksi ja aineisto voi olla sisällöltään niukkaa. Voi olla myös mahdollista, että vastaukset jäävät sisällöltään epäselviksi, koska tutkija ei pysty jälkikäteen esittämään tarkempia kysymyksiä. Jälkeenpäin ajateltuna kyselyn hiomiseen olisi voinut käyttää vielä enemmän aikaa. Avokysymyksiä olikin sähköiseen kyselyyn melko paljon ja ne olivat myös sisällöllisesti mahdollisesti turhan samankaltaisia. Tällöin vastaajilla saattoi olla hankalaa erotella vastauksissaan juuri niitä asioita, joista tietyissä kysymyksissä oltiin kiinnostuneita. Tietty sama vastaus sopi vastaukseksi moneen kysymyskategoriaan. Jonkin verran vastauksissa olikin viittauksia, joissa vastaaja pyysi katsomaan edellisessä kysymyksessä annettua vastaustaan. Tämä voi mahdollisesti kertoa kysymysten huonosta muotoilusta ja siitä, että myös vähemmällä määrällä kysymyksiä olisi voinut saada saman informaation. Toisaalta voidaan myös ajatella, että mitä useammalla tavalla asioista kysytään, sitä enemmän vastaaja joutuu asiaa todellisuudessa pohtimaan. Täten vastauksista olikin löydettävissä vivahde-eroja ja se koettiin myös osaltaan analyysin kannalta palkitsevaksi, että tietty asia toistui useammassa kategoriassa. Se täten myös lisäsi vastausten luotettavuutta.

Tutkimuksessa on hyödynnetty sekä määrällistä että laadullista näkökulmaa. Määrällinen analyysi on tehty suurimmaksi osaksi kuvailevalla tasolla, ja esimerkiksi tilastollisia luotettavuustestejä ei ole tehty tarkasteltaessa eri taustamuuttujaryhmien välisiä eroja. Koska aineisto ja myös varsinainen perusjoukko ovat pieniä, ei näillä nähty olevan tarvetta tässä tutkimuksessa. Määrällisessä tarkastelussa oli tarkoituksena luoda peruskuvaa Kelan asiantuntijalääkäreiden

kokemuksista ammatilliseen kuntoutukseen liittyvän arvioinnin suhteen. Tutkimus on painotunut laadulliseen analyysiin, jota määrällinen tarkastelu tukee. Täten tutkimuksessa on hyödynnetty niin sanottua triangulaatiota, jossa monimenetelmällisyyden käyttäminen voi lisätä osaltaan tutkimuksen luotettavuutta (ks. esim. Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 233).

8.2 Tutkimuksen eettisyyden arviointia

Tämä opinnäytetyö on tehty hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksia noudattaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023). Täten tutkimuksen tekemisessä on koko sen työstämisprosessin ajan huomioitu esimerkiksi rehellisyys sekä vastuunkanto tieteellisiin periaatteisiin sitoutumisesta ja sovitusta toimintatavoista kiinni pitämisestä. Opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu myös kohdeorganisaation omaa ohjeistusta opinnäytetöiden tekemiseen liittyen. Tutkimuslupa haettiin asianmukaista prosessia noudattaen. Lisäksi erikseen pyydettiin lupa kyselyn lähettämistä varten asiantuntijalääkäreiden esihenkilöiltä. Myös aineistohallintasuunnitelma ja tietosuojalomake laadittiin asianmukaisesti.

Tutkimuseettisyys- ja luotettavuusarviointia on syytä sisällyttää jokaiseen opinnäytetyön vaiheeseen ja täten myös käsitteiden määrittely- ja tietoperustan kokoamisvaiheessa tulisi pohtia tutkimusetiikkaa (Vilka 2015, 41). Teoriapohjan eettisyyden ja luotettavuuden arviointiin liittyy vahvasti lähdekritiikki. Käytettävien lähteiden ajantasaisuus ja asiantuntevuus vaikuttavat koko opinnäytetyön luotettavuuteen. Etenkin vanhempia lähteitä käytettäessä tulee varmistua, että esitetty tieto on vielä ajantasaista. Lisäksi julkaisutahon vaikutusta esitettyyn tietoon on syytä tarkastella tarpeeksi kriittisesti. (Vilka 2021, 120-121.) Lisäksi lähteissä esitetyn tiedon puolueettomuutta tulisi arvioida, jotta esiin tulisi mahdolliset tietyn ryhmän omia tarkoitusperiä ajavat puheenvuorot. Käytetyn lähdetiedon tulisi toisin sanoen olla objektiivista. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 114.) Kun tietyt lähteet on katsottu luotettaviksi, tutkimusetiikan mukaisesti on huolehdittava siitä, että toisten työ huomioidaan selkein lähdeviittein ja täten huolehditaan tekijänoikeuksista. Toisten ajatuksia ei saa myöskään väärin väkivalloin palvelemaan paremmin oman opinnäytetyön tavoitteita. (Vilka 2015, 42; Vilka 2021, 201-202.)

Teoriaosuutta kootessa on noudatettu edellä mainittuja eettisyysnäkökulmia. Lähteitä valitessa on pyritty varmistumaan tiedon ajantasaisuudesta sekä valittu mahdollisimman tuoreta saatavilla olevaa tietoa. Haastavaa oli ajoittain pohtia tiedon julkaisutahon vaikutusta tiedon objektiivisuuteen. On selvää, että julkishallinnollisten laitosten tulisi esittää julkaisuissaan objektiivista tietoa. On kuitenkin usein väistämätöntä, että tietoa esitetään tietyistä tarkoituksiperistä lähtöisin. Lähteissä saatetaan siis korostaa julkaisijan kannalta positiivista tietoa ja jättää vähemmälle huomiolle muu tieto. Lähteissä on pyritty huomioimaan tämä seikka ja on valittu lähteitä monelta eri hallinnonalalta, jotta näkökulmat monipuolistuvat. Koska

opinnäytetyön tekijä on myös itse osa kohdeorganisaatiota, voi ajoittain olla tapahtunut tiedostamatonta lähteiden tulkintaa oman organisaation tavoitteiden kautta. Opinnäytetyön organisaatiokeskeisyys on kuitenkin tiedostettua ja jo se luo pohjaa sen kriittiselle tarkastelulle. Näkökulman keskittyessä vain yhden organisaation sisällä toimivan ammattikunnan mielialpiteisiin, sisältöä voidaan mahdollisesti luoda liikaa yhteen näkökulmaan painottuen. Tämä on kuitenkin pyritty avoimesti tuomaan lukijalle esille.

Asiantuntijalääkäreitä on Kelassa suhteellisen pieni joukko. Aineistonkeruun menetelmänä kyselyn katsottiin olevan anonymiteetin sekä myös opinnäytetyön tekijän organisaatioon kytkeytyvyyden kannalta parempi vaihtoehto kuin esimerkiksi haastatteluiden. Kysely laadittiin tutkimuseettisten käytäntöjen mukaisesti pyrkimällä siihen, että tutkittavien tunnistaminen olisi mahdollisimman epätodennäköistä (Karjalainen 2008, 126). Kysely toteutettiin anonymisti hyödyntäen Kelan digitaalisten tiedonkeruiden palvelujen ammattitaitoa. Esimerkiksi vastauksia ja vastaajien sähköpostiosoitteita voitiin yhdistää toisiinsa. Kyselyyn vastanneilta ei kysytty kyselyssä sellaisia henkilötietoja, joiden perusteella vastaaja olisi suoraan tunnistettavissa. Kertyneeseen aineistotietokantaan sisältyvät vain kyselylomakkeelle syötetyt tiedot. Vastaajista voi kuitenkin vastaamisen yhteydessä kertyä sellaista tietoa, joista vastaaja olisi periaatteessa tunnistettavissa esimerkiksi avointen kysymysten vastausten tai taustamuuttujien perusteella. Vastaaja pystyi kuitenkin itse säätämään sitä, mitä vastauksissaan toi ilmi. Taustatietoina kerättiin vastaajilta tietoa siitä, mistä etuudesta hän antaa arvioita, mikä on hänen erikoisalansa ja kuinka kauan hän on ollut Kelassa töissä. On täten mahdollista, että aineisto on voinut sisältää tietoa, josta henkilö olisi välillisesti tunnistettavissa. Tuloksissa tieto on kuitenkin esitetty niin, etteivät yksittäiset vastaajat ole tunnistettavissa. Lisäksi aineistohallintasuunnitelman mukaisesti aineiston hävittäminen tapahtuu opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

