

# **TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEIDEN RATKAI- SUKÄYTÄNNÖN JOHDONMUKAISUUS**

**Vakuutuslääkäreiden harkintavalta mielenterveyssyihin perus-  
tuvien työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytännössä**

**Niina Kuuva**

**Pro gradu -tutkielma**

**Yhteiskuntapolitiikka**

**Yhteiskuntatieteiden ja filosofian  
laitos**

**Jyväskylän yliopisto**

**Syksy 2010**

## TIIVISTELMÄ

### TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEIDEN RATKAISUKÄYTÄNNÖN JOHDONMUKAISUUS

Vakuutuslääkäreiden harkintavalta mielenterveysyihin perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytännössä

Niina Kuuva  
Yhteiskuntapolitiikka  
Pro gradu -tutkielma  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Joulukuu 2010  
98 sivua + liitteet 6 sivua  
Ohjaajat: Marja Järvelä ja Raija Gould

Pro gradu -tutkielmassa kartoitetaan näkemyksiä mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytännöstä ja ratkaisukäytännön johdonmukaisuudesta. Tämän lisäksi tarkastellaan eräiden yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutusta ratkaisukäytäntöön. Tutkielma pyrkii avaamaan vakuutuslääkäreiden harkintavallan roolia ratkaisukäytännön kannalta.

Tutkimustehtävään pyritään vastaamaan laadullisella aineistolla, johon kuuluu kahdeksan asiantuntijahaastattelua. Haastattelumetodina käytetään puolistrukturoitua teemahaastattelua. Aineiston analyysi toteutetaan teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin, jonka seurauksena saatavia tuloksia tulkitaan portinvartijuuden sekä substantiaalisien ja proseduraalisen oikeudenmukaisuuden viitekehysessä.

Aineistoanalyysin tuloksena voidaan esittää, että vakuutuslääkärin harkinnassa voi esiintyä eroja sen suhteen, kuinka työkyvyttömyyseläkkeenhakijan yksilölliseen tilanteeseen liittyviä sosiaalis-taloudellisia tekijöitä painotetaan. Tapauksien yksilöllisyys tekee kokonaisarvioinnista haasteellista, sillä erityisesti niin sanotuissa rajatapausratkaisuissa on vaikea määrittää, mikä on yksilön kannalta kohtuullinen ratkaisu. Työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminnan tarkastelussa ei riitä, että siinä huomioidaan pelkästään vakuutuslääkärin suorittamaa arviointia, vaan näkökulma on laajennettava koskemaan koko työkyvyttömyyseläkkeenhakuprosessia. Yhteiskunnalliset tekijät eivät vaikuta suoranaisesti myöntökriteereihin, mutta ne kanavoituvat ratkaisukäytäntöön pidemmällä aikavälillä esimerkiksi eläkelaitoksen sidosryhmien kanssa tehtävän yhteistyön kautta sekä siten, millä tavoin koh- tuuden raja yhteiskunnassa määrittyy.

Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että eläkelaitoksiin keskitetty ratkaisutoiminta ja vakuutuslääkärinjärjestelmä pyrkivät takaamaan ratkaisukäytännön johdonmukaisuutta. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiseen on vaikea löytää yksiselitteisiä lainsäädännöllisiä kriteerejä, joten vakuutuslääkärin suorittama tapauskohtainen harkinta muodostuu ratkaisukäytännön keskeiseksi osaksi.

**Avainsanat:** työkyvyttömyyseläke, ratkaisukäytäntö, vakuutuslääkäri, harkintavalta, mielenterveyden ongelmat

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
	1.1 Tutkimuksen tavoitteet	4
	1.2 Tutkimuksen rajaus ja aineisto	4
2	MIELENTERVEYSPERUSTEISET TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEET JA NIIDEN RATKAISUKÄYTÄNTÖ	7
	2.1 Vakuutus työkyvyttömyyden varalle	8
	2.2 Mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet	10
	2.3 Vakuutuslääkäri työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminnassa	20
3	PORTINVARTIJAT JA TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKEPROSESSIN JOHDONMUKAISUUS	23
	3.1 Työkyvyttömyyseläke ja substantiaalinen oikeudenmukaisuus	26
	3.2 Työkyvyttömyyseläke ja proseduraalinen oikeudenmukaisuus	28
	3.3 Vakuutuslääkärit työkyvyttömyyseläke-etuuden portinvartijoina	31
4	TUTKIMUSPROSESSI	39
	4.1 Tutkimusaineisto ja sen hankinta	39
	4.2 Aineiston analyysi	41
	4.3 Teoriaohjaavan sisällönanalyysin eteneminen	42
5	VAKUUTUSLÄÄKÄRIN ROOLIKUVAUS TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEEN RATKAISUTOIMINNASSA	46
	5.1 Vallitsevan ratkaisukäytännön toteuttaja	46
	5.2 Dokumenttien tulkitsija	52
	5.3 Kohtuun määrittäjä	59
	5.4 Eläkelaitoksen edustaja	68
	5.5 Ratkaisulinjan muokkaaja	74

6	TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	83
---	-------------------------------------	----

	LÄHTEET	93
--	---------	----

#### LIITTEET

Liite 1: Saatekirje

Liite 2: Haastattelukysymykset

Liite 3: Sisällönanalyysin eteneminen

# 1 JOHDANTO

Suomalaisen hyvinvointi- ja eläkepolitiikan tulevaisuuden keskeisimpänä haasteena nähdään väestön ikärakenteen muutos. Suuret ikäluokat tulevat eläkeikään samalla, kun keskimääräinen elinikä pitenee ja syntyvyys pysyy alhaisena. (Parjanne 2004, 13.) Väestön vanhetessa työikäisen väestön määrä supistuu, minkä seurauksena kansantalouden julkiset menopaineet kasvavat tuntuvasti (VN:n ennakointiverkosto 2005, 20). Eläkemenojen kasvu on alkanut kiihtyä työeläkejärjestelmän puolella 2010-luvun taitteessa (Kaliva 2010, 12). Kehityksen taustalla vaikuttaa suurelta osin se, että eläkeläisten määrän kasvu nopeutuu ja yhä useammat tulevat oikeutetuksi täyteen työuraan perustuvaan eläkkeeseen (VN:n ennakointiverkosto 2005, 20). Eläkepoistuman huippu on arvioitu saavutettavan vuonna 2012, jonka jälkeen se alkaa laskea tasaisesti saavuttaen nykytasonsa vuoden 2020 jälkeen (TEM 2009, 21). Suomen tilanne on erityislaatuinen, sillä Euroopan unionin tasolla verrattuna Suomessa väestön ikääntyminen on nopeampaa kuin missään muussa EU-maassa (VN:n ennakointiverkosto 2005, 37).

Yhteiskuntarakenteen demografiseen muutokseen on pyritty vastaamaan vuodesta 2005 asteittaan voimaantulleella työeläkeuudistuksella. Tämän viimeisimmän eläkereformin keskeisimpänä tavoitteena on kannustaa ihmisiä jatkamaan työelämässä pidempään tekemällä jatkamisesta taloudellisesti kannattavaa. (Parjanne 2004, 39.) Tavoitteena on, että nykyinen keskimäärin 59 vuoden työeläkkeelle siirtymisen ikä nousisi tulevaisuudessa 2–3 vuodella, ja että entistä useampi jatkaisi työssä varsinaiseen vanhuuseläkeikään saakka eli 63-vuotiaiksi tai jopa vielä 68-vuotiaiksi (Horppu 2007, 13). Eläkeuudistukseen sisältyvät varhaiseläkejärjestelmien muutokset sekä eläkejärjestelmän kokonaisvaltainen sopeuttaminen keskimääräisen eliniän kasvuun karttumisprosentteja, indeksejä ja ikärajoja uudelleenkalibroimalla.

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD:n tuottamassa raportissa *Sickness, Disability and Work* (2008) on tarkasteltu Suomen, Tanskan, Irlannin ja Alankomaiden sairaus- ja työkyvyttömyyspolitiikan tulevaisuuden haasteita. Tärkeimmiksi makrotaloudelliseksi haasteiksi linjataan väestön ikääntyminen ja työvoiman tarjonnan puute sekä työmarkkinoiden vaatimusten muutokset suhteessa työntekijöiden terveyteen. (emt. 41.) Työmarkkinoiden vaatimukset ovat muuttuneet aiempaa enemmän henkisiä voimavaroja kuormittaviksi ja fyysisen rasituksen sijaan työssä on alkanut korostua niin sanottu mielen työ (Lehto ym. 2005, 11–12). Tämä ei kuitenkaan tarkoita fyysisesti vaativan työn vähenemistä, vaan pikemminkin uusien työn vaatimusten tulevista vanhojen taitojen rinnalle. Tehtävänkuvat laajenevat ja monipuolistuvat myös perinteisillä teollisuuden ja tuotannon aloilla, jolloin työtehtävien sisältö edellyttää muun muassa vuorovaikutustaitojen hallintaa. (Pensola ym. 2010, 94.) Työperäisten kuormitustekijöiden on arvioitu voivan johtaa uupumukseen, depression, immuunivasteen heikkenemiseen ja sydänhäiriöihin. Samalla työelämässä kohdattavien jatkuvien muutosten, työelämän ennustamattomuuden ja taloudellisten arvojen korostumisen on myös arvioitu synnyttäneen normaalia enemmän mielialaongelmia sekä pahentaneen jo niistä kärsivien tilannetta. (Lehto ym. 2005, 18.)

Mielenterveysongelmat aiheuttavat yhteiskunnalle huomattavia kustannuksia sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kautta (Gould & Nyman 2004, 7). Mielenterveyden ongelmien perusteella myönnetyt eläkkeet ovat työkyvyttömyyseläkemenoilla mitattuna koko työeläkejärjestelmän suurin yksittäinen sairausryhmä ja ne kattoivat vuonna 2009 35 % koko eläkemenosta. Samana vuonna yksistään työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemeno oli kokonaisuudessaan noin 2,2 miljardia euroa, josta mielenterveyden häiriöt muodostivat 842 miljoonaa euroa. (SVT 1 2009.) Kaikista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä yli kolmanneksella on tärkeimpänä työkykyä heikentävänä sairautena jokin mielenterveyden häiriö, joista selvästi yleisimpänä sairausdiagnoosina esiintyy masennus sekä naisilla että miehillä (Pensola ym. 2010, 53).

Mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat yhteiskunnallisesti merkittävä ryhmänsä niihin liittyvien taloudellisten kustannusten sekä koko ilmiön taustalla olevan

työelämän muutoksen vuoksi. Näiden makrotason ilmiöiden keskiössä elää kuitenkin työkyvyttömyyseläkettä hakeva yksilö, joka ennen myöntävää tai hylkäävää eläkepääätöstä on käynyt läpi toisinaan pitkän ja monivaiheisen eläkkeenhakuprosessin. Tässä prosessissa keskeisinä toimijoina ovat eri terveydenhuollon ammattilaiset ja lopulta eläkelaitos, jossa oikeudesta työkyvyttömyyseläke-etuuteen päätetään. Eläkelaitoksessa hakemuksen käsittelyyn osallistuu joukko vakuutusalan asiantuntijoita juristeista vakuutuslääkäreihin ja kokonaispäätos syntyy näiden eri alojen ammattilaisten yhteistyön ja tietämyksen tuloksena. Vakuutuslääkäri kuitenkin tekee varsinaisen työkyvyttömyyseläkepääätöksen arvioimalla hoitavien lääkäreiden kuvaamaa hakijan työ- ja toimintakykyä. Työkyvyttömyyden arviointi tapahtuu lainsäädäntöön pohjautuvien kriteerien valossa kohtuusharkintaa käyttäen ja sovitamalla yksittäinen tapaus vallitsevaan ratkaisukäytäntöön, jota puolestaan valitusasteet päätöksillään ohjaavat. (ks. Havu 2004, 28–29.)

Julkisuudessa on aika ajoin esitetty kritiikkiä vallitsevaa työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytäntöä kohtaan, missä vakuutuslääkäri päättää työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisestä hoitavien lääkäreiden kirjallisten dokumenttien perusteella ja itse hakijaa henkilökohtaisesti näkemättä. Ratkaisukäytäntöä perustellaan muun muassa hakijoiden yhdenvertaisella ja tasa-arvoisella kohtelulla sekä yleisesti ottaen sillä, että yhteiskunnan katsotaan tarvitsevan näitä vakuutuslääketieteen asiantuntijoita, jotta terveysperusteiset sosiaalityöt voidaan jakaa oikeudenmukaisesti (ks. Juntunen 2004, 48).

## 1.1 Tutkimuksen tavoitteet

Edellä kuvatun mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden yhteiskunnallisen merkittävyyden huomioiden ja niihin liittyvän vakuutuslääkäreiden suorittaman ratkaisutoiminnan roolin kiinnostavuuden vuoksi tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on vakuutuslääkäreiden harkintavallan merkitys mielenterveysperusteisissa työkyvyttömyyseläkeratkaisuissa?
2. Mikä on yhteiskunnallisten tekijöiden eli eläkejärjestelmään kohdistuvien ulkoisten vaatimusten merkitys ratkaisutoiminnalle?
3. Kuinka johdonmukaisesti mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytäntö toimii?

## 1.2 Tutkimuksen rajaus ja aineisto

Pro gradu -tutkielmassa keskitytään pääasiassa niiden työkyvyttömyyseläkkeiden tarkasteluun, joissa työkyvyttömyyden heikentymisen diagnoosina ovat masennus tai muut mielialahäiriöt. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät siten mielenterveyden häiriöiden sairausryhmään<sup>1</sup> kuuluvat skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt sekä persoonallisuushäiriöt, neuroottiset ja päihteisiin liittyvät häiriöt. Tutkielman tavoitteena on tarkastella mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden arviointikäytäntöjä, mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytäntöjä ja pohtia muun muassa eläkehakemusten käsittelyssä ilmenevän harkinnanvaraisuuden roolia ratkaisutoiminnan kannalta. Suurimmassa osassa eläkehakemuksista eläkepäätös tehdään puhtaasti selkeästi osoitettuun lääketieteelliseen sairausdiagnoosiin perustuen, mutta erityisesti niin sanotuissa rajatapauksissa harkinnan rooli voi olla merkittävämpi (ks. Työeläkelakipalvelu 2010). Empiiriseen aineistoon nojautuen pyritään selvittämään, kuinka sellaiset eläkejärjestelmän toimintaympäristössä vaikut-

---

<sup>1</sup> ks. WHO



tavat ulkoiset yhteiskunnalliset tekijät – kuten esimerkiksi politiikan ja talouden muutokset – mahdollisesti heijastuvat työkyvyttömyyseläke-etuuden ratkaisutoimintaan. Aineiston analyysin ja teoreettisen pohdinnan myötä tullaan lopulta esittämään arvioita siitä, kuinka johdonmukaisesti eläkejärjestelmä toimii mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkeiden myöntämisessä.

Tutkimuksen aineisto koostuu suomalaisten eläkelaitosten ylilääkäreiden haastatteluista. Ylilääkäreiden valinta tutkimuksen informanteiksi tapahtui pääosin siitä syystä, että Suomessa on vuoden 2010 alun tiedon (Suomen Lääkäriliitto 2010) mukaan 97 vakuutuslääketieteellisen erityispätevyuden suorittanutta lääkäriä ja näin ollen kaikkien näiden lääkäreiden haastattelemineen olisi ollut tutkimusresurssit huomioon ottaen mahdotonta. Toisaalta myös yleisnäkemyksen saaminen eläkelaitosten työkyvyttömyyseläkepolitiikasta olisi ollut ilman ylilääkäreiden kannanottoja jokseenkin vajavaista. Useimmat ylilääkärit toimivat tai vähintäänkin ovat aiemmin toimineet myös itse vakuutuslääkäreinä tehden työkyvyttömyyseläkeratkaisuja, joten heillä on käytännön kokemusta ratkaisutoiminnasta. Ylilääkäreillä voi olettaa olevan varsin kattava ja monipuolinen näkökulma aiheeseen ja kysymyksenasetteluihin liittyen, sillä asemansa puolesta he osallistuvat tutkimus- ja kehitystyöhön, tekevät yhteistyötä eläkelaitoksen sidosryhmien kanssa ja seuraavat ratkaisutoiminnan kehitystä muun muassa käymällä keskusteluja sen linjoista muiden eläkelaitosten ylilääkäreiden kanssa. Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena oleva yhteiskunnallisten vaikutusten tarkastelu suhteessa eläkelaitokseen ja sen ratkaisukäytäntöihin vaatii informanteilta laaja-alaista tietämystä sosiaaliturvajärjestelmän, vakuutuslääketieteen, eläkelaitosorganisaation ja yhteiskunnan suhteesta. Tässä tutkimuksessa ylilääkäreiden katsotaan edustavan parhaiten tätä näkökantaa ja heidän kauttaan oletetaan tavoitettavan tutkimusongelman kannalta keskeisiä vastauksia.

Tutkimus rajoittuu tarkastelemaan työeläkejärjestelmää ja jättää siten huomiotta Kansaneläkelaitoksen hallinnoimat kansaneläkkeet. Kokonaisuudessaan Suomen työeläkejärjestelmä koostuu yksityisen sektorin eläkkeistä vastaavista työeläkevakuutusyhtiöistä, eläkekassoista ja eläkesäätiöistä sekä maatalousyrittäjien ja merimiesten erityiseläkelaitoksista.

Näiden koordinoinnista vastaa Eläketurvakeskus ja valvonnasta Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Vakuutusvalvontavirasto. Lisäksi julkisen sektorin eläkkeitä hallinnoivat niiden omat työeläkelaitoksensa, joista suurimpia ovat Kuntien eläkevakuutus ja Valtiokonttori. (Hietaniemi & Ritola 2007, 9–10.) Tutkimusongelman vuoksi on mielekästä rajoittaa tarkastelu työeläkejärjestelmään, sillä kansaneläkkeiden piiriin lukeutuvat myös sellaiset sairauden, vian tai vamman perusteella myönnetyt työkyvyttömyyseläkkeet, joissa työkyvyttömyyden syy on usein pysyvä ja eikä henkilö ole tällöin laisinkaan osallistunut ansiotyöhön elämänsä aikana tai osallistuminen on ollut hyvin lyhytaikaista. Näin ollen, koska tämä tutkimus pohjautuu osin mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden kehityksen tarkasteluun ja taustaoletuksena on, että muun muassa työelämän ja politiikan intresseillä sekä asenteiden muutoksilla voinee olla vaikutusta työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytäntöihin, on siten tarkoituksenmukaista rajoittua tarkastelemaan pelkästään ansiotyöhön osallistuneiden henkilöiden tapauksia eli työeläkejärjestelmään kuuluvia eläkevakuutettuja.

## **2 MIELENTERVEYSPERUSTEISET TYÖKYVYTTÖ- MYYSELÄKKEET JA NIIDEN RATKAISUKÄYTÄNTÖ**

Työkyvyttömyyteen ja varsinkin masennusperusteiseen työkyvyttömyyteen liitetään sellaisia yhteiskunnassa esiintyviä ilmiöitä, joilla katsotaan olevan vaikutusta niin työelämän kuin arkielämänkin kannalta. Yhteiskunnan vaurastuminen on aiheuttanut muutoksia ihmisten arkisessa hyvinvoinnissa, mikä on ilmennyt siten, että samalla, kun arjen perustarpeiden tyydyttäminen ei aiheuta enää suurimmalle osalle suomalaisista ongelmia, niin arjesta selviämisen haasteeksi ovat nousseet aikapula, työelämän epävarmuus ja elämänhallinnan ongelmat sekä näiden lisäksi dynaamisessa ja jatkuvien valintojen arkielämässä vaadittavat uudenlaiset taidot ja niiden hallinta. Nämä arkielämässä koettavat ongelmat heijastuvat myös terveyteen liittyviin elintapoihin esimerkiksi unettomuutena ja alkoholin terveyshaittojen kautta. (ks. Hämäläinen 2006.) Arkielämän muutosten ohella – ja sille osin rinnakkaisena ilmiönä – työkyvyttömyyseläkkeiden kehityksessä heijastunee työelämän rakenteellinen muutos. Suomessa on viime vuosikymmenien aikana koettu elinkeino- ja ammattirakenteen muutos maa- ja metsätaloudesta kohti palveluyhteiskuntaa, mikä on johtanut työelämän toimihenkilöitymiseen, lisännyt palvelutyötä ja kasvattanut sosiaalisen osaamisen vaatimuksia sekä ylipäänsä korostanut henkisen työn merkitystä fyysisen työn kustannuksella. (STM 2003, 15.)

Työkyvyn alentumisen seurauksena työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeellä oli vuoden 2009 lopussa noin 217 000 suomalaista, joista naisia oli 102 800 (47 %) ja miehiä 114 100 (53 %). Samaisena vuonna työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä oli noin 24 000 ja heidän keski-ikänsä oli 52 vuotta. Selvästi muita ikäryhmiä enemmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä oli 55–59-vuotiaissa. (SVT 2 & 4 2009.) Työelämästä eläkkeelle siirtyminen työkyvyttömyyden seurauksena koskettaa vuosittain edellä kuvatun tavoin huomattavaa määrää suomalaisia ja kolmasosalla näistä henkilöistä työkyvyttömyyden syynä on jokin mielenterveyden häiriö. Sukupuolittain tarkasteltuna naiset siirtyvät mielenterveyden häiriöiden takia eläkkeelle miehiä jonkin verran enemmän. (SVT 6 2009.) Yhteis-

kunnassa työkyvyn menetyksen uhkaan ja lopulta sen menetykseen on varauduttu sairausvakuutuksen ja lakisääteisten eläkejärjestelmien avulla.

## 2.1 Vakuutus työkyvyttömyyden varalle

Lakisääteisen työkyvyttömyyseläkkeen tehtävänä on turvata toimeentuloa sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuvan työkyvyttömyyden varalta. Eläkkeen myöntäminen ja siihen keskeisesti liittyvä työkyvyn arviointi tapahtuvat joko kansaneläkejärjestelmässä tai työeläkejärjestelmässä sen mukaan, kumpaan eläkkeeseen hakija on oikeutettu. Kansaneläkejärjestelmä koskee kaikkia kansalaisia ja huolehtii eläkkeensaajan peruseläketurvasta. Työeläkejärjestelmä vastaa työ- tai virkasuhteeseen tai yrittäjätoimintaan perustuvasta ansiosidonnaisesta eläketurvasta ja se pyrkii takaamaan kohtuullisesti henkilön aiemman kulustason eläkeaikana. Työeläke ja kansaneläke muodostavat yhdessä kokonaisaläkkeen. Työeläke vähentää maksettavaa kansaneläkeosuutta, joten tietynsuuruusena ei työeläkkeeseen oikeutetulle makseta eläkettä enää kansaneläkejärjestelmän puolelta. Mikäli työkyvyttömyyseläkkeen hakija kuitenkin tulisi saamaan eläkettä kummastakin järjestelmästä, merkitsisi se työkyvyn arvioinnin kannalta sitä, että arviointi tapahtuisi sekä työ- että kansaneläkejärjestelmän puolella. (Koivisto ym. 2004, 89.) Tässä tutkimuksessa on keskitytty tarkastelemaan pelkästään työeläkejärjestelmän puolella tapahtuvaa työkyvyn arviointia.

Työkyvyttömyyseläkkeen tarkoituksena on korvata ansiotulon menetystä, joka on aiheutunut henkilölle tämän pitkäaikaisesta työkyvyttömyydestä ja sen saaminen perustuu ensisijaisesti lääketieteellisesti todennettuun näyttöön sairauden aiheuttamasta työkyvyn heikkenemisestä (Karisalmi ym. 2009, 13). Tämän lisäksi kokonaisarvioinnissa huomioidaan eräitä hakijan tilanteeseen vaikuttavia sosiaalis-taloudellisia seikkoja, kuten ikää, ammattitaitoa ja koulutusta. Tarkasteltaessa työkyvyttömyyden arviointia ohjaavia lainsäädännöllisiä määritelmiä, on tämän tutkimuksen kannalta tärkeä havaita, että jo näiden säädösten puitteissa työkyvyttömyyden kokonaisarvioinnissa sovelletaan kohtuusharkintaa. Anna Metterin (2004, 37) mukaan lainsäädännön soveltajan eli tässä tapauksessa vakuutuslääkärin harkintavalta perustuu nimenomaan sosiaaliturvaa sääntelevien lakien teksteissä ilme-

nevään kohtuus-sanan<sup>2</sup> käyttöön. Vakuutuslääkäriin rooliin ja työkyvyttömyyseläkeprosessin tarkasteluun palataan myöhemmin tämän luvun lopuksi.

Käytännössä työkyvyttömyyseläkettä edeltää aina noin vuoden ajalta maksettava sairausvakuutuslain mukainen päiväraha (Gould ym. 2007a, 16). Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää työntekijälle siinä tapauksessa, jos henkilön työkyky on heikentynyt sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään kahdella viidesosalla yhtäjaksoisesti ja vähintään vuoden ajan. Tähän niin kutsuttuun osatyökyvyttömyyseläkkeeseen on mahdollisuus ainoastaan työeläkejärjestelmän puolella. Täysi työkyvyttömyyseläke on käytössä sekä työ- että kansaneläkejärjestelmässä ja sen myöntämisen edellytyksenä on työkyvyn alentuminen vähintään kolmella viidesosalla. (Gould ym. 2007a, 16; TyEL § 35.) Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää joko toistaiseksi voimassa olevana eli pysyvänä eläkkeenä tai määräaikaisena, jolloin puhutaan kuntoutustuesta. Kumpikin työkyvyttömyyseläkkeen muoto voidaan lisäksi myöntää osittaisena. Kuntoutustuella pyritään siihen, että työntekijä pystyisi palamaan kuntoutuksen tai hoidon jälkeen takaisin työelämään. (Koivisto ym. 2004, 90.)

Työkyvyttömyydelle asetetut kriteerit ovat pääpiirteissään samanlaiset kaikilla työaloilla. Työkyvyttömyyden määrittely eroaa kuitenkin sen mukaan, mihin järjestelmään henkilö kuuluu. Julkisella sektorilla, eli kuntien ja valtion palveluksessa olevien kohdalla, työkyvyttömyyden arvioinnissa sovelletaan ammatillisen työkyvyttömyyden määritelmää ja yksityisellä sektorilla yleistä työkyvyttömyysmääritelmää. Seuraavissa kappaleissa kuvataan työkyvyttömyyden määrittelyä julkisella ja yksityisellä sektorilla.

---

<sup>2</sup> ”Työkyvyn heikkenemistä arvioitaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja sellaisella saatavissa olevalla työllä, jota työntekijän voidaan *kohtuudella* edellyttää tekevän. Tällöin otetaan huomioon myös työntekijän koulutus, aikaisempi toiminta, ikä, asuinpaikka ja muut näihin rinnastettavat seikat. Jos työkyky vaihtelee, otetaan huomioon työntekijän vuotuinen ansio.” (TyEL 35 §, 2. mom., 395/2006.) Esimerkki kohtuus-sanan käytöstä lainsäädännössä koskee tässä kohden työntekijän eläkelakia.

### *Julkisten alojen työkyvyttömyyseläkkeet*

Julkisen sektorin eläkelaeissa henkilön työkyvyttömyys määräytyy sen mukaan, onko työkyvyttömyys alkanut palveluksen kestäessä vai sen päätyttyä. Mikäli työkyvyttömyys on alkanut palveluksen kestäessä, arvioinnin kohteena on eläkkeen hakijan suoriutuminen henkilön sen hetkisen työn tai viran edellyttämistä tehtävistä ja tällöin puhutaan ammatillisesta työkyvyttömyydestä. Siinä tapauksessa, että työkyvyttömyys on alkanut palveluksen jo päätyttyä, ovat edellytykset eläkkeen myöntämiseksi samat kuin yksityisen alan työeläkeläissa. (KuEL 24 §; VaEL 35 §.)

### *Yksityisten alojen työkyvyttömyyseläkkeet*

Julkisen sektorin eläkelaista poiketen yksityisillä aloilla ei riitä, että työntekijä on tullut työkyvyttömäksi suhteessa omaan työhönsä. Yksityisellä sektorilla työkyvyn heikkenemisen arvioinnissa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansio- tuloja senkaltaisella saatavissa olevalla työllä, jota hänen voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. Tässä tapauksessa työkyvyn arvioinnissa katsotaan myös esimerkiksi työntekijän koulutusta, aikaisempaa toimintaa, ikää ja asuinpaikkaa. Poikkeuksena ovat kuitenkin jo 60 vuotta täyttäneet työntekijät, joiden kohdalla arvioinnissa painotetaan edellä kuvattua ammatillista työkyvyttömyysmääritelmää. (TyEL 35 §.)

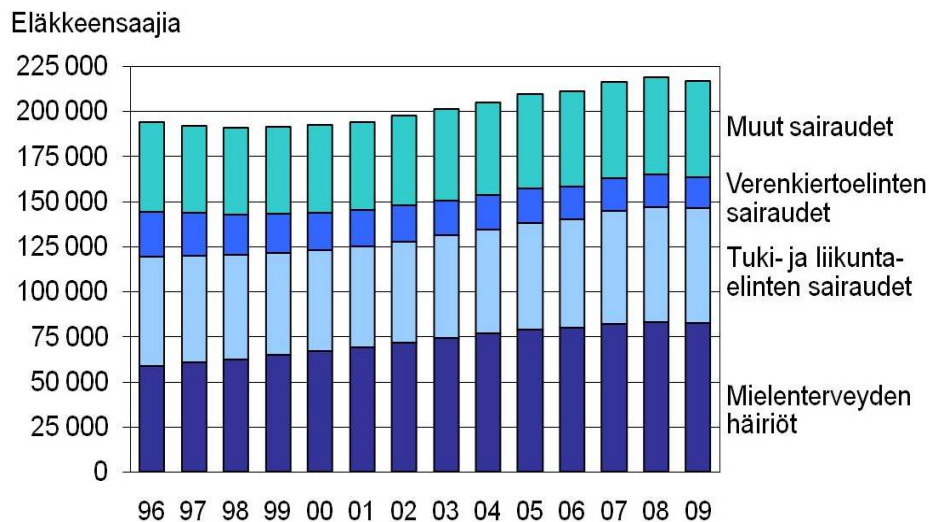
## **2.2 Mielensterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet**

Mielensterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden perusteella myönnettävät työkyvyttömyyseläkkeet muodostavat yli kolmasosan kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä (ks. kuvio<sup>3</sup> 1). Vajaan kolmanneksen kohdalla työkyvyttömyyden perusteena ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Näitä kahta sairausryhmää huomattavasti pienempiä ovat verenkierroelinten ja hermoston sairaudet, vammat ja myrkytykset sekä muut sairaudet. (SVT 3 2009.) Mielensterveyden häiriöiden sairausryhmän sisällä merkittävimminä työkyvyttömyyden diag-

---

<sup>3</sup> Kaikki tutkimuksessa esitettävät kuviot tietoineen koskevat työeläkejärjestelmää.

noosiperusteina esiintyvät eriaistiset masennustilat sekä näiden jäljessä ahdistuneisuus ja päihdehäiriöt (ks. kuvio 5) (Pensola ym. 2010, 19).

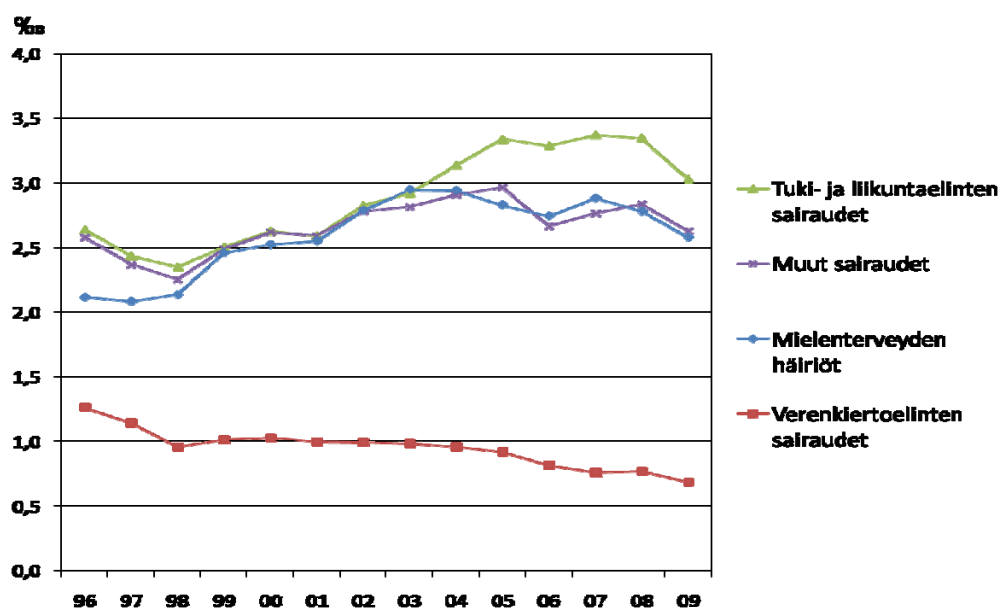


**Kuvio 1. Varsinaista työkyvyttömyyseläkettä saavat sairausryhmän mukaan vuosien 1996–2009 lopussa (Eläketurvakeskus)**

Mielenterveyden häiriöiden sairausryhmä on merkittävä paitsi kokonsa myös sen yhteiskunnalle aiheuttamien menojen suhteen. Vuonna 2009 mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyyseläkemenot oli 842 miljoonaa euroa, kun taas eläkemenot eläkkeiden alkavuudella tarkasteltuna suurimmalla ryhmällä eli tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa oli 751 miljoonaa euroa. Muissa sairausryhmissä eläkemenot oli merkittävästi pienempi, joskin on huomioitava, että näihin ryhmiin kuuluu myös selvästi vähemmän työkyvyttömyyseläkeläisiä. (SVT 1 2009.) Mielenterveysperusteisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin liittyy yleisesti ottaen muutamia muista sairausryhmistä poikkeavia piirteitä ja niiden taustalla voi havaita esiintyvän sellaisia yhteiskunnallisia ilmiöitä, minkä tähden näiden eläkkeiden tarkastelu omana ryhmänään on yhteiskuntapoliittisesti kiinnostavaa. Seuraavissa kappaleissa tämä tarkastelu tehdään työuran, työnantajasektorin ja sairausdiagnoosin mukaan, mutta sitä ennen kuvataan kuitenkin mielenterveysperusteisissa työkyvyttömyyseläkkeissä tapahtunutta yleistä kehitystä.

### *Mielenterveysperusteisissa työkyvyttömyyseläkkeissä tapahtunut kehitys*

Mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden osuus on alkanut korostua 1990-luvulta lähtien (ks. kuvio 1). Kasvua on selitetty pääasiassa sillä, että samaan aikaan, kun mielen-terveyseläkkeiden alkavuus pysyi miltei ennallaan, somaattisiin syihin perustuvien eläkkeiden alkavuus väheni aina 1990-luvun loppuun saakka. Näin ollen mielen-terveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden suhteellinen osuus kasvoi. (Gould & Nyman 2004, 19–20, 36.) Vuosituhannen vaihteessa työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus eli vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä alkoi kasvaa kaikissa sairausryhmissä verenkiertoelinten sairauksia lukuun ottamatta (ks. kuvio 2). Vuoteen 2009 mennessä suuntaus on kuitenkin tasoittunut ja kääntynyt sittemmin laskuun. Vuonna 2009 työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus oli yksittäisiä<sup>4</sup> sairausryhmiä tarkastellen suurinta tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa ja toiseksi suurinta mielen-terveyden häiriöiden ryhmässä. (SVT 5 2009.)



