RAPORTTEJA 18 | 2026

Kela

Anne Lamminpää, Ari Kaukiainen ja Kari Reijula

Vakuutuslääketieteellinen arviointi eräissä EU-maissa

RAPORTTEJA 18 | 2026

Vakuutuslääketieteellinen arviointi eräissä EU-maissa

Kirjoittajat

Anne Lamminpää, LT, dosentti
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
etunimi.sukunimi@helsinki.fi

Ari Kaukiainen, LT, dosentti,
lääketieteellinen johtaja
LähiTapiola
etunimi.sukunimi@lahitapiola.fi

Kari Reijula, LKT, professori (emeritus)
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
etunimi.sukunimi@helsinki.fi

© Kirjoittajat ja Kela

ISBN 978-952-284-249-7 (pdf)
ISSN 2984-3499
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-284-249-7

Julkaisija: Kela, Helsinki 2026

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vakuutuslääkärijärjestelmien toimintaa eri EU-maissa, vertailla niitä Suomen järjestelmään ja esittää suosituksia Suomen vakuutusjärjestelmän kehittämiseksi.

Henkilövakuutusjärjestelmissä otetaan huomioon yhteiskunnalliset, terveydelliset, tekniset ja taloudelliset kehityssuunnat. Kansallinen vakuutussektori on osa kansainvälistä kehitystä. Vakuutuslääketieteen tulevaisuus riippuu vakuutussektorin kehityksestä, mikä vaatii hoitavan lääketieteen ja vakuutuslääketieteen suhteiden tarkastelua.

Työkyvyttömyysarvioinnit perustuvat lainsäädäntöön, hallinnollisiin sääntöihin ja lääkäreiden asiantuntemukseen. Arvioitaessa oikeutta työkyvyttömyysetuuksiin selvitetään, mitä työtä etuuksia hakevat voivat tehdä ja miten.

Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksen, sähköisen kyselytutkimuksen ja haastatteluiden avulla. Kyselyt kohdistettiin vakuutuslääketieteelliseen arviointiin osallistuville yhdeksässä EU-maassa: Saksa, Ranska, Espanja, Italia, Belgia, Alankomaat, Viro, Ruotsi ja Suomi. Tuloksia tarkennettiin etähaastatteluin.

Katsauksessa käsitellään työ- ja toimintakykyarviointien käytäntöjä, mukaan lukien käytössä olevat arviointivälineet ja -mittarit. Lisäksi tarkastellaan vakuutuslääketieteelliseen prosessiin osallistuvia toimijoita ja heidän koulutustaan.

Suomessa ja useassa muussa maassa vakuutuslääketieteellinen arviointi perustuu asiakirjoihin. Viidessä selvityksen yhdeksästä EU-maasta vakuutetut tapaavat vakuutuslääkärin henkilökohtaisesti. Monia muiden EU-maiden työkyvyn arvioinnissa käytettäviä menetelmiä ja käytäntöjä voisi soveltaa Suomessa. Vakuutetun osallistuminen arviointiin vaihtelee, samoin kuin arviointien perusteluiden, laadunarvioinnin ja palautteiden pyytämisen systemaattisuus.

Asiasanat (YSO): vakuutuslääketiede, vakuutuslääkärit, työkyvyttömyys, työkyky, arviointi, työkyvyttömyyseläkkeet, kansainvälinen vertailu

Alkusanat

Tutkimus sai alkunsa, kun huomasimme ilmoituksen Kelan kohdennetusta kehittämisrahoituksesta, missä yksi aiheista koski vakuutuslääketieteellistä arviointia muissa EU-maissa. Aihe herätti mielenkiintomme.

Työprosessi ja aineistonkeruu etenivät monivaiheisesti sisältäen kirjallisuuskatsauksen, kyselyt ja haastattelut. Kyselyiden sähköpostilinkkeihin suhtaudutaan nykyään varauksella, joten niiden turvallisuus pyrittiin varmistamaan monin tavoin. Yksi tutkimuksen innostavimpia vaiheita olivat haastattelut. Oli virkistävää paitsi kohdata EU:n huippuasiantuntijoita myös päästä pureutumaan syvemmälle aiheeseen ja ymmärtämään esimerkiksi kulttuurisia vivahteita.