On mahdollista, että Kelan tutkimusosastolla työskentelevän ylilääkärin mukanaolo niin sanottuna yhteyshenkilönä tai Kela-ohjaajana opinnäytetyössä on voinut vaikuttaa positiivisesti vastaajien lukumäärään. Ylilääkärin nimi mainittiin kyselylomakkeen saatteessa (Liite 1) ja se on osaltaan voinut kannustaa vastaamaan kyselyyn, koska oman ammattikunnan edustaja on nähty olevan jollain tasolla mukana opinnäytetyön prosessin kulussa. Lisäksi on mahdollista, että osa asiantuntijalääkäreiden esihenkilöistä on voinut osaltaan kannustaa kyselyyn vastaamiseen esimerkiksi yhteisessä palaverissa. Tällaisten eräänlaisten auktoriteettikannustusten ei arvioida kuitenkaan olevan eettisesti erityisen ongelmallisia, koska jokaisella potentiaalisella vastaajalla on ollut anonymiteetin suoja. Kukaan ei ole pystynyt kontrolloimaan, että onko tietty henkilö vastannut kyselyyn vai ei. Sitä vastoin niitä, joita kyselyyn vastaaminen on kiinnostanut, on kannustus vaan osaltaan voinut rohkaista työtilanteen ajankäytöllisistä haasteista huolimatta vastaamaan kyselyyn, ja siten tuonut lisäarvoa tutkimukselle.

Analyysin tekemisessä ja tulosten raportoinnissa on myös syytä kiinnittää huomiota eettisten vaatimusten täyttymiseen. Esimerkiksi aineiston analyysin valmistelussa on pyrittävä aineiston huolelliseen käsittelyyn, etteivät tiedot vaurioitu tai vääristy. Analysoitaessa aineistoa on erityisen tärkeää, että tulkintaa tehdään nimenomaan aineistosta lähtöisin. Omat ennakkokäsitykset eivät saa muokata tuloksia suuntaan tai toiseen. (Tähtinen ym. 2020, 59.) Aineiston tulkinta on myös täytynyt tehdä siten, kun asiasta on lukijalle kerrottu. Tutkimustulosten yleistämisessä tulee myös käyttää harkintaa tai sitä on ainakin syytä pohtia kriittisesti tuloksia esitettäessä. Yleisesti tutkimuksen raportointi on tehtävä siten, että lukijalle syntyy oikea kuva siitä, mitä on tehty ja miten tutkimustuloksiin on päädytty. Kaikenlainen vääristely on tutkimuksen teossa kiellettyä. (Hirsijärvi ym. 2010, 26-27.) Opinnäytetyön analyysissa ja raportoinnissa on noudatettu kyseisiä edellä mainittuja vaatimuksia. Aineistoa on käsitelty huolellisesti, menetelmistä ja analyysin etenemisestä on pyritty kertomaan mahdollisimman tarkasti ja tuloksia ei ole vääristelty tiettyjä tarkoitusperiä palveleviksi.

8.3 Tutkimustulosten yleinen pohdinta

Kela on asettanut kuluvaan hallituskauden aikaisiksi omiksi päätavoitteikseen muun muassa ihmisten *toimintakyvystä huolehtimisen, tietoturvallisen tiedon liikkuvuuden parantamisen kehitystyön* sekä *nuorten syrjäytymisen ehkäisemisen* (Kelan tavoitteet seuraavalle hallituskaudelle 2023). Näillä kaikilla on yhtymäkohtansa työkyvyn ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointiprosessiin Kelassa.

Edellä mainituista tavoitteista ensimmäisen mukaisesti ihmisten työ- ja toimintakyvystä huolehtiminen ja varhainen puuttuminen niissä havaittuihin ongelmiin on merkittävää yhteiskunnallisella tasolla. Työ- ja toimintakyvyn heikkeneminen sekä hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoinen jakautuminen ovatkin huomattavia riskitekijöitä yhteiskunnan taloudelliselle ja sosiaaliselle kestäväydelle. (Kestilä, Karvonen, Jauhiainen & Mikkola 2023.)

Kelan työ- ja toimintakykyetuksien osaamiskeskuksen päällikkö Mikko Toivanen on myös todennut puheenvuorossaan, että asiakkaan kokonaisvaltaiseen tilannekuvan huomioimiseen tulisi kiinnittää sosiaaliturvajärjestelmässä enemmän huomiota etenkin siinä tilanteessa, kun asiakkaan toimintakyky on heikentynyt. Työ- ja toimintakyvyn parantaminen tulisi olla päämäärä, jota jokainen toimija pyrkisi osaltaan tavoittelemaan. Yhteistyön eri toimijoiden välillä tulisi olla jo lainsäädännön tasolla velvoittavaa. Jotta kuntoutuksesta olisi todennäköisimmin hyötyä, tulisi kuntoutustoimet myös käynnistää tarpeeksi ajoissa ilman byrokratiaan liittyviä hankaluuksia. (Toivanen 2023.)

Kuntoutusmahdollisuuksien varhaiseen esiin nostamiseen ei saisi liiaksi vaikuttaa terveydenhuollon tai Kelan resurssipula. Olisikin tärkeää pyrkiä muodostamaan toimivia kuntoutuksen palvelupolkuja, joissa esimerkiksi asiakkaan motivointi kuntoutukseen ei kaatuisi ajanpuutteeseen tai huono tiedonkulku eri toimijoiden välillä ei vaikeuttaisi ammatilliseen

kuntoutukseen ohjautumista. On selvää, että terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat yleensä kasaantuvat, jos niihin ei puututa tarpeeksi ajoissa.

Tutkimuksen tuloksissa nousikin erityisesti esiin asiakkaan motivaatioon tai sen esille tuomiseen liittyvät haasteet. Motivaatioon olisikin jatkossa kiinnitettävä enemmän huomiota kaikilla tasoilla, joilla ammatillisesta kuntoutuksesta keskustellaan asiakkaan kanssa. Asiakkaalle tulisi jo varhaisessa vaiheessa painottaa kuntoutuksen mahdollisuuksia, jos niitä asiakkaalla katsotaan tulevaisuudessa olevan. Hyvä kuntoutusmotivaatio ei saa olla ”esteenä” työkykyetuuksien saamiselle, vaan motivaation ylläpitämiseen pitäisi ennen kaikkea kannustaa. Asiakkaille tulisi luoda ajatus siitä, että hänen ei tarvitse todistaa työkyvyttömyyttään sillä, ettei koe olevan enää kuntoutettavissa. Ammatillisesta kuntoutuksesta olisi tärkeä aktiivisesti tiedottaa heitä, joiden työkyky on alentunut. Tähän yhtenä keinona voisi olla muun muassa ammatilliseen kuntoutukseen liittyvän tietopaketin kerääminen ja välittäminen asiakkaille esimerkiksi jo sairauspäivärahaikauden alkupuolella. Tietopaketin tulisi olla myös visuaalisesti mietitty kokonaisuus, joka innostaisi asiakkaita tutustumaan siihen.

Työkykykeskustelun ja kuntoutukseen liittyvän keskustelun tulisi myös olla tiiviissä yhteydessä yhteiskunnan työllisyyspoliittisten ratkaisujen kanssa. Toki tässä yhteydessä on muistettava, että ammatillinen kuntoutus ja työelämään paluu eivät ole aina mahdollisia. Asiakkaan kokemusta vajaakuntoisuudestaan tai työkyvyttömyydestään ei myöskään saa väheksyä, vaikka hän olisikin saanut hylkäyspäätöksen sairauspäivärahasta tai työkyvyttömyyseläkkeestä. Asiakkaan kuuntelu ja ratkaisujen etsiminen yhdessä pitäisi olla tästä seuraava vaihe, jossa ei unohdeta kuitenkaan aktivointia ja motivointia. Täyden työkykyisyyden ei näissä tilanteissa tarvitsikaan välttämättä olla tavoitteena, vaan yhteiskunnassa tulisi pyrkiä tunnustamaan myös osatyökykyisten potentiaali. Ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehtojen kehittämistä tulisi jatkaa asiakkaiden erilaiset tarpeet huomioiden.