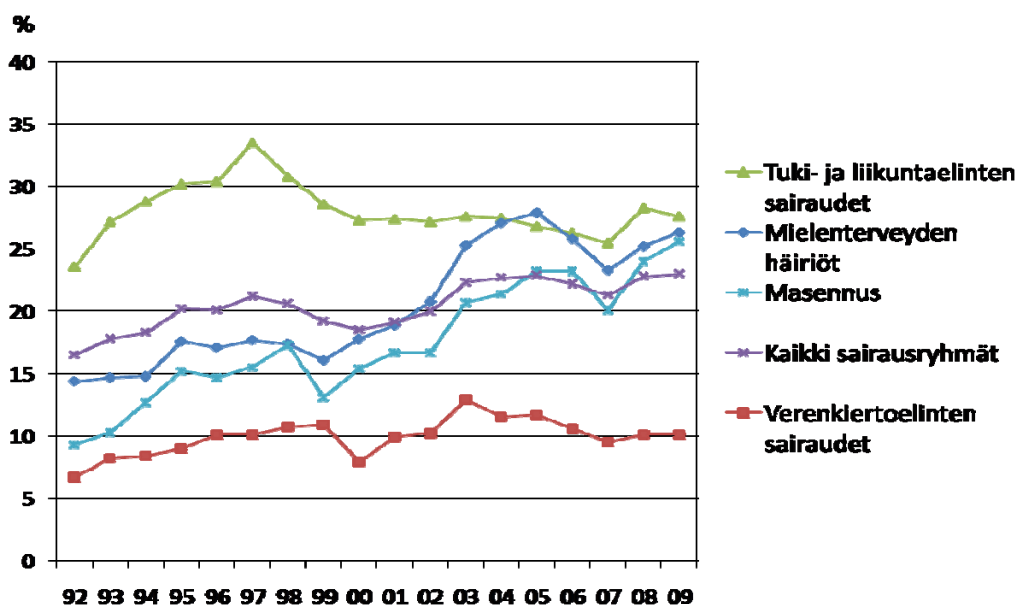
Kuvio 2. Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkavuus 25–62-vuotiailla sairausryhmittäin vuosina 1996–2009 (Eläketurvakeskus)

<sup>4</sup> Kuviossa 2 luokkaan *muut sairaudet* on yhdistetty useita pienempiä tautiluokkia. Yksittäinen sairausryhmä tarkoittaa tässä tapauksessa esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten sairauksia sekä mielen-terveyden häiriöitä.



Somaattisten sairauksien vähentymisen 1990-luvulla on arvioitu olleen merkki siitä, että psyykkiset sairaudet ovat muuttuneet aiempaa hyväksytyimmiksi sekä julkisemmiksi sairauksiksi ja näin ollen osa somaattisten sairausryhmien vähenemisestä on saattanut olla siirtymää mielenterveysongelmaisten ryhmään. (Gould & Nyman 2004, 19, 36.) Lehdon ym. (2005, 8) tekemän selvityksen mukaan mielenterveyssyillä myönnettyjen eläkkeiden alkavuuden kasvu ei selity ainakaan sillä, että näitä hakemuksia hylättäisiin nykyään aiempaa vähemmän. 2000-luvulla työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysosuus on nimittäin kasvanut eniten juuri mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä (ks. kuvio 3) (Gould ym. 2007a, 39).

Gould ja Nyman (2004, 20) arvioivat, että niissä tapauksissa, joissa henkilöllä esiintyy jokin muukin kuin mielenterveysryhmään kuuluva sairaus, on mahdollista, että edellä mainitun kaltaiset sairastavuuteen liittyvät kulttuuriset muutokset saattavat vaikuttaa siihen, mikä diagnoosi kirjataan tärkeimmäksi työkyvyttömyyden syyksi. (Gould & Nyman 2004, 36). Sairausryhmittäin tarkasteltujen työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuksien muutosten taustalla on arveltu vaikuttaneen myös diagnosointi- ja hoitokäytännöt, työelämän ja työllisyyden muutokset sekä laajemmat kulttuuriset ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät (Gould ym. 2007a, 35). Muun muassa näitä tekijöitä on tarkasteltu tähän tutkimukseen kuuluvissa asiantuntijahaastatteluisia siitä näkökulmasta, millaisia vaikutuksia niillä on mahdollisesti ollut työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiseen liittyvän harkinnan kannalta.



Kuvio 3. Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentit sairausryhmittäin vuosina 1992–2009 yksityisellä sektorilla (Eläketurvakeskus)

Kaikkia<sup>5</sup> työeläkejärjestelmän puolella käsiteltäviä työkyvyttömyyseläkehakemuksia tarkasteltuna niiden hylkäysosuus oli vuonna 2009 22 %. Mielenterveyssyillä haetuista eläkkeistä kokonaisuudessaan hylättiin 24 % ja masennusperusteisista 23 %. (Eläketurvakeskus, julkaisematon tilasto.) Sukupuolittain tarkasteltuna naisten työkyvyttömyyseläkehakemuksia on kokonaisuudessaan hylätty aina 1970-luvulta saakka miehiä enemmän (ks. Naisten ja miesten työkyvyttömyys 1993, 1; Gould ja Nyman 1998, 25). Vuonna 2009 naisten hylkäysosuus oli 23 % ja miesten 20 % kaikissa työkyvyttömyyseläkehakemuksissa. Kuitenkin mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkehakemusten kohdalla miehet (24,5 %) saivat hylkäävän eläkepäätöksen naisia (24,1 %) hieman useimmin. Masennusperusteisissa eläkkeissä vastaavat luvut olivat miehillä 22,9 % ja naisilla 23,1 %. (Eläketurvakeskus, julkaisematon tilasto.)

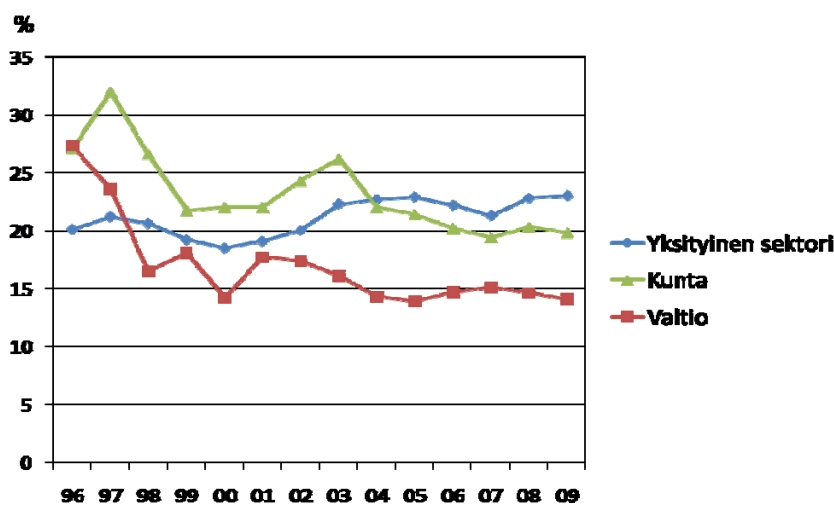
<sup>5</sup> Kappaleessa esitetyt hylkäysosuudet koskevat koko työeläkejärjestelmää mukaan lukien sekä yksityiseltä että julkiselta sektorilta tulleita työkyvyttömyyseläkehakemuksia. Luvut eivät ole näin ollen verrattavissa kuvioon 3, joka koskee pelkästään yksityiseltä sektorilta tulleita hakemuksia.

### ***Mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkeläisten työura***

Jukka Ahtelan luotsaama Työelämäryhmä linjasi loppuraportissaan alkavien työkyvyttömyyseläkkeiden määrän merkittävän vähentämisen keskeisimmäksi tavoitteeksi työurien pidentämisen kannalta. Ehdotus pohjautuu siihen, että työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ja sairauspoissaolojen on katsottu lyhentävän työuria merkittävästi. (Ehdotuksia työurien pidentämiseksi 2010, 3.) Työeläkejärjestelmän puolella työkyvyttömyyseläkkeelle jäädään keskimäärin 52-vuotiaina ja esimerkiksi masennuksen perusteella vielä tätäkin aiemmin, noin 49-vuotiaina (Pensola ym. 2010, 11–12). Mielenterveyden syillä työkyvyttömyyseläkettä saavilla on tavallisesti taustallaan muihin ryhmiin kuuluvia työkyvyttömyyseläkeläisiä rikkonaisempi ja lyhyempi työura. Poikkeuksena tästä ovat kuitenkin masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet, jotka ovat useimmiten pitkän työuran tehneitä, keskimäärin paremmin koulutettuja ja sitä kautta heidän eläkkeensä ovat myös muita ryhmiä paremmalla tasolla. (Gould ym. 2007a, 43–45.)

### ***Mielenterveysyiden painottuminen valtion eläkkeissä***

Mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden osuus sektoreittain tarkasteltuna on suurin valtiosektorilla ja erityisesti masennusdiagnoosi erottuu selvästi suurimpana yksityisenä diagnoosina. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osuus on tällä sektorilla puolestaan huomattavasti pienempi kuin yksityisellä sektorilla tai kunta-alalla. Sektorikohtaisia eroja selitetään muun muassa ammattirakenteisiin liittyvillä eroavaisuuksilla, jotka ilmenevät valtion kohdalla henkisiä voimavaroja kuormittavan tietotyön osuuden korostumisena ja vastaavasti raskaiden ruumiillisten töiden muita sektoreita vähäisempänä määränä. Ylipäänsä mielenterveysyihin perustuvat työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleisempiä julkisella kuin yksityisellä sektorilla, mikä tulee selkeimmin esille sukupuolittain tarkasteltuna miesten kohdalla. (Gould ym. 2007a, 41–42; Gould ym. 2007b.) Lehto ym. (2005, 8) arvioi, että vaihtelun taustalla saattavat vaikuttaa osaltaan myös erot eläkkeiden myöntökäytännöissä. Esimerkiksi vuonna 2009 työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäysosuus oli valtiosektorilla hieman vajaa kymmenen prosenttiyksikköä pienempi kuin yksityisellä sektorilla (ks. kuvio 4).

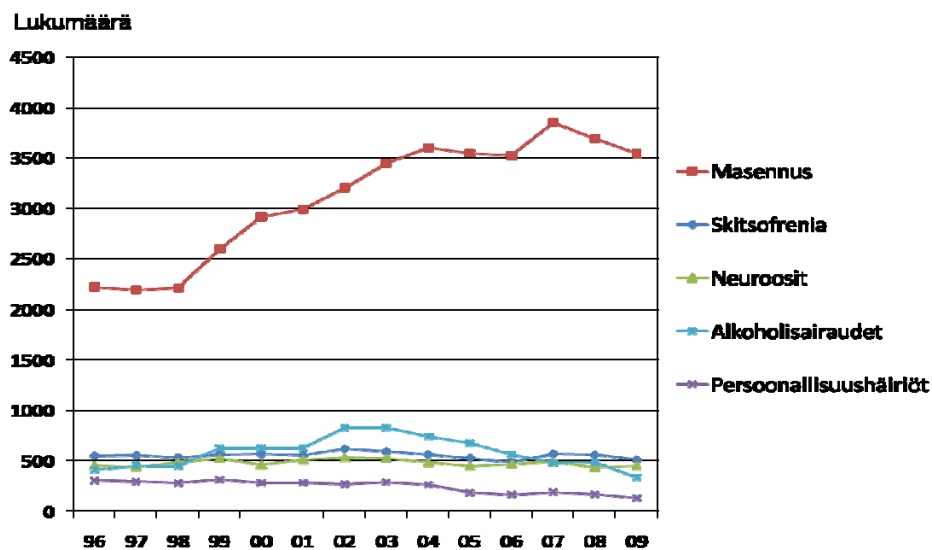


Kuvio 4. Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentit vuosina 1996–2009 (Eläketurvakeskus)

#### *Masennusdiagnoosin korostuminen mielenterveysperusteisissa työkyvyttömyyseläkkeissä*

Mielenterveyden häiriöiden ryhmän sisällä masennus esiintyy tärkeimpänä työkyvyn heikkenemisen sairausdiagnoosina yli puolessa kaikista alkavista mielenterveyden häiriöiden perusteella haetuista työkyvyttömyyseläkkeistä (Pensola ym. 2010, 44). Masennus korostuu erityisesti naisten työkyvyttömyyseläkkeissä ollen 40 prosenttia suurempaa kuin miehillä, joilla muut mielenterveyssyyt ovat masennusdiagnoosia yleisempiä (Pensola & Gould 2009, 33). Masennukseen perustuvien eläkkeiden määrä on 1990-luvun alusta lähtien yksityisellä sektorilla miltei kolminkertaistunut ja samaan aikaan myös niiden hylkäysosuus on kasvanut jääden kuitenkin samalla alhaisemmaksi kuin mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä keskimäärin. (Gould ym. 2007a, 35–37, 39.) Samankaltaista kasvukehitystä esiintyy myös muissa maissa. Kansainvälisissä tutkimuksissa vaikean masennuksen<sup>6</sup> on ennustettu nousevan vuoteen 2020 mennessä toiminnallisen työkyvyttömyyden kannalta keskeisemmäksi syyksi heti sydänsairauksien jälkeen (Murray & Lopez 1997).

<sup>6</sup> Unipolar major depression



Kuvio 5. Yksityisellä sektorilla vuosina 1996–2009 alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet eräissä mielenterveyden sairauksien ryhmissä (Eläketurvakeskus)

Masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden huomattava kasvu (ks. kuvio 5) on masennussairauden yleisyyden kehitykseen verrattuna erityisen mielenkiintoinen ja yhteiskunnallisesti merkittävä ilmiö. Väestötutkimuksien (ks. Lamberg ym. 2008, 260) mukaan masennuksen esiintymisessä väestöön suhteutettuna ei nimittäin ole tapahtunut kasvua sitten 1990-luvun alun. Myös mielenterveysongelmien vertailussa yleisemmin on havaittavissa, että alkoholiriippuvuutta lukuun ottamatta niiden yleisyydessä ei ole tapahtunut muutosta 1980-luvun tuloksiin verrattuna (Aromaa & Koskinen 2002, 137). Masennusperusteisten myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden yleistymiseen etsitäänkin vastausta työelämässä tarvittaviin taitovaatimuksiin ja työllisyyden kehitykseen liittyvistä muutoksista. Masennuksen on ensinnäkin havaittu heikentävän työtehoa ja erityisesti ihmisten sosiaalisia ja kognitiivisia kykyjä, jotka ovat puolestaan juuri niitä taitoja, joiden merkitys on nykypäivän työelämässä huomattavasti lisääntynyt. Toisaalta taas heikentynyt työteho voi johtaa poissaolevuuteen, alempaan tuotteliaisuuteen, ihmissuhdeongelmiin ja jopa työpaikan menettämisen riskiin. (ks. Lamberg ym. 2008, 260.) Suuntaus on ongelmallinen siitä syystä, että vain harvat työtehonsa alenemisesta kärsivät ihmiset jatkavat työelämässä (OECD 2008, 11). Masennukseen nähdään liittyvän siten kaksi yhtäaikaaisesti esiintyvää ongelmaa, joilla Lamberg, Virtanen, Vahtera, Luukkaala ja Koskenvuo (2008, 260) viittaavat siihen, että masennus voi johtaa työttömyyteen ja vastaavasti työttömyys lisää todis-

tettavasti riskiä sairastua masennukseen. Masennusperusteisen eläkkeelle siirtymisen taustalla on osoitettu vaikuttavan samankaltaisia altistavia tekijöitä kuin mitä on havaittu työttömien kohdalla, kuten esimerkiksi alhainen ammatillisen koulutuksen taso. (emt.)

Masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden tarkastelu omana ryhmänään on näin ollen merkityksellistä huomioiden niiden korostuneen osuuden koko mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä sekä tarkastellen eräitä niihin liittyviä laadullisia ominaisuuksia. Masennusperusteilla työkyvyttömyyseläkettä saaville on tyypillistä, että heillä on taustallaan muita mielenterveyseläkkeitä saavia vakaampi ja pidempi työura. Työuran pituus ja näille eläkkeille siirtyneiden henkilöiden korkea ansioiden taso puolestaan vaikuttavat siihen, että masennuksen vuoksi täysitehoisille eläkkeille siirtyneiden työkyvyttömyyseläkkeet ovat keskimääräistä suurempia verrattuna muiden mielenterveyssyiden tai somaattisten sairauksien vuoksi eläkkeille siirtyneisiin. Masennusperusteiset eläkkeet erottuvat näin ollen paitsi niin sanotusti kalliina eläkkeinä, myös siten, että suurempien eläkkeiden on arvioitu viittaavan masennuksen vuoksi eläkkeille siirtyneiden muita parempaan sosiaaliseen asemaan. (Gould ym. 2007a, 44.) Masennusperusteisen eläkkeelle siirtyneiden hyvä sosioekonominen asema selittyy heidän muita paremmalla koulutuksella ja hyvin palkatuilla tehtävillä. Näiden eläkkeiden osuus korostuu erityisesti valtiosektorilla verrattuna kuntatai yksityissektoriin. Kuten jo aiemmin viitattua, ilmiön on arvioitu selittyvän muun muassa sillä, että valtion tehtävissä henkisen työn kannalta haastavan tietotyön osuus on merkittävä ja toisaalta taas ruumiillisen työn ja siihen liittyvien sairauksien osuus muita sektoreita pienempi. (Pensola & Gould 2009, 15.)

Tarkasteltaessa masennusperusteisen eläkkeelle siirtyneiden sosiaalista asemaa on kuitenkin syytä huomioida, ettei ryhmä ole suinkaan homogeeninen. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet -selvityksen (Pensola ym. 2010, 56) mukaan näyttää olevan niin, että masennus korostuu työkyvyttömyyseläkkeen perusteena erityisesti asiantuntijatehtävissä työskentelevillä naisilla työuran loppupäässä, mutta niin tapahtuu myös työntekijäammateissa olevilla naisilla. Miesten kohdalla puolestaan sekä asiantuntija- että työntekijäammateissa työskentelevillä masennukseen perustuvia eläkkeitä alkaa naisia vähemmän. (emt.)

Masennuksen hoidon ja masennusdiagnoosien perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden välillä näyttää esiintyvän paradoksaalinen suhde. Honkosen, Aron, Isometsän, Virtasen ja Katilan (2007, 1887) tutkimuksen mukaan masennuslääkkeiden kulutus kolminkertaistui Suomessa 10 vuoden aikana vuosina 1994–2004 ja samansuuntaisen kehityksen on havaittu tapahtuneen myös muissa teollisuusmaissa Yhdysvallat mukaan luettuna. Odotettavaa siten olisikin, että lääkehoidon kasvun ja hoitokäytäntöjen kehittymisen myötä pitkäkestoisesta työkyvyttömyydestä kärsivien hoidon laadussa ja eläkealkavuuden kehityksessä olisi tapahtunut parannusta. Näin ei kuitenkaan näytä olevan, sillä masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on jatkanut kasvuaan aina paria viime vuotta lukuun ottamatta. Samankaltaisia viitteitä on antanut jo kymmenen vuotta Honkosen ym. (2007) tutkimusta aiemmin julkaistu Salmisen, Saarijärven ja Raitasalon (1997, 242) tutkimus, jossa kiinnitetään huomiota yhtäältä uusien lääkkeiden sekä muiden hoitojen lisääntymiseen ja toisaalta masennuspotilaiden toimintakyvyn samanaikaiseen huonontumiseen. Osaltaan ilmiöön on arvioitu Honkosen ym. (2007, 1892) mukaan vaikuttaneen sen, että jo työkyvyttömyyseläkkeelle saakka päätyneiden masennuspotilaiden hoidon laadussa on havaittu esiintyvän vakavia puutteita liittyen tarjolla olevien hoitojen tehottomuuteen ja hoitoon liittyvän seurannan puutteellisuuteen. Vuorovaikutuksellisten terapiamuotojen, kuten psykoterapian käyttö ennen eläkkeelle siirtymistä oli tutkimuksen mukaan tullut kyseeseen vain harvoilla eikä tässä suhteessa ollut kymmenen vuoden jaksolla tapahtunut olennaista kehitystä. Myös lääkehoidon käytössä havaittiin vakavia puutteita. (Honkonen ym. 2007, 1887, 1891–1892.)

Edellä tarkasteltujen, mielenterveysperusteisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin liittyvien ominaisuuksien lisäksi myös diagnoosikäytäntöjen ja diagnoosien kulttuurisen hyväksyttävyyden muutoksilla on arvioitu olevan merkitystä vaihteluiden selittäjinä muun muassa masennus- ja alkoholiperustaisten mielenterveyseläkkeiden tapauksissa (Lehto ym. 2005, 8). Huomioiden mielenterveyseläkkeiden yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkittävyyden voikin esittää kysymyksen, millaisia yhteiskuntapoliittisia intressejä työkyvyttömyyspolitiikassa on havaittavissa?

Olavi Riihinen (1997, 433) on arvioinut eläkkeiden<sup>7</sup> myöntämistä yksilöiden oikeusturvan, oikeudenmukaisuuden sekä turvallisuuden näkökulmasta ja kiinnittänyt tarkastelussaan huomiota myöntöjen erittäin suuriin vaihteluihin lyhyellä aikavälillä. Edellä mainitut vaihtelut ja eläkejärjestelmässä tapahtuneet suuret muutokset saattavat kertoa siitä, ettei järjestelmää ole siihen kohdistuneiden ulkoisten paineiden – esimerkiksi politiikan ja talouden muutosten takia – kyetty toteuttamaan johdonmukaisella tavalla. (emt.) Näistä eläkejärjestelmään kohdistuneista paineista on osoituksena muun muassa työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäysten kasvun ajoittuminen samalle aikavälille työttömyyden kasvun kanssa. Osaltaan tässä voi olla kyse siitä, että työllisyystilanteen ollessa heikko hakijoiksi saattaa valikoitua henkilöitä, joiden työssä pysymisen ongelmat ovat enemmänkin työmarkkinallisia kuin varsinaisesti työkyvyn heikkenemiseen liittyviä. Tällöin hakemukset eivät siten myöskään täytä työkyvyttömyyseläkkeen kriteerejä. Toisaalta pidetään mahdollisena, että ratkaisutoiminnassa mukana olevien asenteisiin on vaikuttanut myös taloudellisen tilanteen kiristyminen ja eläkemenojen säästämiseen kohdistunut paine. Näin ollen ratkaisuisissa on saatettu painottaa entistä voimakkaammin työkyvyttömyyden lääketieteellistä näyttöä. (Nyman & Gould 1996, 4–5.)

### **2.3 Vakuutuslääkäri työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminnassa**

Edellä on tarkasteltu työkyvyttömyyseläkkeen lakisääteisiä määritelmiä ja mielenterveysperusteisia työkyvyttömyyseläkkeitä omana ryhmänään. Seuraavissa kappaleissa on tarkoituksena kuvata työkyvyttömyyseläkkeelle johtavaa prosessia ja vakuutuslääkärin roolia työkyvyn arvioinnissa nimenomaisesti mielenterveysongelmien perusteella eläkettä hakvien henkilöiden kohdalla. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiseen johtavan prosessin kuvaamisen avulla pyritään selvittämään tutkimusasetelman kannalta keskeistä työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytäntöä, jotta pystytään myöhemmin aineiston avulla vastaamaan siihen, millainen rooli harkintavallalla on ratkaisutoiminnassa, miten yhteiskunnalli-

---

<sup>7</sup> Riihinen ei yksilöi artikkelissaan sitä, mihin eläkelajeihin hän tarkastelunsa kohdentaa.



set tekijät ratkaisutoimintaan vaikuttavat ja kuinka johdonmukaisella tavalla mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytäntö toimii.

Valtaosassa mielenterveysperusteisista työkyvyttömyyseläkkeistä diagnoosina on masennus. Masennus, kuten kaikki muutkin mielenterveyden häiriöt, voivat johtaa aina työkyvyttömyyteen, mutta kuntoutuksella sekä asianmukaisella ja oikea-aikaisella hoidolla työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja työkyvyn palauttamiseksi on paljon tehtävissä. Sosiaalivaikutus tukee mielenterveyden häiriöiden hoitoa sairauspäivärahan kautta, jota myönnetään enintään 300 päivään saakka. Mikäli sairaus ei hoitotoimenpiteiden kautta parane, voi potilaan hoidosta vastaava lääkäri, eli niin sanottu hoitava lääkäri, ottaa kantaa henkilön työkykyyn ja kirjoittaa lausunnon sairauden, vian tai vamman aiheuttamasta työkyvyn alenemasta. Tämä hoitavan lääkärin B-lausunto toimii keskeisenä dokumenttina siitä potilaan todellisuudesta, jota halutaan saattaa ratkaisijälääkärin eli eläkelaitoksen vakuutuslääkärin tietoon. (Aro 2004, 43, 46.) Lausunnosta ilmene psyykkisen tai somaattisen diagnoosin lisäksi lääketieteellisen historian kuvaus, tilan- ja toimintakyvyn kuvaus, henkilön demografisia tietoja sekä työhistoriaan liittyvät seikat, suunnitelmat tulevien hoitojen ja kuntoutuksen suhteen sekä lopulta lääkärin arvio hakijan vamman, vian tai sairauden vaikutuksesta suhteutettuna työn vaatimuksiin ja työkykyyn (Honkonen ym. 2007, 1888). Varsinaisen työkyvyttömyyseläkehakemuksen laittaa vireille pääsääntöisesti itse eläkkeenhakija.

Työkyvyttömyyden arvioinnin lähtökohdat perustuvat lainsäädäntöön. Eläkelaitoksiin saapuvat työkyvyttömyyseläkehakemukset ratkaistaan ensisijaisesti vakuutustieteellisen asiantuntijalausunnon perusteella, jossa lainsäädäntöön nojaten lääketieteelliset kriteerit ovat korostuneesti esillä. Niiden ohella työkyvyttömyyden arvioinnissa käytetään tietoja hakijan sosiaalis-taloudellisesta tilanteesta, kuten työ-, perhe- ja asumisolosuhteista. (Yleiskirje A 20/2004 2010.) Työkyvyttömyyden arvioinnissa katsotaan lisäksi työn vaatimuksia, joihin liittyviä tietoja vakuutuslaitos voi hankkia hakijan työterveyshuollosta tai työnantajan edustajalta, mikäli ne eivät selviä suoraan hoitavan lääkärin kirjoittamasta lausunnosta (Aro 2004, 46).

Juridisesti ajatellen työkyvyttömyyseläkeratkaisu on näin ollen vakuutuslaitoksen päätös, jonka keskeisenä elementtinä toimii vakuutuslääkärin arvio hakijan työkyvyttömyydestä (ks. Havu 2004, 30). Vakuutuslääkäri käyttää arvioinnissaan vakuutuslääketieteelliseen asiantuntemukseensa perustuvaa harkintavaltaa, joka toisaalta katsotaan välttämättömäksi vallitsevan ratkaisukäytännön kannalta, mutta samalla siihen liitetään kysymyksiä muun muassa hakijoiden tasapuolisesta kohtelusta, etuuskien oikeudenmukaisesta jakamisesta ja kohtuuden arvioinnista yksilön kannalta. Vakuutuslääkärin asiantuntemus perustuu ensinnäkin lääkärin koulutukseen, mutta yleensä myös pitkäaikaiseen kokemukseen asiantuntemusalueeltaan, mikä on kertynyt käytännön toiminnasta, kliinisestä potilastyöstä, tieteellisestä tutkimuksesta sekä alan opiskelusta. (Juntunen 2004, 47–48.) Haastatteluihin osallistuneet ylilääkärit ovat kaikki jonkin alan erikoislääkäreitä ja heillä on pitkä kokemus kliinisestä potilastyöstä sekä alan tutkimuksesta. He toimivat myös aktiivisesti ratkaisutoiminnan kehittämiseksi osallistumalla eri foorumeilla käytävään työkyvyttömyyseläkepoliittiseen keskusteluun. Vakuutuslääkärin harkintavaltaan liittyviin seikkoihin tullaan palamaan aineiston avulla tutkimuksen analyysiosassa.

### 3 PORTINVARTIJAT JA TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKE- PROSESSIN JOHDONMUKAISUUS

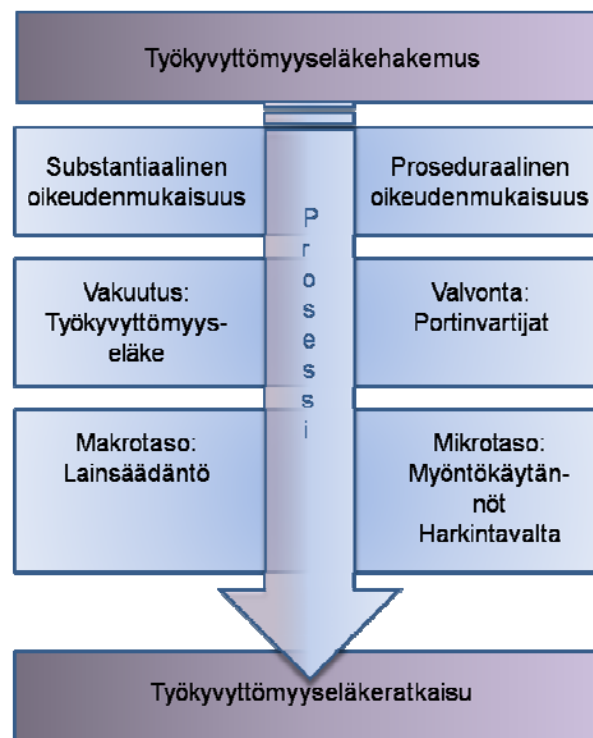
Työkyvyttömyyseläke sosiaalivakuutuksen yhtenä muotona merkitsee sen täyttävän tärkeintä hyvinvointivaltiolle määriteltyä tehtävää eli antaa *vakuutus* elämän riskejä ja epäonia vastaan. Yksilöt pyrkivät siten muuttamaan vakuutuksen kautta omia yksilöllisiä kohtaloitaan – muun muassa sairauden, työttömyyden tai perheenelättäjän kuoleman – yhteisöllisiksi, kollektiivisesti kannettaviksi riskeiksi. (Julkunen ym. 2004, 247.) Tutkimuksellisesti työkyvyttömyyseläke-etuus on mielenkiintoinen tarkasteltuna sitä sen myöntämiseen olennaisesti liittyvän harkinnan kautta, jolloin asetelma avaa näkökulman ratkaisutoiminnan johdonmukaisuuteen eli toisin ilmaistuna työkyvyttömyyseläke-etuuden menetelmälliseen oikeudenmukaisuuteen. Menetelmällisen eli proseduraalisen oikeudenmukaisuuden käsite nousee Bo Rothsteinin hyvinvointivaltion moraalista ja poliittista logiikkaa käsittelevästä teoriasta, jonka viitekehyksessä tälle tutkimukselle asetettua tehtävää käsitellään.

Pohjoismaista hyvinvointivaltiota on perinteisesti luonnehdittu tasa-arvolla, universalismilla ja laajalla julkisella vastuulla (Julkunen 2007). Universaali sosiaalipolitiikka on ulotettu koskemaan kaikkia kansalaisia ja yhteiskunnassa esiintyvistä ongelmista puhutaan julkisuudessa yhteisinä, koko yhteisöä koskevinä (Julkunen 2003, 32). Bo Rothstein (2001, 218) on tarkastellut hyvinvointivaltiollisia ohjelmia ja käyttänyt jäsenyyksessään universaalien ja selektiivisten hyvinvointivaltion erottelua. Rothsteinin ajattelussa universaali ja selektiivinen järjestelmä nähdään ideaalityyppeinä, joissa edellisessä keskeisenä korostuu politiikan kohdentuminen koko väestöä koskevaksi ja jälkimmäisessä sen suuntaaminen vain rajattuihin ryhmiin. Toinen erottelutapa tarkastelee etuuksien ja palveluiden allokointia, minkä perusteella *universaali allokointi* sisältää ajatuksen valtiossa esiintyvistä tuesta niin sanottuja määriteltyjä oikeuksia kohtaan ja *harkinnanvarainen allokointi* puolestaan kätkee sisäänsä periaatteen jonkinasteisesta tarveharkinnasta. (Rothstein 2000, 19.) Rothsteinin väite on, että universaali järjestelmä, jossa on vähän tarveharkintaa, säilyttää kansalaistensa silmissä helpommin luottamuksen sosiaalipolitiikan menettelytapojen reiluuteen ja tasapuolisuuteen. Kansalaisten luottamus kiinnittyy sosiaaliturvan lupauksiin, jotka ovat

instituoitu muuhunkin kuin vaihtuvien hallitusten ohjelmiksi anglosaksiseen tapaan, eli näin ollen lakeihin ja oikeuksiin (ks. Julkunen 2003, 33).

Tässä tutkielmassa tarkastellaan työkyvyttömyyseläkettä ja siihen liittyviä myöntökäytäntöjä asetettuna Bo Rothsteinin (2000) teoriaan universaalien hyvinvointivaltion poliittisesta ja moraalista logiikasta. Kyse on sosiaalipoliittisen ohjelman – tässä yhteydessä siten työkyvyttömyyseläke-etuuden – substantiaalisesti kutsutusta sisällöllisestä oikeudenmukaisuudesta ja proseduraalisesti kutsutusta menetelmällisestä oikeudenmukaisuudesta. Tutkimuksessa keskeistä on tarkastella työkyvyttömyyseläkkeen myöntökäytäntöjä Rothsteinin teorian valossa ja pohtia empiiriseen aineistoon nojaten vakuutuslääkäreiden roolia hakuprosessin kannalta.

Vakuutuslääkärit perustavat eläkeratkaisunsa lainsäädäntöön kirjattuun työkyvyttömyyden määritelmään, mutta käyttävät etuuden myöntämisessä myös tapauskohtaista harkintavaltaa, joka tekee työkyvyttömyyseläkkeestä Kumlinin ja Rothsteinin (2005, 348) ajattelussa selektiivisen etuuden. Vakuutuslääkärit toimivat näin ollen portinvartijoina sosiaalietuuden saamiseen valikoiden myöntökriteereitä käyttäen hakijoiden joukosta etuuteen oikeutetut. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntöprosessiin liittyvän substantiaalisen ja proseduraalisen oikeudenmukaisuuden lähemmän tarkastelun jälkeen vakuutuslääkärit tullaan asettamaan portinvartijoiksi miellettyinä Rothsteinin teoriaan universaalien hyvinvointivaltion poliittisesta ja moraalista logiikasta. Tutkimukseen liittyvää teoriakenttää on pyritty havainnollistamaan kuviossa 6.



**Kuvio 6.** Työkyvyttömyyseläkeprosessi hyvinvointivaltion moraalisen ja poliittisen logiikan sekä portinvartijuuden viitekehyksessä

Suomalaisessa sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa samankaltaista substantiaalisen ja proseduraalisen oikeudenmukaisuuden tarkastelua on aiemmin käyttänyt Riikka Niemi (2007 sekä Julkunen ym. 2004) tutkiessaan kirjoituskilpailun kautta kootun empiirisen aineiston avulla kansalaisten luottamusta hyvinvointivaltion antamia lupauksia kohtaan. Yhtenä sosiaalivakuutukseen kuuluvana etuutena Niemi tarkasteli kansaneläkettä ja siihen liittyvää oikeutusta. Tutkimuksessaan Niemi pystyi empiirisellä aineistolla osoittamaan, kuinka kansaneläkkeen kaltainen universaali etuus koetaan kansalaisten mielessä sekä substantiaalisesti että proseduraalisesti oikeudenmukaiseksi. Jouko Karjalainen, Heikki Hiilamo ja Helka Raivio (2003) ovat puolestaan tarkastelleet tähän tutkimukseen olennaisesti liittyvän harkintavallan roolia toimeentulotuessa käyttäen empiirisenä aineistonaan sosiaalityöntekijöille ja heidän asiakkaille suoritettuja teemahaastatteluja. Nämä tutkimukset ovat olleet merkittävä vaikutin tämän tutkimuksen teoriakokonaisuuden rakentumisessa.