Olemme kiitollisia Kelalle mahdollisuudesta toteuttaa tämä tutkimus. Kiitos ohjausryhmän jäsenille eri sosiaalivakuutuslaitoksista ja Eläketurvakeskuksesta. Kyselyyn vastaajat ja haastateltavat antoivat asiantuntemustaan ja aikaa tutkimukselle, ja LL Jyri Niskanen auttoi tutkimuksen toteutuksessa hyvillä teknisillä taidoillaan.

Kelassa järjestettiin tutkimuksen valmistuttua webinaari. Olemme lisäksi esittäneet tutkimuksemme tuloksia sosiaali- ja terveysministeriössä ja muilla foorumeilla, myös kansainvälisesti, ja saaneet kannustusta esittää tutkimusta julkaistavaksi Kelan julkaisusarjassa. Erityinen kiitos Kelan tutkimusyksikön vastaavalle julkaisutoimittajalle Tarja Hyväriselle, joka viimeisteli julkaisun kieliasun.

Toivomme, että tämä tutkimus innostaa lukijoita syventämään ymmärrystään sosiaalivakuutuslääketieteen käytännöistä eri puolilla Eurooppaa ja herättää mielenkiintoa suomalaisen järjestelmän kehittämismahdollisuuksiin.

Espoossa ja Helsingissä elokuussa 2026

Anne Lamminpää, Ari Kaukiainen ja Kari Reijula

Sisältö

1 Johdanto **7**
1.1 Tutkimuksen tausta ja tarve 7
1.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset 10

2 Tutkimusaineisto ja menetelmät **11**

3 Tulokset **14**
3.1 Kirjallisuuskatsaus 14
3.1.1 Työ- ja toimintakyvyn mittaaminen 14
3.1.2 Työkyvyttömyyden arviointiin osallistuvat toimijat 24
3.1.3 Työkyvyttömyysarviointiin osallistuvien koulutus sekä hoitosuositusten soveltaminen vakuutuslääkärien työhön 34
3.1.4 Työkyvyn arviointiprosessissa käytettävät välineet 37
3.1.5 Työkyvyttömän työhön paluuseen liittyvä eri toimijoiden yhteistyö eräissä EU-maissa 39
3.2 Kyselyt eri maiden vakuutuslääketieteen toimijoille 40
3.2.1 Kyselyyn vastanneiden vakuutuslääkäreiden tausta 41
3.2.2 Vakuutuslääketieteellinen arviointi kyselyn kohdemaissa 42
3.2.3 Vakuutuslääkärien toiminta kyselyn kohdemaassa 48
3.2.4 Näyttöön perustuvan tutkimuksen ja menetelmien käyttö 50
3.2.5 Kyselyn tulosten pohdinta 51
3.3 Haastattelut maittain 52
3.3.1 Suomi (Kela ja työeläkelaitos) 53
3.3.2 Espanja 55
3.3.3 Ruotsi 57
3.3.4 Ranska 58
3.3.5 Saksa 59
3.3.6 Italia 60
3.3.7 Alankomaat 61
3.3.8 Yhteenveto haastatteluista 62

4 Yhteenveto **64**
4.1 Vakuutetun tutkimus- ja arviointiprosessi 65
4.2 Vakuutuslaitoksen asiantuntijalääkärin tehtävät 66
4.3 Arviointia toteuttavien lääkäreiden koulutus 67
4.4 Laadunarviointi 68

5 Johtopäätökset ja suositukset ... 69
5.1 Suomen vakuutusjärjestelmät ... 69
5.2 Vakuutuslaitoksen arviointia edeltävä terveydenhuollon toiminta ... 70
5.3 Vakuutuslääkärit ja tehtävien jako vakuutuslaitoksissa ... 71
5.4 Vakuutuslääketieteellisen arvioinnin laatu ... 71
5.5 Menetelmät ja vakuutetun osallistuminen ... 72
5.6 Kuntoutus ... 73

Lähteet ... 75

Liite ... 82

1 Johdanto

Vakuutuslääketieteellistä arviointia tulee tarkastella osana henkilövakuutusjärjestelmiä ja niihin vaikuttavaa yhteiskunnallista, terveydellistä, teknistä ja taloudellista kehitystä. Vaikka sosiaalivakuutusjärjestelmät ovat kansallisia, suomalainen vakuutussektori ei ole irrallaan kansainvälisestä tai muiden EU-maiden kehityksestä. Vakuutussektorin ja lääketieteen kehitys vaikuttaa vakuutuslääketieteellisen toiminnan järjestämistapoihin.