Kelan toisen päätavoitteen, tiedon liikkumisen parantamisen, suhteen on myös edelleen parannettavaa kuten myös tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi. Eri asiantuntijoiden yhteistyö ja sujuva tiedonvaihto ovat avainasemassa, jotta ammatilliseen kuntoutukseen voidaan ohjata asiakkaita oikea-aikaisesti.

Kela on viime aikoina pyrkinytkin monin tavoin esimerkiksi varmistamaan myös sidosryhmien osaamista työkyky- ja kuntoutusasioiden suhteen. Kelan verkkosivuilla on muun muassa julkaistu koulutustallenteita aihepiiriin liittyen. Näistä voidaan mainita tallenteet, jotka liittyvät kuntoutusohjaukseen, mielenterveyden häiriötä sairastavan kuntoutuspolkuun sekä työikäisen kuntoutuspolkuun liittyen. (Kela 2023k.) Ajankohtaisesti onkin käynnissä Kela-tietoa sote-ammatilaisille -projekti, jonka tarkoituksena on nimensä mukaisesti kehittää terveysperusteisiin etuuksiin liittyvää tiedon kulkeutumista sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Projektin myötä on toteutettu verkkokoulutuksia valtakunnallisesti. (Kela 2023l.)

Lisäksi Kela, Verohallinto, Kuntaliitto, Eläketurvakeskus, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy ja Tilastokeskus julkaisivat maaliskuussa tiedotteen, jossa yhdessä vetosivat siihen, että hallitus tarttuisi tiedon liikkuvuuden ongelmiin. Asiakastieto tulisi saada nykyistä paremmin hyödynnetyksi ja tiedon liikkuvuuteen liittyvää lainsäädäntöä tulisi selkeyttää. Yhteistyötä eri toimijoiden välisessä tiedonkulun kehittämisessä pitää saada vahvistettua. Tämän myötä asiakkaita pystyttäisiin palvelemaan paremmin ja erityisesti tämä hyödyntäisi heikoimmassa asemassa olevien tilannetta. Asiakkaiden ohjaus olisi sujuvampaa, kun käytettävissä olisivat ajantasaiset tiedot. (Kela 2023m.) Nyt onkin jo otettu käyttöön uusi suostumuslomake, jolla on tarkoitus edistää viranomaisten välistä tiedonvaihtoa (Kela 2023n). Tiedon liikkuvuutta on myös tarkoitus Orpon hallitusohjelman (Valtioneuvosto 2023) mukaisesti alkaa edistää lähitulevaisuudessa.

Nuorten syrjäytymisen ehkäiseminen on myös mainittu yhdeksi Kelan hallituskauden päätaivoitteista. Järvikosken ja Härkäpään mukaan on muistettava, että työhön palaamiseen tähtäävän kuntoutuksen tarkoituksena ei ole ainoastaan saada yksilö työ- ja toimintakykyiseksi, jotta hän pystyisi palaamaan tai siirtymään työelämään. Sosiaalisen syrjäytymisen ehkäiseminen ja yhteiskunnallisen osallisuuden lisääminen voidaan ajatella olevan myös yhtä tärkeitä kuntoutuksen tavoitteita. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 147-151.) Etenkin nuorten kohdalla tämän voidaan ajatella erittäin tärkeää heidän tulevaisuuttaan ajatellen.

Pitkään nuorten työkyvyttömyyseläkettä saavien määrä jatkoi kasvuaan vuosi vuodelta (ks. esim. Haukipuro, Koskenvuo, Nevalainen & Pösö 2019; Koskenvuo 2017). Toisin kuin yleisestä keskustelusta voisi päätellä edelleen tapahtuvan, nuorten alle 35-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeiden (ml. kuntoutustuki) saajien määrä on itse asiassa laskenut kahtena viime vuotena. Vuoden 2019 kuntoutuksuudistuksen yhteydessä nuorten pääsy ammatillisen kuntoutuksen pariin helpottui, ja tämä voikin olla osasy siihen, miksi syrjäytymisvaarassa olevat tai vajaakuntoiset nuoret ovat enenevässä määrin ohjautuneet työkyvyttömyyseläkkeen sijasta kuntoutuksen pariin. (Kela 2023o.) Tässä yhteydessä voidaan kuitenkin mainita, että Orpon hallitusohjelmassa 2023 on linjaus, että nuoren kuntoutusrahan määrää alennettaisiin ja nuoren ammatilliseen kuntoutuksen pääsyn kriteerejä tiukennettaisiin jälleen. Näiden mahdollisesti toteutettavien toimien vaikutusta nuorten vajaakuntoisten tilanteeseen on liian aikaista arvioida.

Erityistä huomiota olisi kiinnitettävä nuorten sairauspäivärahaa ja työkyvyttömyyseläkettä hakevien ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien pohtimiseen. Onkin huomioitava, että jos nuoren työkyvyttömyyden perusteella edetään aina kuntoutustuelle asti, on yleistä, että kuntoutustukia ketjuuntuu ja niitä saadaan useita vuosia. (Nevalainen 2022, 18.) Erityisesti näiden nuorten osalta olisi pyrittävä saamaan heidät yksilöllisten tilanteiden edellyttämällä tavalla mahdollisuuksien mukaan kuntoutuksen piiriin ennen kuin työkyvyttömyyden perusteella päädytään pitkille kuntoutustukijaksoille tai toistaiseksi myönnettävälle

työkyvyttömyyseläkkeelle. Etenkin nuorille tulisi kohdistaa myös aktiivista kuntoutusmotivoivia sekä tarjota tilanteisiin sopivia kuntoutusmuotoja.

Nämä esiin nostetut Kelan tavoitteet toimintakyvyn huolehtimisesta, tiedon paremman liikkuvuuden edistämisestä sekä nuorten syrjäytymisen ehkäisemisestä tulivat myös tässä opinnäytetyössä osittain esiin. Mikäli näihin tavoitteisiin saataisiin sitoutumaan ammatillisen kuntoutuksen ohjautumiseen osallistuvat toimijat, voitaisiin arvioida päästävän lähemmäs sitä ideaalia, jossa kuntoutustoimenpiteet alkaisivat mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin prosessien kehittämisessä sekä uusien kehitystarpeiden määrittelyssä Kelassa sekä myös mahdollisesti yleisesti terveydenhuollossa ja sosiaalialalla. Kelassa työskentelevät asiantuntijalääkärit, etuuskäsittelijät, suunnittelijat sekä esihenkilöt voivat saada tutkimuksen kautta tietoa, joka voi auttaa kehittämään asiakkaan tilanteen mahdollisimman hyvin huomioivia käytäntöjä ammatillisen kuntoutuksen kannalta. Myös esimerkiksi hoitavat lääkärit voivat saada tutkimuksen kautta lisänäkökulmia ja kehittämisen kohteita B-lääkäriinlausunnon kirjoittamiseen tai muihin ammatilliseen kuntoutukseen kytkeytyviin käytäntöihin liittyen.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyössä on pyritty tuomaan myös yleiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun ammatillisen kuntoutuksen teemaa ja oluttuvuuksia, jotta ammatillinen kuntoutus saisi näkyvämpää roolia ja muodostuisi myönteisempää diskurssia työkyvyttömyyskeskustelun rinnalle. Tärkeää olisi myös jatkossa tuoda esille sujuvan eri asiantuntijoiden välisen tiedonvaihdon merkitystä ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen prosessissa. Lisäksi on mainittava, että juuri Kelan ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumisen prosessia on yhteiskunnallisesti merkittävää tutkia jatkossakin, koska Kelan kuntoutettavia ovat työelämään kiinnittymättömät henkilöt, joilla saattaa olla kohonnut riski syrjäytyä. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla ammatilliseen kuntoutukseen liittyvän motivaation oluttuvuuksien tarkastelu. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi liittyä myös esimerkiksi asiakkaan kokemuksiin saamiinsa kuntoutussuositukseen sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkeasian hakemusprosessin aikana.