Tässä tutkimuksessa kiinnostavaa on erityisesti työkyvyttömyyseläkkeeseen liittyvä menetelmällinen eli proseduraalinen oikeudenmukaisuus. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntökäytännöissä liikutaan niin lainsäädännön, instituutioiden, eri tason ammattilaisten, hallintoviranomaisten kuin eläkejärjestelmää ympäröivän yhteiskunnankin toimikentillä sekä rajapinnoilla. Työkyvyttömyyseläkeratkaisu on siten monivaiheisen prosessin lopputulos ja tätä etuuden toimeenpanoprosessia on tässä tutkielmassa tarkoitus arvioida keskittämällä huomio työkyvyttömyyseläkkeeseen vakuutuksena, vakuutuslääkäreihin portinvartijoina ja etuuden toimeenpanoon menetelmällisen eli proseduraalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisena. Tavoitteena on lisäksi tarkastella, kuinka eräät yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat työkyvyttömyyseläkkeen myöntökäytäntöihin. Yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutusta tutkitaan tässä yhteydessä pääasiallisesti portinvartijoiksi miellettyjen vakuutuslääkäreiden harkintavallan kautta ilmenevänä tekijänä.

### 3.1 Työkyvyttömyyseläke ja substantiaalinen oikeudenmukaisuus

Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläke-etuus toteuttaa sille lainsäädännössä määritellyä *tehtävää* takaamalla toimeentulon 18 vuotta täyttäneelle, mutta alle 63-vuotiaalle vakuutetulle, jonka työkyky on alentunut sairauden, vian tai vamman seurauksena ja hänen työkyvyttömyytensä arvioidaan jatkuvan yhtäjaksoisesti vähintään vuoden ajan (TyEL 35 §). Etuuteen ja sen myöntämiseen liittyvät lainsäädännölliset lähtökohdat toimivat työkyvyttömyyseläkkeen substantiaalisen oikeudenmukaisuuden perustana. Työkyvyttömyyseläke-etuudelle on siten määritelty tehtävä ja päämäärä, joiden toimeenpanosta tässä tutkimuksessa on kyse. Rothstein palaa teoriassaan universaalin hyvinvointipolitiikan normatiivisten lähtökohtien äärelle ja esittää kysymyksen, pystytäänkö perustelemaan, että tietyt sosiaalipoliittiset toimenpiteet ovat oikeudenmukaisia? Kysymys kohdistuu päämäärien ja tavoitteiden oikeudenmukaisuuteen sekä ylipäänsä pohdintaan toiminnan mahdollisuuksien rajoista. (Rothstein 2000, 157; Rothstein 2008, 372.)

Universaalin hyvinvointipolitiikan keskiössä lepää ajatus siitä, ettei kansalaisten välillä ja heidän kohtelussaan tehdä erottelua *tarvitseviin* ja *köyhiin*. Universaalin ja selektiivisen

järjestelmän ero kulminoituu usein sosiaalipoliittisessa keskustelussa selektiiviseen järjestelmään kohdentuvaan kysymykseen: ”mitä hyvin sopeutuneen enemmistön pitäisi tehdä *muille*, toisin sanoen sosiaalisesti marginaaliselle vähemmistölle.” (Rothstein 2008, 372.) Rothsteinin (2000, 158–159) mukaan enemmistö voi tällöin kyseenalaistaa järjestelmän sisällöllisen oikeudenmukaisuuden kysyen, minne *tarvitsevien* ja *ei-tarvitsevien* välinen raja pitäisi vetää ja voiko *tarvitsevia* itseään kenties syyttää heidän ahdingostaan. Edelliseen voidaan viitata yleisen ja jälkimmäiseen yksilöllisen rajanvedon ongelmana. Rothsteinin mukaan julkisen hyväksyttävyyden kannalta haitallista on se, että sosiaalipoliittinen keskustelu ei päädy kysymään, mikä on *yleisesti oikeudenmukaista*, vaan se keskittyy pohtimaan, mikä on *erityisesti välttämätöntä* niille yksilöille, jotka tarvitsevat apua valtion taholta. Rothstein näkee selektiivisen järjestelmän hyväksyttävyyden kannalta ongelmallisena myös keskustelujen moraalisen logiikan sisällön. Tällä Rothstein viittaa siihen, että kaikkein selektiivisimmät politiikat, joiden perustavana tarkoituksena on ollut integroida tietty ryhmä yhteiskuntaan, sisältävät paradoksin. Paradoksaalisuus tulee esille siinä, että mihin tahansa tiettyyn ryhmään kohdentuvien selektiivisten toimenpiteiden motivoimiseksi tämä ryhmä tulee edeltä yksilöidä jollain tavoin luontaisesti erilaiseksi kuin tavalliset kansalaiset. Samaan aikaan ajaudutaan kuitenkin sen kysymyksen äärelle, kuinka ryhmän jäsenet, jotka ovat niin erilaisia, voidaan ylipäänsä minkään sosiaalipoliittisen hankkeen avulla muuttaa näiden *tavallisten kansalaisten* kaltaisiksi? Mikäli selektiivisellä politiikalla havaitaan olevan vain marginaalisia vaikutuksia, sen kannattajat perustelevat usein ryhmän olevan vielä alun pitäen oletettua erilaisempi ja näin ollen sillä on aiempaa vielä erityisempiä tarpeita. Tämän vuoksi ryhmän esitetään tarvitsevan myös yhä kohdennetumpia toimenpiteitä. (Rothstein 2000, 159; Rothstein 2008, 372.)

Mutta kuinka Rothsteinin moraalinen logiikka näyttäytyy universaalissa järjestelmässä? Ensinnäkin universaali politiikka on selektiiviseen nähden jo lähtökohdiltaan aivan toisenlainen, sillä sosiaalipoliittikan ajatellaan koskettavan koko yhteisöä ja kysymyksenasettelu keskittyy näin ollen siihen, mikä on yleisestä näkökulmasta oikeudenmukainen tapa järjestää sosiaaliset toimenpiteet. Universaalissa järjestelmässä vältetään selektiivisen järjestelmän keskeinen kysymys minne ja miten asetettavasta rajanvedosta – ketkä ovat *muista* ja *tarvitsevia*. Rajojen tarpeettomuus perustuu universaalisen systeemin logiikkaan, jossa

valtio varustaa kaikki kansalaisensa tietyillä perusvalmiuksilla. Universaalien hyvinvointipolitiikan keskeisin kysymys liittyy siihen, mikä luo *yleistä oikeudenmukaisuutta* kansalaisten ja valtion välisessä suhteessa ja jättää tyystin keskustelun ulkopuolelle, mitä tulisi tehdä *köyhille ja sopeutumattomille*. Rothsteinin mukaan ongelmat eivät ole *heidän* vaan *meidän* ja näitä ongelmia pyrimme ratkaisemaan sosiaalivakuutuksen avulla. (Rothstein 2008, 373.)

### 3.2 Työkyvyttömyyseläke ja proseduraalinen oikeudenmukaisuus

Universaalisten ja selektiivisten hyvinvointipolitiikkojen erottelu ei ole ongelmatonta, sillä myöskin selektiiviset politiikat sisältävät vakuutusperusteisuutta ja vastavuoroisuutta. Rothsteinin teoretisoima proseduraalinen oikeudenmukaisuus kiteytyy kysymykseen politiikan toimeenpanon reiluudesta ja menettelytapojen oikeudenmukaisuudesta. Siihen liittyy myös ajatus siitä, kuinka valinta universaalien ja selektiivisten hyvinvointipolitiikan välillä vaikuttaa yleisön kuvaan valtion toimintakyvystä. Rothstein (2000, 160) muistuttaa, että tasa-eläkkeiden ja lapsilisien kaltaiset, tyypilliset universaalit hyvinvointiohjelmat, ovat paljon selektiivistä vaihtoehtoaan yksinkertaisempia, halvempia ja helpompia toteuttaa. Myöskin Suomessa juuri lapsilisien ja kansaneläkkeen katsotaan aloittaneen universaalisen sosiaalipolitiikan kauden (Niemi 2007, 64). Universaali ohjelma välttää sen hallinnollisen koneiston suorittaman testaamisen, joka selektiivisessä järjestelmässä on välttämätöntä, jotta saadaan selville, onko hakija ylipäänsä oikeutettu etuuteen, ja jos on, niin minkä suuruiseen (Rothstein 2000, 160).

Selektiivisten ohjelmien menettelytapojen problemaattisuus oikeudenmukaisuuden kannalta tulee Rothsteinin mukaan esille siinä, että niiden on sallittava hallintoviranomaisille laaja harkintavalta. Etuuteen liittyvä tarveharkinta käy proseduraalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta kuitenkin ongelmalliseksi, sillä säännökset ovat harvoin niin tarkkoja, että ne yksiselitteisesti ohjaisivat päätöstä sellaiseen suuntaan, joka olisi oikein hakijan yksilöllisen tilanteen huomioon ottaen. (Rothstein 2000, 160–161.) Lehto, Moss ja Rostgaard (1999, 115) eivät pidä ammatillisen harkinnan lisääntymistä varsinaisena uhkana universa-



lismille niin kauan, kun kaikilla on olemassa mahdollisuus päästä etuuden portinvartijoiden arvioitavaksi. Asiakkaan tai kansalaisen näkökulmasta tosin harkinnan lisääntyminen saattaa tarkoittaa samalla selektiivisyyden kasvua. Tämä voi ilmetä muun muassa siinä, että potilaan iästä tai elämäntyylistä voi tulla se erotteleva kriteeri, joka sulkee hänet joidenkin palveluiden ulkopuolelle. (emt.)

Anttonen ja Sipilä (2000, 174) katsovat, että universaalisuuden tason arvioinnissa on kyse portinvartijuuteen liittyvästä tulkinnanvapaudesta. Etuutta voidaan pitää universaalina, mikäli kriteerit ovat yksiselitteiset eikä portinvartija voi estää etuuden myöntämistä näiden kriteerien täytyessä. Portinvartijoiden tulkinnanvapaudesta tulee kuitenkin ongelma siinä tapauksessa, mikäli Rothsteiniin (2000, 161) verraten etuudensaajien valikointiin ei ole löydettävissä käyttökelpoisia kriteerejä. Tämän kaltaisena rajanvedon kannalta hankalana järjestelmänä Anttonen ja Sipilä (2000, 174) pitävät esimerkinomaisesti Kansaneläkelaitoksen hallinnoimaa työkyvyttömyyseläkejärjestelmää, jossa portinvartijoina toimivat lääkärit ovat usein eri mieltä eläkeratkaisun lopputuloksesta. Ratkaisukäytäntöjen kohtuullinen yhtenäisyys pyritään kuitenkin takaamaan yhteisten normien, lomakkeiden, lääkärinkoulutuksen sekä lopullisen päätöksen tekevän asiantuntijaportaan avulla (emt.).

Hallintokoneiston harkintavallan käsittelyn vaikeudella on Rothsteinin mukaan seurauksia, jotka tämän tutkimuksen näkökulmasta herättävät erityistä kiinnostusta. Seurauksia ovat byrokraattisen vallan väärinkäyttö ja joidenkin asiakkaiden petollisuus. Rothstein katsoo, että selektiivisessä järjestelmässä hakijoilla on taipumus kuvailla tilannettaan todellisuutta huonommaksi sekä ilmaista mahdollisuutensa ratkaista omia ongelmiaan pieniksi tai jopa olemattomiksi. Tähän ongelmaan liittyvät myös selektiivisen järjestelmän universaalia korkeammat kustannukset. Kuten jo osittain todettua, järjestelmässä joudutaan käyttämään huomattavia resursseja asiakkaiden sekä eturivin viranhaltijoiden tarkkailuun. (Rothstein 2000, 160–161.) Tarkkailulla, epäilyllä ja valvonnalla asiantuntijat pyrkivät hallitsemaan vakuutukseen kohdistuvaa vapaamatkustuksen ja moraaliuhan ongelmaa (Julkunen ym. 2004, 248).

### *Työkyvyttömyyseläke selektiivisenä etuutena ja harkintavallan kohteena*

Kumlin ja Rothstein (2005, 348) asettavat työkyvyttömyyseläke-etuuden selektiiviseksi etuudeksi, johon yksilöllä on oikeus vasta tarveharkinnan jälkeen. Selektiivisyys toteutuu siten, että ollakseen oikeutettu etuuteen, yksilön tulee täyttää joukko enemmän tai vähemmän määriteltyjä ehtoja. Ehdot voivat liittyä taloudellisiin olosuhteisiin tai – kuten työkyvyttömyyseläkkeen tapauksessa – yksilön terveyteen tai kykyyn pitää itsestään huolta. (emt.) Rothsteinin (2000, 161–162) teorian teesinä on, että mitä enemmän etuuteen liittyy tarveharkintaa sitä vähemmän kansalaiset tuntevat oikeutusta etuutta kohtaan, ja taas toisaalta päinvastoin – mitä universaalimpaa kohdentaminen on sitä reilumpana ja oikeudenmukaisempana järjestelmiä pidetään.

Harkintavallan rooliin työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoiminnassa on kiinnitetty tutkimuskirjallisuudessa varsin vähän huomiota siitäkin huolimatta, että työkyvyttömyyseläkkeisiin liittyvät hylkäysprosentit sekä hakijoiden esille tuomat yksilölliset elämäntarinat ja hakukertomukset ovat aika ajoin herättäneet keskustelua niin Internet-palstoilla kuin myös sosiaalipolitiikan tutkijoiden ja päätöksentekijöiden keskuudessa. Ratkaisukäytäntöön kohdistuvat kriittiset äänenpainot ovat Rothsteinin (ks. 2000, 161) näkemyksiin verraten niitä keskeisiä seikkoja, jotka alentavat hyvinvointivaltiota kohtaan tunnettua julkista tukea. Rothstein (emt.) toteaa, että vaikka vallan väärinkäyttöön, huijauksiin tai petoksiin liittyvät tapaukset ovat todellisuudessa suhteellisen harvinaisia, massamedian aikakautena ne ovat juuri niitä tapauksia, jotka saavat huomiota sosiaalipolitiikkaan liittyvässä julkisessa keskustelussa. Samalla politiikkaohjelmia kohtaan koetun oikeutuksen heikkenemisen kanssa selektiivisessä, harkintaa sisältävässä järjestelmässä, ajaudutaan Robert Goodinin (1988, 219) mukaan *väistämättömiin, ylitsepääsemättömiin ja ratkaisemattomiin* ongelmiin johtuen siitä, että apua tarvitsevia kansalaisia kohdellaan mielivaltaisesti. Tämän mielivaltaisuuden ehkäisemiseksi Goodin ehdottaa eturivin viranomaisten suorittamaa ohjausta, jolla byrokraattien kontrolloimatonta asiakkaiden elämään sekaantumista säännellään (Goodin 1988, 220).

Viitaten Rothsteinin (2000) näkemyksiin Raija Julkunen (2007) huomauttaa, ettei mikään hyvinvointivaltio tule toimeen ilman harkintaa. Harvat sosiaalivakuutuksen palvelut ja etuudet tulevat suoraan väestökategorian perusteella eli kohdennettuna tietyn ikäisille, sairaille tai lapsiperheiden vanhemmille. Useiden kohdalla oikeuden etuuteen tai palveluun määrittelee asiantuntija-portinvartija, joka pyrkii harkintaansa käyttäen tekemään sen mahdollisimman yhtäläisten kriteerien nojalla eli toisin sanoen yleispätevin säännöin. Tällaisia ammattilaisten edellyttämiä päätöksiä ovat muun muassa juuri työkyvyttömyyseläke, kuntoutus, terapia, sosiaalityö sekä laitos- ja palveluasuminen. (emt.)

### **3.3 Vakuutuslääkärit työkyvyttömyyseläke-etuuden portinvartijoina**

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen katsotaan merkitsevän lähes poikkeuksetta lopullista työuran päättymistä ja henkilön siirtymistä työllisen kategoriasta työelämän ulkopuoliseen kategoriaan (Gould 2001, 175). Tässä siirtymävaiheessa vakuutuslääkärit toimivat asiantuntijoina työkyvyn määrittelemisessä ja päättävät hakijan oikeudesta eläke-etuuteen, minkä vuoksi vakuutuslääkäreiden roolia työkyvyttömyyseläkeprosessissa voi tarkastella portinvartijateorioiden kautta. Portinvartijuuden teoreettinen määrittely pohjautuu kirjallisuudessa pitkälti viestintään liittyvien prosessien tarkasteluun, jonka kulmakivinä pidetään Kurt Lewinin 1940-luvulla esittämää metaforaa portinvartijasta ja myöhemmin 1950-luvulla David Manning Whiten tälle portinvartijalle muodostamaa pseudonyymiä – ”Mr. Gatesia”. Lewinin metafora muodosti aikanaan viitekehyksen portinvartijuuteen keskeisesti liittyvän selektiivisyyden tarkastelulle ja teki näin ollen tutkijoille mahdolliseksi arvioida sitä, kuinka viestintään liittyvä uutisten valikointi tapahtuu ja miksi toiset näistä uutisista tulevat valituiksi, kun taas toiset hylätään. (Shoemaker & Vos 2009, 11, 15.) Tähän tutkimukseen olennaisesti kohdentuvaa lääketieteellistä portinvartijuutta on analysoitu aiemmissa tutkimuksissa pääasiassa sen kautta, millä tavoin lääkärit kontrolloivat erityyppisiin palveluihin ja hoitoihin pääsyä (Riley & Manias 2009, 216).

Walter Heinz (1992) on määritellyt institutionaalista portinvartijuutta ihmisen elämänselän ja siinä koettaviin siirtymävaiheisiin liittyvänä toimintana. Siirtymävaiheissa yksilön

sosiaalisessa asemassa tapahtuu muutoksia, jotka pitävät sisällään kohtaamisia portinvartioiden kanssa (ks. Heinz 1992, 10–11). Portinvartijat muun muassa kontrolloivat yksilön pääsyä tiettyyn asemaan – esimerkiksi työkyvyttömyyseläke-etuuden piiriin – muotoilevat erinäisiä tilanteita tai tasoittavat siirtymäjaksojen välisiä kriisejä (Behrens & Rabe-Kleberg 1992, 257). Keskeisintä näissä siirtymävaiheiksi kutsutuissa tapahtumissa on instituutioiden, portinvartioiden ja yksilöiden välillä tapahtuva vuorovaikutus (Heinz 1992, 9), johon myös tälle tutkimukselle asetettujen tutkimuskysymysten voidaan katsoa olennaisesti liittyvän. Johann Behrensin ja Ursula Rabe-Klebergin (1992) siirtymävaiheisiin kohdentuva tarkastelu pohjautuu Lewinin portinvartija-käsitteeseen, joka pyrkii selvittämään sosiaalisten ryhmien välisiä tapahtumia ja niitä kanavia, joiden kautta nämä tapahtumat toteutuvat. Keskeistä mallinnuksessa on portinvartioiden rooli, jonka kautta ryhmän ja ympäristön vuorovaikutus tapahtuu. Portinvartijoista on erotettavissa neljää eri tyyppiä: lähiyhteisö, esimiehet tai työoverit, organisaatioiden edustajat sekä asiantuntijat. Portinvartijuuden merkittävyyden tulkinnassa keskeisenä seikkana pidetään muodollisuuden astetta ja vuorovaikutuksen intensiteettiä. (Behrens & Rabe-Kleberg 1992, 237.)

Behrens ja Rabe-Kleberg (1992, 243) pitävät modernien yhteiskuntien yhtenä kiinnostavana kehityspiirteenä sitä, millä tavoin ne ovat alkaneet hyödyntää lisääntyvässä määrin asiantuntijoiden mielipiteitä. Olennaisinta tässä ei ole se, että asiantuntijat toimisivat päätöksentekijöinä, vaan pikemminkin heidän roolinsa on antaa *oikeita* vastauksia heille esitettyihin kysymyksiin. Asiantuntijoiden toiminta ei koskaan rajoitu pelkästään portinvartijan asemaan itsessään, vaan käsittää myös vuorovaikutuksellisen suhteen muihin portinvartioiden (emt.), joita tässä tutkimuksessa edustavat pääasiallisesti hoitavat lääkärit ja eläkeläisten muut sidosryhmät, kuten asiakasyritykset ja työterveyshuollot. Perinteiset näkökulmat portinvartioiden kuitenkin antavat usein olettaa toiminnan yksisuuntaiseksi, ylhäältä alaspäin suuntautuvaksi valintaprosessiksi, jossa portinvartijat ovat avaintoimijoita. Portinvartijuuden kohteena olevat henkilöt oletetaan näin ollen passiivisiksi, eikä heidän toiminnallaan koeta olevan vaikutusta prosessin kannalta. (Riley & Manias 2009, 217.) Työkyvyttömyyseläkeprosessin menetelmällisen oikeudenmukaisuuden ja sen kautta ratkaisukäytäntöön liittyvän johdonmukaisuuden tarkastelun kannalta on tärkeä tutkimuksen aineistoanalyysissä pohtia vakuutuslääkäri-portinvartioiden vuorovaikutussuhdetta muiden

toimijoiden kanssa. Kyse on siitä, millä tasoilla vuorovaikutus tapahtuu, millaisessa muodossa se tapahtuu ja kuinka asioita lopulta vuorovaikutuksen pohjalta tulkitaan.

Edellä mainittujen tasojen tarkastelussa käytetään soveltuvin osin apuna teoriaa, jota Pamela J. Shoemaker (1991) on kehittänyt tutkiessaan portinvartijuutta tiedotusvälineisiin ja viestintään liittyvänä toimintana. Shoemaker on jatkanut teoretisointiaan sittemmin yhdessä Tim P. Vosin kanssa julkaisussa *Gatekeeping theory* (2009). Shoemaker ja Vos (2009, 31–32) esittävät siinä viisi teoreettista analyysin tasoa jakamalla portinvartijuuden tarkastelun yksilön, rutiinien ja käytäntöjen, organisaation, sosiaalisten instituutioiden ja sosiaalisen järjestelmien tasolle. Portinvartijuusprosessi itsessään sisältää ajatuksen informaatioon liittyvästä valikoinnista, jossa keskeistä on se, kuinka toiset uutiset, asiat tai tapahtumat läpäisevät portin toisten tullessa puolestaan hylätyiksi. Tämä valikointi määrittyy Shoemakerin ja Vosin teoretisoinnin mukaisesti edellä mainituilla tasoilla. Samalla prosessin kuluessa portin läpäisemä informaatio muokkautuu portinvartijoiden toimesta. (Shoemaker & Vos 2009, 22, 31.) Teorian avulla mahdollistuu näin ollen eläkelaitoksen mikro- ja makroympäristössä tapahtuvan vuorovaikutuksen pohdinta työkyvyttömyyseläkeprosessin kulkuun ja lopulta tutkimustehtävän kannalta keskeiseen ratkaisutoimintaan vaikuttavana tekijänä.

Yksilötasolla analyysi kiinnittyy tarkastelemaan sitä, kuinka yksilön luonteenpiirteet, asenteet, tietämys ja käyttäytyminen vaikuttavat portinvartijuusprosessiin. Tällöin on kyse ensinnäkin niistä ajattelun malleista, jotka vaikuttavat portinvartijoiden tapaan arvioida ja tulkita viestejä, toisekseen päätöksenteon liittyvistä tavoista ja lopulta portinvartijan persoonallisuudesta, arvoista ja ammatillisen aseman mukanaan tuomista käsityskokonaisuuksista. Yksilöllä on portinvartijateorian mukaan ilmeinen vaikutus päätöksien syntymisessä. (Shoemaker & Vos 2009, 33.) Shoemakerin ja Vosin (2009, 37–38) yksilötason analyysi antaa tutkimustehtävän kannalta keskeiset perusteet olettaa ratkaisutoiminnan arviointia silmällä pitäen, että vakuutuslääkärit portinvartijoiksi miellettyinä eivät ole vain viestien eli työkyvyttömyyseläkkeen hakijaan liittyvien tietojen passiivisia vastaanottajia, vaan he sekä toimivat niiden tulkitsijoina että ratkaisevat tietoihin liittyviä epäselvyyksiä tai monitulkint-

taisuutta. Lisäksi vakuutuslääkäri-portinvartijoiden voi olettaa tekevän tietoon perustuvia arvauksia asioista, joita ei ole varsinaisesti suoraan havainnoitu ja tämän johdosta he muodostavat päätelmiä prosessiin liittyvistä vuorovaikutussuhteista (ks. Shoemaker & Vos 2009, 37–38). Keskeistä on, että vakuutuslääkäri-portinvartijat eivät toimi prosessissa itsensä tai ympäristöstään irrallisina, vaan päätökset muodostuvat lopulta sen ajatteluprosessin tuloksena, mihin on vaikuttanut niin ratkaisijan yksilölliset ja inhimilliset ominaisuudet kuin myös ympäristöstä hänen ajatteluunsa kohdistuneet vaikutteet (Shoemaker & Vos 2009, 49).

Käytäntöjen ja rutiinien tasolla portinvartijuus kiinnittyy valikoinnin normeihin, jotka ovat kehittyneet historian saatossa käytäntöjen tuloksena. Normit ymmärretään tässä yhteydessä käyttäytymisen muodoiksi, joita portinvartijat toiminnassaan ovat sitoutuneet noudattamaan. Samalla, kun nämä normit ohjaavat portinvartijoiden päätöksiä, portinvartijat myös edustavat niiden kautta professiotaan ja yhteiskuntaa enemmän kuin toimiessaan yksilöllisenä päätöksentekijänä. Rutiinien voi katsoa tämän tutkimuksen kannalta liittyvän ratkaisukäytännössä sovellettaviin virallisiin ja epävirallisiin periaatteisiin. Keskeistä tulevan aineistoanalyysin kannalta on myös se, että portinvartijan *tänään* tekemät päätökset voivat teorian valossa olla tulevaisuuden normeja, jotka näin ollen toimivat prosessiin kuuluvina, valikointia ohjaavina tekijöinä. Tämä on tärkeää huomata, kun tarkastellaan ratkaisulinjan muotoutumista vakuutuslääkärin tekemien päätösten vaikutuksesta. Shoemakerin ja Vosin mukaan portinvartijoiden toimintaa (toisin sanoen valikointia) ohjaavat rutiinit ja käytännöt tehostavat prosessia muun muassa niin ajallisesti, taloudellisestikin kuin ylipäänsä organisaation toiminnoista selviytymisen suhteen. (Shoemaker & Vos 2009, 52, 59–60.)

Organisaatiotasoa näyttäytyy portinvartijuuden analyysissä siten, että organisaation nähdään teorian mukaan piilottavan sisäänsä todellisista päätöksistä vastaavat portinvartijat sekä toimintaa ohjaavat käytännöt. Portinvartijoiden toiminta määrittyy organisaation rakenteellisista ja toiminnallisista lähtökohdista käsin. Organisaation tavoitteet, toimintakulttuuri, koko ja johtaminen vaikuttavat omalta osaltaan portinvartijoiden tapaan tulkita viestejä ja muodostaa päätöksiä. (Shoemaker & Vos 2009, 62–63.)

Eläkelaitoksen makrotasolta tulevien tekijöiden vaikutusta portinvartijuusprosessiin ja portinvartijoiden päätöksentekoon päästään tutkimaan sosiaalisten instituutioiden tason kautta. Kyse on tällöin sekä rahoitusmarkkinoiden, hallinnollisten säädösten ja muiden eläkelaitosten toiminnan vaikutuksista että tiedonlähteiden luotettavuuden arvioinnista. Analyysin laajimmalla tasolla puolestaan portinvartijuusprosessiin vaikuttavat sosiaaliset järjestelmät, joiden merkitys tulee analyysitasolla ymmärtää yhteiskunnassa ilmenevien sosiaalisten rakenteiden, ideologioiden ja kulttuurien kautta. Portinvartijat toimivat osana tätä sosiaalista järjestelmää ja sen tähden järjestelmässä esiintyvät kulttuurit ja ideologiat muotoilevat portinvartijoiden käsitystä vallitsevasta todellisuudesta. (Shoemaker & Vos 2009, 76, 94, 105–107.) Portinvartijuusprosessiin kiteytyy kaikessa moniulotteisuudessaan ajatus siitä jatkumosta, että ensinnäkin koko portinvartijuuden malli sulautuu sosiaalisen systeemin ideologiaan ja kulttuuriin ja toisekseen organisaation sisällä tapahtuva portinvartijuus sulautuu vuorovaikutukseen liittyviin rutiineihin ja organisaation ominaispiirteisiin. Lisäksi yksilötason portinvartijuus kiinnittyy yksilöiden elämäkokemuksiin. (Shoemaker & Vos 2009, 115.)

### *Vakuutuslääkärin asiantuntija-portinvartijuus*

Ennen tutkimuksen analyysivaiheeseen siirtymistä palataan vielä hetkeksi pohtimaan vakuutuslääkärin näyttäytymistä työkyvyttömyyseläkeprosessin portinvartijana teorian ja aiempien tutkimusten viitekehyksessä ja samalla tullaan määrittelemään näiden henkilöiden asemoitumista prosessin kulussa. Lähtökohtaisesti erityyppisiä portinvartija-asemia on löydettävissä elämäntieteen liittyvistä siirtymävaiheiksi kutsutuista tapahtumista, joiksi muun muassa enenaikainen eläköityminen eli tässä tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen voidaan lukea (Behrens & Rabe-Kleberg 1992, 244.) Professionaalisuutta tarkastelevissa tutkimuksissa lääkäreitä on käytetty esimerkkinä varsin usein, sillä heidän nähdään muodostavan korkean koulutuksen ja erikoistuneen tieteellisen tiedon kautta pitkälle monopolisoituneen ammattikunnan (Julkunen 2004, 169). Ylilääkärit toimivat jo asemansa puolesta asiantuntijan roolissa, mutta haastattelujen kautta he edustavat vastauksissaan myös eläkelaitostensa vakuutus- eli asiantuntijalääkäreitä. Aina teoreettisista lähtökohdis-

taan käsin lääkäreille on omaksuttu asiantuntijatyypin portinvartijan rooli, joten näin ollen myös tämän tutkimuksen informanteista ja heidän laajemmin edustamastaan vakuutuslääkärikunnasta on perusteltua käyttää asiantuntija-portinvartijan nimikettä ja analysoida heidän toimintaansa tästä asemoinnista käsin. (ks. Behrens & Rabe-Kleberg 1992, 244.)

Asiantuntijuuden roolin oletusarvona pidetään asiantuntijoiden riippumatonta tietämyksen lähdeä, jonka nimissä heidän odotetaan pystyvän tekemään objektiivisia päätöksiä ilman, että ratkaisuun päätyessään päätöksentekoon tulee liittyä pakollista neuvottelua, äänestystä tai muita demokraattisia prosesseja. Asiantuntijoiden toiminnan perustana nähdään tieteellinen objektiivisuus ja neutraalisuus käsiteltävää asiaa kohtaan eikä heidän oleteta toimivan joidenkin organisaatioiden etujen ajajina tai heidän palveluitaan käyttävien yksilöiden hyväksi. Tähän oletukseen perustuu keskeisin ero, joka tehdään asiantuntijatyypisten portinvartijoiden ja organisaatioita edustavien portinvartijoiden välillä. (Behrens & Rabe-Kleberg 1992, 245, 247.) Behrensin ja Rabe-Klebergin näkemys kuitenkin herättää kysymään, voiko asiantuntija-portinvartijakaan koskaan toimia organisaatiostaan täysin irrallisena? Shoemakerin ja Vosin (2009) mukaan portinvartijan toiminta määrittäytyy juuri näistä organisatorisista lähtökohdista käsin.

Shoemakerin ja Vosin lisäksi myös Heinz (1992, 11) katsoo, että portinvartijat toimivat aina osana edustamiaan instituutioita. Portinvartijat legitimoivat tekemiään päätöksiä vetoamalla organisatoriseksi rationaalisuudeksi miellettyihin säännöksiin, ammatillisiin standardeihin ja hakemusjonoihin. Samalla institutionaaliset säädökset, joiden kautta valikointi ja vuorovaikutus tapahtuvat, liittävätkin portinvartijat osaksi ihmisten elämänsä. Tähän vuorovaikutuksen laatuun liittyy Heinzin (emt.) mukaan perustavanlaatuisen riskin suhteen, saavutetaanko portinvartijusprosessissa haluttu lopputulos. Portinvartijuuden katsotaan nimittäin olevan paljon enemmän kuin vallitsevan säädöskäytännön byrokraattista soveltamista. Siinä yhdistyvät hallinnollinen tai ammatillinen asiantuntemus sekä institutionaaliset säännöt, joita käsiteltävä tapaus huomioiden pyritään soveltamaan parhaan mukaan. (Heinz 1992, 12.)



Asiantuntijoiden vastuun katsotaan rajautuvan ainoastaan sen mielipiteen oikeellisuuteen, minkä he roolissaan antavat, eikä heitä tästä johtuen pidetä vastuullisena enää niistä päätöksistä ja ratkaisuksista, joita varten heidän asiantuntemustaan on käytetty. Tämä nostaa samalla esiin ongelman päätöksenteon läpinäkyvyydestä, jonka nähdään heikkenevän juuri siitä syystä, että päätöksentekijät perustavat ratkaisunsa asiantuntijoiden mielipiteille samaan aikaan, kun asiantuntijat huomauttavat asiantuntijuutensa puitteissa tarjoamansa mielipiteen olevan ainoastaan osittainen näkökulma päätettävään asiaan. Lopulta ajaututaan tilanteeseen, jossa todellinen vastuu päätöksestä katoaa jonnekin välttämättömien tarpeiden ja menetelmällisen automatismin sokkeloihin. (Behrens & Rabe-Kleberg 1992, 247.) Tässä yhteydessä tulee huomioida tutkimuksen kannalta se, että työkyvyttömyyseläkeratkaisu perustuu vakuutuslääkärin näkemykseen ja on siten pitkälti kohdennettavissa yhden henkilön ratkaisuksi, vaikka prosessiin osallistuu eläkelaitoksen sisälläkin joukko muita asiantuntijoita. Näin on kuitenkin vain eläkelaitoksen sisällä, sillä eläkelaitoksesta ulospäin eläkepäätös näyttäytyy juridisena laitosratkaisuna, jossa ratkaisijan rooli ei enää henkilöidy.

Työkyvyttömyyseläkeprosessiin voi katsoa sisältyvän useita portinvartijuuden tahoja aina lähi- ja työyhteisön tasolta eläkelaitosten ja valitusasteiden asiantuntija-portinvartijoihin saakka. Lähiyhteisöön liittyvän portinvartijuuden voi ajatella liittyvän esimerkiksi perheenjäsenten osoittamaan tukeen työssä jatkamisen tai eläkkeelle siirtymisen edistämässä ja työnantajan portinvartijuus taas voinee ilmetä työhyvinvointia tukevissa käytännöissä ja palveluissa sekä johtamisen taidoissa. (ks. Gould 2001, 176.) Yksi keskeisin taho työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen prosessissa ovat ne hoitavat lääkärit, jotka sekä ohjaavat hakijoita toimintakyvyn parantamista edistävien hoitomuotojen piiriin että myös kirjoittavat lopulta lausuntoja hakijan työ- ja toimintakyvystä. Työkyvyn arvioinnin kannalta keskeisten B-lääkärinlausuntojen välityksellä hoitavan lääkärin tulee pyrkiä välittämään mahdollisimman oikea ja totuudenmukainen kuva hakijan tilanteesta eläkelaitoksen vakuutuslääkärille, joka tekee lopullisen päätöksen oikeudesta etuuteen.