Vakuutusjärjestelmiä ja vakuutuslajeja on useita, ja monessa näistä on lisääntyvästi korostumassa asiakastyytyväisyys vakuutustapahtumien ennaltaehkäisyn, kuntoutuksen ja korvaamisen ohella (Mahlow & Wagner, 2016).

Työkyvyttömyysarvioinnit perustuvat perinteisesti pääasiassa lainsäädäntöön, hallinnollisiin sääntöihin ja lääkäreiden asiantuntemukseen. Todennäköisyys palata työhön yli vuoden kestävän työkyvyttömyyden jälkeen on alle 20 %:n luokkaa (Wynne & McAnanay, 2004).

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vakuutuslääkärijärjestelmän toimintaa eräissä EU-maissa sekä vertailla näiden maiden järjestelmiä Suomen järjestelmään. Keskityimme erityisesti työkyvyn arviointiin liittyvään vakuutuslääketieteelliseen toimintaan.

1.1 Tutkimuksen tausta ja tarve

Monissa korkean tulotason maissa ollaan siirtymässä työkyvyttömyysetuuksia painottavasta sosiaaliturvapolitiikasta työelämään palaamisen edistämistä tukeviin toimenpiteisiin siten, että hyödynnetään työkyvyttömän jäljellä olevaa työkykyä (OECD, 2010). Vaikka työkyvyn arvioinneilla voi olla erilaisia ulottuvuuksia ja tavoitteita, ne heijastavat yleensä ajatusta siitä, että työkyky on avainasemassa terveyden, taloudellisen omavaraisuuden ja sosiaalisen aseman palauttamiseen (Bickenbach ym., 2015).

Sosiaaliturvajärjestelmissä voidaan yleensä erottaa kaksi työkyvyn arvioinnin päätavoitetta. Toisaalta arvioinneissa keskitytään päätöksiin, joilla ratkaistaan oikeus työkyvyttömyysetuuksiin, ja toisaalta siihen, minkälaista ja minkä verran työtä arvioinnin kohteena olevat vakuutetut voivat vielä tehdä (Sengers ym., 2022).

Työkyky on relevantti käsite työlääketieteessä ja vakuutuslääketieteessä. Sairaus on vain yksi työkykyyn vaikuttavista useista tekijöistä (Airila ym., 2012; Bethge & Radoschewski, 2010; Blomgren ym., 2023, Ilmarinen, 2009; Karlsson ym., 2010;

Pohjonen, 2001; Tengland ym., 2011). Osana kansainvälistä suuntausta Suomessa on meneillään vakuutusalan murros ja laajentuminen sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn sekä hoidon alueelle samaan aikaan, kun EU-tasoinen sääntely lisääntyy. Myös etälääketieteen merkitys kasvaa voimakkaasti. Korvausprosesseissa korostuvat vakuutetun henkilön neuvonta, ohjaaminen, sujuvuus, selkeys ja asiakastyytyväisyys.

Läntisissä teollisuusmaissa terveyspalveluja on järjestetty eri tavoin (European Agency for Safety and Health at Work & Elsler, 2010). Suomen terveydenhuollossa on aineksia eri malleista, mikä vaikeuttaa kokonaisuuden hallintaa. Suomen terveysjärjestelmä on monimutkainen ja hajautettu. Lisäksi väestö ikääntyy, mikä edellyttää mittavia uudistuksia terveydenhuollon saavutettavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi samanaikaisesti, kun järjestelmää tulisi tehostaa ja sen kustannuksia hillitä (OECD, 2017). Huoltosuhde haastaa järjestelmiä ylläpitämään työikäisten vakuutettujen työ- ja toimintakykyä.