Lähteet

- Aalto, A. & Opari, P. 2021. Vakuutuslääkäritoimintaa kehitetään neuvottelukunnassa - mitä järjestöt tavoittelevat ja mitä jäi käteen viime kaudelta? Blogikirjoitus. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Viitattu 15.2.2023. <https://www.soste.fi/blogikirjoitus/vakuutuslaakaritoimintaa-kehitetaan-neuvottelukunnassa-mita-jarjestot-tavoittelevat-ja-mita-jai-kateen-viimekaudelta/>
- Ahola, A. 2007. Lomaketutkimusprosessi. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen, 47-72. Helsinki: Tammi.
- Apponen, E. & Haanpää, M. 2019. Vakuutusjärjestelmä sosiaaliturvan osana. Teoksessa Takala, T., Aro, T., Haanpää, M., Hedenborg, M., Kivekäs, J. & Leinonen, J. (toim.) Vakuutusratkaisut potilaan tukena. Helsinki: Duodecim, 240-246.
- Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. 2022. Kuntoutumisen edellytykset. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 12-16.
- Creswell, J. 2011. Controversies in mixed methods research. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) Qualitative research handbook. Thousand Oaks, CA: Sage, 269-283. Viitattu 20.10.2023. https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/40426_Chapter15.pdf
- De Wind, A. E., Brage, S., Latil, F., Williams, N. 2020. Transfer of tasks in work disability assessments in European social security. *European Journal of Social Security*, 22 (1), 24-38. Viitattu 24.5.2023. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1388262720910307>
- Digitalisaatio työllistymisen ja osallistumisen tukena. Työ- ja toimintakykyä edistävien palvelujen digitalisoimisen tiekartta 2023-2027. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.5.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5593-6>
- Escorpizo, R., Reneman MF., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S-U., Maroun, CE., Rodriguez Guzman, J., Suzuki, Y., Stucki, G., Chan, C. 2011. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21(2), 126- 133. Viitattu 20.4.2023. <https://www.proquest.com/central/docview/867766022/fulltextPDF/CDAD4B3364C8483CPQ/1?accountid=12003>
- Escorpizo, R. 2015. Conceptual framework: function and disability. Teoksessa Escorpizo, R., Brage, S., Homa, D. & Stucki, G. (toim.) Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation - Application and implementation of the ICF. E-kirja. Cham: Springer, 11- 41.
- Eskola, J. 2018. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat: laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Valli, R. (toim.) 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 209-231.
- ETK 2022. Työeläkekuntoutus. Viitattu 4.3.2023. <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-enusteet/tilastot/tyoelakekuntoutus/>
- ETK 2023. Kuntoutus - reitti takaisin työelämään. Viitattu 4.12.2023. <https://www.tyoelake.fi/elakkeet-eri-elamantilanteissa/kuntoutus-reitti-takaisin-tyoelamaan/>
- Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski (toim.) 2012. Toimiiko työeläkekuntoutus? 01/2012 Eläketurvakeskuksen tutkimuksia. Eläketurvakeskus. Viitattu 9.11.2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/129345>

Haanpää, M., Hedenborg, M., Leinonen, J., Martimo, K-P. & Takala, T. 2019. Ammatillinen kuntoutus. Teoksessa Takala, T., Aro, T., Haanpää, M., Hedenborg, M., Kivekäs, J. & Leinonen, J. (toim.). Vakuutusratkaisut potilaan tukena. Helsinki: Duodecim, 28-33.

Haapakoski, K., Åkerblad, L., Tolvanen, A., Mäntysaari, M., Ylistö, S. & Kannasoja, S. 2018. Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistus. Ihanteet, toimeenpano ja harkintavalta. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 12/2018. Helsinki: Kela. Viitattu 16.11.2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018112749301>

Hallintolain soveltaminen ja asiointi toisen puolesta Kelassa. Kela 3.4.2023. Viitattu 4.12.2023. <https://www.kela.fi/etti/HallintolainsoveltaminenjaasiointitoisenpuolestaKelassa.pdf>

Hallintolaki 434/2003. Viitattu 4.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>

Haukipuro, K. 2021. Työ- ja toimintakyvyn arviointi ja B-lausunto. Webinaari 9.11.2021. Viitattu 15.3.2023. <https://sosiaalivakuutus.fi/wp-content/uploads/2021/11/Tukea-tyokyvyn-arviointiin-Tyo%CC%88-ja-toimintakyvyn-arviointi-ja-B-lausunto-Haukipuro.pdf>

Haukipuro, K., Koskenvuo, K., Nevalainen, M. & Pösö, R. 2019. Mielenterveyden häiriöt vievät yhä useamman nuoren pois työelämästä. Tutkimusblogi. Kela. Viitattu 12.11.2023. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/724447/mielenterveyden-hairiot-vievat-yha-useamman-nuoren-pois-tyoelamasta>

HE 213/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi työtapaturma- ja ammattitautilain, eräiden työeläkelakien ja Kansaneläkelaitoksesta annetun lain muuttamisesta. Viitattu 4.12.2023. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/HE_213+2020.aspx

Heikkinen, A. 2022. Osasairauspäiväraha muuttuu - oliko palaute taustalla? Elämässä 14.12.2022. Viitattu 18.6.2023. <https://elamassa.fi/terveys/osasairauspaivaraha-muuttuu-oliko-palaute-taustalla/>

Hellström, E., Ikäheimo, H-P., Hakapää, J., Lehtomäki, J. & Saari, M. 2019. Tiedonkäytön tulevaisuus yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Sitra työpaperi. Helsinki: Sitra. Viitattu 22.5.2023. <https://www.sitra.fi/app/uploads/2019/09/tiedonkayton-tulevaisuus-yhteiskunnallisessa-paatoksenteossa.pdf>

Hinkka, K., Niemelä, M. & Palomäki, H. 2019. Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 47 (8), 859-866. Viitattu 18.5.2023. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494818758817>

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huhtanen, R. 2017. Sosiaalivakuutuksen oikeudellinen perusta. Teoksessa Havakka, P., Niemelä, M. & Uusitalo, H. (toim.) Sosiaalivakuutus. Turenki: FIN-VA, 57-84.

ILO 2008. ILO Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention (No. 159) and Recommendation (No. 168): United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneve: International Labour Office. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_103529.pdf

ILO 2023. Mission and impact of the ILO. Viitattu 18.5.2023. <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang-en/index.htm>

Jalava, J. & Seppälä, U. 2010. Kuntoutus ja sosiaaliset mahdollisuudet. Teoksessa Hiilamo, H. & Saari, J. (toim.) Hyvinvoinnin uusi politiikka - johdatus sosiaalisiin mahdollisuuksiin.

- Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. A Tutkimuksia 27. Viitattu 22.5.2023. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140759/A_27_ISBN_9789524930932.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Jormanainen, A. 2015. Vakuutuslääkäriprofessio asiantuntijana korvausprosessissa. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto, johtamiskorkeakoulu. Viitattu 15.5.2023. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/97314/GRADU-1433841978.pdf?sequence=1>
- Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.
- Juvonen-Posti, P. 2018. Work-related rehabilitation for strengthening working careers. A multiperspective and mixed methods study of its mechanisms. Väitöskirja. Acta Universitatis Oulensis D Medica 1468. Oulun yliopisto. Viitattu 29.5.2023. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526219271.pdf>
- Juvonen-Posti, P., Lamminpää, A., Rajavaara, M. & Tötterman, P. 2022. Työikäisten kuntoutumisen monialainen järjestelmä. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 168-188.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.11.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Salminen, A-L. 2015. Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. Kuntoutus 38 (2), 18-32. Viitattu 28.5.2023. <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/125450/75399>
- Järvinen, H. 2016. Kuntoutusnäkökulman vahvistaminen Kelan työkyvyttömyyseläkekäsittelyssä. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.4.2023. <https://www.theseus.fi/handle/10024/118255>
- KAA 4/2018 vp. Kansalaisaloite. Viitattu 4.12.2023. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasitelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/KAA_4+2018.aspx
- Kalliomaa-Puha, L., Kotkas, T. & Rajavaara, M. 2014. Harkitusti sosiaaliturvaa. Harkintavalta tutkimuskohteena. Teoksessa Kalliomaa, Puha, L., Kotkas, T. & Rajavaara, M. (toim.) Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 13.4.2023. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45435/Harkittua.pdf?sequence=1>
- Kangas, O. & Niemelä, M. 2017. Riskit, vakuutus ja sosiaalivakuutus. Teoksessa Havakka, P., Niemelä, M. & Uusitalo, H. (toim.) Sosiaalivakuutus. Turenki: FINVA, 10-56.
- Kansaneläkelaki 568/2007. Viitattu 4.5.2023. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568#O2L3P13>
- Karinkanta, S. & Reiterä, T. 2023. Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointi 2020. Kuntoutusta kehittämässä 35/2023. Helsinki: Kela. Viitattu 19.5.2023. <http://urn.fi/http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023031632040>
- Karinkanta, S. & Reiterä, T. 2021. Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointi 2019. Kuntoutusta kehittämässä 30/2021. Helsinki: Kela. Viitattu 19.5.2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021110153066>