Tässä tutkielmassa keskitytään pääsääntöisesti vakuutuslääkärin roolin tarkasteluun asiantuntija-portinvartijana, minkä vuoksi analyysissa olennaisena osana tarkastellaan myös

hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin välistä vuorovaikutussuhdetta. Juuri hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin suhdetta pidetään eläkejärjestelmää ajatellen muodollisimpana ja vähiten vuorovaikutuksellisenä. Samoin kuin vakuutuslääkärin ja hoitavan lääkärin suhde, myös vakuutuslääkärin ja eläkkeenhakijan vuorovaikutus rajoittuu hakemusdokumentteihin ja eläkelaitoksen kirjallisiin viesteihin (ks. Behrens & Rabe-Kleberg 1992; Gould 2001). Työkyvyttömyyseläkeprosessissa todellisuus hakijan tilanteesta pyritään välittämään kirjallisten dokumenttien perusteella, joita analysoimalla lainsäädännön määrittelemiin kriteereihin nojaten ja harkintavaltaa käyttäen vakuutuslääkäri tekee päätöksen hakijan oikeutuksesta etuuteen. Vakuutuslääkärin ja hoitavan lääkärin näkemykset eläkkeenhakijan tilanteesta eivät ole aina samansuuntaisia, minkä voi katsoa heijastuvan muun muassa siinä, että keskimäärin joka viides eläkelaitokseen saapunut työkyvyttömyyseläkehakemus kohtaa hylkäävän päätöksen (Eläketurvakeskus, julkaisematon tilasto). Satu Salonen (2006, 81) toteaa, että vasta eläkelaitoksen vahvistama työkyvyttömyys antaa ihmiselle oikeuden olla tekemättä työtä, vaikka sekä hoitava lääkäri että luonnollisesti myös asianomainen itse pitäisi itseään työkyvyttömänä. Siinä vaiheessa, kun työkyvyttömyyseläkeprosessi on edennyt näin pitkälle, hylkäävän päätöksen saaminen on useimmiten hakijan kannalta monella tapaa ongelmallinen tilanne. Vähiten se ei rasita ainakaan mielenterveyttä ja Salosen (emt.) mukaan ei ole lainkaan harvinaista, että jonkin vuoden kuluttua hylkäävästä päätöksestä myönteinen päätös tulee masennusdiagnoosin turvin.

Seuraavana esitettävän tutkimusprosessin kulun ja aineiston sekä sen analyysitavan kuvailun jälkeen tullaan esittämään tuloksia niistä teoriaviitekehysten asettamista lähtökohdista käsin, mitä tässä luvussa on rakennettu. Tutkimuksen aineisto on näin ollen koottu ja analysoitu, jotta lopputulemana voitaisiin esittää arvioita sen suhteen, millainen on vakuutuslääkäreiden harkintavallan merkitys mielenterveysperusteisissa työkyvyttömyyseläkeratkaisuissa, mikä on yhteiskunnallisten tekijöiden eli eläkejärjestelmään kohdistuvien ulkoisten vaatimusten merkitys ratkaisutoiminnalle ja kuinka johdonmukaisesti mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytäntö toimii.

## 4 TUTKIMUSPROSESSI

Tutkimuksen tekeminen kesti aiheenvalinnasta tutkielman valmistumiseen asti noin kaksi vuotta, joskin kuitenkin niin, että varsinainen aktiivinen kirjoitus- ja aineistonkeräysvaihe kesti kokonaisuudessaan vajaan vuoden. Pro gradu -tutkielman eri vaiheissa on keskeisesti ollut mukana Eläketurvakeskus, jonka tutkimusosasto ja henkilökunta ovat tukeneet työn etenemistä paitsi aiheeseen liittyvän asiantuntemuksensa puitteissa myös antamalla tutkimukseen tekoon tarvittavia resursseja. Tutkimusosastolla erikoistutkijana toimiva Raija Gould on avustanut tutkielman rakentumisessa aina aiheen rajauksesta alkaen, joka alkoi vuoden 2008 lopussa. Raija Gouldin ja tutkimusosaston päällikkö Mikko Kauton kommentit muun muassa tutkimussuunnitelmiin liittyen ovat suunnanneet aiheen kehittymistä. Tutkimuksen etenemistä on vauhdittanut vuoden 2010 syys- ja lokakuulle ajoittunut tutkimus-harjoittelujakso sekä elo- ja marraskuuksi Eläketurvakeskukselta järjestynyt työtila.

### 4.1 Tutkimusaineisto ja sen hankinta

Tutkielman empiirinen aineisto on kerätty haastattelemalla kahdeksan Suomen suurimman eläkelaitoksen ylilääkäreitä. Tutkimuksessa on edustettuina sekä yksityinen että julkinen sektori. Seitsemän näistä haastatteluista suoritettiin aina kunkin eläkelaitoksen toimitiloissa ja lisäksi yksi haastattelu tehtiin puhelinhaastatteluna. Tutkimuksen varsinaisen aineiston lisäksi tutkimusprosessin yhteydessä on viimeisenä tehty yksi täydentävä haastattelu, jossa informanttina on toiminut psykiatrianalan asiantuntija. Tämän täydentävän haastattelun arvo perustuu sen antamaan kokoavaan näkemykseen mielenterveyden ongelmista, erityisesti masennuksesta sekä näiden sairauksien luonteesta työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena. Samalla haastattelu on antanut tutkimuksen tekijälle vastauksia moniin tutkimusprosessin aikana heränneisiin kysymyksiin, joilla voi katsoa olevan muuta tutkimukselle olennaista merkitystä kuin vastata spesifisti juuri tutkimukselle asetettuihin kysymyksiin. Niimenomaiseen haastatteluun ei tulla muun aineiston tavoin viittaamaan suoraan tutkimuksen analyysissä, vaan sen funktiona on ollut toimia apuna erityisesti aiheen lopulliseen

rajaukseen ja kysymyksenasetteluun liittyvissä vaiheissa sekä lisätiedon saamisessa liittyen mielenterveysongelmien hoitomenetelmiin ja -käytäntöihin.

Kaikki tutkimukseen pyydetty henkilöt suostuivat haastateltaviksi. Tutkimushaastattelut on suoritettu vuoden 2010 elo- ja syyskuun aikana Helsingissä työeläkelaitosten pääkontto-reissa viimeistä sekä puhelinhaastattelua lukuun ottamatta. Tutkimus on haastattelujen osalta edennyt heinäkuusta alkaen, minkä aikana haastateltaville lähetettiin sähköpostitse haastattelupyyntö, jossa kuvailtiin tutkimuksen aihetta, kerrottiin tutkimuksen taustoista ja tutkimuksen tekijän motiiveista aihetta kohtaan. Samalla haastateltavilta pyydettiin suostumusta haastatteluun. Tämän jälkeen aina muutamaa päivää ennen sovittua haastattelu-ajankohtaa haastateltaville lähetettiin saatekirje (liite 1) ja haastattelukysymykset (liite 2), jotta tutkimuksessa käytettävä näkökulma avautuisi heille jo etukäteen ja näin ollen vaikut-taisi mahdollisesti rikastavasti saatavaan aineiston laatuun. Haastattelut kestivät keskimää-rin 1 h 12 min ja kaikki niistä on tallennettu digitaalisessa muodossa sekä litteroitu. Haas-tatteluaineiston litterointi aloitettiin välittömästi ensimmäisen haastattelun jälkeen ja se jatkui aina syyskuun alkupuolelle saakka osittain myös teorian kirjoittamisen ohessa. Litte-roidun aineiston määrä on 240 sivua. Kaikkien haastateltavien kanssa on sovittu heidän puheeseen viitattavan tutkimuksessa anonymisti, jotta informantteja ei pystyisi tunnistamaan analyysiosassa käytettävistä lainauksista.

### ***Teemahaastattelu aineistonkeruumetodina***

Metodologisesti aineistonkeruu tapahtui käyttämällä puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Teemahaastattelun rakenne muodostui hyvin strukturoiduksi, koska haluttiin varmistaa, että tietyt tutkimusongelman kannalta keskeiset aihepiirit tulisivat esil-le jokaisessa haastattelussa. Tuomen ja Sarajärven (2006, 77–78) mukaan haastatteluun etukäteen valittujen teemojen tulisi perustua tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyihin asiakokonaisuuksiin. Teemat tarkentavine lisäkysymyksineen syn-tyivätkin pitkälti kirjallisuuskatsauksessa ilmiöstä rakennetun kokonaiskuvan perusteella, mutta samalla pyrittiin pitämään mielessä myös se tutkimukselle olennaisin lähtökohta, että haastattelukysymyksiin saatavien vastausten perusteella pystyttäisiin analyysin kautta

vastaamaan tutkimukselle asetettuihin kysymyksiin. Haastattelun eteneminen tiettyjen teemojen varassa mahdollistaa Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 48) mukaan haastattelun vapauttamisen tutkijan näkökulmasta ja nostaa sitä vastoin kuuluville tutkittavien äänen. Samalla haastateltavien esittämät tulkinnat asioista ja heidän niille antamansa merkitykset muodostuvat teemahaastattelun kautta keskeisimmiksi (emt.).

Informanttien annettiin varsin vapaasti vastata kysymyksiin ja tuoda esiin myös teemojen ulkopuolisia näkökohtia. Haastattelun runkoa ei aineistonkeruuprosessin aikana juurikaan muutettu muutoin kuin esittämällä itse haastattelutilanteessa muutamia etukäteen valmisteltuja lisäkysymyksiä normaaliin haastattelutilanteeseen kuuluvien spontaanien kysymysten lisäksi. Teemahaastattelun runko muodostettiin lähtemällä liikkeelle konkreettisimmista, muun muassa työkyvyn arviointia ja harkinnan roolia käsittelevistä kysymyksistä päätyen niiden kautta laajempiin ja enemmän pohdintaa vaativiin kokonaisuuksiin. Haastattelu rakentui pääpiirteissään lopulta kahdeksan teeman ympärille, joista ensimmäiset neljä tarkastelivat erityisesti harkinnan roolia mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoiminnassa ja loput neljä erilaisten yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutusta myöntökäytännön kannalta. Haastattelujen lopuksi haastateltaville annettiin tilaisuus esittää vapaasti aiheeseen liittyviä näkökohtia ja antaa palautetta haastattelun toteutuksesta.

## 4.2 Aineiston analyysi

Tämän pro gradu-tutkielman aineiston analyysi pohjautuu sisällönanalyysiin, jota pidetään kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä. Sisällönanalyysi mahdollistaa moninaisten kvalitatiivisten aineistojen analysoinnin lähtien liikkeelle väljästä teoreettisesta viitekehystä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93.) Analyysimetodin avulla voidaan tarkastella monin eri menetelmin kerättyjä aineistoja ja analysoida niitä systemaattisin ja objektiivisin tavoin (Tuomi & Sarajärvi 2006, 94–95). Aineisto voi koostua sekä laadullisesta informaatiosta – eli verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevista aineistoista – että kvantitatiivisista muuttujista (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Tämän tutkimuksen aineisto koostuu pääasiassa vain tutkimusta varten kerätyistä asiantuntijahaastatteluista.

Sisällönanalyysissa tarkoituksena on etsiä aineistosta tutkimusongelman tai tutkimustehtävän kannalta kiinnostavia asioita sekä aineistossa ilmeneviä samanlaisuuksia ja erilaisuuksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Aineiston informaatioarvoa pyritään analyysivaiheessa lisäämään tiivistämällä, tekemällä yleistyksiä ja etsimällä tekstistä merkityksiä, minkä tuloksena tavoitellaan yhtenäisen ja selkeän kuvauksen rakentumista tutkittavana olevasta ilmiöstä. Aineiston läpikäynnissä ja keskeisten asioiden etsimisessä käytetään apuna litterointia ja koodausta. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 94–95, 105.)

### **4.3 Teoriaohjaavan sisällönanalyysin eteneminen**

Sisällönanalyysia on mahdollista tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Tässä pro gradu -tutkielmassa sovelletaan teoriaohjaavaa analyysitapaa, jota tutkimuskirjallisuudessa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2006) nimitetään myös teoriasidonnaiseksi analyysiksi. Teoria toimii tällöin analyysin tekemisen apuna, muttei siitä huolimatta rajatusti ohjaa johtopäätöksien tekemistä, kuten teorialähtöisessä sisällönanalyysissä. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä tehdään joitakin teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät kuitenkaan pohjautu suoraan teoriaan. Aikaisemmillä tiedoilla on analyysiä ohjaava ja auttava merkitys, mutta niiden avulla ei ole tarkoitus testata teoriaa, vaan enneminkin avata uusia ajatusuria. Tästä johtuen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä melko vapaasti ilman, että aikaisemmat ilmiöstä olemassa olevat tiedot tai valittu teoria vaikuttaisivat siihen, kuinka tutkittava ilmiö määritellään käsitteellisesti ja miten aineisto kerätään. Analyysivaiheen alussa voidaan edetä aineistolähtöisesti, kuten tässä tutkimuksessa on toimittu. Analyysin loppuvaiheessa analyysiä jäsentämään tehdään teoreettisia kytkentöjä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 98–100.)

Teoriaohjaava sisällönanalyysi mahdollistaa periaatteessa analyysin etenemisen aineistolähtöisen analyysin tavoin (Tuomi & Sarajärvi 2006, 116). Seuraavaksi kuvataan aineistanalyysin etenemistä tässä tutkimuksessa. Ensinnäkin empiirisen aineiston analyysin kan-

nalta selkeimmät teoreettiset kytkennät suoritettiin haastatteluaineistoon tutustumisen jälkeen. Analyysi alkoi haastattelujen läpikäynnillä ilman kovin vahvoja ennako-oletuksia sen suhteen, miten aineistoa tulisi jatkossa jäsentää tai mitä siitä varsinaisesti tulisi nostaa esille. Haastatteluista alkoi kuitenkin varsin pian nousta sellaisia ilmaisukokonaisuuksia, joiden voi havaita toistuvan useampien haastateltavien kohdalla. Toki joitakin taustaoletuksia analyysin kannalta oli olemassa jo ennalta pohjautuen teoreettiseen viitekehukseen ja sen vaikutuksesta muotoutuneeseen haastattelurunkoon, mutta mitään sellaisia vahvoja käsitteellisiä sidoksia ei ollut päätetty, mitkä olisivat ohjanneet analyysin kulkua systemaattisesti.

Analyysi eteni aineistolähtöisesti noudattaen pitkälti Kyngäksen ja Vanhasen (1999) analyysimallinnusta. Mallissa lähdetään liikkeelle sellaisten tutkimustehtävän kautta olennaisimpien asioiden tunnistamisesta, mitkä esiintyvät tutkimusaineistossa haastateltavien ilmaisemina lauseina. Lauseet pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi, jonka jälkeen ne ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi. Tuomen ja Sarajärven (2006, 111) mukaan pelkistämässä eli redusoinnissa on kyse informaation tiivistämisestä tai osiin pilkkomisesta, jolloin tutkimustehtävän ohjaamana tutkimukselle epäolennaiset tiedot karsitaan pois. Pelkistetyt ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan tai luokkaan, jonka jälkeen kategoria nimetään sisältöä kuvaavalla tavalla. Tässä kohden Tuomi ja Sarajärvi (2006, 112–113) puhuvat ryhmittelystä eli pelkistettyjen ilmausten klusteroinnista. Samansisältöisiä alakategorioita yhdistämällä analyysissa päädytään yläkategorioiden muodostamiseen, jotka myös nimetään oman sisältönsä mukaan. Lopputulemana muodostuu yksi kaikkia yläkategorioita kuvaava kategoria. Mallinnuksen tehtävänä on kategorisoinnin kautta pyrkiä vastaamaan tutkimukselle asetettuihin kysymyksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Tässä tutkimuksessa Kyngäksen ja Vanhasen aineistolähtöistä analyysimallia on sovellettu siten, että aluksi aineiston lukuprosessin yhteydessä litteroinneista merkittiin alleviivauksin tutkimusongelman kannalta merkityksellisimmät ilmaukset. Samalla sisällönanalyysin analyysiyksiköksi valittiin rajallista sanaa tai lausetta laajempi ajatuskokonaisuus, minkä jäl-

keen nämä alkuperäisilmaukset pelkistettiin ilmauksiksi. Seuraavassa vaiheessa tutkimuksen analyysi poikkeaa Kyngäksen ja Vanhasen mallista siten, että ensin valittiin kaikkia oletettuja ylä- ja alakategorioita yhdistäväksi pääkategoriaksi *Vakuutuslääkärin rooli työkyvyttömyyden arvioinnissa*, koska sen kautta – tutkimusasetelma huomioon ottaen – oli oletettavaa pystyä tarkastelemaan harkinnan roolia työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoiminnassa sekä siihen vaikuttavia mikro- ja makrotason tekijöitä. Aineiston systemaattisen läpikäynnin tuloksena on jokseenkin vaikea erotella jälkikäteen arvioituna ala- ja yläkategorioiden muotoutumisjärjestystä. Alakategorioihin yhdistyneet, pelkistetyt ilmaisujen joukot muodostettiin kyllä alustavasti ennen yläkategorioitaan, mutta jonkinasteisia ”arvauksia” tai hahmotelmia yläkategorioista tehtiin koko analyysin ajan. Analyysin pohjalta muodostetut yläkategoriat kuvaavat vakuutuslääkärin eri rooleja työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminnassa. Alakategoriat puolestaan täsmentävät näiden roolien eri ulottuvuuksia. Kategorioinnissa on käytetty apuna Excel-taulukointia, jonka avulla on pystytty selkeyttämään luokitusta aina pääkategoriasta alakategorioihin. Alakategorioihin on taulukoinnin avulla saatu koodattua myös ne eri haastatteluissa esiintyvät kohdat – eli toisin sanoen yksittäiset pelkistetyt ilmaukset, joihin kategoriassa viitataan (ks. liite 3).

Tuomi ja Sarajärvi (2006, 114–115) käyttävät luokkien yhdistelystä nimikettä abstrahointi, jossa kielellisistä ilmauksista edetään prosessimaisesti kohti teoreettisia käsitteitä ja johtopäätösten tekemistä. Näin ollen empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tutkimuksen tuloksissa esitetään sen seurauksena empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan lisäksi muodostettuja kategorioita sisältöineen. Abstrahointivaiheessa tulee keskeisin ero puhtaan aineistolähtöisen ja teoriaohjaavan sisällönanalyysin välillä. Siinä, missä puhtaan aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta, teoriaohjaavassa ne tuodaan esiin niin sanotusti valmiina ja ilmiöstä jo ennalta tiedettyinä. (emt.) Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan siten teoriaohjaavaa analyysitapaa siinä mielessä, että luokituksia on pyritty jonkin verran jo analyysivaiheessa sitomaan portinvartijateoriasta nouseviin käsitteisiin sekä Rothsteinin teoriaan.



Varsinaisen sisällönanalyysin avulla aineisto on Grönforsin (1982, 161) mukaan saatu vain järjestetyksi johtopäätöksien tekoa varten, mutta lopullisten tutkimustulosten esittämiseksi se ei riitä. Seuraavassa luvussa tutkimuksen sisällönanalyysi ja sen pohjalta muodostetut tulokset käydään kokonaisuudessaan läpi, minkä jälkeen tutkimuksen viimeisessä luvussa siirrytään esittämään johtopäätöksiä ja vastauksia asetettuun tutkimustehtävään. Analyysi etenee seuraavaksi siten, että jokaisessa luvun alakohdassa esitetään yksi vakuutuslääkärille muodostettu rooli ja sen yhteydessä tarkastellaan roolin kautta ratkaisutoimintaan vaikuttavia tekijöitä ja periaatteita. Analyysin ohessa esitetään haastatteluihin pohjautuvia lainauksia, joiden tarkoituksena on tässä yhteydessä vahvistaa saatuja tuloksia sekä lisätä analyysin luotettavuuden arvoa. Lainauksia on muokattu kielellisesti luettavuuden parantamiseksi, mutta niiden sisällöt ovat yhtäpitävät alkuperäislitteroinnin kanssa.

## 5 VAKUUTUSLÄÄKÄRIN ROOLIKUVAUS TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEEN RATKAISUTOIMINNASSA

*...täytyy nyt sitten aina muistaa, että ei ole kahta samanlaista elämänhistoriaa, kahta samanlaista työhistoriaa eikä kahta samanlaista sairauttakaan. H8*

Vakuutuslääkärit ovat eläkelaitostensa keskeisimpiä työkyvyttömyyseläkepolitiikan toteuttajia. Tämän tutkimuksen aineistossa yllilääkärit kuvaavat vakuutuslääkäreiden positiota ratkaisutoiminnassa ja arvioivat samalla laaja-alaisemmin ratkaisulinjaan vaikuttavia tekijöitä. Vakuutuslääkärin suorittamassa työkyvyttömyyden arvioinnissa harkintavallan rooli on merkittävä siitäkin huolimatta, että ratkaisutoiminnan ohjenuorana toimivat lainsäädännössä työkyvyttömyydelle määritellyt kriteerit. Myöntökriteerien kattavuus on käytännössä mahdottomuus ulottaa koskemaan kaikkia käsiteltäväksi tulevia tapauksia, mistä kertoo myös yllä lainattu haastateltavan kommentti kuvastaessaan yksinkertaisuudessaan sellaisia näkökantoja, joita on merkityksellistä lähteä käsittelemään aineiston avulla.

### 5.1 Vallitsevan ratkaisukäytännön toteuttaja

Vallitsevaa työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytäntöä, jossa hoitava lääkäri kuvaa potilaan toimintakykyä kirjallisten dokumenttien perusteella ja vakuutuslääkäri tekee päätöksen oikeudesta eläkkeeseen, perustellaan vakuutuslääkärin kyvyllä suhteuttaa asiantunteuksensa puitteissa yksittäistapaus kokonaisuuteen, yleiseen ratkaisukäytäntöön ja oikeuskäytäntöön. Portinvartijuuden näkökulmasta vakuutuslääkäreiden voi katsoa siten edustavan tieteellistä objektiivisuutta ja näin ollen heiltä odotetaan kykyä muodostaa objektiivisia päätöksiä. Vallitsevan ratkaisukäytännön toteuttajana vakuutuslääkäri yhdistää hallinnollista tai ammatillista asiantuntemustaan institutionaalisiin sääntöihin eli tässä tapauksessa työkyvyttömyydelle lainsäädännössä asetettuihin kriteereihin. Tutkimusaineiston nojalla haastatteluissa ratkaisukäytäntöä on keskeisimmin perusteltu hakijoiden yhdenvertaisella ja

tasa-arvoisella kohtelulla, objektiivisuudella, oikeudenmukaisuudella ja lahjomattomuudella sekä ratkaisulinjan yhtenäisyydellä.

### ***Yhdenvertaisuus ja tasa-arvoisuus***

Vallitsevan ratkaisukäytännön pohdinta aineiston perusteella kiteytyy pitkälti hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin välisen suhteen tarkasteluun. Hakijoiden yhdenvertaisuuden kannalta nähdään keskeisenä se, että vakuutuslääkärin tuntemus aikaisemmasta ratkaisukäytännöstä antaa tietoisuuden siitä, mihin jonkin tietyn sairauden kohdalla työkyvyttömyyseläkkeen raja on yhteiskunnassa vedetty. Hoitavilla lääkäreillä katsotaan joissain tapauksissa olevan varsin heikot käsitykset työeläkejärjestelmässä vallitsevista ratkaisulinjoista jo pelkästään sen vuoksi, että yksittäisen hoitavan lääkärin kohdalle työkyvyttömyyseläketapauksia saattaa tulla vain muutamia koko uran aikana. Hoitavien lääkäreiden eri lääketieteenaloille suuntautunut erikoistumisen taso sekä omakohtainen kokemus työelämästä voisivat myös vaikeuttaa yksittäisen tapauksen suhteuttamista kokonaisuuteen siinä tapauksessa, mikäli hoitava lääkäri toimisi myös lopullisen työkyvyttömyyseläkeratkaisijan asemassa vallitsevan ratkaisukäytännön sijaan.

Hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin suhteeseen liittyvän ja kirjallisten asiakirjojen perusteella tapahtuvan muodollisen vuorovaikutuksen nähdään välttävän subjektiivisten perusteiden painottumista eläkeratkaisussa. Vuorovaikutuksen lisääntymisen katsottaisiin kasvattavan subjektiivisuutta, joka lopulta voisi ilmetä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvuna ja varhaisen työelämästä poistumisen lisääntymisenä. Vallitsevaa ratkaisukäytäntöä pidetään pääasiallisesti vähintäänkin kohtuullisen yhdenvertaisena hakijan kannalta. Yhdenvertaisuutta takaa viime kädessä muutoksenhakumahdollisuus eläkelaitoksen tekemään työkyvyttömyyseläkepäätökseen. Yhdenvertaisuuden toteutumisen kannalta ongelmallisempina nähdään rajatapaukset, joissa periaatteessa sekä hylkäävä että myöntävä ratkaisu voisi olla mahdollinen. Näitä tapauksia pohditaan arvioinnin ja ennen kaikkea siihen liittyvän harkinnan kannalta tässä tutkimuksessa siinä vaiheessa, kun tarkastellaan vakuutuslääkärinä kohtuun määrittäjänä.

Vallitsevan ratkaisukäytännön tasa-arvon lähteenä pidetään informanttien keskuudessa sitä, että jokaisella ihmisellä on oikeus työkyvyttömyyseläkkeen hakemiseen ja vakuutuslääkärin rooli on pitää huolta siitä, että samalla tavalla sairast tulevat samalla tavalla kohdelluiksi. Eläkelaitoksiin ja Kansaneläkelaitokseen keskitetty ratkaisulinja takaa periaatteessa hakijoiden kohtelun siltä osin tasa-arvoisella tavalla, ettei esimerkiksi paikkakuntien välille pääse syntymaan eroja ratkaisulinjojen suhteen. Toisaalta alueellisen tasa-arvon ei katsota toteutuvan siinä suhteessa, että mielenterveysongelmien hoitojen alkuvaiheen tehokkuus vaihtelee paljonkin maanlaajuisesti sairaanhoitopiirien ja mielenterveystoimistojen resursseista riippuen. Hoitoprosessien toimivuuden alueittainen epätasaisuus vaikuttaa mielenterveysongelmista kärsivien toimintakyvyn palaamiseen ja sitä kautta myös näiden henkilöiden työelämässä jatkamisen mahdollisuuksiin. Eläkelaitoksiin ja vakuutuslääkäreiden ratkaisutoimintaan tämä kanavoituu sekä työkyvyttömyyseläkehakemusten määrän että laadun vaihtelun kautta. Hakijoiden yksilöllisen tilanteen arvioinnissa koetaan kokonaisuutta ajatellen olevan riittävästi liikkumavaraa ja harkinnan lisääntyessä hakijoiden tasa-arvoisuuden epäiltäisiinkin mahdollisesti heikkenevän.

### *Subjektiiivisen näkemyksen puuttuminen*

Vallitsevalla ratkaisukäytännöllä on pyritty siihen, että varsinaiseen eläkeratkaisuun eivät vaikuttaisi sellaiset hoitosuhteeseen liittyvät asiat, kuten potilaan käyttäytyminen tutkimustilanteessa. Vakuutuslääkärin objektiivisen aseman merkityksen ja hänen omaamansa ratkaisulinjan tuntemuksen nähdään tulevan jokseenkin korostuneesti esille eritoten mielenterveyden häiriöiden kohdalla, joiden hoitoprosessi edellyttää hoitavan lääkärin ja potilaan välistä tiivistä vuorovaikutusta. Tämän seurauksena varsinaiselta lääkärinlausunnon kirjoittajalta on mahdotontakaan edellyttää objektiivisuutta.

*...kovasti me korostetaankin ohjeena hoitaville lääkäreille, että he pyrkisivät objektiivisuuteen siinä lausunnossa. Ja se voi olla vaikeaa, koska hoitosuhteen peruste on potilas-lääkärisuhde ja silloin, jos varsinkin sitten, kun puhutaan mielenterveyden häiriöistä, ja jos siinä on vielä terapiaelementtejä, niin siinä väistämättä käytetään transferenssia yhtenä keskeisenä terapiavoimavarana ja instrumenttina. Ja silloin on lähes mahdotonta vaatia siltä lausunnon kirjoittajalta objektiivisuutta. Vois ollakin*

*hyvä, että silloin, kun on tiiviitä ja pitkiä ja vaativia terapiasuhteita, niin sen lausunnon kirjoittaisi joku muu, kun sitä terapiaa antava henkilö. H3*

Nykyisellä ratkaisukäytännöllä katsotaan varmistettavan arviointiin liittyvän asiantunteumuksen toteutuminen. Samalla käytäntö antaa hoitavalle lääkärille mahdollisuuden toimia potilas-lääkärisuhteessa ilman rahallisen etuuden myöntämiseen liittyviä ongelmia. Etuusratkaisun kuuluessa vakuutuslääkärille hoitavan lääkärin ei tarvitse myöskään evätä itseltään hoitosuhteeseen oleellisesti liittyvää ja potilaaseen kohdistuvaa empaattista suhtautumistapaa, minkä ajatellaan toisaalta lisäävän subjektiivisuutta ja olevan taas toisaalta samalla varsin olennainen tekijä hoidon onnistumisen kannalta.

Henkilökohtaisen vuorovaikutussuhteen muodostumisen potilaan kanssa nähdään oleellisesti heikentävän vakuutuslääkärin riippumatonta suhdetta tapaukseen, mikä liitetään myös kysymykseen vakuutuslääkärin jääviydestä. Nykyisessä ratkaisukäytännössä koetaan jokseenkin ongelmallisena hakijan ja vakuutuslääkärin suora keskustelu hakuvaiheessa olevien työkyvyttömyyseläketapausten kohdalla. Toisinaan tällaisien puhelinkeskustelujen jälkeen vakuutuslääkäri jäävätkin itsensä ja siirtää tapauksen käsittelyn toiselle henkilölle.

### ***Oikeudenmukaisuus ja lahjomattomuus***

Vallitsevan ratkaisulinjan oikeudenmukaisuuden takaajana katsotaan toimivan ensinnäkin itse nykymuotoinen vakuutuslääkärijärjestelmä sekä toisekseen Kansaneläkelaitoksen kanssa käytävät neuvottelut siinä tapauksessa, mikäli hakijalle työeläkejärjestelmän puolelta myönnettävä työkyvyttömyyseläke jäisi kovin pieneksi. Lopulta oikeudenmukaisuutta katsotaan edistävän myös valitusasteiden antamat päätökset, jotka määrittävät ratkaisuja rajatapauksissa. Vallitsevaan vakuutuslääkärikäytäntöön sisältyvä ajatus työkyvyttömyyttä arvioivien lääkäreiden suhteellisen pienestä joukosta katsotaan mahdollistavan kokemuksen karttumisen itse arviointitoiminnasta ja näin ollen vahvistavan koko ratkaisutoiminnan kannalta keskeistä oikeudenmukaisuuden periaatetta.

Haastateltavat kiinnittävät huomiota myös eläkeratkaisijan lahjomattomuuteen oikeudenmukaisen menettelytavan takaajana. Työkyvyttömyyseläke on taloudellinen etuus ja siten ihmisen toimeentulon turvaaja. Näin ollen siinä tapauksessa, että hoitosuhteessa ja siten hakijan kanssa henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa oleva lääkäri toimisi myös varsinaisen työkyvyttömyyseläkeratkaisun tekijänä, riskinä katsottaisiin olevan lääkärin rahallisen lahjonnan mahdollisuus. Tällöin saattaisi muodostua niin sanottu lausunnonkirjoittajalääkäreiden joukko, jonka asiakaskunta valikoituisi osaltaan sen perusteella, kuinka myönteisesti lääkärit suhtautuisivat työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiseen. Toisin sanoen ne potilaat, jotka haluaisivat siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle, hakeutuisivat tällaisten lääkäreiden vastaanotoille. Jo pelkästään yksityiselle lääkärille maksettavan rahallisen palkkion voisi katsoa kyseenalaistavan järjestelmän kulmakivinä pidettyjen oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden periaatteet.

### ***Ratkaisulinjan yhtenäisyys***

Vakuutuslääkäri toimii vallitsevan ratkaisukäytännön toteuttajan roolissa haastateltavien mukaan myös ratkaisulinjan yhtenäisyyden takaajana, kuten edellä on osittain jo viitattu. Vakuutuslääkäri käy hoitavan lääkärin lausunnon ja muut hakemukseen liitetyt dokumentit läpi sen kokemuksen perusteella, mikä hänelle on muodostunut ratkaisulinjasta ja arvioi tämän tietämyksensä pohjalta, onko kirjallisissa dokumenteissa kuvattu tilanne sellainen, joka oikeuttaisi eläke-etuuden myöntämiseen. Tätä ratkaisukäytäntöä ohjaavat lainsäädäntöön kirjatut kriteerit, mutta niiden ei katsota voivan määrittää yksityiskohtaisesti työkyvyttömyyden rajaa. Näin ollen pidetään tärkeänä, että ratkaisukäytäntö perustuu vuosikymmenten aikana syntyneeseen ja vakiintuneeseen käytäntöön, jonka yhtenäistymistä ovat osaltaan ohjanneet valitusasteet.

Ratkaisulinjan yhtenäisyys on aineistossa vakuutuslääkäreitä edustavien yllilääkäreiden näkökulmasta myös haasteellinen tavoite. Vaikka periaatteellisesti vakuutuslääkärijärjestelmän ajatellaan vähentävän subjektiivisuuden korostumista arviointitoiminnassa ja takaavan tietoisuuden siitä, mihin yhteiskunnassa työkyvyttömyyden raja on sairauskohtaisesti asetettu, tiedostetaan myös vakuutuslääkäreillä luonnollisestikin olevan eri osaamisaluei-

den, asenteiden ja käsitysten kautta jokseenkin vaihteleva kokemusmaailma ratkaisutoiminnasta ja tämän koetaan jonkin verran näin ollen vaikuttavan arviointiin sekä ratkaisulinjan yhtenäisyyteen. Ratkaisulinjan yhtenäisyyttä ei siten vallitsevassa järjestelmässäkään pidetä kaikilta osin ongelmattomana, mistä kertoo seuraava haastateltavan kuvaus.

*Me koulutetaan meidän lääkäreitä koko ajan ja keskustellaan asioista. Käydään tämmöisiä tapauksia läpi ja yritetään pitää sitä linjaa yhtenäisenä. Mutta se tietysti on aika vaikea juttu. Ja minä tiedän, että sama on muissakin yhtiöissä kyllä, koska olen aika monessa toiminut elämäni aikana. Ja sitten... mutta sitä lääkärin linjaa vastaan on sitten tämä meidän juristiarmeija täällä ja nämä ratkaisijat, jotka ovat myös kokeneita ihmisiä ja he ovat myös tehneet vuosi kaupalla tätä työtä. He tietävät, mitä odottaa ja me ollaan luotu meille tänne semmoinen systeemi, että hylkäävässäkin ratkaisussa kyllä riittää, että yksi lääkäri katsoo, mutta jos siinä on ratkaisijan tai hänen esimiehensä tai hänen esimiehensä mielestä jotain hämärää, niin sitten se laajenee heti se piiri, joka sitä katsoo. Meillä on niin iso tämä massa, että me emme suoraan kaikkia, esimerkiksi hylättäviä tapauksia, voida pyörittää muiden lääkärin kautta, mutta siinä on tämmöinen kokemukseen perustuva suojaverkko ja aika herkästikin katsotaan sitten toiseen kertaan. Että tämä ratkaisupuolen, siis ei lääketieteellisen arvioinnin, merkitys minusta meillä on aika iso ja se omalta osaltaan auttaa sen, että siinä on sen verran monta ihmistä kuitenkin miettimässä, että meneekö tämä nyt sen yleisen linjan mukaan vai ei, niin siitä ei pitäisi hirveen paljon [päästä] läpi ihan kauheita mokia. H4*

Eläkelaitokset pyrkivät vastaamaan haasteeseen muun muassa eläkelaitoksen eri asiantuntijoiden välisellä yhteistyöllä, kouluttamalla vakuutuslääkäreitä sekä keskustelemalla laitosten ylilääkäreiden kesken ratkaisulinjasta, mihin saattaa toisinaan liittyä myös yksittäisten rajatapauksen käsittelyä nimettömästi. Eräs haastateltavista korosti sitä, että vaikkakin eläkelaitokset ovat toisiinsa nähden kilpailuasemassa, niin ratkaisutoiminnassa samaa kilpailutilannetta ei ole, mikä taas osaltaan mahdollistaa ylilääkärin jatkuvan yhteistyön ja keskustelun vallitsevan ratkaisukäytännön linjoista.