Karjalainen, A. 2008. Tutkimusetiikasta. Teoksessa Ronkainen, S. & Karjalainen, A. (toim.) Sähköä kyselyyn! Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Lapin yliopiston menetelmätieteiden laitoksen tutkimuksia 1. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Kela 2023a. Toiminta. Viitattu 20.2.2023. <https://www.kela.fi/toiminta>

Kela 2023b. Historia. Viitattu 20.2.2023. <https://www.kela.fi/historia>

Kela 2023c. Suomen sosiaaliturva. Viitattu 20.2.2023. <https://www.kela.fi/suomen-sosiaaliturva>

Kela 2023d. Kelan strategia. Viitattu 20.2.2023. <https://www.kela.fi/strategia>

Kela 2023e. Tulosityksiköt. Viitattu 20.2.2023. <https://www.kela.fi/tulosityksikot>

Kela 2023f. Sairauspäiväraha. Viitattu 30.10.2023. <https://www.kela.fi/sairauspaivaraha>

Kela 2023g. Kuntoutustuki ja työkyvyttömyyseläke. Viitattu 30.10.2023. <https://www.kela.fi/kuntoutustuki-ja-tyokyvyttomyyselake>

Kela 2023h. Nuoren ammatillinen kuntoutus. Viitattu 18.5.2023. <https://www.kela.fi/nuoren-ammattillinen-kuntoutus>

Kela 2023i. Ammatillinen kuntoutus. Viitattu 18.5.2023. <https://www.kela.fi/ammattillinen-kuntoutus>

Kela 2023j. Lääkärin rooli Kelan ratkaisuisissa. Viitattu 28.5.2023. https://www.kela.fi/hakemuksesta-paatokseen_laakarin-rooli

Kela 2023k. Yhteistyökumppanit. Koulutustallenteet aiheittain. Viitattu 12.11.2023. <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-koulutustallenteet>

Kela 2023l. Kela-tietoa sote-ammattilaisille -projekti. Viitattu 24.11.2023. <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-kuntoutuspalvelut-kuntoutuksen-kehittaminen-kelan-hankkeet-kela-tietoa-sote-ammattilaisille-projekti>

Kela 2023m. Kela, Verohallinto, Kuntaliitto, Eläketurvakeskus, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy ja Tilastokeskus: Hallitusohjelman tartuttava tiedon liikkuvuuden ongelmiin. Viitattu 12.11.2023. <https://www.kela.fi/ajankohtaista/5247343/kela-verohallinto-kuntaliitto-elaketurvakeskus-hyvinvointialueyhtio-hyvil-oy-ja-tilastokeskus-hallitusohjelman-tartuttava-tiedon-liikkuvuuden-ongelmiin>

Kela 2023n. Uusi suostumuslomake helpottaa viranomaisten välistä tiedonvaihtoa. Viitattu 12.11.2023. <https://www.kela.fi/ajankohtaista/5284452/uusi-suostumuslomake-helpottaa-viranomaisten-valista-tiedonvaihtoa>

Kela 2023o. Työkyvyttömyyseläkettä saaneiden nuorten määrän väheneminen jatkui vuonna 2022. Viitattu 12.11.2023. <https://tietotarjotin.fi/uutinen/779315/tyokyvyttomyyselaketta-saaneiden-nuorten-maaran-vaheneminen-jatkui-vuonna-2022>

Kelan kuntoutustilasto 2022. Sosiaaliturva 2023. Kela: Helsinki. Viitattu 28.5.2022. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/357680>

Kelan tavoitteet seuraavalle hallituskaudelle. Power Point -esitys 11.1.2023. Kela. Viitattu 8.8.2023. <https://www.kela.fi/documents/20124/3972797/kelan-tavoitteet-seuraavalle-hallituskaudelle.pdf/becdfdd0-a9e6-5983-3955-97ad3be42d49?t=1673432699214>

Kelan toimintakertomus ja tilinpäätös 2022. Viitattu 27.4.2023. <https://www.kela.fi/documents/20124/410408/Kela-toimintakertomus-2022.pdf/242271ae-e622-aa8b-5a9f-15e1d45d205d?t=1682421803394>

Kelan sairausvakuutuslasko 2022. Sosiaaliturva 2023. Helsinki: Kela. Viitattu 30.9.2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230905117416>

Keso, L. 2019. Työkyvyttömyys ja sen arviointi vakuutuslääkärin näkökulmasta. Teoksessa Takala, T., Aro, T., Haanpää, M., Hedenborg, M., Kivekäs, J. & Leinonen, J. (toim.). Vakuutusratkaisut potilaan tukena. Helsinki: Duodecim, 34-40.

Kestilä, L., Karvonen, S., Jauhiainen, S. & Mikkola, H. 2023. Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023: tavoitteena sosiaalisesti kestävä Suomi. Työpaperi 14/2023. THL ja Kela. Viitattu 5.11.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-072-9>

Kiessling, A., Arrelöv, B., Larsson, A. & Henriksson, P. 2013. Quality of medical certificates issued in long-term sick leave or disability in relation to patient characteristics and delivery of health care. *Scandinavian Journal of Public Health* 41 (4), 412-420. Viitattu 13.4.2023. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1403494813477928>

Kivekäs, J., Aro, T. & Autti-Rämö, I. 2019. Vakuutuslääketieteen olemuksesta. Teoksessa Takala, T., Aro, T., Haanpää, M., Hedenborg, M., Kivekäs, J. & Leinonen, J. (toim.) Vakuutusratkaisut potilaan tukena. Helsinki: Duodecim, 232-239.

Kiviniemi, K. 2018. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Valli, R. (toim.) 2018. Ikku-noita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 73-87.

Kivipelto, M. & Kotiranta, T. 2011. Valtaistumisen vaikuttavuuden arviointi. Miten voisimme edistää sitä sosiaalityössä? *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 19 (2), 122-142. Viitattu 15.4.2023. <https://journal.fi/janus/article/view/50608/15340>

Koskenvuo, K., Laaksonen, M., Blomgren, J., Pösö, R., Seppänen-Järvelä, R. & Näsi, E. 2021. Selvitys kuntoutustukea saaneista. Aiempi tutkimus ja rekisteriseuranta vuonna 2015 kuntoutustuen aloittaneista. Työpapereita 163. Helsinki: Kela. Viitattu 10.5.2023. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/331601>

Koskenvuo, K. 2017. Yhä useampi nuori päätyy työkyvyttömyyseläkkeelle. *Tutkimusblogi*. Kela. Viitattu 12.11.2023. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/726582/yha-useampi-nuori-paatyy-tyokyvyttomyyselakkeelle>

Koskinen, J. 2019. Mitä vakuutuslääkäri tekee? *Elämässä.fi* -julkaisu 10.10.2019. Viitattu 20.3.2023. <https://elamassa.fi/terveys/mita-vakuutuslaakari-tekee/>

Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020-2022. Kuntoutuksen uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:39. Viitattu 8.8.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8443-1>

Kunz, R., Verbel, A., Weida-Cuignet, R., Hoving, J., Weinbrenner, S., Friberg, E., Klipstein, A., Van Haecht, C., Autti-Rämö, I., Agosti, N., Vargas-Prada, S., Kneepkens, R., Lindenger, G., De Boer, W. & Schaafsma, F. 2021. Evidence needs, training demands, and opportunities for knowledge translation in social security and insurance medicine: A European survey. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2021, 53. Viitattu 20.5.2023. https://eumass.eu/wp-content/uploads/2021/04/Kunz_Evidence-Needs_J-RehabilMed_2021.pdf

Kähkönen, E. 2019. Miksi sairauspäiväraha hakemus hylätään? Kelan ylilääkäri vastaa. *Elämässä.fi* -julkaisu. Viitattu 4.12.2023. <https://elamassa.fi/terveys/miksi-sairauspaivaraha-hakemus-hylataan-kelan-ylilaakari-vastaa/>

- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005. Viitattu 30.9.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>
- Lapatto, M. 2017. Vakuutuslääkäri varmistaa tasapuolisen kohtelun. Finanssiala. Viitattu 3.11.2023. <https://www.finanssiala.fi/uutiset/vakuutuslaakari-varmistaa-tasapuolisen-kohtelun/>
- Leinonen, J. 2023. Kela kannattaa lääkärinlausuntojen vähentämistä. Helsingin Sanomat 17.7.2023. Viitattu 1.8.2023. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000009720243.html>
- Levitas, R. 2005. *The inclusive society? Social exclusion and new labour*. E-kirja. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Lindh, J. 2013. Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. Viitattu 22.5.2023. <https://www.vates.fi/media/jari-lindh-kuntoutus-tyon-muutoksessa.pdf>
- Luoto, R. 2019. Työkyvyttömyyseläke - mitä hylkäävän päätöksen jälkeen? *Yleislääkäri* 34 (8), 28-30. Viitattu 22.3.2023. <https://edockerfiles.com/5ddc2f86-1104-11ea-ac31-00155d64030a/print.html>
- Martimo, K-P & Takala, T. 2019a. Lyhytaikaisten sairauksien korvaukset. Teoksessa Takala, T., Aro, T., Haanpää, M., Hedenborg, M., Kivekäs, J. & Leinonen, J. (toim.). *Vakuutusratkaisut potilaan tukena*. Helsinki: Duodecim, 12-19.
- Martimo, K-P. & Takala, T. 2019b. Pitkittyvä sairaus ja työkyvyttömyyden ehkäisy. Teoksessa Takala, T., Aro, T., Haanpää, M., Hedenborg, M., Kivekäs, J. & Leinonen, J. (toim.). *Vakuutusratkaisut potilaan tukena*. Helsinki: Duodecim, 20-27.
- Miettinen, S., Pulkki, J., Ukkola, I., Paavonen, A-M., Rinne, H., Heino, P. & Poikkeus, L. 2023. Alueellisen yhdenvertaisuuden tukeminen Kelan kuntoutukseen ohjautumisessa: tutkimuksesta ratkaisuehdotuksia. Helsinki: Kela. Viitattu 22.5.2023. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/357542>
- Miettinen, S., Salminen, A. L., Seppänen-Järvelä, R. & Heiskanen, T. 2019. Kuntoutuksen integroituminen hyvinvointipalvelujen kokonaisuuteen - millaiselta näyttää tulevaisuus? Kela tutkimusblogi. Viitattu 30.9.2023. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5117>
- Miles, M.B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative data analysis*. (2. ed.) California: Sage. Viitattu 4.8.2023. <https://vivauniversity.files.wordpress.com/2013/11/milesandhuberman1994.pdf>
- Mäkelä, K. & Brunila, K. 2021. Nuoret aikuiset ja tukijärjestelmien terapeuttinen valta. Teoksessa Brunila, K., Harni, E., Saari, A. & Ylöstalo, H. (toim.) 2021. *Terapeuttinen valta. Onnellisuuden ja hyvinvoinnin jännitteitä 2000-luvun Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Mäki-Kulmala, A. 2013. Kohti kuntouttavaa sosiaalityötä. *Yhteiskuntapolitiikka-lehti* (78) 2/2013: 217-218. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110415/maki.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Olsson, D., Alexanderson, K. & Bottai, M. 2016. What positive encounters with healthcare and social insurance staff promotes ability to return to work of long-term sickness absentees? *Scandinavian Journal of Public Health* 44 (1), 91-97. Viitattu 20.4.2023. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494815608098>
- Pasanen, J. 2021. The nature of positive encounters between disabled workers and insurers in the return to work process. *Work* 70 (1), 287-300. Viitattu 22.5.2023. <https://doi.org/10.3233/WOR-213573>

Puusa, A. 2020. Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.

Pyykkö, J. 2016. Sairauspäiväraha ja (Kelan) kuntoutukseen ohjautuminen - Sairauspäivärahan etuuskäsittelijän näkökulmasta. YAMK-opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.4.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016092914677>

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.

Romppanen, P. 2023. Pelastetaan terveydenhuolto. Helsingin Sanomat 12.7.2023. Viitattu 1.8.2023. <https://www.hs.fi/hyvinvointi/art-2000009644821.html>

Ronkainen, S., Mertala, S. & Karjalainen, A. 2008. Kvalitatiivisuus, kvantitatiivisuus ja sähköinen kyselytutkimus. Teoksessa Ronkainen, S. & Karjalainen, A. (toim.) Sähköä kyselyyn! Webkysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 17-30.

Sairausvakuutuslaki 1224/2004. Viitattu 4.5.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

Saikka, P., Joensuu, M., Männistö-Inkinen, V. & Poutanen, J. 2023. ”Täällä ei sanota, että ei kuulu meille”. Työkykyohjelman arviointi- ja seurantatutkimuksen loppuraportti. Raportti 2/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.8.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-023-1>

Salminen, A-L., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2022. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.) Kuntoutuminen. Helsingin: Duodecim, 18-35.

Salovaara, S., Leinonen, J. & Silén, M. 2021. Tietojärjestelmien avulla kerätyn tiedon hyödyntämisen esteet sosiaalialan organisaatioiden tiedolla johtamisessa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 13 (4), 372-387. Viitattu 9.11.2023. <https://doi.org/10.23996/fjhw.109930>

Seppänen-Järvelä, R., Åkerblad, L. & Haapakoski, K. 2019. Monimenetelmällisen tutkimuksen integroivat strategiat. Yhteiskuntapolitiikka 84 (3). Viitattu 30.9.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138276/YP1903_Seppanen-Jarvelaym.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Smith, Sebastian 2020. Vakuutuslääkärit sosiaalivakuutuksen korvausjärjestelmässä - objektiivisuuden edellytykset ja toteutuminen. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.5.2023. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/120972/SmithSebastian.pdf?sequence=2>

STM 2021. Vakuutuslääkäritoiminnan kehittäminen jatkuu. Viitattu 15.3.2023. <https://stm.fi/-/vakuutuslaakaritoiminnan-kehittaminen-jatkuu>

STM 2023a. Kuntoutus. Viitattu 18.4.2023. <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

STM 2023b. Työkykyohjelma. Viitattu 8.8.2023. <https://stm.fi/tyokykyohjelma>

Stucki, G., Brage, S. Homa, D. & Escorpizo, R. 2015. Conceptual framework: disability evaluation and vocational rehabilitation. Teoksessa Escorpizo, R., Brage, S., Homa, D. & Stucki, G. (toim.) Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation - Application and implementation of the ICF. E-kirja. Cham: Springer, 3-10.

Sukula, S. & Kanto-Ronkanen, A. (toim.) 2022. Kuntoutuksen uudistaminen vuosina 2020-2022. Kuntoutuksen uudistamisen toimeenpanon kuvaus ja arviointia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2022:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 8.8.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5407-6>

Suomen perustuslaki 731/1999. Viitattu 4.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Suomen vakuutuslääkärien yhdistys ry 2023. Viitattu 6.10.2023. <https://www.svly.fi/fi/yhdistyksesta>

TENK 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

THL 2023. ICF-luokitus. Viitattu 28.5.2023. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Tiedon laatukriteerit ja mittaristo, ehdotus suositukseksi. Tiedon laatukehikko, TiHA TP3. Tilastokeskus 2022. Viitattu 28.5.2023. https://www.stat.fi/static/media/uploads/org/tilastokeskus/suosituhehdotus_tiedon_laatukriteerit_ja_mittaristo_20220211.pdf

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2022. Eläketurvakeskuksen tilastoja 08/2023. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Suomen virallinen tilasto. Viitattu 30.9.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023071290580>

Toivanen, M. 2023. Ihmisten toimintakyvystä täytyy pitää parempaa huolta, ja siihen tarvitaan koko yhteiskunnan turvaverkon yhteistyötä. Viitattu 11.11.2023. <https://sosiaalivakuutus.fi/ihmisten-toimintakyvysta-taytyy-pitaa-parempaa-huolta-ja-siihen-tarvitaan-koko-yhteiskunnan-turvaverkon-yhteistyota/>

Tola, S. 2008. Toimintakyky vai työkyky? Lääketieteellinen aikakauskirja 124 (11), 1195-6. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97282>

Tuomala, M. 2017. Sosiaalivakuutus ja uudelleenjako. Teoksessa Havakka, P., Niemelä, M. & Uusitalo, H. (toim.) Sosiaalivakuutus. Turenki: FIN-VA, 247-265.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuomisto, S. & Miettinen, S. 2023. Kelan ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittäminen. Monimenetelmällinen tutkimus. Työpapereita 177/2023. Kelan tutkimus. Helsinki: Kela. Viitattu 17.8.2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023062056998>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki. Viitattu 10.11.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisusarja C, oppimateriaalit 22. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos.