Yhden eläkelaitoksen kohdalla tuli esille ratkaisutoiminnan seurantakeinona niin sanotut sokkotutkimukset, joissa satunnaisesti valittuja työkyvyttömyyseläkehakemuksia kierrätetään eläkelaitoksen sisällä vakuutuslääkäreiden kesken ja katsotaan, millaiseen ratkaisuun he päätyvät. Ratkaisuja vertaillaan ja mahdollisista eriävistä ratkaisuista keskustellaan.

Sokkotutkimuksien tuloksia kuvaa haastateltavan kommentti, jossa päädytään pohtimaan myös eriävien ratkaisuiden taustalla mahdollisesti esiintyviä syitä.

*Kyllä ne aika yhtenäisiä on, että sanotaan, jos kymmenestä tapauksesta... Kymmenen tapausta käydään läpi, niin sanotaan keskimäärin yksi tapaus kymmenestä on semmoinen, missä ratkaisut voivat hajota aika paljon. Mutta se, mitä tässä on opittu, niin se ei ehkä niinkään voimakkaasti ole siitä sairaudesta kiinni se, että miksi se hajoaa, vaan siitä, että miten paljon sitten painotetaan sitä ikää, ammattia, työtä. Että jossa sitten tulee se painotusero suuntaan tai toiseen. H5*

## **5.2 Dokumenttien tulkitsija**

Aiemmissa kappaleissa työkyvyttömyyseläkkeen hakijan ja vakuutuslääkärin suhteen on todettu olevan muodollinen ja kirjallisiin dokumentteihin perustuva. Erityisesti ratkaisukäytäntöön kuuluvan harkintavallan kannalta sekä tutkimusongelman edellyttämänä seuraavaksi tullaan tarkastelemaan vakuutuslääkärin roolia näiden kirjallisten dokumenttien tulkitsijana ja samalla pureudutaan käytäntöön sisältyviin ongelmakohtiin.

### ***Toimintakyvyn kuvaaminen ja hakijan todellisuuden välittyminen eläkelaitokseen***

Eläkelaitoksen vakuutuslääkäri asiantuntija-portinvartijaksi mielletynä kohtaa potilaan todellisuuden asiakirjojen valossa, jolloin tämän todellisuuden voi katsoa suodattuneen hoitavan lääkärin kautta. Hoitavan lääkärin tekemä toimintakyvyn kuvaus on muodostunut sen osaamisen ja tietämyksen mukaan, jonka lääkäri omaa. Näiden tietojen sekä taitojen nähdään haastateltavien kokemuksen perusteella vaihtelevan suuresti. Lausuntojen tason kirjoja pidetään laajana ja osaltaan toimintakyvyn kuvaamisen laatuun katsotaan vaikuttavan lausunnon kirjoittamiseen käytetty aika sekä jo lähtökohtaisesti se, miten perusteellisesti potilasta tutkitaan ja kirjataan dokumentteihin esimerkiksi käytetyt hoitomuodot. Potilaan todellisuuden välittymistä asiantuntija-portinvartijalle kuvaa seuraava lainaus.



*...potilaan todellisuus välittyy tänne eläkevakuutusyhtiöön ja siinä prosessissa on paljon kohtia, joissa voidaan mennä pieleen. Ensinnäkin tämä potilas, joka sairastuu, niin tämä sairaus saattaa olla sellainen, että hän ei koskaan ole tämmöistä kokenut. Se on hänelle uusi kokemus. Miten hän kuvaa<sup>8</sup> sen sairautensa hoitavalle lääkärille, siinä saattaa tulla jo vähän niin kun informaatiokatkoksia. Toinen asia on sitten se, miten hoitava lääkäri ymmärtää tämän asian. Siinä saattaa tulla katkoksia. No, sitten vielä sellainen asia, että se ei riitä, että tähän asti kaikki on hyvin. Hoitavan lääkärin pitää dokumentoida tämä asia kunnolla, koska dokumentit ovat ainoita, mitä me täällä luetaan. H7*

Todellisen työkyvyttömyyden arvioinnin kannalta haastateltavat pitävät haasteellisena ensinnäkin sitä, kuinka potilas itse kuvaa tilannettaan ja toisekseen, kuinka objektiivisesti hoitava lääkäri pystyy siirtämään kuvauksen lääkärinlausunnossaan. Etenkin masennuksen ja muiden mielenterveyden ongelmien katsotaan olevan vaikeasti kirjattavia, sillä jo pelkästään sairauslöydöksen kuvaaminen on haastavaa. Näiden sairauksien kohdalla diagnoosit perustuvat usein potilaan kertomukseen omasta tilanteestaan eikä ulkoisia sairastavuuteen liittyviä merkkejä ole aina välttämättä havaittavissa. Hoitavien lääkäreiden toimintakyvyn kuvaamisen taitojen kannalta juuri tässä diagnoosien kirjaamistavassa katsotaan esiintyvän keskeisimmät erot yleislääkäreiden ja psykiatrien välillä. Erikoislääkäreiden eli tässä tapauksessa psykiatrien kirjoittamia lausuntoja pidetään tarkempina jo lähtökohtaisesti heidän omaamansa, psykiatricalaanan liittyvän tietämyksensä laajuuden kautta.

Työterveyshuollosta tulevien lausuntojen laatua pidetään useimmissa tapauksissa erityisen hyvänä, minkä oletetaan johtuvan siitä, että työterveyshuollossa on useimmiten laajin tietämys työnkuvasta, työoloista ja ylipäänsä työn asettamista vaatimuksista. Työterveyshuollon roolia pidetään muutoinkin työkyvyttömyyseläkeprosessin kannalta merkittävänä, sillä siellä koetaan olevan resursseja arvioida työn muuntamismahdollisuuksia sekä jäljellä olevan työkyvyn hyödyntämismahdollisuutta sairaudesta huolimatta. Tämä merkitsisi käytännössä työelämässä jatkamista esimerkiksi työjärjestelyjen avulla tai osa-aikaisesti.

---

<sup>8</sup> Lainaukseen sisältyvät alleviivaukset merkitsevät painotuksia haastateltavan puheessa.

Toisinaan hoitavan lääkärin koetaan toimivan työkyvyttömyyseläkkeenhakuprosessissa niin sanotusti potilaan asianajajana, mikä ilmenee erityisesti niissä tapauksissa, jolloin hakija saa eläkelaitoksesta hylkäävän eläkeratkaisun. Tällöin hoitavan lääkärin lausuntoon kirjaaman arvion mukaan hakija on työkyvytön, kun taas vakuutuslääkäri näkee tilanteen toisin. Tilanne nähdään ongelmallisena paitsi hakijan itsensä myös hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin välisen työnjaon kannalta. Hoitavan lääkärin tulisi toimia ensisijaisesti hoitosuhteessa potilaan sairauden paranemiseksi ja vakuutuslääkärin tehtävä on puolestaan arvioida tapausta kokonaisuuteen suhteutettuna ja päätyä lopulta eläkeratkaisuun. Keskeisintä asetelmassa on se, että haastateltavien mukaan hoitavan lääkärin tulisi pitäytyä roolissaan ja arvioida mahdollisimman objektiivisesti hakijan työ- ja toimintakykyä eikä hänen tulisi näin ollen lähteä suosittamaan eläkettä heikoin perustein. Hoitavan lääkärin antamalla lausunnolla koetaan olevan hakijalle vahva merkitys ja hylkäävän eläkepäätöksen tapauksessa hakijan pettymys ratkaisuun on suuri. Hoitavan lääkärin ottamaa ”asianajan” roolia ja sen kautta eläkelaitoksen kohtaamaa ongelmatilannetta kuvaa seuraava lainaus.

*...jossain tulee raja vastaan sillä lailla, että ihminen, joka on vakuuttunut oikeudeltaan saada työkyvyttömyyseläkkeen, niin vaikka perustelisi [hylkäävää työkyvyttömyyseläkepäätöstä] millä lailla, niin [hakija] ei hyväksy sitä perustelua, koska hänellä on lääkärin lausunto, jossa todetaan, että hän on työkyvytön, ja usein montakin lausuntoa. Sen takia minusta lääkärikunta on tässä avainasemassa eli heidän pitäisi tuntea nämä työkyvyttömyyden pelisäännöt paremmin kuin he nyt tekevät. Ja heidän pitäisi ymmärtää, että he eivät tee tässä mitään sosiaalipolitiikkaa, vaan he tekevät lääkärin työtä ja se on sitten toisten ihmisten [tehtävä] arvioida, onko etuuteen oikeus vai ei. H4*

### ***Dokumenttien lukutaito***

Dokumenttien tulkitsijan roolissa vakuutuslääkäriltä katsotaan vaadittavan dokumenttien lukutaitoa. Ajatus perustuu siihen, että hoitavan lääkärin on lähtökohtaisesti aina kirjoitettava lausunto potilaan toimintakyvystä tämän sitä vaatiessa. Aina hoitava lääkäri ei kuitenkaan välttämättä ole potilaan kanssa samaa mieltä työkyvyttömyydestä, jolloin lääkäri voi kirjata lausuntoonsa muun muassa potilaan omakohtaisen eli subjektiivisen kuvauksen työkyvystään, mutta jättää ottamatta kantaa *todelliseen* työkykyyn.

*Sitten tietysti, jos on semmoinen tuntu, että lääkäriellä on itsellä semmoinen niin, että nyt kannattaisi mennä töihin, niin sitten siellä [lääkäriinlausunnossa] on kirjattu se tilanne, mikä se on ja sitten laitettu, että ”en ota kantaa työkykyyn”. – – Se on erittäin asiallista. Koska kaikkien täytyy saada se lausunto. – – Ja se on arvokasta toimintaa. Ja sitten taas toisinaan voi olla niin, että jos henkilö vaatii, niin luonnollisesti se sitten kirjataan, mutta sinne voi laittaa, että ”en ota kantaa”. Tai sitten siellä voi olla just niin kun rivien välissä, että ”subjektiivisesti kokee olevansa työkyvytön mielialasairaudesta johdosta”. Niin siinäkin tietysti on selvä viesti. H1*

Edellisen haastateltavan tavoin myös toinen haastateltava pitää vakuutuslääkäriin taitona sitä, että hän osaa lukea niin sanotusti rivien välistä. Haastateltava perustelee näkemystään juuri sillä, että hoitavan lääkärin kuuluu antaa lausunto eikä hän voi kirjata siihen aina kaikkea, jottei itse hoitosuhde vaarantuisi, mikä itsessään on potilas-lääkärisuhteen tärkein elementti.

*Lausuntoja pitää lukea oikein. – – Pitää myöskin lukea niin sanotusti rivien välissä. Ja se on ihan selvä asia, että hoitavan lääkärin rooli, joka on täysin erilainen kuin vakuutuslääkäriin rooli, [niin] siihen kuuluu se, että hän ei ehkä kaikkea voi siihen lausuntoon kirjoittaa, jotta tämä hoitosuhde ei vaarantuisi siinä. H7*

Vakuutuslääkäriin dokumenttien lukutaitoon liittyy se, kuinka hän tulkitsee ja arvioi lausunnon perusteella hoitavan lääkärin suhtautumista mielenterveyden ongelmiin. Kaikki haastatteluihin osallistuneet asiantuntijat kokevat hoitavan lääkärin asenteiden näkyvän eläkelaitoksiin saapuvissa lääkäriinlausunnoissa ja niissä esitetyissä johtopäätöksissä suhteessa hakijan työkykyyn. B-lääkäriinlausunnoista heijastuu hoitavan lääkärin tuntemus työelämästä sekä näkemys siitä, millaisena lääkäri ylipäänsä näkee työn merkityksen ihmisen mielenterveyden kannalta. Toisinaan henkilökohtaisen suhtautumisen voi nähdä heijastuvan arviointiin niin, että työkyvyttömyyseläkettä haetaan lievin perustein esimerkiksi keskivaikeaan masennusdiagnoosiin vedoten, vaikka se lähtökohtaisesti ole riittävä työkyvyttömyyseläkkeen kriteerinä. Aiempana viitattu näkemys hoitavasta lääkäristä potilaan asianajajana liittyy myöskin tähän vakuutuslääkärien kyseenalaistamaan diagnosointitapaan sillä tavoin, että mikäli hoitava lääkäri arvioi potilaansa työkyvyttömäksi sellaiseen

sairausdiagnoosiin vedoten, joka ei anna eläkkeelle perustetta, niin taustalla saattaa mahdollisesti vaikuttaa enemmän lääkärin henkilökohtainen asenne sairautta kohtaan kuin varsinaiset objektiiviset perusteet. Näihin näkemyksiin perustuen vakuutuslääkärin rooli katsotaan merkittäväksi lopullisen työkyvyttömyysarvion ja työkyvyttömyyseläkeratkaisun kannalta, koska etuusratkaisun nähdään tällöin perustuvan objektiiviseen arvioon hakijan todellisesta työkyvyttömyydestä.

### ***Riittävät ja luotettavat tiedot tapauksesta***

Vakuutuslääkäri voi haastateltavien mukaan useimmiten luottaa niihin tietoihin, joita eläkelaitokseen saapuneisiin lääkärinlausuntoihin on kirjattu. Ongelmalliseksi arvioinnin kannalta tulevat ne tilanteet, joissa lausuntoihin on kirjattuna niukasti tietoja tai tietoja ei ole muutoin selkeällä tavalla ilmaistu. Työkyvyttömyyden arvioinnin koetaan ylipäänsä olevan helppoa silloin, kun ihmisen sairaus on niin vaikea, että se selkeästi alentaa työ- ja toimintakykyä. Vaikeaksi arviointi muodostuu kuitenkin niissä tapauksissa, jossa hakija subjektiivisesti kokee olevansa sairas, mutta objektiiviset löydökset eivät anna siihen perustetta. Tällöin tullaan kysymykseen lääkärinlausuntojen kattavuudesta eli siitä, eikö hakijalla ole jotakin sairautta vai eikö siihen viittaavia tietoja ole kirjattu B-lääkärinlausuntoon. Tätä kuvaa seuraava haastateltavan näkemys.

*Siis se on helppoa silloin, kun ihminen on niin vaikeasti sairas, että työkyvyttömyydelle ei ole mitään... niin kun sen tavallaan näkee jokainen. Mutta niitä ei ole kauhean [paljon], että se on melkein nykyään, niin vähemmistö hakijoista, on sillä tavalla selkeästi sairaita. – – Myöskin tämmöiset, vaikeat psyykkiset sairaudet ei ole tietysti hankalia, koska meillä on selvä käsitys... – – Mutta sitten, jos tullaan keskivaikeisiin masennuksiin, niin se ei olekaan enää ihan niin yksiselitteinen. – – Niissä ollaan sen subjektiivisen tuntemuksen ja objektiivisen löydön välillä. Puntaroidaan sitä ja yrittää sitä mahdollista ristiriitaa miettiä. Siinä on vielä sitten semmoinen ongelma, että lääkärinlausunnot eivät aina ole ihan täydellisiä. Tai sanotaan, että ne eivät usein ole täydellisiä. Niin silloin me ei aina tiedetä, että eikö sillä hakijalla ole jotain [sairautta] vai eikö sitä ole pistetty siihen lausuntoon. H4*

Tietojen puutteellisuus voi olla osaltaan seurausta vastaanotoilla koettavasta kiireestä, jolloin lausuntojen kirjoittamista saatetaan pitää niin sanotusti ylimääräisenä työnä eikä siihen

siten käytetä riittävästi aikaa. Erityisesti masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkehakemusten rajatapauksissa ongelmat voivat kohdistua ristiriitaisiin tietoihin tapauksesta. Näillä potilailla voi olla masennuksen lisäksi muunkin tyyppisiä oireita, jolloin lausuntoja tulee eri tahoilta. Toisinaan näissä lausunnoissa ihmisen arkiselviytymistä ja toimintakykyä kuvataan ristiriitaisesti, minkä seurauksena vakuutuslääkärin on vaikea arvioida todellisuutta ja tietojen luotettavuutta. Masennuksen kohdalla ylipäänsä lääketieteellisten löydösten arviointi on monia muita sairauksia haastavampaa ja usein siihen liittyy vielä hoitavan lääkärin ja potilaan suhteen laatuun sisältyvä korostunut subjektiivisuus, mikä vaikeuttaa näiden rajatapauksien arviointia useisiin muihin sairauksiin nähden.

Vakuutuslääkäri joutuu ottamaan arvioinnissaan huomioon petoksen mahdollisuuden, vaikka kokonaisuudessaan lääkärinkuntaa pidetäänkin ammattitaitoisena eikä yleensä lääkärinlausuntoja koeta kirjoitettavan *väärin perustein*<sup>9</sup>. Petoksen epäily kohdistuu yhden haastateltavan mielestä pikemminkin itse hakijaan, joka saattaa toimia oman taloudellisen edun ajamiseksi. Tällöin hakijalla voi olla lausuntoja useisiin eri vaivoihin liittyen useilta erikoislääkäreiltä. Mikäli näissä tapauksissa eläkeratkaisusta vastaisi jokin muu kuin vakuutuslääkärijärjestelmä, hakijan toimintakyvyn kokonaisarviointi olisi ongelmallista ilman sitä tahoja, joka suhteuttaisi nämä arviot toisiinsa ja vallitsevaan ratkaisukäytäntöön.

### ***Sairausdiagnoosien painotus ja tulkinta***

Vakuutuslääkärin rooliin dokumenttien tulkitsijana kuuluu olennaisena osana lausuntoihin kirjattujen diagnoosien ja toimintakyvyn kuvauksen tulkinta. Niissä tapauksissa, joissa hakijalla on useita sairauksia, lääkärinlausuntoihin kirjattujen diagnoosien esiintymisjärjestys noudattaa tavallisesti hoitavan lääkärin tulkintaa siitä, mikä sairaus keskeisimmin aiheuttaa haittaa hakijan toimintakyvylle. Vakuutuslääkärin ratkaisutoiminnan kannalta järjestyksellä ei katsota periaatteellisesti olevan merkitystä, mutta vakuutuslääkärien tekemien työkyvyttömyyseläkeratkaisujen lopullisessa sairausperusteisessa tilastoinnissa diagnoosijärjestys luonnollisesti näkyy. Hoitavien lääkäreiden diagnoosikäytännöissä on haas-

---

<sup>9</sup> Haastateltavan H8:n käyttämä ilmaisu.

tateltavien kokemuksen perusteella olemassa sellaisia piirteitä, jotka vaikuttavat vakuutuslääkärin arviointiin erilaisten käytäntöjen välillisesti heijastamana.

Useissa haastatteluissa kuvailtiin ilmiötä, jossa esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauteen perustuvan työkyvyttömyyseläkehakemuksen hylkäysratkaisun jälkeen hakija valittaa päätöksestä muutoksenhakuelimeen ja tämän valitusprosessin aikana näiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien lisäksi lääkärinlausuntoja ilmaantuu myös masennusdiagnoosiin pohjautuen. Yhden haastateltavan mielestä ilmiössä saattaa olla kyse siitä, että itse valitusprosessi ei niinkään provosoisi masennukseen sairastumista, vaan pikemminkin olisi niin, että valitusprosessin aikana tapahtuva hakijan tilanteen laajempi selvitys paljastaa olemassa olevan masennussairauden jo aiemmin havaittujen sairauksien lisäksi.

Selkeämmäksi ongelmaksi vakuutuslääkärin suorittaman arvioinnin kannalta koetaan hoitavien lääkärien käytäntö jättää päihderiippuvuus kirjaamatta lääkärinlausuntoon edes osana muita diagnooseja. Päihderiippuvuutta katsotaan ”piiloteltavan”, koska sen ajatellaan ehkäisevän työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä. Pelkän alkoholiongelman perusteella myöntö ei lähtökohtaisestikaan olisi mahdollinen, mutta hakijan toimintakyvyn kokonaisarvion kannalta sen esiintymisellä katsotaan olevan merkitystä. Toisinaan lääkärien lausunnoissa päihderiippuvuutta epäillään kirjattavan myös masennuksen nimiin. Seuraavat lainaukset kertovat alkoholisairauksien kirjaamiskäytännöistä hoitavien lääkärien lausunnoissa.

*...sitten joudutaan harkitsemaan sitä kokonaisuutta, mutta kyllä siinä niin kun tavaltaan nämä käytännöt ovat jossain määrin muuttuneet. Musta niin kun parikymmentä vuotta sitten, kun näytti siltä, että nämä alkoholisairaudet rupee lisääntymään, niin näyttää siltä, että niitä ei kovin mielellään diagnosoida. Että niitä ei kovin mielellään panna sinne diagnoosiluetteloon, vaikka kyseessä on selvä alkoholisti, koska ajatellaan, että se jotenkin ehkäisee hänen mahdollisuuksiaan päästä eläkkeelle. Mutta kyllä me ollaan koitettu nyt viestittää sitä, että alkoholin aiheuttamat sairaudet eivät ole sellaisia, että ne ehkäisevät työkyvyttömyysetuuksien saannin. Kumminkin ne pitäisi tulla aina esiin siellä, jos on, koska ne vaikuttavat siihen arviointiin. H7*

*Päihderiippuvuus on sitten taas semmoinen diagnoosi, jonka monet kokevat, että se on jotenkin niin kun kielteisellä tavalla vaikuttava ja sitä, vaikka se kenties olisikin se ensimmäinen ongelma, niin ei useinkaan laiteta ensimmäiseksi diagnoosiksi, vaan sitten kaivetaan se masennusdiagnoosi siihen ensimmäiseksi. H8*

Vakuutuslääkärin rooliin dokumenttien tulkitsijana kuuluu myös se, kuinka hän painottaa lausuntojen kautta ilmenevää, hakijan subjektiivista kuvausta omasta työkyvystään. Kyse on tällöin subjektiivisen kokemuksen ja objektiivisen löydön välisen suhteen puntaroinnista. Ongelmalliseksi vakuutuslääkärin arvioinnin kannalta nähdään senkaltainen tilanne, jossa hoitavan lääkärin suorittama toimintakyvyn kuvaaminen on lausunnoissa vähäistä ja potilaan kuvausta omasta tilanteestaan selostetaan hyvin paljon. Näissä tapauksissa lausunnoissa on kirjattuna pääasiassa hakijan kertomusta omasta työstään ja lausunnossa korostetaan sellaisia kuormittavia tekijöitä, kuten työpaikan ihmissuhdeongelmia ja organisatiomuutoksia, joista esimerkiksi masentunut henkilö ei ole selvinnyt. Varsinaisen, sairaudesta aiheutuvan haitan osoittamisen puuttuessa näissä tapauksissa päädytäänkin usein hylkävään työkyvyttömyyseläkepäätökseen. Tällöin pyritään kuitenkin ensin lisäselvityksiä pyytämällä varmistamaan, ettei objektiivisen löydöksen puuttuminen johdu lausunnon heikosta tasosta tai riittämättömistä tiedoista. Eräs haastateltavista pitää kuitenkin hakijan subjektiivista näkemystä tärkeänä vakuutuslääkärin arvioidessa sitä, millaisena hakija näkee omat mahdollisuutensa – eli toisin sanoen halun ja motivaation – palata työelämään. Työkyvyttömyyseläkettä haettaessa työhön palaamisen mahdollisuudet nähdään useimmiten kuitenkin hyvin vähäisinä. Samainen haastateltava painottaa, että tältä osin yksilöllisen tilanteen arvioinnilla ja hakijan subjektiivisella kokemuksella on merkitystä vakuutuslääkärin ratkaisuun.

### **5.3 Kohtuun määrittäjä**

Tutkimuksen tavoitteeksi asetettu harkintavallan merkityksen tarkastelu tulee keskeisimmille esille, kun vakuutuslääkärin roolia tarkastellaan kohtuun määrittäjänä. Vakuutuslääkärin tulisi ratkaisutoiminnassaan noudattaa työkyvyttömyydelle laissa säädettyjä kriteereitä, mutta arvioida samalla sitä, mikä on kohtuullinen ratkaisu yksilön tapauksessa erilaiset

sosiaaliset ja taloudelliset tekijät huomioon ottaen. Seuraavaksi tarkastellaan, millä tavoin tätä kohtuun rajaa ratkaisutoiminnassa määritetään ja kuinka hallinnolliset säännökset sen määrittämiseen soveltuvat.

### *Yksilöllisyyden huomiointi arvioinnissa*

Kaikkien haastateltavien näkemys liittyen ratkaisukäytännön toteuttamiseen oli se, että työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen keskeisimpänä edellytyksenä toimii lääketieteellinen löydös ja sen aiheuttama toimintakyvyn aleneman arviointi. Tämän jälkeen kokonaisarvioinnissa huomioidaan muita sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä seikkoja, kuten ikää, työhistoriaa ja kuntoutumismahdollisuuksia. Kuitenkin haastateltavat kuvaavat yksilöllisen tilanteen merkitystä työkyvyttömyyseläkeratkaisun kannalta eri tavoin, mikä saattaisi kertoa ratkaisulinjojen jonkin asteisista eroista erityisesti rajatapausratkaisujen kohdalla. Myöhemmissä kappaleissa nämä painotuserot korostuvat entisestään, kun käsitellään tarkemmin iän, talouden ja työelämän vaikutuksia kohtuun harkintaan.

Hakijan yksilöllisen tilanteen huomiointi vakuutuslääkärin arvioinnin kannalta nähdään toteutuvan siinä, että jokaisen ihmisen tilanne jo pelkkä sairaus huomioon ottaen, on aina ainutlaatuinen. Tästä kertoo seuraava haastateltavan esittämä näkemys, joka toistuu samansisältöisenä kaikissa haastatteluissa.

*...kaikissa ratkaisuissa on sairaudet erilaisia ja ammatit erilaisia ja työelämät erilaisia ja näin. Että se on, vois sanoo niin kun aina hyvin yksilöllinen tämä ratkaisu. Mutta tuota sitten, että miten paljon sitten tämmöisiä, niin kun tässä äsken puhuttiin, just näitä perhetaustaa ja muita vastaavia tekijöitä sitten otetaan huomioon, niin niiden merkitys tulee kuitenkin sitten ihan semmoisena rajamerkityksenä vasta näiden jälkeen. Että siellä on aina ensin nämä tärkeimmät asiat ja sitten, jos se ratkaisu jää kovin tavallaan rajaratkaisuksi, niin sitten voi joskus olla joku pieni merkitys tämmöisillä muilla tekijöillä. H5*

Eräs haastateltavista korostaa, että kohtuuden arviointi syntyy vakuutuslääkärin työssä siitä, kuinka yksilön nähdään pystyvän toimimaan suhteessa ympäristönsä vaatimuksiin. Ky-



syttäessä, kuinka yksilöllinen elämäntilanne huomioidaan harkinnassa, yksi haastateltavista kuvaa kokonaisuutta näin.

*No sanoisin, että aika tarkkaan, koska meillä, niin kun muissakin yhtiöissä, niin lääkäri saa ne tiedot, mitä vakuutuslaitos kokoaa ihmisestä. Siinä tulee työhistoria, ansiohistoria myöskin, koska työtä voi tehdä ilman ansioitakin. Ja ihminenhän hakeuksessaan kuvaa omaa tilannettaan, mahdollisesti perhetilanne näkyy. Ja tuota tämä on aina hyvin yksilöllinen harkinta. Sen takia toiset ihmiset sanovat, että miksi minä en saa eläkettä, kun naapuri sai ja sillä on paljon vähemmän jotakin. Mutta se ei mene sillä tavalla, koska ne ihmisten tilanteet ovat niin erilaisia ja jopa se lain soveltami... esimerkiksi se ammatillinen versus yleinen työkyvyttömyysarvio, niin voi vaikuttaa sitten siihen lopputilanteeseen. H4*

Yleisen työkyvyttömyysmääritelmän kohdalla, jossa ei siis katsota henkilön tulemistä työkyvyttömäksi suhteessa aikaisempaan omaan työhönsä, vaan yleisemmin hänen mahdollisuuksiaan jatkaa työelämässä, on haastateltavien mukaan tarpeeksi harkintavaltaa yksilöllisen tilanteen arviointia silmällä pitäen – joskin kuitenkin marginaalisemmalla tasolla kuin ammatillisen työkyvyttömyyden kohdalla. Yhden yksityistä sektoria edustavan haastateltavan mielestä harkinnan määrän lisääminen saattaisi todennäköisesti kuitenkin heikentää hakijoiden tasa-arvoista kohtelua, kuten jo aiempana todettiin.

Sosiaalinen tilanne saattaa tulla välillisesti osaksi kokonaisarviointia itse sairauteen vaikuttavana tekijänä. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi hankalat perhetilanteet, jotka saattavat heijastua muun muassa masennukseen altistavina tai sairauden hoitoa vaikeuttavina tekijöinä. Toisinaan myös puolison eläkkeelle jääminen saattaa selittää ihmisten tekemiä elämänmuutoksia ja sairauslomalle tai työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumista. Tällöin henkilön motivaatio suuntautuu muualle kuin työssä jatkamiseen ja sekin huomioidaan yhden haastateltavan mukaan kokonaisarvioinnissa, mutta haastateltava ei kuitenkaan ota tarkempaa kantaa siihen, onko sillä todellista vaikutusta itse eläkeratkaisuun.

Yhden haastateltavan mukaan on myös kohtuullista olettaa, että henkilö itse pyrkii vaikuttamaan mahdollisuuksien mukaan elämäntilanteeseensa siten, että hän voi jatkossakin

hankkia toimeentulonsa työelämässä jatkamalla. Sama haastateltava näkee vakuutuslääketieteellisen työkyvyttömyyden arvioinnin kehittymisen kannalta tärkeäksi sen, että pystyttäisiin paremmin tunnistamaan yksilöllisiä elämäntilanteita ja näin ollen määriteltäisiin tarkemmin sitä, millaisissa rajatapauksissa jokin elämäntilanne oikeuttaa työkyvyttömyyseläkkeeseen ja missä ei. Nykyjärjestelmässäkin näissä tilanteissa käytetään harkintaa, mutta yksilöllisten seikkojen painotuksesta on harvoin olemassa yhtenäistä ja sovittua linjaa.

### *Iän merkitys*

Kohtuullisuuden arviointi vakuutuslääkärin suorittamassa harkinnassa näkyy keskeisimmin iän kohdalla. Kaikkien haastateltavien mielestä nuorilla eläkkeenhakijoilla arvioinnissa korostuvat kuntoutuksen mahdollisuudet, kun taas lähellä eläkeikää olevien hakijoiden kohdalla aletaan tarkemmin pohtia, mitä on enää kohtuullista edellyttää hakijalta. Esimerkiksi julkisella sektorilla lähellä vanhuuseläkeikää olevien hakijoiden kohdalla sosiaaliset seikat alkavat painottua siinä määrin, että muun muassa hakijan asuinpaikan etäisyyttä<sup>10</sup> suuremmista keskuksista katsotaan kokonaisarvioinnissa niissä tapauksissa, joissa hakijalla on työkyvyn menetys tai vähintäänkin sen uhka.

Useissa haastatteluissa toistui 55 vuoden ikä sellaisena rajana, jossa työkyvyttömyyden kriteerit lieventyvät ja arvioinnissa painottuvat aiempaa enemmän muun muassa työ- ja sairaushistoria, koulutus sekä uudelleen kouluttamisen mielekkyys. 55 vuoden ikä on mielenkiintoinen siitä syystä, että mikään lainsäädännöllinen hallinnollinen kriteeri ei anna sille perustetta. Lain mukaan tällainen kriteerien lieventyminen olisi mahdollista vasta 60 ikävuoden kohdalla, jolloin työkyvyttömyysarvioinnissa aletaan soveltaa ammatillisen työkyvyttömyyden määritelmää myös yksityisen sektorin eläkelaitoksissa.

---

<sup>10</sup> Etäisyydellä on merkitystä esimerkiksi oletettavissa olevien työmatkojen pituuden suhteen, mikäli entinen työ on menetetty tai työttömäksi jääminen on hakijan kohdalla muutoin todennäköistä.

Nuorilla hakijoilla pyritään välttämään pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen myöntämistä, mikäli katsotaan, että hakijalla saattaisi olla vielä mahdollisuuksia palata työelämään. Oikeutus täyteen työkyvyttömyyseläkkeeseen merkitsee työelämästä pois siirtymistä, mikä nähdään olevan nuoren elämänlaadun kannalta haitallinen kehityssuunta ja tämän vuoksi nuoria henkilöitä pyritään pitämään työelämässä tarjoamalla varsinkin ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia. Jäljellä olevan työuran pituus ja oletus työkyvyn palautumisen mahdollisuuksista merkitsevät siten myöntävän eläkepäätöksen kannalta vahvojen perustelujen olemassaoloa. Lähellä 60 vuotta olevilla hakijoilla kriteerit lieventyvät ja näillä vanhemmilla hakijoilla puolestaan hylkyperusteiden tulee olla vahvoja. Tästä ikäryhmien välisestä työkyvyttömyyseläkekriteerien vaihtelusta kertovat seuraavat haastateltavien kommentit kysyttäessä iän vaikutusta työkyvyttömyyseläkeratkaisuun.

*No aika selkeästi sillä tavalla, että vanhemmalla hylätään huonommin näitä, että täytyy olla paljon paremmat hylkyperusteet, jos tämmöistä voi nyt sanoa. Se ei ole nyt ihan korrektia edes. Ja nuorilla taas täytyy sitten olla paremmat myöntöperusteet, koska nuorella ihmisellä on toipumiskykyä. H4*

*H2: No se vaikuttaa hyvin paljon, hyvin paljon siihen. Ja työhistoria, että 55 on yks porras ja sitten kuusikymppinen on sitten, sitten jo...*

Haastattelija: *...mistä tämä 55 vuotta tulee?*

*H2: No se, se tulee vaan tuosta lonkalta.*

*...mitä lähempänä ollaan sitä työuran loppupäätä, niin kyllä se tietysti tietyllä tapaa, ratkaisukriteerit niin kun kevenee. – – No nuorilla ollaan periaatteessa niin kun, sanotaan nyt lainausmerkeissä aika tiukkoja. Että koska siellä sitten nimenomaan katsotaan niin kun yleensä työhön kykenevyyttä ja siellä sitten kaikki kuntoutukselliset asiat nousevat entistä voimakkaammin esiin. H5*

### ***Talous- ja työllisyystilanteen vaikutus***

Tutkimushaastatteluihin osallistuneiden ylläläkäreiden näkemykset erosivat toisistaan jonkin verran siinä kohtaa, kun heiltä pyydettiin arviota taloudellisten olosuhteiden vaikutuk-

sesta työkyvyttömyyseläkkeen harkinnassa. Talouden vaikutuksilla tarkoitetaan tässä yhteydessä taloussuhdanteiden vaikutusta ja sen liitännäisenä tapahtuvia organisaatiomuutoksia, irtisanomisia ja ylipäänsä taloustilanteen vaikutusta ihmisten toimeentuloon. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että taloudellinen tilanne ei vaikuta varsinaisesti työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökriteereihin, mutta sen erilaiset heijastumat tulevat joidenkin haastateltavien mukaan esille erityisesti sosiaalis-taloudellisten seikkojen painotusten kautta. Pääsääntöisesti ratkaisutoiminnan kannalta rajatapauksissa työttömyydellä ja sen uhalla katsotaan olevan lääketieteellisen löydöksen jälkeen samanlainen painoarvo kuin muilla sosiaalitaloudellisilla tekijöillä, kuten iällä.