Ukkola, I., Miettinen, S., Pulkki, J., Heino, P., & Poikkeus L. 2022. Kelan kuntoutukseen ohjautuminen ja osallistuminen: Kyselytutkimus kuntoutuksen ammattilaisille. Viitattu 30.9.2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fife2022050231956>

Valtioneuvosto. 2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi: Sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>

Valtioneuvosto. 2023. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Vahva ja välittävä Suomi. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. Viitattu 10.8.2023.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

WHO 2023. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Viitattu 28.5.2023. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Ylisassi, H., Rajavaara, M. & Seppänen-Järvelä, R. 2022. Työn muutokset ja työkykykäsitykset kuntoutuksen lähtökohtina. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.) Kuntoutuminen. Helsingin: Duodecim, 160-167.

Julkaisemattomat lähteet

Kelan sisäinen intra. Valtakunnallisten asiakkuuspalvelujen tulosityksikkö/asiantuntijalääkäriyksikkö.

Nevalainen, M. 2023. Kelan työkyvyttömyyseläkepääätöstilastoja. Työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukeskus. Power point -esitys.

Nevalainen, M. 2022. Yleistietoa ja näkökulmia työkykyprosessista. Keskustelutilaisuus kuntoutustuesta ja työkyvyttömyyseläkkeestä 10.2.2022. Työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukeskus. Power point -esitys.

Kuviot

Kuvio 1: Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin edellytykset	36
Kuvio 2: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset asiakasta koskevan tiedon laadusta	52
Kuvio 3: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset asiakasta koskevan tiedon käytöstä ja soveltamisesta	67
Kuvio 4: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset yhteistyöstä eri toimijoiden kanssa ja asiakasnäkökulmasta	78

Taulukot

Taulukko 1: Työikäisen kuntoutuksen onnistumisen edellytykset monialaisessa kuntoutusjärjestelmässä (mukaillen Juvonen-Posti ym. 2022, 184)	18
Taulukko 2: Hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin erilaiset roolit (mukaillen Lapatto/Finanssiala 2017)	27
Taulukko 3: Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä	44
Taulukko 4: Vastaajien taustatiedot eriteltynä	49
Taulukko 5: Tiedon laatuun liittyvien vastausten jakauma prosenttiosuuksittain.....	53
Taulukko 6: Tiedon laadun kokemus taustamuuttujittain	55
Taulukko 7: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset asiakasta koskevan tiedon laadun haasteista	56
Taulukko 8: Asiakasta koskevan tiedon laatuun liittyvät kehitysehdotukset	62
Taulukko 9: Tiedon käyttöön ja soveltamiseen liittyvien vastausten jakauma prosenttiosuuksittain.....	68
Taulukko 10: Tiedon käytön ja soveltamisen kokemus taustamuuttujittain	70
Taulukko 11: Asiantuntijalääkäreiden kokemukset tiedon käytön ja soveltamisen haasteista	72
Taulukko 12: Tiedon käyttöön ja soveltamiseen liittyvät kehitysehdotukset	75
Taulukko 13: Yhteistyöhön ja asiakasnäkökulmaan liittyvien vastausten jakauma prosenttiosuuksittain.....	79
Taulukko 14: Yhteistyöhön liittyvien väittämien tarkastelu taustamuuttujittain	81
Taulukko 15: Yhteistyön toivottavat muodot	82
Taulukko 16: Asiakasnäkökulman välittyminen.....	88

Liitteet

Liite 1: Kyselylomakkeen saate	113
Liite 2: Muistutuskierroksen saate	114
Liite 3: Kyselyrunko	115
Liite 4: Tietosuojaseloste ja aineistonhallinta	120

Liite 1: Kyselylomakkeen saate

Kutsu osallistua kyselyyn

Hei sairauspäivärahasta ja/tai työkyvyttömyyseläkkeestä arvioita antava asiantuntijalääkäri,

Teen YAMK-opinnäytetyötä koulutusohjelmaan ”Sosiaalialan käytäntöjen asiakaslähtöinen kehittäminen”. Opinnäytetyöni mielenkiinnon kohteena on asiantuntijalääkäreiden näkemykset ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnista sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkkeen käsittelyn yhteydessä.

Ammatilliseen kuntoutukseen ohjautuminen oikea-aikaisesti työkyvyn heikennyttyä voi olla merkittävää niin yksilö- kuin yhteiskuntatasolla. Ammatillisen kuntoutuksen ohjautumisen prosesseista on tärkeää tehdä tutkimusta, jotta prosesseja voidaan kehittää. Asiantuntijalääkäreiden näkemyksiä aiheeseen liittyen on tutkittu vähän. Haluan opinnäytetyöni kautta tuoda esille asiantuntijalääkäreiden näkemyksiä ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointiin liittyvistä edellytyksistä, mahdollisista haasteista sekä ammatillisen kuntoutuksen kokonaisprosessin sujuvoittamisen kehitysehdotuksista.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimus tuottaa arvokasta tietoa ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnista ottaen huomioon asiantuntijalääkäreiden näkemykset ja siksi osallistumisesi siihen on tärkeää. Toivon saavani mahdollisimman monta vastausta, jotta saisin tarpeeksi aineistoa opinnäytetyöhöni.

Tutkimuksella saatavia tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja niitä käytetään vain tämän tutkimuksen tarkoituksiin. Tutkimustulokset julkaistaan niin, ettei niitä voida yhdistää yksittäiseen vastaajaan. Digitaalisten tiedonkeruiden palvelu toteuttaa kyselyn tiedonkeruun ja vastaa siitä, että kyselyyn vastaaminen on vastaajille turvallista ja, että tietoja käsitellään tietosuoja huomioiden.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii yliopettaja Teemu Rantanen Laurea ammattikorkeakoulusta. Kelassa opinnäytetyön yhteyshenkilönä toimii ylilääkäri Riitta Luoto. Mikäli sinulla on kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, voit ottaa minuun yhteyttä sähköpostitse [REDACTED].

Vastaathan kyselyyn viimeistään 29.5.2023. Olen erittäin kiitollinen jokaisesta vastauksesta jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Tanja Vinho

Liite 2: Muistutuskierroksen saate

Kutsu osallistua kyselyyn

Hei sairauspäivärahasta ja/tai työkyvyttömyyseläkkeestä arvioita antava asiantuntijalääkäri,

Sait viikko sitten sähköpostitse kutsun osallistua opinnäytetyöhöni liittyvään kyselyyn. Opin-
näytetyön mielenkiinnon kohteena on asiantuntijalääkäreiden näkemykset ammatillisen kun-
toutuksen tarpeen arvioinnista sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkkeen käsittelyn yhtey-
dessä.

Haluan ystävällisesti muistuttaa kyselyyn vastaamisesta, jos et ole jo vastannut. Jokainen yk-
sittäinen vastaus on tärkeä, jotta saisin tarpeeksi aineistoa opinnäytetyöhöni ja sen luotetta-
vuus paranisi.

Vastaathan kyselyyn viimeistään 29.5.2023.

Olen erittäin kiitollinen jokaisesta vastauksesta jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Tanja Vinho

Liite 3: Kyselyrunko

KYSELY ASIAANTUNTIJALÄÄKÄREILLE AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN ARVIOINTIIN LIITTYEN

1) Mihin seuraaviin etuuksiin liittyen annat asiantuntijalääkäriarvioita? Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon:

- sairauspäiväraha
- työkyvyttömyyseläke
- ammatillinen kuntoutus
- jokin muu, mikä?