Työttömyyden ja työkyvyttömyyden suhteen tarkastelussa muutama haastateltavista pohtii niiden erilaista luonnetta. Työkyvyttömyyden kautta ihmiset siirtyvät useimmiten pysyvästi pois työelämästä, kun taas työttömyys on lähtökohtaisesti tilapäistä ja sitä varten on olemassa omat toimeentuloturvan muotonsa. Haastateltavat päätyivät pohtimaan eläkelaitoksen roolia sekä vakuutuslääkärin harkintaa joukkoirtisanomistilanteissa. Yksityisen eläkelaitoksen edustaja pitää irtisanomisia ongelmallisina silloin, kun ihminen alkaa olla iäkäs, hänellä on alhainen koulutustaso ja mikä tämän tutkimuksen kannalta oleellista – hänellä on myös työpaikan valintaa vaikeuttavaa terveydentilanongelmaa, joka ei kuitenkaan oikeuttaisi lähtökohtaisesti työkyvyttömyyseläkkeeseen. Julkisen sektorin edustajan mukaan joukkoirtisanomisten kaltaisissa tapahtumissa työntekijöiden mahdollisuuksia jatkaa työelämässä voidaan pyrkiä turvaamaan kuntoutuksella, täydennyskoulutuksella ja jatkokoulutuksella. Tällainen eläkelaitoksen ja sen sidosryhmien välinen yhteistyö painottui myös muiden haastateltavien vastauksissa ja tähän teemaan palataankin myöhemmissä kappaleissa. Mikäli edellä mainitun kaltaiset tukitoimet osoittautuvat riittämättömiksi, kyseeseen tulee työkyvyttömyyseläkkeen harkinta. Toinen julkista sektoria edustava haastateltava näkee puolestaan joukkoirtisanomisten kaltaisten työpaikkojen menetykseen liittyvien tilanteiden vaikutukset harkintaan seuraavalla tavalla.

*Noh, tähän pitäisi vastata, että eivät [vaikuta harkintaan], mutta käytännössä ne kyllä vaikuttavat, koska tuota... Ei ne ehkä silleen dramaattisesti vaikuta, mutta kun tulee suuri irtisanominen tai yritysmuutos, siis joku esimerkiksi yhtiöitetään, niin siinä*

*sitten tapahtuu helposti sellaista, että huonommat pannaan pois ja sitten monta kertaa, niin niille yritetään hakea sitten eläkeratkaisua. Ja vaikka se maksaa ja on kallis ratkaisu, niin työnantaja on silti valmis hyväksymään sen kulun tai katsoo, että monesta pahasta se on pienin paha, vaikkei se ihan pieni paha välttämättä olekaan. Ja kyllä tosiasiallisesti nämä asiat, nämä muutokset ovat semmoisia, että ne otetaan huomioon harkinnassa. Eli jos se ihmisen tilanne menee ihan kohtuuttomaksi, niin kyllä tämä on yksi seikka. H4*

Aineistossa toistuu kaikkien haastateltavien kohdalla se, että taloustilanteen kiistetään vaikuttavan suoraan myöntökriteereihin niiden ohjeellisena kiristämisenä tai lieventämisenä, mutta kokonaisarviointin kannalta taloustilanteella kuitenkin myönnetään olevan merkitystä. Ratkaisulinjan korostetaan pysyvän samana talous- ja työllisyystilanteesta riippumatta, mikä todennäköisesti perustuu siihen näkemykseen, ettei varsinaisia myöntökriteereitä muuteta esimerkiksi lainsäädännöllisin keinoin. Jouko Karjalaisen ym. (2003) toimeentulotuen harkintaa koskevassa tutkimuksessa puhutaan sosiaalitoimessa kohdattavista arkipäivän pakoista ja käytännön kokemuksista. Ne ovat tuottaneet suuren määrän toimintakäytäntöjä, jotka jatkavat elämäänsä sosiaalitoimistojen arjessa olematta täysin sopusoinnussa lainsäädännön kautta. Herääkin kysymys, voivatko erilaiset yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset muovata vakuutuslääkäreiden arviointia ilman myöntökriteereiden ja lainsäädännön virallista muutosta eli muuttaenkin näin ollen todellisuudessa pelkästään arvioinnissa sovellettavaa sosiaalis-taloudellisten seikkojen painotusta? Tätä ajatusta vahvistaisivat muun muassa seuraavat haastatteluissa esille tulleet näkemykset, kun haastateltavilta on kysytty talous- ja työllisyysasioiden vaikutusta vakuutuslääkärin arviointiin.

*No kyllähän ne otetaan tietysti huomioon siinä sosiaalis-taloudellisessa arvioinnissa. Jos henkilö on menettänyt työn ja kerta kaikkiaan sitä ei ole tarjolla, eikä ole mahdollisuuksia, eikä ole muutakaan ammattiosaamista, niin toki se siellä on myötävaikeudessa sitten siihen arviointiin. H3*

*...ne ovat yksilöllisiä ratkaisuja ja työttömyys ei sinänsä ole työkyvyttömyyttä, mutta on se kyllä asia, joka vaikuttaa jollain tavalla. Riippuu sitten ihmisestä, miten paljon ja sitä me koitetaan sitten miettiä. – – On, minä tiedän, että on vakuutuslääkäreitä, jotka ovat sitä mieltä, että se ei vaikuta ollenkaan. Että ainoastaan sairaus vaikuttaa, mutta meillä näin ei ole. H4*

### *Työkyvyn suhteuttaminen työelämän vaatimukseen*

Etenkin masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvun taustalla on epäilty vaikuttaneen keskeisenä tekijänä työelämän muutos aina 1980-luvulta alkaen, kuten tämän tutkimuksen alkupuolella on kuvailtu. Yksi haastateltavista kuvaa muutoksen ja sairauden suhdetta siten, ettei masennussairaudesta pärjää enää nykypäivän työelämässä samalla tavalla kuin aikaisemmin. Hänen mukaansa masennussairaudesta esiintymisen muuttumattomuus samanaikaisesti masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvun kanssa viittaisi siihen, että masennuksesta johtuen ihmisillä ei ole sellaisia elämäntakeinoja, jotta he pystyisivät selviämään isoista työelämän ja elämänmuutoksista. Näin ollen masennuksesta tai mielialahäiriöistä kärsivät ihmiset saattavat kokea työsuhteisiin ja organisaatioihin liittyvät muutokset ylitsepääsemättöminä kynnyksinä ja tällöin riski siirtyä työelämän ulkopuolelle kasvaa.

Haastateltavien puheessa toistuivat yhtäläisesti työelämän muutoksen mukanaan tuomat uudet vaatimukset, joista työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutuvat eivät tunne selviävänsä mielenterveyden ongelmien tähden. Esimerkiksi masennukseen liittyvän eristäytymisen, sosiaalisten taitojen heikkenemisen ja keskittymiskyvyttömyyden nähdään olevan pahasti ristiriidassa nykypäivän työelämän vaatimusten kanssa. Vakuutuslääkärille mielenterveyden ongelmien kasvu työkyvyttömyyseläkkeen syynä on näkynyt hoitavilta lääkäreiltä tulevien B-lääkärinlausuntojen perustelujen kautta. Tätä kuvaa seuraava haastateltavan esittämä näkemys.

*Työhön on tullut paljon semmoisia uusia piirteitä, joita aikaisemmin ei ollut. Sano-taan pankkialalla on juuri esimerkiksi tyypillistä semmoista, että kun aikaisemmin siellä on ollut vähän niin kun kassaneiti-ajattelua, nyt onkin sitten joku palvelumyyjä, jonka työhön kuuluu ihan toisenlainen aktiivisuus ja se on tavallaan se ote. Ja ihmiset eivät ole ollenkaan siihen valmiita. Apteekialalla on ollut muutos. Kun aikai-semmin oli näitä, että tiskiltä haettiin kaikki lääkkeet ja farmaseutti oli siellä jossain hyvin kaukana ja nyt on sitten tämmöinen palvelumyyjä, jonka pitää mennä ihan asi-akkaan iholle. Se vaatii ihan erilaista valmiutta. – – Ja se sitten näkyy näissä perus-teluissa. Että se on sitten usein jonkun uupumusdiagnoosin kautta alkanut se sairas-loma ja sitten muuttuu masennukseksi. H8*

Tämän kautta tullaan kysymykseen kohtuuden määritelmästä vakuutuslääkäriin suorittaman harkinnan valossa. Työelämän muutosten seurauksena kohtuusharkinnan rajojen voi olettaa liikkuvan, koska muutosten seuraukset näkyvät arvioinnissa juuri hoitavien lääkäreiden laatimien lausuntojen perustelujen kautta. Mikäli työ muuttuu, myös työkyvyttömyyden voi jollain tapaa olettaa muuttuvan. Tätä ajatusta voi tutkimusaineistoon nojaten perustella sillä, että useiden haastateltavien puheessa korostui työterveyshuollon ja työterveyslääkäreiden rooli työkyvyttömyyden arvioijana, sillä näillä tahoilla työstä katsotaan olevan paras tietämys. Työnkuvat tunnetaan ja sen vaatimukset osataan suhteuttaa sairauden laatuun. Työterveyshuoltojen nähdään myös olevan parhaita tahoja ehkäisemään työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä, sillä heillä on käytettävissään laaja skaala välineitä työssä jatkamisen mahdollistamiseksi, vaikka ihminen olisikin vain osittaisesti työkykyinen. Haastatteluaineistosta on merkittävää havaita, että sekä julkista että yksityistä sektoria edustavat haastateltavat pääasiallisesti korostavat työterveyslääkäreiltä tulleiden lausuntojen tasokkuutta ja sitä kuvaamisen tapaa, jolla työterveyslääkärit usein suhteuttavat työkyvyn työssä tarvittaviin vaatimuksiin.

*Työterveyslääkäriin pitäisi kyllä laittaa ne diagnoosit tärkeysjärjestykseen sen mukaan, mikä on todellakin – – heijastuu niihin työn vaatimuksista selviytymiseen. Ja kyllähän me sitten täällä tietysti, kun luetaan se lausunto, niin muodostetaan joku käsitys siitä, että mikä häittää eniten siinä työssä selviytymisessä ja mikä on perustelu sille, että henkilö päätyy työkyvyttömäksi. H3*

Seuraava lainaus kuvaa myös edellä käsiteltyä työkyvyn suhdetta työn vaatimuksiin ja havainnollistaa samalla kohtuuden rajan määrittämistä vakuutuslääkäriin harkinnassa.

*...semmoista vähän avustavaa työtä voi tehdä, vaikka olisikin mieli maassa vähän enemmän, tiettyyn rajaan asti. Että ne ovat niin erilaisia. Et tämmöinen toimistotyöntekijä, hänelle ei myönnetä eläkettä elimellisen syyn perusteella niin helposti, kun työ on kevyttä, mutta kylläkin henkisesti vaativaa ja silloin ne seikat korostuu. H4*

Kohtuuden rajan määrittäminen voi tapahtua myös valitusasteiden päätösten kautta, joita eläkelaitokset myöhemmissä ratkaisuisaan seuraavat. Edellä lainattu haastateltava kuvaa

menettelyä seuraavanlaisen esimerkin tavoin. Tarkemmin valitusasteiden merkitykseen ratkaisulinjan muotoutumisen ja vakuutuslääkärin suorittaman harkinnan kannalta palataan kuitenkin vielä tutkimuksen analyysiosan loppuvaiheessa.

*...muistan yhden vakuutusosoikeuden antaman päätöksen, jossa oli tämmöinen kehitysvammaisen ihminen, joka oli ollut työssä aika pitkäänkin, mutta se oli ollut tämmöinen suht' kapea homma, joka hänelle oli opetettu. Ja kun se homma loppui... yksinkertainen työ... Ei löytynyt mitään, jota hän olisi voinut... Niin vakuutusosoikeus katso, vaikka hänen terveydentilassaan ei tapahtunut mitään muutosta... hän oli ihan yhtä kykenevä siihen entiseen hommaan kuin ennenkin, niin koska semmoista ei enää ollut, niin vakuutusosoikeus katso, että on kohtuullista myöntää hänelle työkyvyttömyyseläke. H4*

Valitusasteiden roolia pidetään tärkeänä osana järjestelmää, sillä niillä tahoilla voidaan taata kohtuuden toteutuminen yksilökohtaisesti. Eläkelaitoksessa hylkäävän päätöksen saaneet tapaukset käsitellään ja arvioidaan valitusasteissa uudelleen edellyttäen tietenkin, että työkyvyttömyyseläkkeen hakija valittaa saamastaan päätöksestä. Valitusprosessi on hakijan kannalta kuitenkin monesti toimeentulon kannalta vaativa ja psyykkisesti raskas menettely.

#### **5.4 Eläkelaitoksen edustaja**

Behrensin ja Rabe-Klebergin (1992) mukaan asiantuntija-portinvartijoiden toiminnan lähtökohdat perustuvat objektiivisuuteen ja neutraalisuuteen eikä heidän näin ollen oleteta toimivan edustamiensa organisaatioiden etujen ajajina. Toisaalta taas Shoemaker ja Vos (2009) katsovat, että portinvartijoiden toiminta määrittyy aina juuri organisaation rakenteellisista ja toiminnallisista lähtökohdista käsin. Näin ollen muun muassa organisaation tavoitteiden ja toimintakulttuurin voi olettaa heijastuvan vakuutuslääkäri-portinvartijoiden tapaan tulkita viestejä (hakemusdokumenteja) sekä tapaan muodostaa näiden viestien pohjalta päätöksiä (työkyvyttömyyseläkeratkaisuja). Tästä johtuen vakuutuslääkärin rooli asiantuntija-portinvartijana näyttäytyy hänen edustamansa organisaation eli eläkevakuutusyhtiön kautta. Rooli on muodostettu analyysissa vastaamaan erityisesti tutkimukselle asetet-



tuun kysymykseen yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutuksesta myöntökäytäntöön ja vakuutuslääkärin harkintaan. Aineiston lukuprosessin aikana ja analyysiluokkien muodostamisen yhteydessä yhteiskunnallisten vaikutusten – kuten taloudellisten ja poliittisten vaateiden – havaittiin kanavoituvan ratkaisutoimintaan hyvin pitkälti eri tason strategioiden sekä sidosryhmien kanssa tehtävän yhteistyön kautta.

### *Strategioiden toteuttaminen – työurien pidentämisen tavoite sidosryhmäyhteistyön kautta*

Kaikkien haastateltavien mielestä eläkelaitoksissa ei pyritä tietoisesti pidentämään työuria suoraan työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukriteerejä muuttamalla. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisy on kuitenkin tullut osaksi vakuutuslääkärin arviointikäytäntöjä siten, että mietittäessä eläkeratkaisua saatetaan pohtia, onko tapauksessa todellakin kyseessä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vai olisiko henkilö palautettavissa työelämään kuntoutuksen keinoin. Tavoitteiden vaikutuksesta kuntoutusvaihtoehtoa pyritään selvittämään perusteellisemmin ja kuntoutusta tarjotaan asiakkaille tehostetusti.

Yhden yksityisen sektorin haastateltavan mukaan eläkelaitoksessa annetaan nykyisin niin sanottuja yhdistelmäpäätöksiä, joissa aiemmasta käytännöstä poiketen täyttä työkyvyttömyyseläkettä hakeneelle henkilölle kerrotaan mahdollisuudesta osatyökyvyttömyyseläkkeeseen, jonka vastaanottamisesta henkilö itse voi päättää. Näiden tapausten kohdalla keskeistä on, että täyden työkyvyttömyyseläkkeen kriteerit eivät täyty ja ilman menettelyä henkilö saisi ainoastaan hylkäävän eläkepäätöksen. Yhdistelmäpäätösmenettelyn takia oikeudesta osatyökyvyttömyyseläkkeeseen kerrotaan näin ollen ilman, että sitä olisi edes varsinaisesti haettu.

Yksi haastateltavista korostaa työurien pidentämisen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisyn tavoitteita pohdittavan eläkelaitoksessa erityisesti ammatillisen kuntoutuksen osalta, jossa keskeisessä roolissa on yritys yhteistyö jo ihmisen sairastumisen alkuvaiheessa. Työnantajat ja työterveyshuolto pyrkivät yhdessä järjestämään sairauslomalla olevalle

henkilölle kevennettyä työtä ja hänen työkyvyllään soveltuvia työpaikkoja, minkä koetaan olevan monien ihmisten kohdalla selkeästi myönteinen asia paranemisen kannalta. Samoil- la linjoilla on myös toinen haastateltava, jonka mukaan kuntoutukseen panostaminen on korostunut erityisesti 2000-luvulla. Asiakkaat ovat kokeneet positiivisesti eläkelaitoksen tuen työolosuhteiden parantamiseksi, jolloin osittaisesta työkyvyn alenemasta kärsivä hen- kilö on pystynyt jatkamaan työelämässä esimerkiksi erilaisia apuvälineitä käyttäen. Eräs yksityisen eläkelaitoksen haastateltava painottaa osatyökyvyttömyyseläkkeiden olleen ta- voitteiden kohdalla selkeä tendenssi. Hänen mukaansa eläkelaitoksen asiakasyritysten työ- terveysthuoltoja kehoitetaan selvittämään osatyökyvyttömyyseläkkeen ja osa-aikaisen työn tekemisen mahdollisuuksia. Myös julkisella sektorilla osatyökyvyttömyyseläkkeen käyttöä on pidetty ratkaisutoiminnassa suosituksena. Julkista sektoria edustavan haastateltavan mukaan osatyökyvyttömyyseläkkeen myöntämiseen liittyy kaikkien tapauksien kohdalla keskustelu työnantajan kanssa sen myöntämisen mahdollisuuksista. Toinen julkisen sekto- rin edustaja näkee työurien pidentämisen tavoitteen kokonaisuudessaan heijastuvan ratkai- sutoimintaan ja olevan siinä vakaasti mukana muun muassa siten, että eläkelaitos tekee yhteistyötä työterveyshuollon kanssa, on mukana työelämä tutkimuksessa, informoi sidos- ryhmiään kuntoutusasioista ja pyrkii edistämään arviointikäytäntöjen kehittymistä. Samai- sen haastateltavan mukaan eläkelaitoksessa pyritään siten työelämän kokonaisvaltaiseen kehittämiseen ja edistämään ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia. Ratkaisutoimin- taa on muutettu eläkelaitoksessa niin, että ihmisen kanssa pyritään keskustelemaan yhä enemmän jäljellä olevan työkyvyn hyödyntämisen mahdollisuuksista.

Koko työeläkejärjestelmää tarkasteltuna kuntoutuksen mahdollisuuksiin panostaminen ja sidosryhmien kanssa käytävä yhteistyö nostetaan keskeisiksi keinoiksi työurien pidentämi- sen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisyn kannalta. Työurien pidentämisen toivossa ei siten tiukenneta ratkaisukriteereitä ja näin ollen hylätä enemmän hakemuksia. Eräs haastateltavista pohtii tavoitteiden merkitystä ratkaisutoiminnalle siltä kannalta, että työeläkelaitokset ovat osa työeläkejärjestelmää, jonka keskeisenä linjana on saada työurat pitenemään. Työurien pidentämisen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisyn kaltaisten yhteiskunnallisten kysymysten koetaan sitä kautta näkyvän eläkelaitoksen toi- minnassa. Haastateltava painottaa, etteivät eläkelaitoksen lääkäritkään elä tyhjiössä, vaan

he seuraavat yhteiskunnassa tapahtuvia asioita aivan muiden ihmisten tavoin ja heidän toimintaansa myös vaikuttavat samat asiat. Tavoitteista puhutaan eläkelaitoksessa miltei päivittäin ja niiden vaikutus heijastuu eläkkeiden ratkaisutoimintaan sen yhteistyön kautta, jota laitos tekee asiakasyritystensä kanssa.

### ***Eläkerahoituksen kestävyys ja työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden muutoksen huomiointi***

Haastateltavien yhteinen näkemys oli, etteivät eläkejärjestelmän rahoitukselliset seikat vaikuta työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytäntöihin. Lääketieteellistä ratkaisutoimintaa pyritään pitämään mahdollisimman riippumattomana ja itsenäisenä eläkeyhtiöiden taloudellisista tavoitteista. Tämä tapahtuu osaltaan organisatoristen järjestelyjen kautta eli käytännössä eläkeratkaisutoiminta on erotettu muiden, kuten myynti- ja markkinointiosastojen toiminnasta eikä näiden tule ottaa kantaa ratkaisukäytäntöön.

Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä ja alkavuus liittyvät olennaisena osana eläkejärjestelmän taloudelliseen kestävyyskykyyn. Vaikkei eläkerahoituksen kestävyys koetakaan vaikuttavan itse harkintaan, se toimii kuitenkin koko järjestelmän perustana. Haastateltavat näkevät luonnollisesti juuri työurien pidentämisen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisyyn tämän kestävyyskeskeisenä takaajana. Eläkelaitokset pyrkivät vaikuttamaan näin ollen rahoituksen kestävyyskykyä tukemalla työelämän kehittämistä ja kuntoutustoimintaa, jotta työkyvyttömyyseläkkeiden määrä saataisiin pysymään mahdollisimman alhaisena. Rahoituksen kestävyyskykyä suhdetta ratkaisutoimintaan kuvaa seuraava haastateltavan näkemys.

*Ei se siihen ratkaisuun vaikuta. Eli se ratkaisu täytyy olla riippumaton näistä raha-asioista, mutta että tämä ammatillinen kuntoutus, jota eläkelaitokset tukee entistä enemmän, niin sehän tukee tätä hallituksen tavoitetta. H6*

Julkista sektoria edustava haastateltava pohtii tuottavuusohjelman kautta eläkejärjestelmään kohdistuvien vaateiden vaikutusta. Tuottavuusohjelman seurauksena työkyvyttömyyseläkkeistä kertyvää kustannusta seurataan tarkkaavaisesti ja sen perusteella pohditaan, kuinka paljon niiden ehkäisyyn ollaan valmiita panostamaan. Yleisesti ottaen haastateltavien mielestä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa tapahtuvien muutosten ei koeta vaikuttavan eläkeratkaisutoimintaan, mutta niihin reagoidaan eläkelaitosten aktuaaripuolella, jossa seurauksia tarkastellaan eläkemaksun suuruuden kannalta. Tämä kuvastuu esimerkiksi seuraavassa, yksityistä sektoria edustavan haastateltavan kommentissa.

*...isot yritykset, totta kai ne ovat kiinnostuneita maksuluokasta eli heidän tästä maksamastaan työkyvyttömyyseläkekustannuksesta. Ja se aktivoi heidän ammatillisia kuntoutuksen prosesseja, mikäli heillä niin kun maksut nousee. – – Se on ihan selvä trendi. Mutta, että ei se ratkaisukäytäntöihin meillä vaikuta. Ei voida ajatella, että jollain yrityksellä, jos kustannukset nousevat, niin me aletaan sitten hylkäämään... Se on täysin absurdi ajatus. Tämä on, mitä kansa uskoo. H6*

### ***Työkyvyttömyyseläkkeiden hakemisessa tapahtuva muutos ja sen huomiointi***

Työkyvyttömyyseläkkeen hakemismäärät vaihtelevat vuosittain muun muassa taloussuhdanteiden vaikutuksesta, mutta myös esimerkiksi eri viranomaisten toiminnasta johtuen. Hakemusmäärien kasvuun nähdään liittyvän vaihtelut hoitavien lääkärin lausuntojen tasossa sekä lääkärinlausunnoissa esitetyissä, hakijan työkykyyn kohdistuvissa perusteluissa. Vakuutuslääkärit kokevat ilmiön siten lausuntojen kautta arvioinnissaan. Haastateltavat arvioivat, että työkyvyttömyyseläkkeen hakemisherkkyys vaihtelee jonkin verran yhteiskunnallisten tilanteiden mukaan. Osaltaan hakemisessa tapahtuvan vaihtelun arvioidaan olevan heijastumaa siitä, että irtisanomisten ja työpaikkojen menetysten yhteydessä ne henkilöt, joilla on sairautta, pyrkivät turvaamaan toimeentulonsa työkyvyttömyyseläkkeen kautta ja hakevat siten eläkettä.

*Silloin esimerkiksi 90-luvun puolivälissä, kun oli tämä rakennusalan iso lama, niin se, mitä meillä tapahtui, kun meillä ei tietenkään ratkaisukäytäntö ja työkyvyttömyyskriteerit muuttuneet mihinkään... niin meillä tapahtui sillä tavalla, kun ihmiset*

*hakivat entistä useammin työkyvyttömyyseläkkeitä entistä heppoisimmin perustein, niin me hylättiin ne. – – Jolloin hylkäysprosentit nousivat työttömyyden myötä. H7*

*Se työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen, se on tietysti toimeentulon kannalta varmempaa. – – Että jos se [työkyvyttömyyseläke] myönnetään, niin se on sitten sillä niin kun selvä. – – Työttömyydessä kuitenkin on... vaikka on näitä korvausmuotoja olemassa, mutta kuitenkin sitten koko aika niiden työttömien tavallaan tätä toimeentuloturvaa on heikennetty kuitenkin, että kun työttömyyseläke periaatteessa on lopetettu. Tietenkin siinä on näitä siirtymiä ja kaikkia muita, mutta kuitenkin, että siihen liittyy aina paljo enemmän epävarmuutta. Että silloin, jos on sairautta, niin silloin mielellään yritetään hakea, että jos pääsisi sitten [työkyvyttömyyseläkkeelle]. H5*

Toisinaan työvoimaviranomaisten arvellaan ohjaavan työttömiä henkilöitä hakemaan työkyvyttömyyseläkettä arvioidakseen, onko henkilöillä ylipäänsä työkykyä vielä jäljellä. Osaltaan ilmiössä epäillään olevan kyse siitä, että viranomaiset haluavat nämä ihmiset pois omista ”tilastoistaan” siirtämällä heidät toisen järjestelmän piiriin. Niissä tapauksissa, joissa työkyvyttömyyseläkkeen kriteerit täyttyvät, ei menettelyssä nähdä ongelmaa, sillä todennäköisesti työttömät henkilöt eivät olisi olleet muutoin niin oma-aloitteisia, että olisivat tulleet hakeneeksi eläkettä, vaikka olisivat siihen terveydentilansa puolesta oikeutettuja. Mikäli viranomaisten toiminnassa on kyse kuitenkin vain henkilöiden toimeentuloturvan muuttamisesta, ei varsinaista ihmisten auttamista voi pitää kovinkaan olennaisena tavoitteena ja näissä tapauksissa eläkehakemusten hylkäyksiä tulee myös enemmän, sillä työkyvyttömyyseläkkeen kriteerit eivät täyty.

Julkista sektoria edustavan haastateltavan mukaan eläkelaitos pyrkii vaikuttamaan siihen, että ihmiset hakisivat työkyvyttömyyseläkettä vasta siinä vaiheessa, kun työkyvyttömyyseläkkeen kriteereiden voi olettaa todennäköisimmin täyttyvän. Tätä ennen tulisi varmistua, että työkyvyn palauttamiseen tähtäävät hoito- ja kuntoutusmuodot ovat olleet tehokkaassa käytössä. Samainen haastateltava korostaa, että terveydenhuollon tulisi välttää lähettämästä eläkelaitokseen niin sanotusti *mahdottomia*<sup>11</sup>, perusteiltaan heikkoja lausuntoja ja ennen kaikkea terveydenhuollon tulisi ymmärtää se kokonaisuus, mistä ihmisen toimintakyky

---

<sup>11</sup> Haastateltavan H4 käyttämä ilmaisu.

koostuu. Eläkelaitoksen työkyvyttömyyseläkkeen myöntökäytäntöjen tuntemuksessa koetaan olevan hoitavien lääkäreiden kohdalla parantamisen varaa.

Kaikki haastateltavat korostivat sitä, että hakemusmäärien kasvaessa työkyvyttömyyden arviointikriteerejä ei tiukenneta. Hakemusmäärien kasvuun reagoidaan työkyvyttömyyttä ehkäisevästi erilaisten tukitoimintojen kautta, kuten seuraavassa lainauksessa kiteytetysti todetaan.

*Otetaan tämmöiseksi, niin kun työhyvinvointi ja ehkä kuntoutustoiminnankin käynnistämisen motiiviksi tämä asia. Mutta ei taas niin, että jos nyt eläkehakemusmäärät kasvavat, niin sitten pitäisi ruveta tavallaan hylkäämään enemmän. Että siihen se ei vaikuta, vaan pyritään vaikuttamaan siihen ilmiöön, mikä siellä on takana, siihen hakemiseen jotenkin. H8*

## **5.5 Ratkaisulinjan muokkaaja**

Vakuutuslääkärin rooli ratkaisulinjan muokkaajana kytkeytyy aineiston pohjalta mielletynä asenteiden, tutkimus- ja hoitokäytäntöjen, valituselinten päätösten ja politiikan vaikutukseen. Yhteiskunnallinen tila, jossa ratkaisutoimintaa tehdään, ei pysy vuosikymmenistä toiseen samanlaisena, vaan sen muutokset heijastuvat vakuutuslääkäri-portinvartijan ratkaisutyöhön välillisesti eri mikro- ja makrotason tekijöiden kautta. Shoemakerin ja Vosin (2009) teorian mukaisesti kyse on vaikutuksista, jotka kanavoituvat ratkaisutoimintaan pääsääntöisesti sekä sosiaalisten instituutioiden että sosiaalisten järjestelmien tasoilta.

### ***Mielenterveyden ongelmiin ja niiden hoitoon liittyvät asenteelliset muutokset***

Yhteiskunnassa on haastateltavien mukaan tapahtunut pitkällä aikavälillä muutos, jonka seurauksena mielenterveyden häiriöistä ja masennussairaudesta on tullut hyväksyttävämpää eikä niihin liity nykypäivänä aiemman kaltaista, vahvaa stigmatisoivaa merkitystä. Eräs haastateltavista korostaa julkisuuden henkilöiden esimerkin roolia ja esilletuloa omien

sairauksiensa kanssa, minkä seurauksena mielenterveyden häiriöt ovat tulleet arkipäiväisemmiksi ja ne ovat asettuneet oikeanlaisiin mittasuhteisiin. Asennemuutos on haastateltavan mukaan edennyt siinä hengessä, että ihmisen nähdään voivan toimia sairautensa kanssa – ja siitä huolimatta – yhteiskunnassa ja työelämässä monella tapaa.

Mielenterveysongelmiin liittyvä asenteellinen muutos tulee vakuutuslääkärin ratkaisutoiminnan kannalta esille selkeimmin sitä kautta, millä tavoin sairauden ja työn suhde nykyäänä käsitetään. Yksi haastateltavista arvioi, että mielenterveyden ongelmiin liittyvät asenteet ovat siirtymässä aktiivisen osallistumisen ja aktiivisten toimenpiteiden suosimisen suuntaan sen sijaan, että *kirjoitetaan sairaaksi töistä*<sup>12</sup>. Haastateltava kokee, että työn voi nähdä toimivan terapiatyypillisesti sen ollessa oikein muokattu. Näin ollen työn tekemisen asenteet ovat mahdollisesti muuttumassa siihen suuntaan, että masentuneena tai uupuneenakin voi tehdä työtä. Samaan asenteelliseen muutokseen viittaa toinen haastateltava, jonka mukaan masennusta sairastaneen työhön paluuseen suhtaudutaan eri tavoin kuin aikaisemmin. Ennen toipuneen ajateltiin kykenevän entiseen työhönsä, mutta nykyään huomioidaan, että työympäristössä saattaa esiintyä sellaisia sairauden uusiutumiseen altistavia tekijöitä, ettei paluu entiseen työhön ehkä olekaan ihmiselle hyväksi. Eläkelaitoksissa tämä näkyy haastateltavan mukaan ammatillisen kuntoutuksen lisääntymisenä, mikä mahdollistaa esimerkiksi työkokeilujen ja ammatillisen koulutuksen kaltaiset tukimuodot työkyvyn edistämiseksi.

Useissa haastatteluissa pidettiin tärkeänä sitä, että varsinkin masennuspotilaiden kohdalla pyrittäisiin säilyttämään mahdollisimman kauan ihmisen kontakti työelämään.

*...että pystytään niin kun keventämään sitä ihmisen tilannetta ja kuitenkin säilyttämään se kontakti työelämään. Jos sairauden yksi ongelma on eristäytyminen, niin ei eristetä sitä ihmistä kotiin, vaan pidetään se puoliväkisin kiinni siinä yhteisössä. H7*

---

<sup>12</sup> Haastateltavan H1 käyttämä ilmaisu.

Aineiston tarkastelun pohjalta nousi esille eräänlainen asenteiden ristiriita, jota on tämän tutkimuksen haastattelujen valossa ongelmallista paikallistaa täsmällisesti tietyille tasolle, esimerkiksi vakuutuslääkäreihin tai hoitaviin lääkäreihin. Kyse on siitä, että toisaalta varsinkin lievempiä masennuksia koetaan useiden haastateltavien mielestä diagnosoitavan aiempaa jonkin verran työkyvyttömyyttä korostavasti ja myös työkyvyttömyyseläkkeenhakua edeltävässä vaiheessa pitkiä sairauslomia myönnetään muun muassa uupumuksen takia toisinaan varsin herkin perustein. Yhden haastateltavan mukaan ilmiön taustalla saattaa vaikuttaa asenteissa tapahtunut yhteiskunnallinen muutos. Toisaalta taas haastateltavat puhuvat juuri aiemmin tässä kappaleessa mainitusta aktiivisesta työelämään osallistumisesta ja esimerkiksi osa-aikatyöskentelyn mahdollisuuksista pitää kiinni sairaudesta kärsivien ihmisten side työelämään. Haastattelujen pohjalta vaikuttaisikin, että terveydenhuollon diagnoosi- ja hoitokäytäntöjen ja eläkevakuutusyhtiöiden työkyvyttömyyspolitiikan välissä on olemassa jonkin asteinen asenteiden kuilu, jota halutaan aktiivisesti kuroa umpeen. Yksi haastateltavista korostaa tähän näkemykseen liittyen, että jotta masennussairauksista johtuvan työkyvyttömyyden määrää saataisiin vähennettyä, yhteiskunnassa tarvitaan sekä kuntoutujien, sairastavien, lääkäreiden että eläkelaitostenkin asenteiden muutosta kohti masennussairaiden työelämäaktiivisuutta ja hoitokäytäntöjen tehokkuutta.

### ***Valitusasteiden päätösten seuranta***

Haastateltavien mukaan eläkelaitoksen ratkaisulinjaa ohjaavat parhaiten valitusasteiden antamat päätökset. Työkyvyttömyyseläkkeen hakija voi valittaa niihin saamastaan hylkäävästä eläkepäätöksestä, jonka jälkeen hänen tapauksensa käsitellään uudelleen. Valitusasteiden merkitys koetaan tärkeäksi erityisesti rajatapausratkaisujen kohdalla, joissa myönnön ja hylkäyksen raja on ollut vaikeasti määriteltävissä. Valitusasteiden toiminnan ajatellaan lisäksi yhtenäistävän eläkelaitosten ratkaisulinjoja, sillä valitusaste on niille kaikille yhteinen.

Kaksi haastateltavaa pohtii valitusasteiden roolia lähemmin kohtuusnäkökulman kautta. Toinen heistä painottaa, ettei vakuutuslääketieteessä katsota olevan oikeita ja vääriä työkyvyttömyyseläkeratkaisuja, vaan ainoastaan *kohtuullisia ratkaisuja vastaaviin tapauksiin*



*nähdän*<sup>13</sup>. Epäselvässä tapauksessa eli rajaratkaisussa voidaan haastateltavan mukaan ajatella, että hylkäys on myöntöä parempi ratkaisu, sillä sen seurauksena tapaus käsitellään uudelleen valituselimissä, jolloin se myös harkitaan kokonaisuudessaan uudelleen ja lopullinen ratkaisu tulee tällöin olemaan aiempaa kohtuullisempi. Toinen haastateltava tarkastelee asiaan siten, että valitusasteiden ratkaisut määrittävät erityisesti sitä rajaa, mitä yhteiskunnassa kulloinkin kohtuutena pidetään.