2) Mikä on erikoisalasi tai erityispätevytesi? Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon:

- työterveyshuolto
- yleislääketiede
- vakuutuslääketieteen erityispätevyys
- kuntoutuksen erityispätevyys
- muu erikoisala tai erityispätevyys, mikä?

3) Kuinka kauan olet työskennellyt Kelassa asiantuntijalääkärinä? Ilmoita vastauksesi vuoden tarkkuudella.

Ohje:

Seuraavaksi esitetään väittämiä sekä avoimia kysymyksiä. Kaikki kysymykset liittyvät tilanteisiin, joissa **asiakas on Kelan kuntoutettava ja annat ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta ja ajankohtaisuudesta arvion sairauspäivärahan ja/tai työkyvyttömyyseläkkeen arvioinnin yhteydessä**. Vastausta kirjatessa, mieti tilannetta nimenomaan ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin näkökulmasta.

Tiedolla tässä tarkoitetaan sitä asiakkaan tilannetta kuvaavaa taustatietoa, jota käytät apuna tehdessäsi arviota ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta ja ajankohtaisuudesta. Taustatieto voi olla peräisin esimerkiksi lääkärinlausunnoista, sairauskertomuksista, kuntoutuspalautteista, hakemuksista, etuuskäsittelijän kirjoittamista arviopyynnöistä jne. Vastaa väittämiin omaa kokemustasi parhaiten kuvaavalla vastausvaihtoehdolla. Avoimiin kysymyksiin voit vastata omin

sanoin ja voit antaa myös esimerkkejä.

Kaikkiin kysymyksiin vastaaminen ei ole edellytys vastauslomakkeen lähettämiseksi. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on kuitenkin toivottavaa, että suurimpaan osaan kysymyksiä vastattaisiin. Kiitos ajastasi!

4) ASIAKASTA KOSKEVAN TIEDON LAATU

	täysin eri mieltä		ei samaa		täysin en osaa sanoa	
	eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	eikä samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	samaa mieltä	en osaa sanoa
Tieto on virheetöntä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto on luotettavaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto on tarpeellisen tarkkaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto on kattavaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto on ajantasaista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto on johdonmukaista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto on ymmärrettävää.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto on suositustenmukaista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5) Millaisia ovat yleisimmät asiakasta koskevan tiedon laatuun liittyvät haasteet, joita olet kohdannut arvioidessasi ammatillisen kuntoutuksen tarvetta ja ajankohtaisuutta?

6) Miten asiakasta koskevan tiedon laatua voitaisiin mielestäsi parantaa, jotta ammatillisen kuntoutuksen arviointi helpottuisi? Voit ottaa esille esimerkiksi Kelan etuuskäsittelijän roolin tai hoitotahon roolin tiedon kirjaamisessa ja tuottamisessa.



7) ASIAKASTA KOSKEVAN TIEDON KÄYTTÖ JA SOVELTAMINEN

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	en osaa sanoa
Tiedon käyttäminen Kelan järjestelmissä on sujuvaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Löydän tarvittaessa muutakin kuin arviopyyntötyöhön liitettyä tietoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kelan ammatillisen kuntoutuksen eri vaihtoehdot ovat minulle selkeitä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kelan ammatillisen kuntoutuksen suhde muihin kuntoutuksen muotoihin on minulle selkeää.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääketieteellisen ja juridisen asiantuntijuuden yhdistäminen on selkeää työssäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objektiivisuus ja tasapuolisuus toteutuvat ammatillisen kuntoutuksen arviossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8) Millaisia haasteita olet kokenut asiakasta koskevan tiedon käyttämisessä ja soveltamisessa antaessasi arvioita ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta ja ajankohtaisuudesta? Voit ottaa esille esimerkiksi käyttöjärjestelmien toimivuuden, ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtojen selkeyden tai harkintavallan käyttämisen ulottuvuuksia.

11) Millaista yhteistyötä eri toimijoiden välillä mielestäsi tarvittaisiin, jotta ammatillinen kuntoutus voisi edellytysten täytyessä alkaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa? (Toimijoilla voidaan tässä tarkoittaa Kelan sisäisiä toimijoita ja Kelan ulkopuolisia toimijoita, jotka ovat mukana jollain tavoin asiakkaan työkykyprosessissa.)



12) Miten ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin kannalta oleellisen ja ajantasaisen tiedon välittymistä voisi mielestäsi edistää eri toimijoiden välillä (esim. sosiaaliala, terveydenhuolto ja Kela)?



13) Miten asiakasnäkökulma mielestäsi välittyy asiantuntijalääkäreille ja miten sen välittymistä voisi edistää?



Liite 4: Tietosuojaseloste ja aineistonhallinta



TIETOSUOJAILMOITUS
EU:n yleinen tietosuoja-asetus (EU679/2016)

14.4.2023

LAUREAN OPINNÄYTETYÖSSÄ KERÄTTÄVIEN HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELY

Tässä ilmoituksessa kuvataan, miten henkilötietoja käsitellään Laurean opinnäytetyössä:

Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi osana työkyvyttömyyden arviointiprosessia asiantuntijalääkärin näkökulmasta

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Kela, analytiikkayksikkö.

Yhteyshenkilö henkilötietojen käsittelyä koskevissa asioissa:

Tanja Vinho

Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus:

Epäsuoria henkilötietoja kerätään aineiston analysointitarkoitusta varten. Tulosten esittämisen yhteydessä huolehditaan siitä, etteivät epäsuorat henkilötiedot ole yhdistettävissä tiettyyn henkilöön.

Epäsuoria henkilötietoja käsittelee opinnäytetyön tekijä.

Henkilötietojen osalta ei toteuteta automaattista päätöksentekoa tai profilointia.

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste:

Henkilötietoja käsitellään seuraavalla EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan mukaisella perusteella: tutkittavan suostumus. Tutkittava voi itse päättää vapaaehtoisesti, että haluaako vastata sähköiseen kyselyyn. Sähköiseen kyselyyn vastaaminen tulkitaan suostumukseksi.

Kysely lähetetään vastaanottajille sähköpostitse. Yksittäisiä vastauksia ei pysty yhdistämään tiettyyn sähköpostiin. Täten yksittäisen henkilön vastauksia ei pystytä poistamaan jälkikäteen.

Tutkimuksessa kerättävät henkilötiedot:

Epäsuorat henkilötiedot: (mahdollisesti ikä), työkokemus vuosina Kelassa, erikoistumisala, mistä etuudesta antaa päätöksiä.

Kerättävien henkilötietojen tietolähteet:

Henkilötietoja kerätään tutkittavilta itseltään sähköisen kyselyn kautta. Sähköinen kysely toteutetaan anonymisti.

Henkilötietojen luovutukset:

Epäsuoria henkilötietoja ei luovuteta eteenpäin.

Tietojen siirtäminen EU- tai ETA-maiden ulkopuolelle:

Henkilötietoja ei siirretä EU- tai ETA-maiden ulkopuolelle.

Henkilötietojen käsittely opinnäytetyön aikana ja sen jälkeen:

Tutkimusrekisteri hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Henkilötietojen suojauksen periaatteet:

Rekisterin hallinnassa noudatetaan rekisterinpitäjän tietoturva- ja tietosuojaohteita.

Tietojärjestelmissä käsiteltävät tiedot suojataan käyttäjätunnuksin ja salasanojin.

Analysointivaiheessa huolehditaan siitä, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa aineistosta.

Rekisteröidyn oikeudet:

Rekisteröidyn oikeudet määräytyvät EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen artiklojen 15-22 mukaan seuraavasti:

- Suostumuksen peruminen ja suostumukseen perustuvien tietojen poistaminen
- Tietojen tarkastusoikeus ja niiden korjaaminen
- Tietojen käsittelyn rajoittaminen
- Suostumukseen perustuvien tietojen siirtäminen järjestelmästä toiseen
- Henkilötietojen käsittelyn vastustaminen

Mikäli oikeudet estävät tutkimustarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti, saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa näistä oikeuksista poiketa tietosuoja-asetuksessa ja tietosuojalaissa säädetyillä perusteilla. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa on tietosuojavastaava.

Laurea-ammattikorkeakoulun tietosuojavastaavana toimii Marjo Valjakka, marjo.valjakka@laurea.fi

Sinulla on oikeus tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli katsot, että henkilötietojesi käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.