Valitusasteiden päätöksiä seuraamalla niiden ratkaisuja voidaan soveltaa eläkelaitoksen arviointitoimintaan. Keskeistä tämän tutkimuksen kannalta on se, että valitusasteiden päätökset ohjaavat osaltaan vakuutuslääkäreiden harkintaa ja tarkemmin ilmaistuna siinä tapahtuvaa yksilöllisten ja sosiaalis-taloudellisten tilanteiden painotusta. Yksi haastateltavista kaipaava valitusasteiden päätöksiltä nykyistä tarkempia perusteluja sen suhteen, missä määrin jokin yksittäinen elämäntilanne oikeuttaa työkyvyttömyyseläke-etuuteen.

### ***Keskustelu työkyvyttömyyseläkepolitiikan suuntaviivoista***

Analyysin päätteeksi tarkastellaan työkyvyttömyyseläkepolitiikan tulevaisuuden näyttäytymistä aineiston valossa. Mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisu-toimintaan muutoksia oletetaan heijastuvan pääasiassa työelämään kohdistuvien haasteiden, mielenterveyssairauksien ehkäisyn ja työkyvyttömyyseläkkeelle johtavan prosessin kehitykseen liittyvien seikkojen kautta. Ensinnäkin haastateltavat pitivät työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisyn kannalta luonnollisesti tärkeänä mielenterveyden ongelmien hoidon laatua ja oikea-aikaisuutta. Eläkelaitoksen toiminnan näkökulmasta tämä merkitsisi erityisesti kuntoutuksen keinojen tarjoamista asiakkaille työssä jatkamisen mahdollistamiseksi, mikä tapahtuu etenkin ammatillisen kuntoutuksen menetelmin. Toinen keskeinen seikka työssä jatkamisen kannalta on jäljellä olevan työkyvyn hyödyntäminen osatyökyvyttömyyseläkkeen kautta, jonka käyttöön sekä eläkelaitoksessa että haastateltavien mukaan myös asiakasyritysten keskuudessa suhtaudutaan nykyisellään myönteisesti. Tämä tukee ajatusta aiemmin tässä tutkimuksessa tarkastellusta asenteiden muutoksesta siihen

---

<sup>13</sup> Haastateltavan H7 käyttämä ilmaisu.

suuntaan, että mielenterveyden ongelmista kärsivät ihmiset voisivat osallistua aktiivisesti työelämään sairaudestaan huolimatta.

Mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ehkäisyn kannalta keskeisenä asiana pidetään tulevaisuudessa työkyvyttömyyseläkkeelle johtavan prosessin kokonaisvaltaista toimivuutta. Eläkelaitos osallistuu tähän prosessiin edellä mainittujen keinojen ohella sidosryhmäyhteistyön kautta. Asiakasyrityksiä autetaan esimerkiksi työhyvinvointiohjelmien kehityksessä sekä toteutuksessa ja tämän vuoksi yhteistyö koetaan myös eläkeratkaisutoiminnan kannalta erittäin tärkeäksi. Yksi haastateltavista kuvaa yhteistyön merkitystä seuraavalla tavalla.

*H5: ...asiakasyritysten kanssa tehdään tietysti yhteistyötä, mutta ei niinkään tämä ratkaisupuoli. – – Mutta että siellä on sitten tämä meidän työkyvyttömyysriskinhallintapuoli eli työhyvinvointipuoli, joka on asiakkaiden kanssa tekemisissä ja on auttamaan heitä niissä omilla työhyvinvointiohjelmissaan ja muuta. – – Ja se on tietysti sitä kautta, sillä tavalla hurjan tärkeä asia niin kun ratkaisunkin kannalta.*

Haastattelija: *Se on sitä ehkäisevää työtä?*

*H5: Ehkäisevä työ ja sitten sieltä tulee näitä kuntoutusasioita sitten tavallaan tänne ratkaisupuolelle sitä kautta aikaisemmassa vaiheessa, jolloin mahdollisuudet tehdä jotakin on paljon paremmat.*

Työkyvyttömyyseläkkeen hakua edeltävässä prosessissa työterveyshuollon roolia pidetään keskeisenä, koska siellä odotetaan olevan – kuten jo aiempana tässä tutkimuksessa todettua – laajin tietämys työn vaatimuksista sekä sen keventämismahdollisuuksista. Hoito- ja kuntoutusmuotojen nykyistä tehokkaamman käytön seurauksena työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiksi valikoituisivat todennäköisesti pääasiassa vain sellaiset ihmiset, joilla työkyvyttömyyden kriteerit todella täyttyisivät. Tämä saattaisi vaikuttaa myös eläkehylkäyksiä vähentävästi. Toimivan työterveyshuollon eräänlaisena lippulaivana pidetään valtiosektoria, jossa työkyvyttömyyseläkehakemuksien hylkäysprosentti on miltei kymmenen prosenttiyksikköä yksityisen sektorin keskiarvoa alempi. Mikäli siis tulevaisuudessa työterveyshuollon toiminta kehittyisi ilman suurempia alueellisia tai toimialakohtaisia eroja, voisi sillä olettaa olevan vaikutusta eläkelaitokseen tulevien lausuntojen määrään sekä laatuun.

Laadukkaat hakemukset puolestaan selkeyttäisivät vakuutuslääkärin arviointitoimintaa ja vähentäisivät haasteellisten rajatapausten määrää. Ongelmallisimpina ryhminä tässä suhteessa voidaan aineiston perusteella nähdä maatalousyrittäjät ja työttömät. Maatalousyrittäjien tapauksessa työkyvyttömyyseläkeprosessin ongelmakohta liittyy työterveyshuollon puutteellisuuteen, sillä vuoden 2009 lopussa vain 39 % yrittäjistä kuului työterveyshuollon piiriin (Mela 2010). Työttömien kohdalla työsuhteen puuttuminen jättää heidät luonnollisesti myös työterveyshuollon ulottumattomiin, jolloin työelämässä jatkaminen paitsi työttömyyden niin myös alentuneen työkyvyn seurauksena on entistä ongelmallisempaa, koska työkykyä parantavien toimien (muun muassa kuntoutus) keinovalikoima on rajatumpi ja ennen kaikkea kuntoutukseen liittyvien toimien järjestäminen on yhä enemmän henkilön oman aktiivisuuden varassa.

Mielenterveyden ongelmien ja erityisesti masennussairauksien diagnosointi koetaan hoitaville lääkäreille haasteellisena ja aiheuttavan sen johdosta vakuutuslääkärin arviointitoiminnassa usein nimenomaan aiempina kuvattuja rajatapauksia. Työkyvyttömyyseläkeetuuteen oikeuttavien kriteereiden tuntemuksessa nähdään olevan puutteita, minkä oletetaan johtuvan osittain siitä, että vakuutuslääketieteen opetus jää lääkärinkoulutuksessa jokseenkin marginaaliselle tasolle. Diagnosointikäytäntöjen kehitykseen odotetaan vaikuttavan erityisesti Facultas-hankkeen, jonka on jossain määrin jo nyt arvioitu vaikuttaneen hoitavilta lääkäreiltä tulleiden lääkärinlausuntojen tason nousuun. Rajatapausten ratkaisemisen tueksi toivotaan tulevaisuudessa esimerkiksi PCA-menetelmän (Personal Capability Assessment) käytön kehittymistä ja vakiintumista osana hoitavien lääkäreiden toimintakyvyn arvioinnin kuvausta. Menetelmä perustuu osin henkilökohtaiseen toimintakyvyn arviointiin, jossa esille tulee hakijan oma kuvaus sairauden aiheuttamasta haitasta suhteessa hänen arkiselviytymiseensä.

Lääkärinlausunnot ovat tärkein vakuutuslääkärille tuleva dokumentti hakijan työ- ja toimintakyvystä ja työkyvyttömyyseläkepääätös syntyy pääasiassa niihin pohjautuen. Yksi haastateltavista näkee jokseenkin ristiriitaisena, että Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön intresseissä on ollut terveydenhuollon lausuntokuormituksen vähentäminen. Eläkelaitoksen kan-

nalta suunta on sinänsä ongelmallinen, että arviointityön pohjaksi halutaan ennen kaikkea mahdollisimman laadukkaita ja asiantuntemusta vaativia lausuntoja, joiden kirjoittaminen edellyttää myös asianmukaisten resurssien olemassaoloa.

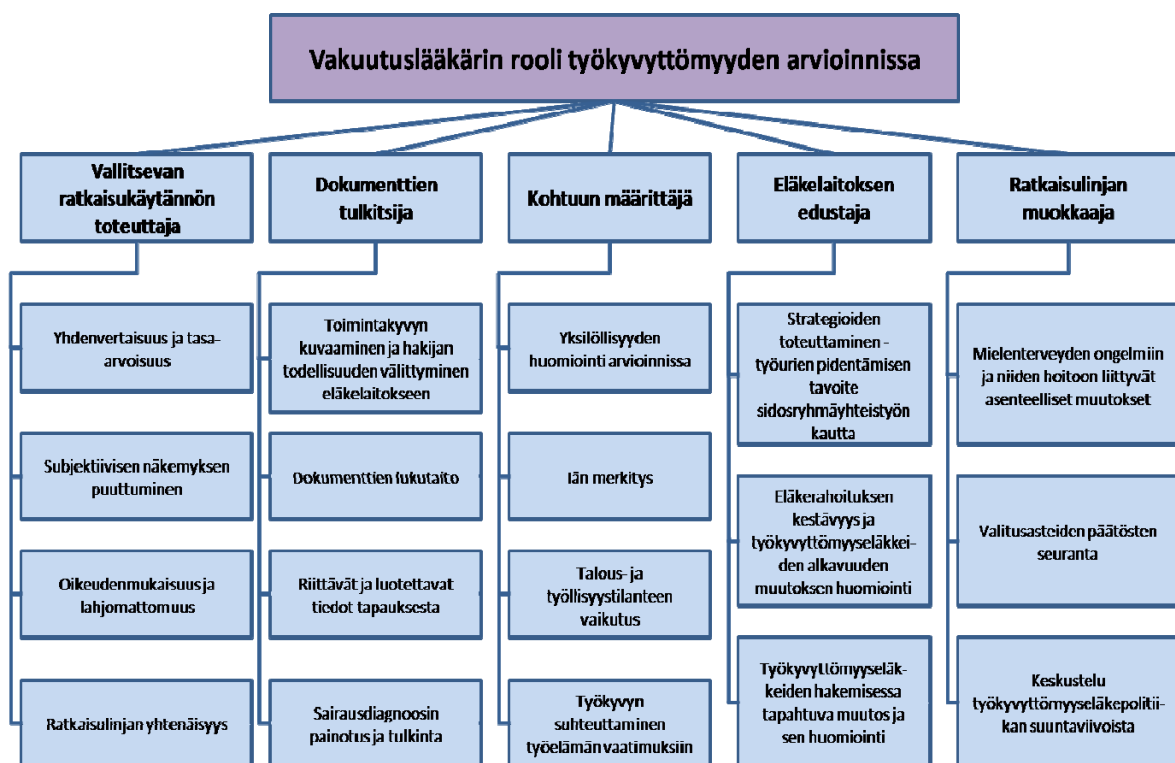
Kokonaisuudessaan työkyvyttömyyseläkkeiden ja varsinkin mielenterveysperusteisten eläkkeiden ratkaisutoiminta nähdään siinä mielessä haastavana alueena, että yksityiskoh- taisten arviointikriteerien laatiminen on käytännössä miltei mahdotonta. Työkyvyttömyys- eläkehakemuksen eläkelaitokseen saapumisen taustalla on monivaiheinen prosessi, jonka aikana työkyvyn arviointia on tapahtunut useimmiten jo monien eri tahojen toimesta, joista eläkeratkaisun kannalta hoitava lääkäri on keskeinen. Seuraavat lainaukset kuvaavat haas- tateltavien näkemyksiä ratkaisutoiminnan haasteellisuudesta.

*...tämä on aika ongelmallinen alue, tämä ratkaisutoiminta siinä mielessä, että mi- tään semmoisia yksiselitteisiä kriteereitä ja ohjeita, niin näihin ei pystytä tekemään, vaan että se on aina kuitenkin viime kädessä tämmöistä harkintaa, arviointia, että milloin sitten täytetään ne kriteerit ja milloin ei. – – Mutta mitään semmoista ihan yksiselitteistä ohjeistoa ei kuitenkaan pystytä laittamaan. H5*

*Minä olen tehnyt tätä hommaa kohta 25 vuotta. Ja aina välillä minulla on semmoi- nen tunne, että minä osaan tämän. Mutta sitten välillä on semmoinen tunne, että ei tätä koskaan osaa kunnolla, koska tapaukset ovat niin erilaisia ja just se kohtuuden miettiminen, että mikä on kohtuullista, mikä on oikein. Niin kun siinä ei ole mitään semmoista mittaria, minkä voisit ottaa, että se on vaan tunne. Ja ei, ei se ole help- poa. H4*

Aineiston pohjalta on analyysin edetessä muodostettu viisi eri yläkategoriaa (ks. kuvio 7), jotka kuvaavat vakuutuslääkärin rooleja työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminnassa. Vakuutuslääkäri nähdään analyysissä siten *vallitsevan ratkaisukäytännön toteuttajana, dokumenttien tulkitsijana, kohtuun määrittäjänä, eläkelaitoksen edustajana* ja lopulta myös *ratkaisulinjan muokkaajana*. Ratkaisukäytännön toteuttajana vakuutuslääkärin roolissa korostuu erityisesti lainsäädännössä työkyvyttömyyseläkkeelle määritellyt kriteerit ja peri- aatteet sekä niiden toteutumisen huomiointi ratkaisutoiminnassa. Dokumenttien tulkitsijana

vakuutuslääkärin roolia on tarkasteltu siitä käsin, miten potilaan todellisuus välittyy hoitavalta lääkäriltä vakuutuslääkärille ja millaisia asenteita ja subjektiivisia näkemyksiä hake-  
 musdokumentteihin voi nähdä sisältyvän. Kohtuun määrittäjän roolia voi puolestaan pitää selkeimmin sellaisena, jossa vakuutuslääkärin harkintavalta on laajimmillaan. Eläkelaitoksen edustajan roolissa vakuutuslääkärin asemaa on tarkasteltu asemoituna se organisatorisiin vaikutussuhteisiin ja laajemmin eläkelaitokseen vaikuttaviin yhteiskunnallisiin tekijöihin. Viimeisessä eli ratkaisulinjan muokkaajan roolissa vakuutuslääkärin toimintaa on arvioitu siitä käsin, miten hän toisaalta vallitsevan ratkaisulinjan toteuttajana myös samanaikaisesti muokkaa sitä. Seuraava kuvio havainnollistaa tutkimuksessa sovellettua induktiivista eli aineistolähtöistä päättelyä ja kiteyttää samalla tutkimuksen teoriaohjaavan sisällönanalyysin aineistolähtöisen alkuvaiheen lopputulemia eli kategorioita.



Kuvio 7. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaan muotoutuneet kategoriat

Sisällönanalyysin tuloksena muodostetut kategoriat ja analyysiin kiteytyvä ajatus kuvata vakuutuslääkärin ratkaisutoimintaa roolien kautta on tutkielman tekijän subjektiivinen va-

linta. Roolit on muodostettu välineeksi jäsentää tutkimusasetelmaa ja avata vakuutuslääkärin suorittamaa arviointitoimintaa. Kategorioiden muodostaminen on ollut siltä osin haastavaa, että niiden sisältämät aihepiirit ovat lomittuneet toistensa kanssa ja näin ollen niin sanotusti toisensa poissulkevien luokkien muodostaminen on käynyt toisinaan ongelmalliseksi.

Tutkimuksen analyysissä on haluttu antaa painoarvoa aineistosta nouseville näkökohdille suhteessa mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoimintaan. Analyysi on näin ollen suoritettu hyvin aineistolähtöisesti, jonka jälkeen tutkimuksen seuraavassa ja samalla viimeisessä luvussa analyysin keskeisimmät tulokset tarkastellaan portinvartijuuden sekä substantiaalisien ja proseduraalisen oikeudenmukaisuuden viitekehyksessä.

## 6 TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Portinvartijateoria on ollut analyysin tulkinnessa keskeinen kiinnekohta, sillä sen kautta on pystytty käsittelemään vakuutuslääkäreiden roolia työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoiminnassa ja käyttämään ylilääkäreitä heidän edustajinaan. Asettamalla vakuutuslääkärit portinvartijan rooliin on samalla pystytty tarkastelemaan työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoimintaa siitä näkökulmasta, kuinka johdonmukaisesti käytäntö toimii sille asetetun tehtävän ja koko eläkejärjestelmän kannalta. Tämän johdonmukaisuuden käsittelyyn on käytetty Bo Rothsteinin teoriaa substantiaalisesta ja proseduraalisesta oikeudenmukaisuudesta. Substantiaalinen oikeudenmukaisuus ymmärretään tässä tutkimuksessa siten, että työkyvyttömyyseläke toimii yhteiskunnassa vakuutuksena työkyvyttömyysriskin varalle ja oikeus tähän etuuteen määrittyy lainsäädännössä. Proseduraalinen oikeudenmukaisuus käsittelee menetelmällisyyttä eli tässä yhteydessä sitä, kuinka oikeudenmukaisesti työkyvyttömyyseläkkeeseen liittyvä ratkaisutoiminta toteutuu yhteiskunnassa.

Sekä portinvartijuuden että substantiaalisen ja proseduraalisen oikeudenmukaisuuden valinta tutkimuksen teoreettiseksi viitekehykseksi on perusteltua tutkimusongelman kannalta. Tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminta halutaan nähdä kokonaisuutena, jonka olennaisin osa on itse työkyvyttömyyseläkepääätös ja siihen liittyvä vakuutuslääkärin suorittama harkinta. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen kriteerit pohjautuvat lainsäädäntöön, jossa on korostettu lääketieteellisen löydöksen merkitystä työkyvyttömyyseläkkeen perusteena, mutta samalla arvioinnissa huomioidaan myös sosiaalis-taloudellisia seikkoja, kuten ikää ja koulutusta. Vakuutuslääkäri-portinvartijan tulee siten käyttää harkintaa sen suhteen, mitä voidaan pitää kohtuullisena hakijan kannalta. Harkintavalta voi näin ollen antaa vakuutuslääkärille myös sellaista liikkumavaraa säännösten puitteissa, mitä on ollut merkityksellistä katsoa tutkimuksessa ratkaisutoiminnan johdonmukaisuuden valossa.

Aineistonkeruumetodina käytetty teemahaastattelu ja informanteiksi valittu kohderyhmä rajaa aineistosta tehtävät johtopäätökset koskemaan eläkelaitosten ylilääkäreiden tulkintoja

vakuutuslääkäreiden suorittamasta työkyvyttömyyden arvioinnista ja heidän harkintavaltansa roolista suhteessa työkyvyttömyyseläkkeen myöntökäytäntöihin. Tutkimuksen rajaus on syytä ottaa huomioon pohdittaessa seuraavaksi esitettävien, aineiston analyysin tuloksena saatujen keskeisimpien johtopäätösten yleistettävyyttä. Johtopäätösten kautta pyritään vastaamaan tutkimukselle asetettuun tehtävään eli antamaan vastauksia siihen, millainen on vakuutuslääkärin harkintavallan merkitys mielenterveysperusteisissa työkyvyttömyyseläkeratkaisuissa, mikä on yhteiskunnallisten tekijöiden eli eläkejärjestelmään kohdistuvien ulkoisten vaatimusten merkitys ratkaisukäytännölle ja kuinka johdonmukaisesti mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytäntö toimii.

### ***Vakuutuslääkäri-portinvartija työkyvyttömyyseläkeprosessissa***

Tutkimuksen analyysiosassa vakuutuslääkärille muodostettiin viisi roolia työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminnassa. Näiden roolien taustalla on ajatus siitä, että vakuutuslääkärin työkyvyttömyyseläkeratkaisu syntyy prosessimaisesti ja tietyssä yhteiskunnallisessa kontekstissa, jossa ratkaisuun vaikuttaa erilaisia mikro- ja makrotason tekijöitä. Vakuutuslääkäri-portinvartijan ratkaisutoiminnassa voi havaita analyysin perusteella kaikkia niitä tasoja, joita Shoemaker ja Vos (2009) käsittelevät portinvartijateoriassaan. *Yksilötasolla* ratkaisuun vaikuttavat vakuutuslääkärin tapa tulkita ja arvioida hakemuskäytännön henkilökohtaisen osaamisensa ja tietämyksensä puitteissa. Vakuutuslääkärin ratkaisu muodostuu siitä, kuinka hän arvioi tietojen luotettavuutta ja hoitavan lääkärin muodostamaa käsitystä hakijan toiminta- ja työkyvystä. Vakuutuslääkäri-portinvartija huomioi asiantuntijan roolissaan sairausdiagnoosin oikeellisuutta ja kohtuun toteutumista hakijan kohdalla sekä nämä seikat huomioidessaan päättää lopulta hakijan oikeudesta etuuteen.

Vakuutuslääketieteellinen koulutus ja ratkaisukäytännön tuntemus takaavat periaatteellisesti ratkaisulinjan yhtenäisyyden. On kuitenkin todennäköistä, että myös vakuutuslääkäri-portinvartijan henkilökohtainen kokemusmaailma, arvot ja asenteet saattavat jonkin verran vaikuttaa loppuratkaisuun. Kokonaisuudessaan ratkaisevimpana kriteerinä vakuutuslääkärin tekemässä työkyvyttömyyseläkeratkaisussa haastateltavat pitivät lääketieteellisen löydöksen aiheuttamaa työkyvyn alenemaa. Vakuutuslääkärin harkintavallan roolin merkityk-



sen nähtiin kasvavan erityisesti rajatapausratkaisujen kohdalla, joissa myönteisen tai hylkäävän eläkepääätöksen tekeminen on haasteellista. Tällöin vakuutuslääkärin ratkaisussa arvioidaan vaikuttavan sen, millä tavoin harkinnassa painotetaan esimerkiksi hakijan ikää, ammatin asettamia vaatimuksia tai työllisyystilannetta. Hakijan yksilölliseen tilanteeseen liittyvät painotuserot saattavat siten aineiston perusteella aiheuttaa osaltaan vaihtelua työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytännössä. Mielensterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden kohdalla nähtiin tässä yhteydessä ongelmallisena se, että jo lähtökohtaisesti mielensterveyden ongelmien ja erityisesti masennuksen diagnosointi on hoitaville lääkäreille haasteellista. Vakuutuslääkärin ratkaisun perusteena olevan lääketieteellisen löydöksen kuvaus voi olla toisinaan lääkärinlausunnoissa laadultaan heikkoa ja tämä aiheuttaa puolestaan ongelmia vakuutuslääkärin suorittaman kokonaisarvioinnin kannalta.

Työkyvyttömyyttä koskevista lainsäädännöllisistä lähtökohdista käsin vakuutuslääkärin suorittamassa arvioinnissa harkitaan, mitä on kohtuullista edellyttää yksilöltä hänen jäljellä oleva työkykynsä huomioiden. Vakuutuslääkärin arviointia ohjaavat eläkelaitoksen ratkaisutoimintaan muodostuneet *rutiinit ja käytännöt*, joiden perusteella vakuutuslääkäriportinvartija asettaa yksittäisen tapauksen vallitsevaan ratkaisulinjaan. Tämän tutkimuksen kannalta kohtuuden määrittämiseen voi nähdä liittyvän kaksi keskeistä seikkaa. Ensinnäkin kyse on jo edellä osittain käsitellystä, hakijan yksilöllisen tilanteen huomioon ottamisesta vakuutuslääkärin harkinnassa ja sosiaalis-taloudellisten tekijöiden painotuksesta kokonaisarvioinnissa. Toisekseen tutkimusaineiston perusteella näyttäisi olevan niin, että eläkelaitoksen makroympäristössä esiintyvät yhteiskunnalliset tekijät kanavoituvat työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoimintaan kohtuuden määrittämisen kautta. Näkemys perustuu siihen, että esimerkiksi yhteiskunnassa esiintyvän vaikean taloustilanteen seurauksena työttömyys tai vähintäänkin työpaikan menetyksen uhka lisääntyy. Hakijan työtilanne huomioidaan harkinnassa sosiaalis-taloudellisten seikkojen painotuksina ja tällöin joudutaan määrittämään, onko kohtuullista edellyttää hakijalta hänen jatkavan työelämässä kokonais-tilanne huomioiden. Vaikka näin ollen työllisyystilanteen kiistetään vaikuttavan itse työkyvyttömyydelle asetettuihin kriteereihin niiden virallisena muuttamisena, kokonaisarvioinnin kannalta sillä katsotaan olevan merkitystä kuitenkin juuri käytännön ratkaisutoiminnassa.

Yhteiskunnallisten vaikutuksien kanavoituminen kohtuun määrittämisen kautta näyttäisi ilmentävän myös sitä, että *sosiaalisten instituutioiden tasolla* asetetut tavoitteet vaikuttavat lopulta vakuutuslääkäri-portinvartijan tekemään eläkeratkaisuun. Tästä on viitteenä esimerkiksi Kiviniemen hallituksen ohjelmaan (VN:n tiedonanto 2010) kirjatut tavoitteet työurien pidentämisestä ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisystä. Haastateltavien mukaan tavoitteiden kielletään vaikuttavan ratkaisulinjaan myöntökriteerejä kiristävästi, mutta kuitenkin niin, että muun muassa kuntouttamisen mahdollisuuksia pohditaan ratkaisutilanteessa jonkin verran aiempaa enemmän. Edellä todettu näkemys ilmentää sitä, etteivät työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytännöt pysy muuttumattomana yhteiskunnallisen tilan muuttuessa. Eläkelaitosorganisaatio on osa laajempaa sosiaalista järjestelmää ja vakuutuslääkäri-portinvartija toimii puolestaan tämän organisaation edustajana noudattaen ratkaisutoiminnassaan myös niitä strategiaperiaatteita ja organisaation toimintakulttuuria, joita eläkelaitoksella on. Tällöin portinvartijateoriassa liikutaan *organisaatiotasolla*.

Kohtuuden määrittely voi jossain määrin vaihdella paitsi ratkaisijasta toiseen myös ajallisesti vuosien tai vuosikymmenten kuluessa. Osaltaan tässä voi olla kyse yhteiskunnassa tapahtuneista asenteiden muutoksesta, mikä puolestaan näyttäisi kytkeytyvän suurelta osin työelämän muutokseen. Tällöin portinvartijateoriaan sovellettuna liikutaan *sosiaalisten systeemien tasolla*, jossa vaikuttavat yhteiskunnassa vallitsevat ideologiat, kulttuuri ja sosiaaliset rakenteet. Sosiaalinen systeemi määrittää sitä, mitä portinvartija pitää niin sanotusti luonnollisena. Keskeistä on, että vakuutuslääkärit toimivat osana suomalaista työeläkejärjestelmää, joka puolestaan toimii osana tiettyä yhteiskunnallista sosiaalista systeemiä. Portinvartijuusprosessia kontrolloivat siten poliittiset ja taloudelliset tekijät. Kuten jo aiemmin todettua, masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden kasvussa ei tutkimusten perusteella näytä olevan kyse siitä, että masennus sairautena olisi lisääntynyt. Pikemminkin on niin, että työelämän vaatimusten muuttumisen myötä masennussairaat eivät pärjää nykypäivän henkisiä voimavaroja kuormittavassa työelämässä. Tämän tutkimuksen kannalta keskeistä onkin, että sekä työnantajien että eläkelaitosten asenteet vaikuttavat haastateltavien kokemusten perusteella kääntyneen siihen suuntaan, että mielenterveyden ongelmista kärsivät ihmiset voisivat jatkossa osittaisesta työkyvyn alenemastaan huolimatta osallistua

aktiivisesti työelämään. Tämän vuoksi pidetään tärkeänä sitä, että näille henkilöille mahdollistetaan keinoja jatkaa työelämässä esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen tai osatyökyvyttömyyseläkkeen kautta. Kokonaisuudessaan tämän kaltainen pohdinta herättää kysymään, onko kohtuuden määritelmä muuttunut pitkällä aikavälillä masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden kasvun ja työelämän muutoksen yhtäaikaisen ilmenemisen myötä siten, että siinä rajapinnassa, jossa aiemmin oli kohtuutta myöntää työkyvyttömyyseläke, onkin nykyisellään kohtuutta pitää henkilö kiinni työelämässä?

Vakuutuslääkärin tekemän, lopullisen työkyvyttömyyseläkepääätöksen kannalta näyttää aineiston valossa olevan keskeistä työkyvyttömyyseläkkeen hakemisen prosessimainen luonne. Kyse on tällöin harkinnan ja tulkinnan ilmenemisen tasoista. Ensinnäkin, ennen kuin eläkehakemus saapuu vakuutuslääkärin käsittelyyn, harkintaa on tapahtunut jo useiden eri organisaatioiden tasoilla toimivien ammattilaisten toimesta. Potilaan hoitoon osallistuneet henkilöt ovat vaikuttaneet valinnoillaan henkilön tilanteen kehittymiseen käyttäessään omaa harkintaansa hoito- ja kuntoutusmuotojen suhteen. B-lääkärinlausunnon kirjoittanut lääkäri on keskustellut potilaan kanssa työkyvyttömyyseläkkeen hakemisesta ja käyttänyt harkintaansa työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa sekä siinä, millaiseksi hän arvioi henkilön mahdollisuudet jatkaa työelämässä. Vakuutuslääkäri puolestaan työkyvyttömyyseläke-etuuden portinvartijana päättää oman harkintansa valossa oikeudesta etuuteen. Harkinnan ohessa kyse on toisekseen tulkinnasta prosessin eri vaiheissa. Hoitava lääkäri tulkitsee hakijan tilaa objektiivisten löydösten ja potilaan oman, tilannettaan kuvaavan subjektiivisen kokemuksen valossa. Vakuutuslääkäri puolestaan tulkitsee hakijan tilannetta kirjallisten dokumenttien perusteella. Keskeistä tämän tutkimuksen perusteella ja työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytännön kannalta näyttääkin olevan se, kuinka hyvin valmisteltuna tapaukset tulevat vakuutuslääkärin käsittelyyn. Kyse on sekä eläkelaitokseen saapuvien lääkärinlausuntojen laadusta että koko työkyvyttömyyseläkkeen hakuun johtaneen prosessin laadusta – toisin sanoen niistä hakijan tilanteeseen vaikuttaneista tapahtumista, joihin eri hoito- ja viranomaistahot ovat olleet osallisina ennen työkyvyttömyyseläkehakemuksen vireillepanoa.

### *Näkökulmia ratkaisutoiminnan oikeudenmukaisuuteen*

Seuraavassa tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytännön substantiaalista ja proseduraalista oikeudenmukaisuutta. Ensinnäkin substantiaalisien oikeudenmukaisuuden kannalta ongelmalliseksi seikaksi tutkimuksen aineiston valossa näyttäisi muodostuvan se, että etuuden kohderyhmää eli työkyvyttömyyseläke-etuuteen oikeutettuja on vaikea yksilöidä. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastateltavien mukaan mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden määrittelyyn on vaikea löytää yksiselitteisiä kriteerejä. Asetelmaa hankaloittaa se, että jokainen käsiteltävä tapaus on erilainen ja ihmisten yksilölliset elämäntilanteet tekevät tapauksista toisiinsa vaikeasti verrattavia. Kuten jo aiempana todettua, erityisen haastavia ratkaisutoiminnan kannalta ovat niin sanotut rajatapaukset, joiden ratkaisulinjassa eroja tulee keskeisimmin sosiaalis-taloudellisten tilanteiden painotuksen kautta. Tällöin tullaan substantiaalisien oikeudenmukaisuuden kannalta entistäkin konkreettisemmin kysymykseen yleisestä rajanvedon ongelmasta eli siitä, mihin tarvitsevien ja ei-tarvitsevien välinen raja tulisi vetää. Rothstein käsittelee teoriassaan lisäksi yksilöllisen rajanvedon ongelmaa eli sitä, eikö tarvitsevia itseään olisi aiheutta syyttää tilanteestaan. Työkyvyttömyyseläkkeen harkintaan ajatus voisi soveltua mahdollisesti siten, että vakuutuslääkäri arvioi ratkaisua tehdessään, onko kaikki käytettävissä olevat kuntoutus- ja hoitomahdollisuudet tehokkaasti käytetty. Mikäli näin on ja siitäkään huolimatta hakijan työkykyä ei ole saatu palautettua, vakuutuslääkäri katsoo hakijan kannalta oikeudenmukaiseksi myöntää eläke-etuuden.

Substantiaalista eli työkyvyttömyyseläkkeen päämäärän oikeudenmukaisuutta keskeisempää on tässä tutkimuksessa ollut tarkastella työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen menetelmällistä eli proseduraalista oikeudenmukaisuutta. Mikäli lähtökohtana pidetään Kumlinin ja Rothsteinin (2005) näkemystä työkyvyttömyyseläkkeestä selektiivisenä etuutena, voidaan vakuutuslääkäri mieltää tämän etuuden portinvartijaksi, joka työkyvyttömyyden arvioijana pyrkii varmistumaan, onko tietty hakija oikeutettu etuuteen. Oikeutuksen testaamiseksi on siten olemassa hallinnollinen koneisto, jonka keskeinen toimija vakuutuslääkäri-portinvartija on. Ottamatta vielä kantaa työkyvyttömyyseläkkeen selektiivisyyteen,

voi ratkaisutoiminnan menetelmällistä oikeudenmukaisuutta tarkastella Rothsteinin teorian kautta ratkaisutoiminnan tasolla. Menetelmällisen oikeudenmukaisuuden kannalta keskeisimmiksi vakuutuslääkärin rooleiksi voi mieltää ratkaisukäytännön toteuttajan ja muokkaajan roolit. Seuraavassa pyritään avaamaan näitä näkökulmia.

Menetelmällisen oikeudenmukaisuuden tarkastelu on hyvä aloittaa siitä kriitistä, mitä vallitsevaa ratkaisukäytäntöä kohtaan on julkisuudessa esitetty. Mediakeskustelu on osaltaan toiminut alun perin myös kiinnostuksen herättäjänä tutkimusaihetta kohtaan. Kriittiset äänenpainot ovat koskeneet keskeisesti työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisumenettelyä, jossa vakuutuslääkäri tekee eläkepäättöksen useimmiten hoitavan lääkärin kirjallisiin dokumentteihin perustuen sekä eläkelaitoksen kokoamien rekisteritietojen puitteissa ilman hakijan henkilökohtaista tapaamista. Ratkaisukäytännön oikeudenmukaisuuteen kohdistuvan epäilyksen voisi olettaa tästä johtuen heikentävän jonkin verran kansalaisten tukea ratkaisukäytäntöä kohtaan. Tutkimustulosten kautta mahdollistuu saman asian tarkastelu vakuutuslääkäreiden näkökulmasta. Vakuutuslääkärit näkevät aineiston perusteella työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytännön oikeudenmukaisuuden täysin vastakkaisella tavalla, sillä nimenomaan nykymuotoinen ratkaisukäytäntö toimii heidän mukaansa työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisutoiminnan oikeudenmukaisuuden ja reiluuden takaajana. Näkemys pohjautuu niihin haastateltavien esille tuomiin näkemyksiin, joita on käsitelty tutkimuksen analyysiosassa kuvattaessa vakuutuslääkärin roolia *vallitsevan ratkaisukäytännön toteuttajana*.

Vakuutuslääkärijärjestelmää perustellaan hakijoiden yhdenvertaisella ja tasa-arvoisella kohtelulla. Suhteellisen pieni ratkaisijalääkäreiden joukko pystyy haastateltavien mukaan ratkaisulinjasta saamansa kokemuksen puitteissa pitämään ratkaisulinjaa yhtenäisenä ja takaaman hakijoiden yhdenvertaisen kohtelun. Toisenlaisen ratkaisukäytännön pelättäisiin johtavan työkyvyttömyyden arvioinnin epätasaisuuteen niin lääkärikohtaisesti kuin alueellisestikin. Käytäntö, jossa ratkaisijalääkäri olisi henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa eläkkeenhakijan kanssa, voisi haastateltavien mielestä johtaa subjektiivisten näkemysten korostumiseen arvioinnissa sekä mahdollisesti myös yrityksiin lahjoa rahallisesti etuudesta

päättävä lääkäri. Nykymuotoisessa järjestelmässä menetelmällistä oikeudenmukaisuutta takaa myös se, että eläkelaitokset pyrkivät pitämään ratkaisulinjaa yhtenäisenä keskustelemalla siitä eläkelaitosten ylilääkäreiden kesken. Viime kädessä vakuutuslääkäreiden ratkaisutoiminnan menetelmällistä reilua ja tasapuolisuutta varmistaa valitusasteiden toiminta. Näin ollen aineiston perusteella näyttäisi siltä, että samalla, kun vakuutuslääkäri etuuden portinvartijana toteuttaa vallitsevaa ratkaisukäytäntöä, hän myös toimii *ratkaisulinjan muokkaajana*. Tämä tarkoittaa sitä, että ratkaisutoiminnan menetelmällistä reilua ei voida tyhjentävästi taata pelkästään lainsäädännöllä, vaan oikeudenmukaisuus huomioidaan myös käytännön ratkaisutoiminnassa ja sen muotoutumisessa yhteiskunnan – eli muun muassa työelämän rakenteiden – muuttuessa.

Työkyvyttömyyseläke-etuuteen liittyvän proseduraalisen eli menetelmällisen oikeudenmukaisuuden haasteet perustuvat aineistosta käsin ennen kaikkea työkyvyttömyyseläkeprosessin alkuvaiheeseen liittyviin käytäntöjen eroihin. Mielenterveyspotilaiden hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksien epätasainen saatavuus ja laatu niin alueellisesti kuin sektorikohtaisestikin heijastuvat työkyvyttömyyseläkehakemukseen liittyvien dokumenttien kautta lopulta vakuutuslääkärin suorittamaan arviointiin ja tapauskohtaiseen kohtuun määrittämiseen. Keskeistä tässä on se, että työkyvyttömyyseläkeprosessi ei ole hakijasta, paikkakunnasta tai toimialasta toiseen niin sanotusti tasalaatuinen ja yhtä tehokkaasti toteutettu, minkä puolestaan voi olettaa heijastuvan lopulta eläkeratkaisujen johdonmukaisuuteen.

Tutkimuksen teoriaosuudessa harkintavallan ja työkyvyttömyyseläkeprosessin johdonmukaisuuden pohdinta aloitettiin asettamalla työkyvyttömyyseläke-etuus selektiiviseksi etuudeksi Kumlinin ja Rothsteinin (2005) näkemykseen perustuen. Mitä näin ollen voidaan lopuksi todeta työkyvyttömyyseläkkeen selektiivisyydestä? Aineiston valossa on todettava, että etuuden selektiivisyydelle on vaikea esittää perustetta. Tulkinta on kuitenkin kahtalainen. Ensinnäkin selektiivisyyden puolesta puhuu se, että etuuden saajien joukko määritellään toimintakyvyn alenemisen ja työkyvyn menetyksen perusteella. Määrittely perustuu lähtökohtaisesti lääketieteellisiin kriteereihin, mutta samalla kohtuusharkinnalla näyttää olevan merkittävä roolinsa. Harkinnassa esiintyvät, pääasiassa sosiaalis-taloudelliset paino-

tuserot kertovat ratkaisukäytännön asteittaisesta heilahtelusta johdonmukaisuuden suhteen. On myös huomattava, että työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisukäytännössä sovelletaan erilaisia työkyvyttömyyden määritelmiä sen mukaan, millä työnantajasektorilla henkilö työskentelee. Toisaalta etuuden selektiivisyyttä vastaan puhuu se, että kaikilla on oikeus etuuden hakemiseen ja etuuden myöntämisen lähtökohdat ovat periaatteellisesti yhtäläiset ja sidotut lainsäädäntöön.

Pro gradu -tutkielman lopuksi käsitellään tutkimusprosessin aikana tehtyjä valintoja ja aineiston luotettavuutta, jotta voidaan arvioida johtopäätösten tekemisen perusteita ja niihin sisältyviä varauksia. Pohdittaessa aiheen rajausta voi tulla jälkikäteen siihen tulokseen, että vaikkakin lähtökohtaisesti pyrittiin tarkastelemaan mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoimintaa, niin aineiston perusteella tarkastelun olisi voinut laajentaa koskemaan kaikkia työkyvyttömyyseläkeratkaisuja. Näkemys perustuu siihen, että mielenterveysperusteista työkyvyttömyyden arviointia on vaikea erottaa omana alueenaan yleisesti työkyvyttömyyden arvioinnista; kaikkien sairauksien kohdalla on omat haasteellisuutensa ja rajatapauksensa.

Saadun aineiston perusteella ja tutkimukseen käytettävissä olleet resurssit huomioiden kahdeksan haastateltavan joukko sopi avaamaan kysymyksenasettelua, sillä lopputulemana kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia. Tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää kuvaamaan muuta kuin ylilääkärien tulkintoja vakuutuslääkäreiden harkintavallasta ja työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytännön johdonmukaisuudesta, vaikkakin ylilääkärit toimivat myös itse ratkaisijalääkäreinä. Jälkikäteen ajateltuna tutkimuksen informanteiksi olisi voinut valita ylilääkärien sijaan sellaisia eläkelaitosten vakuutuslääkäreitä, joilla on psykiatrin koulutus. Tällöin olisi todennäköisesti saatu spesifimpää tarkastelua juuri mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisukäytännöstä. Toisaalta siinä tapauksessa olisi saatettu menettää joitakin näkökulmia liittyen ratkaisukäytäntöön kohdistuvien yhteiskunnallisten vaikutusten tarkasteluun sekä yleiseen työkyvyttömyyseläkepolitiikkaan, joista tutkimuksen nykyisellä kohderyhmällä voi olettaa olevan laajin käsitys.

Tutkimuksen teoreettiseksi viitekehyyksi valittu substantiaallinen ja proseduraalinen oikeudenmukaisuus ovat luoneet lähtökohtia työkyvyttömyyseläke-etuuteen liittyvän ratkaisutoiminnan johdonmukaisuuden tarkasteluun. Erityisesti proseduraalisen oikeudenmukaisuuden kautta on pyritty asemoimaan harkinnan roolia etuuden myöntöprosessissa. Harkintaa on puolestaan tarkasteltu portinvartijateorian kautta, jolloin analyysivaiheessa on pystytty havainnoimaan harkintaan liittyviä ulottuvuuksia, kuten tulkinnan ja vuorovaikutuksen tasoja. Tutkimuksessa on pyritty antamaan pääpainoa vakuutuslääkärin portinvartijuudelle ja samalla oikeudenmukaisuus-tarkastelua on pidetty ratkaisukäytännön johdonmukaisuuden taustana. Vaikka etuuteen liittyvän oikeudenmukaisuuden tarkastelu osoittautuikin tutkimuksessa haasteelliseksi, joitakin näkökulmia saatiin silti avattua. Sosiaalietuuksiin liittyvän oikeudenmukaisuuden pohdinta puoltaa jo lähtökohtaisesti paikkaansa ja siihen kohdistuvaa keskustelua tulisikin käydä ennakkoluulottomasti ja ilman joko/tai -asetelmia. Vaikka nykymuotoinen ratkaisukäytäntö on pitkän aikavälin kehityksen tulos ja sidoksissa lainsäädännöllisiin perusteisiin, sen tarkentaminen yhteiskunnan muuttumisen seurauksena on hyvin perusteltua. Tätä ja järjestelmän kokonaisvaltaista läpinäkyvyyttä varten tarvitaan yhteiskunnallista keskustelua ja tutkimusta.

Tutkimuksen pohjalta näyttäisi siltä, että harkinnan roolia olisi merkityksellistä tarkastella jatkotutkimuksissa. Tarkastelu olisi tällöin hyödyllistä ulottaa koskemaan työkyvyttömyyseläkeprosessiin eri vaiheissa osallistuvia toimijoita, kuten hoitavia lääkäreitä, kuntoutushenkilöitä ja hakijaa ohjaavia viranomaistahoja. Aihepiiriin liittyvää tutkimusta voisi olla kannattavaa tehdä jatkossakin portinvartijuuden viitekehyyksestä käsin. Syventämällä portinvartijuuteen kytkeytyvää prosessimaista tarkastelua ja teoretisointia, voisi työkyvyttömyyseläkeprosessiin liittyvästä harkinnasta löytää mahdollisia epäjohdonmukaisuuksia tai puutteellisuuksia, joita jatkossa pystyttäisiin ratkomaan eri toimialueilla aina hoito- ja kuntoutustahoista eläkelaitoksen asiantuntijoihin.



## LÄHTEET

### Painetut lähteet

- Anttonen, A. & Sipilä, J. 2000. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Aro, T. 2004. Lääkärintilauksen merkitys. Teoksessa T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Tola & I. Torstila (toim.) Vakuutuslääketiede. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset, 43–51.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Behrens, J. & Rabe-Kleberg, U. 1992. Gatekeeping in the Life Course: A Pragmatic Typology. Teoksessa Heinz W. R. (toim.) Institutions and Gatekeeping in the Life Course. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 237–260.
- Goodin, R. 1988. Reason for Welfare: The Political Theory of the Welfare State. Princeton: Princeton University Press.
- Gould, R. 2001. Työttömyys ikääntyneiden työkyvyttömyyseläkekäytännössä 1990-luvulla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 38, 172–185.
- Gould, R. & Nyman, H. 1998. Työkyvyttömyyseläkeratkaisut 1990–1997. Eläketurvakeskuksen monisteita 1998:25.
- Gould, R. & Nyman, H. 2004. Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen monisteita 50. Helsinki: Paino Edita Oy.
- Gould, R., Grönlund, H., Korpiluoma, R., Nyman, H. & Tuominen, K. 2007a. Miksi masennus vie eläkkeelle? Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta. Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY.
- Havu, T. 2004. Vakuutuslääkäriin asema ja juridinen vastuu. Teoksessa T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Tola & I. Torstila (toim.) Vakuutuslääketiede. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset, 28–31.
- Heinz W. R. (toim.) 1992. Institutions and Gatekeeping in the Life Course. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Hietaniemi, M. & Ritola S. 2007. Suomen eläkejärjestelmä lyhyesti. Teoksessa M. Hietaniemi & S. Ritola (toim.) Suomen eläkejärjestelmä. Eläketurvakeskuksen käsikirjoja 2007:5. Helsinki: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 9–10.

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Honkonen, T., Aro, T., Isometsä, E., Virtanen, E. & Katila H. 2007. Quality of Treatment and Disability Compensation in Depression: Comparison of 2 Nationally Representative Samples With a 10-Year Interval in Finland. *The Journal of clinical psychiatry* 68, 12, 1886–1893.
- Horppu, R. 2007. Keskusteluja työssä jatkamisesta. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 32. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Julkunen, R. 2003. Uusinstitutionalismien jäljillä. Jotain uutta, jotain vanhaa? Teoksessa J. Saari (toim.) *Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 19–40.
- Julkunen, R. 2004. Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Yliopistopaino, 168–186.
- Julkunen, R., Niemi, R. & Virkki, T. 2004. Vakuutus, luottamus ja vääryys. Teoksessa K. Hellsten & T. Helne (toim.) *Vakuuttava sosiaalivakuutus?* Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 242–268.
- Juntunen, J. 2004. Vakuutuslääketieteen asiantuntijuuden eettinen näkökulma. Teoksessa T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Tola & I. Torstila (toim.) *Vakuutuslääketiede*. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset, 47–51.
- Kaliva, K. 2010. Työeläkemenoennuste vuodelle 2010. Eläketurvakeskuksen katsauksia 2010:3. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Karisalmi, S., Gould, R. & Virta, L. 2009. Työkyvyttömyyseläkeläiset eri järjestelmissä. Eläketurvakeskuksen raportteja 2009:2. Helsinki: Multiprint Oy.
- Karjalainen, J., Hiilamo, H. & Raivio, H. 2003. Harkinta toimeentulotuessa. Toimeentulotuen muutosten arvioinnin väliraportti. Aiheita 19/2003. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Koivisto, P., Rissanen, P. & Matikainen E. 2004. Työkyvyn ja kuntoutuksen käsitteet vakuutuslainsäädännössä. Teoksessa T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Tola & I. Torstila (toim.) *Vakuutuslääketiede*. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset, 89–106.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3–12.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.
- Lehto, J., Moss, N. & Rostgaard, T. 1999. Universal public social care and health services. Teoksessa M. Kautto, M. Heikkilä, B. Hvinden, S. Marklund & N. Ploug (toim.) *Nordic Social Policy. Changing welfare states*. Lontoo: Routledge, 104–132.
- Metteri, A. 2004. Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Naisten ja miesten työkyvyttömyys. Erot eläkkeiden hylkäämisessä. 1993. Tasa-arvojulkaisuja. Sarja A: Tutkimuksia 2/1993. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Multiprint.
- Niemi, R. 2007. Pitääkö hyvinvointivaltio lupauksensa? Universalismi ja ihmisten yksilölliset elämänkohtalot. Teoksessa T. Helne & M. Laatu (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 61–75.
- Nyman, H. & Gould, R. 1996. Työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset vuosina 1990–1995. Eläketurvakeskus, monisteita.
- OECD. 2008. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*. Vol. 3. Pariisi: OECD Publications.
- Pensola, T. & Gould, R. 2009. Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen keskustelunaloitteita 2009:7. Eläketurvakeskus. Helsinki.
- Riihinen, O. 1997. Kerjuulta kolmanteen ikään: Eläkepolitiikan kehitys erityisesti oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Teoksessa P. Varoma (toim.) Eläkepolitiikka 2000-luvulle. Juva: WSOY, 392–439.
- Rothstein, B. 2000. *Just institutions matter. The moral and political logic of the welfare state*. Cambridge: University Press.
- Rothstein, B. 2008. Pohjoismainen hyvinvointivaltio ja keskiluokka. *Yhteiskuntapolitiikka* 73, 4, 368–375.
- Salonen, S. 2006. Sairaana hyvä potilas. *Duodecim*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Shoemaker, P. J. 1991. *Gatekeeping. Communication Concepts* 3. Newbury Park, California: Sage.
- Shoemaker, P. J. & Vos, T. P. 2009. *Gatekeeping theory*. New York: Routledge.
- Suomen Lääkäriliitto. 2010. Aunula, A-M: Vakuutuslääkäreiden määrä. Vastaanottaja: Niina Kuuva. Lähetetty: 2.12.2010. Tulostettu: 2.12.2010. Viitattu: 2.12.2010. Yksityinen sähköpostiviesti.
- SVT (Suomen virallinen tilasto) 1: Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut [painotuote]. ISSN=1796-668X. 2009. Taulukko 3: Työkyvyttömyyseläkemenot työkyvyttömyyden syyn mukaan vuonna 2009. Helsinki: Eläketurvakeskus. (Käsikirjoitus.)
- SVT (Suomen virallinen tilasto) 2: Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut [painotuote]. ISSN=1796-668X. 2009. Taulukko 8: Omaan työuraan perustuvaa eläkettä saavat eläkelajin mukaan 31.12.2009. Helsinki: Eläketurvakeskus. (Käsikirjoitus.)
- SVT (Suomen virallinen tilasto) 3: Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut [painotuote]. ISSN=1796-668X. 2009. Taulukko 12: Kaikki työkyvyttömyyseläkettä saavat työkyvyttömyyden syyn mukaan 31.12.2009. Helsinki: Eläketurvakeskus. (Käsikirjoitus.)

- SVT (Suomen virallinen tilasto) 4: Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut [painotuote]. ISSN=1796-668X. 2009. Taulukko 20: Kaikki vuonna 2009 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet iän mukaan. Helsinki: Eläketurvakeskus. (Käsikirjoitus.)
- SVT (Suomen virallinen tilasto) 5: Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut [painotuote]. ISSN=1796-668X. 2009. Taulukko 21: Kaikki vuosina 2000–2009 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet työkyvyttömyyden pääasiallisen syyn mukaan, keskeiset sairauspääryhmät. Helsinki: Eläketurvakeskus. (Käsikirjoitus.)
- SVT (Suomen virallinen tilasto) 6: Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut [painotuote]. ISSN=1796-668X. 2009. Taulukko 22: Vuonna 2009 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet työkyvyttömyyden syyn mukaan. Helsinki: Eläketurvakeskus. (Käsikirjoitus.)
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2003 & 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

## Elektroniset lähteet

- Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. 2010. Työelämätyöryhmän loppuraportti. Viitattu 2.8.2010 [http://www.ek.fi/www/fi/tutkimukset\\_julkaisut/2010/2\\_helmi/TEResitys010210.pdf](http://www.ek.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2010/2_helmi/TEResitys010210.pdf)
- Gould, R., Grönlund, H., Korpiluoma, R., Nyman, H. & Tuominen, K. 2007b. Miksi massenuskuus vie eläkkeelle? Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta. Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Helsinki: Hakapaino Oy. [Päivitettyt kuvat ja taulukot vuoden 2007 painettuun julkaisuun] Viitattu 3.12.2010 <http://www.etk.fi/Page.aspx?Section=58018&Item=62351>
- Hämäläinen, T. 2006. Kohti hyvinvoivaa ja kilpailukykyistä yhteiskuntaa. Kansallisen ennakoitiverkoston näkemyksiä Suomen tulevaisuudesta. Innovaatio-ohjelma. Sitra Suomen itsenäisyyden juhlarahasto. Viitattu 22.11.2010 [http://www.sitra.fi/julkaisut/ennakoitiverkostonraportti1\\_www.pdf](http://www.sitra.fi/julkaisut/ennakoitiverkostonraportti1_www.pdf)
- Julkunen, R. 2007. Universalismi – mitä se on ja ketä se palvelee? Esitelmä ”Terveyserot hyvinvointipolitiikan haasteena”-seminaarissa 1.2.2007. Paasitorni, Helsinki. Viitattu 14.9.2010 <http://www.terveys2015.fi/helmikuu2007/julkunen.pdf>
- Kumlin, S. & Rothstein, B. 2005. Making and Breaking Social Capital. The Impact of Welfare-State Institutions. *Comparative Political Studies* 38, 4, 339–365. Viitattu 14.9.2010 <http://cps.sagepub.com.ezproxy.jyu.fi/content/38/4/339.full.pdf+html>
- Lamberg, T., Virtanen, P., Vahtera, J., Luukkaala, T. & Koskenvuo, M. 2008. Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of the Finnish HeSSup population sample. *Social Psychiatric Epidemiology* 45, 2, 259–264. Viitattu 29.9.2010 <http://www.springerlink.com.ezproxy.jyu.fi/content/3523816237325176/fulltext.pdf>
- Lehto, M., Lindström, K., Lönnqvist, J., Parvikko, O., Riihinen, O., Suksi, I. & Uusitalo, H. 2005. Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatuksia ehkäisy-

- tä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.7.2010 <http://pre20090115.stm.fi/aa1102580448175/passthru.pdf>
- Mela (Maatalousyrittäjien eläkelaitos). 2009. Hallituksen toimintakertomus 2009. Viitattu 29.11.2010 [http://www.mela.fi/Vuosikertomus09/Hallituksen\\_toimintakertomus\\_09.pdf](http://www.mela.fi/Vuosikertomus09/Hallituksen_toimintakertomus_09.pdf)
- Murray, C. & Lopez, A. 1997. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349, 9064, 1436–1442. Viitattu 28.9.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.jyu.fi/ehost/detail?vid=2&hid=17&sid=65d30d0e-0072-4752-bb84-0767f63494da%40sessionmgr13&bdata=JnNpdGU9ZW hvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=9705303089>
- Parjanne, Marja-Liisa. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18. Helsinki. Viitattu 3.12.2010 [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4075.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4075.pdf)
- Pensola, T., Gould, R. & Polvinen, A. 2010. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:16. Viitattu 2.7.2010 [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11710.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11710.pdf)
- Riley, R. & Manias, E. 2009. Gatekeeping practices of nurses in operating rooms. *Social Science & Medicine* 69, 215–222. Viitattu 27.9.2010 [http://www.sciencedirect.com.ezproxy.jyu.fi/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6VBF-4WCFV37-1-1&\\_cdi=5925&\\_user=1234512&\\_pii=S0277953609002615&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=07%2F31%2F2009&\\_sk=999309997&wchp=dGLbVlb-zSkWA&md5=0330efda9f5e47400b4e0cbb273d7ff3&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com.ezproxy.jyu.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VBF-4WCFV37-1-1&_cdi=5925&_user=1234512&_pii=S0277953609002615&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=07%2F31%2F2009&_sk=999309997&wchp=dGLbVlb-zSkWA&md5=0330efda9f5e47400b4e0cbb273d7ff3&ie=/sdarticle.pdf)
- Rothstein, B. 2001. The Universal Welfare State as a Social Dilemma. *Rationality and Society* 13, 2, 213–233. Viitattu 14.9.2010 <http://rss.sagepub.com.ezproxy.jyu.fi/content/13/2/213.full.pdf>
- Salminen, J., Saarijärvi, S. & Raitasalo, R. 1997. Depression and disability pension in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95, 242–243. Viitattu 28.9.2010 <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.jyu.fi/doi/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09626.x/pdf>
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 2003. Psykkisten sairauksien ammattikorvausta selvittäneen työryhmän (PSYKO) muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:19. Helsinki. Viitattu 2.8.2010 <http://pre20031103.stm.fi/suomi/vao/julkaisut/psyko/psykotr.pdf>
- TEM (Työ- ja elinkeinoministeriö). 2009. Työvoiman poistuma vuosina 2007–2025. Alue- ja toimialatarkastelu. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja: 62. Viitattu 1.10.2010 [http://www.tem.fi/files/25306/TEMjul\\_62\\_2009\\_Alueiden\\_kehittaminen.pdf](http://www.tem.fi/files/25306/TEMjul_62_2009_Alueiden_kehittaminen.pdf)
- Työeläkelakipalvelu. 2010. Työkyvyttömyyseläkkeestä annettavan päätöksen muoto ja perustelut. Eläketurvakeskus. Viitattu 7.7.2010 <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/index.php?asiakirjanumero=17335>

Valtioneuvoston ennakoitiverkosto: Toimintaympäristökuvaus ministeriöiden tulevaisuuskatsausten taustaksi. 2005. Viitattu 7.7.2010 [http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/03\\_tutkimus\\_ja\\_kehittaminen/04\\_ennakointi/enn\\_toimymparistokuvaus2005.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/03_tutkimus_ja_kehittaminen/04_ennakointi/enn_toimymparistokuvaus2005.pdf)

Valtioneuvoston tiedonanto Eduskunnalle 22.6.2010 nimitetyn pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelmasta. 2010. Suomi ehyenä kasvun, työllisyyden ja kestävyuden uralle. Viitattu 30.11.2010 <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=VNT+1/2010&base=ermuut&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD>

WHO (World Health Organization). 2010. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Viitattu 28.9.2010 <http://site.ebrary.com.ezproxy.jyu.fi/lib/jyvaskyla/docDetail.action?docID=10227094>

Yleiskirje A 20/2004. 2010. Työkyvyttömyyseläkkeet. Työeläkelakipalvelu. Viitattu 20.10.2010 <http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/fi/soveltamisohje/5453.pdf>

## **Lait**

KuEL, Kunnallinen eläkelaki 22.12.2006/1293.

TyEL, Työntekijän eläkelaki 19.5.2006/395.

VaEL, Valtion eläkelaki 22.12.2006/1295.

## **Julkaisemattomat lähteet**

Eläketurvakeskus: Tilasto-osasto. Viitattu 24.11.2010 ja 25.11.2010.

# LIITTEET

## Liite 1: Saatekirje

### HAASTATTELUTUTKIMUS MIELENTERVEYSPERUSTEISIIN TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEISIIN LIITTYVÄSTÄ HARKINNAS- TA JA MYÖNTÖKÄYTÄNNÖISTÄ

#### Saatekirje haastatteluun osallistuville

Pro gradu -tutkielmani käsittelee yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutusta mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytäntöihin sekä erityisesti vakuutuslääkäreiden harkintavallan roolia työkyvyttömyyden arviointiprosessissa. Tutkielma on osa yhteiskuntapolitiikan opintojani, joita suoritan Jyväskylän yliopistossa. Olen saanut ohjausta työhöni professori Marja Järvelältä sekä Eläketurvakeskukselta Mikko Kautolta ja Raija Gouldilta. Kahdeksan eläkelaitoksen ylilääkärin haastattelut on tavoitteena suorittaa elokuun tai syyskuun alkupuolen aikana. Syys- ja lokakuun aikana suoritan harjoittelun Eläketurvakeskuksen tutkimusosastolla ja tuolloin on vuorossa aineiston analyysisosan työstäminen sekä lopulta gradun päätökseen saattaminen.

Tutkielmassa keskityn pääasiassa niiden työkyvyttömyyseläkkeiden tarkasteluun, joissa työkyvyttömyyden heikentymisen diagnoosina ovat *masennus tai muut mielialahäiriöt*. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät siten mielenterveyden häiriöiden sairausryhmään kuuluvat skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt sekä persoonallisuushäiriöt, neuroottiset ja päihteisiin liittyvät häiriöt. Tutkielman tarkoituksena on tarkastella mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden *arviointikäytäntöjä* ja näiden eläkkeiden *myöntökäytäntöjä* sekä pohtia muun muassa eläkehakemusten käsittelyssä ilmenevän *harkinnanvaraisuuden* roolia myöntökäytännön kannalta. Täten pyydänkin Teitä pohtimaan haastattelukysymyksiä nimenomaan siitä näkökulmasta, miten (osin) järjestelmän ulkopuolelta asetetut tavoitteet ovat vaikuttaneet tai vaikuttavat eläkelaitoksessa erityisesti mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytäntöihin.

Empiiriseen aineistoon nojautuen pyrin selvittämään, kuinka sellaiset eläkejärjestelmän toimintaympäristössä vaikuttavat *ulkoiset yhteiskunnalliset tekijät* – kuten esimerkiksi politiikan ja talouden muutokset – mahdollisesti heijastuvat työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytäntöihin. Näillä yhteiskunnallisilla tekijöillä tarkoitan useissa selvityksissä<sup>14</sup> linjattuja tavoitteita, joita on asetettu ensisijaisesti koko sosiaaliturvajärjestelmän kehittämisen pohjaksi tulevaisuudessa. Keskeisimpiä tavoitteita ovat mm. työ- ja toimintakyvyn edistä-

---

<sup>14</sup> mm. Somera-mietintö (2002), Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. (2010) Työelämätyöryhmän loppuraportti, Toimintaympäristökuvaus ministeriöiden tulevaisuuskaustien taustaksi (2005)

minen, työurien pidentäminen, eläkejärjestelmän rahoituksen kestävyys sekä sosiaaliturvan aktiivisuutta ja omatoimisuutta edistävien piirteiden korostaminen. Edellä mainittujen tavoitteiden taustalla ovat vaikuttaneet osin huoli työkäisen väestön ikääntymisestä, taloudellisen tilanteen kiristyminen, työelämässä tapahtuneet muutokset sekä lopulta suomalaisen yhteiskunnan yksi päätavoitteista – kilpailukyvyyn ja tuottavuuden kasvattaminen.

Tutkielma rajoittuu tarkastelemaan *työeläkejärjestelmää* ja jättää siten huomiotta Kansaneläkelaitoksen hallinnoimat kansaneläkkeet.

Vastaan mielelläni pro graduni aihetta tai haastatteluja koskeviin kysymyksiin.

Kiitos mielenkiinnosta aihettani kohtaan!

Ystävällisin terveisin,  
Niina Kuuva  
p. 040-7311686  
niina.kuuva@etk.fi



## **Liite 2: Haastattelukysymykset**

# **HAASTATTELUTUTKIMUS MIELENTERVEYSPERUSTEISIIN TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEISIIN LIITTYVÄSTÄ HARKINNAS- TA JA MYÖNTÖKÄYTÄNNÖISTÄ**

### **Haastattelua koskevia huomioita**

Haastattelukysymyksien ensimmäiset neljä kohtaa käsittelevät harkintaan liittyviä seikkoja itse hakuprosessin kannalta. Loput neljä kohtaa pureutuvat suoremmin itse tutkimusintressiin eli tarkastelemaan yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutusta mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytännöissä ja harkinnassa. Viimeinen kohta on avokysymys, jossa voitte vapaasti kommentoida aiheitani.

#### **1. Työkyvyn arviointi**

Mitkä ovat ne tekijät, joilla on eniten merkitystä työkyvyn arvioinnissa?

Millainen painoarvo on esimerkiksi hakijan työhistorialla, sosiaalisella tilanteella tai tulevilla työnsaantimahdollisuuksilla?

#### **2. Harkinnan rooli työkyvyttömyyden arvioinnissa**

Kuinka työkyvyttömyyden arvioinnissa huomioidaan hakijan yksilöllinen tilanne?

Milloin työkyvyttömyyden arviointi ja myönteisen tai hylkäävän eläkepäätöksen tekeminen on erityisen haastavaa?

Näkyykö arvioinnissa hoitavan lääkärin henkilökohtainen suhtautuminen masennukseen tai muihin mielialahäiriöihin sairautena?

### 3. Vakuutuslääkäri/asiantuntijalääkäri asema

Miksi hoitava lääkäri ei voi toimia asiantuntijalääkäri asemassa eli ei voi olla päättämässä työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisestä?

Mitkä olisivat sellaisia asioita, jotka saattaisivat painottaa ”liikaa”, mikäli hoitava lääkäri toimisi myös asiantuntijalääkäriä ja mitä seurauksia tällä olisi *arvioinnin yhtenäisyyden* tavoitteelle?

### 4. Hoito- ja ratkaisukäytäntöjen muutokset

Millä tavoin mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden diagnoosi- tai hoitokäytännöissä tapahtuneet muutokset ovat mahdollisesti näkyneet näiden eläkkeiden alkavuudessa?

Miten tutkimus- ja hoitokäytäntöjä tulisi kehittää, jotta työkyvyttömyyseläkkeenhakuprosessi kohtelisi hakijaa entistä yhdenvertaisemmin ja ottamalla huomioon myös hänen yksilöllisen elämäntilanteensa?

### 5. *Työmarkkinoiden vaatimukset ovat muuttuneet aiempaa enemmän henkisiä voimavaroja kuormittaviksi ja fyysisen rasituksen sijaan työssä on alkanut korostua niin sanottu mielen työ.*

Miten tämän kaltaiset **työelämässä tapahtuneet muutokset** ovat näkyneet työkyvyttömyyseläkehakemuksien perusteluissa?

Voiko suuntauksen havaita esimerkiksi siitä, mikä sairausdiagnoosi kirjataan tärkeimmäksi tai ratkaisevaksi työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen kannalta?

### 6. *Työurien pidentäminen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisy on kirjattuna mm. hallitusohjelmaan.*

Kuinka eläkelaitos on pohtinut näitä tavoitteita oman ratkaisutoimintansa kannalta?

- Esimerkiksi myönnetäänkö työkyvyttömyyseläke joissain tapauksissa osatyökyvyttömyyseläkkeenä tai määräaikaisena kuntoutustukena täyden työkyvyttömyyseläkkeen sijaan?

Miten työkyvyttömyyseläkkeen hakijan ikä vaikuttaa eläkepäätökseen?

7. *Viime vuosina on uutisoitu joukkoirtisanomisista ja kannettu huolta näiden ihmisten uudelleentyöllistymisestä.*

Vaikuttaako talouden ja eri elinkeinoaloilla tapahtuvat **suhdannevaihtelut** harkinnassa?

Miten eläkelaitoksen ratkaisukäytännöissä otetaan huomioon em. kaltaisten ilmiöiden vaikutus esimerkiksi eläkkeen hakemisherkkyteen tai eläkehakemuksen perustelujen sisältöön?

## 8. **Eläkejärjestelmän rahoitus**

Vaikuttaako eläkerahoituksen kestävyys harkintaan?

Millä tavoin eläkelaitoksessa huomioidaan työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa tapahtuva muutos?

Entä tätä kautta myös mahdollisesti kasvavat kustannukset?

9. Mitä muita seikkoja Teille tulee mieleen mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden harkintaan ja myöntökäytäntöihin liittyen?

## Liite 3: Sisällönanalyysin eteneminen

Alun perin luokittelu on tehty Excel-taulukointia apuna käyttäen, mutta tässä yhteydessä on päädytty esittämään muokattu taulukko käytännöllisistä syistä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
On joku raskas kotitilanne, hoitaa vaikeevammasta lasta tai jotain tämmöstä siinä. -- Tai jotain niin kun isoja ongelmia perheessä -- yksittäisinä ne ei missään nimessä riitä siihen. Ja jos on vaan semmonen, että on niin kun mielenterveysasioista, et just et on niin ku kuormittava elämäntilanne, ja tavallaan siihen liittyen jotain semmosta niin ku reagointia, et kokee väsyneisyyttä. Niin se ei oo kyl työkyvyttömyyseläkkeen kriteerinä riitä. Vaan kyl siin pitää olla sen yksilön omaa sairautta sit kanssa.	Mm. sellaiset yksittäiset tekijät, kuten kuormittava elämäntilanne (perheenjäsenen sairaus ym.) mielenterveysongelmista kärsivän ihmisen kohdalla ei yksistään riitä työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiseen, vaan tällöinkin lääketieteellinen löydös on ensisijainen peruste. Kokonaisarvioinnissa nämä muutkin tekijät sitten vaikuttaa. H8	Yksilöllisyyden huomiointi arvioinnissa	Kohtuun määrittäjä	Vakuutuslääkärin rooli työkyvyttömyyden arvioinnissa
Et sillon, kun me arvioimme potilaan niin kun työkyvyttömyyttä niin se koko paletti on harkintaa. Lääketieteelliset löydökset, sosiaalinen tila, kaikki nää tällaset kuuluvat siihen harkintaan ja, ja siinä mielessä niin voi sanoa, että aina näissä ratkaisuissa on tää harkinta mukana. -- Mut sillon, kun on kyseessä niin kun tämmönen harkinnanvarainen eläke, niin kun työkyvyttömyyseläkkeessä on, niin kyllä siinä, se on silloin harkintaa koko homma.	Työkyvyttömyyseläkkeen kaltaisessa harkinnanvaraisessa eläkkeessä koko arviointi on harkintaa, johon vaikuttavat lääketieteellisten löydösten lisäksi sosiaalinen tila yms. H7			
Ni sitten siinä 55 jälkeen, ni enemmän aletaan kattoo sitä työhistoriaa, että mikä on kohtuullista ja realistista enää sitte tän yksilön kohdalla. Ja koulutustausta tietenkä. -- Et kyllä, kyllä sitä kokonaisuutta katsotaan, mutta että että ikäpainotteisesti.	Työhistorian merkitys alkaa painottua noin 50-55 ikävuoden jälkeen. Tällöin arvioidaan, mikä on enää realistista tai kohtuullista yksilön kohdalla. Kokonaisuutta katsotaan ikäpainotteisesti ja myös koulutustaustalla on tällöin merkitystä. H6	län merkitys		
Mitä lähempänä niin kun ollaan sitä, sitä tuota työuran loppupäätä, niin niin nii, kyllä se tietysti tietyl tapaa ratkasukriteerit niin ku kevenee. -- No nuoril ollaan periaatteessa niin ku, sanotaan nyt lainausmerkeissä aika tiukkoja. Et koska siellä, siellä niin ku tää -- Et siellä sit nimenomaan katotaan, että et et, et niin ku yleensä työhön kykenevyyttä ja, ja siellä sit kaikki kuntoutukselliset asiat niin kun nousee entistä voimakkaammin esiin.	Nuorilla tk-eläkkeen myöntämisessä ollaan melko tiukkoja. Heidän kohdallaan katsotaan enemmän yleensä työhön kykenevyyttä ja kuntoutukselliset asiat nousee voimakkaammin mukaan arviointiin. H5			