Korvaustoiminnalle on tyypillistä se, että osa vakuutetuista saa hylkääviä tai muuten epämieluisia päätöksiä. Vakuutuslaitosten haasteita ovat selkeät ja ymmärrettävät päätökset sekä vakuutetun tukeminen hänen prosessissaan, jossa työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen ovat keskiöissä. Tavoitteena on korvausprosessi, jossa ei synny vastakkainasettelua ja joka tuo lisäarvoa vakuutetun työ- ja toimintakykyyn. Korvauspäätösten edellytys on kuitenkin aina yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus.

Vakuutuslääketiede soveltaa lääketieteellistä tietoa ja kokemusta sairauksista, vammoista, seurauksista ja hoidoista sosiaalivakuutuksen ja yksityisen henkilövakuutuksen oikeudellisiin käsitteisiin – vakuutussopimuksen solmimiseen, korvattavuuteen ja hylkäyspäätösten perusteisiin. Vakuutuslääketieteessä katsotaan, että työtapaturmissa, joissa työkyvyttömyyskorvauksen lisäksi tullaan maksamaan myös muita etuuksia, tarvitaan näyttöä uusien hoitomuotojen tehokkuudesta ennen kuin ne voidaan hyväksyä korvattaviksi. Suomessa vakuutuslääketieteen keskeisiä soveltamisalueita ovat Kelan etuudet, työeläke-etuudet, lakisääteinen tapaturmavakuutus (työtapaturmat ja liikennetapaturmat, maanpuolustuksen palvelusturva) sekä vapaaehtoiset vakuutukset (henki-, sairauskulu-, matka- ja vastuuvakuutukset) ja liikennevakuutus. Keskeiset vakuutuslääketieteelliset kysymykset koskevat työ- ja toimintakyvyn, syy-yhteyden, riskin ja haitan arviointia (Juntunen, 2008). Asiantuntijalääkäreillä on sosiaalivakuutusjärjestelmässä tärkeä tehtävä vakuutettujen yhdenvertaisen kohtelun, oikeusturvan toteutumisen ja etuusjärjestelmien kestävän rahoituksen turvaamiseksi (StVM 45/2020 vp). Rahoituksen turvaaminen viittaa myös vakuutetun oikeuteen saada lainmukainen toimeentulo ja korvaus työkyvyttömyyden osalta.

Vakuutuslääketieteellinen arviointi vakuutuslaitoksissa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi kliinisessä työssä eivät ole ongelmattomia (Barth ym., 2017). Useimmissa maissa lääkäreiden rooli työkyvyn ja työkyvyttömyyden arviointiprosesseissa on keskeinen. Tätä pidetään monimutkaisena tehtävänä, koska toiminnallisia rajoitteita ei voida johtaa tai määrittää suoraan lääketieteellisestä diagnoosista. Pohjoismaissa, kuten Suomessa, asiakirjoihin perustuva vakuutuslääketieteellinen arviointi on tavallinen käytäntö, mutta monessa muussa Euroopan maassa arviointi perustuu tapaamiseen (de Wind ym., 2016). Tapaamiseen perustuvassa vakuutuslääketieteellisessä arviossa käytännön työkaluja ovat kyselylomakkeet, suoritustestit ja haastattelut (Spanjer ym., 2016). Suomessa on kokeiltu vakuutetun toimintakykyä määrittävää PCA-menetelmää (*Personal Cability Assessment*) kliinisissä työkyvyn arvioissa (Virta & Lahtela, 2005). Useimmissa maissa vakuutusetuuksien myöntämiseen ei riitä pelkästään hoitavan lääkärin arvio, vaan se edellyttää julkisen tai yksityisen vakuutuslaitoksen lääkärin tai muun virkailijan hyväksyntää (Söderberg & Alexanderson, 2005).

Terveydenhuollon laatukriteereitä, kuten IOM:n laatukriteereitä (Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine, 2001), voidaan sopivin osin soveltaa vakuutuslääketieteelliseen toimintaan. Suomalaisessa järjestelmässä vakuutuslaitoksen ratkaisutoiminnan (korvausosastojen ja lääkäreiden) laatua voidaan mitata, osin epäsuorasti, seuraamalla valitusten määrää ja niiden muuttumista valitusasteissa.

Hoitavilla tahoilla on mahdollisuus vaikuttaa sairauksien ja vammojen ennaltaehkäisyyn sekä hoitoon ja työkyvyn tukemiseen ennen vakuutuslaitosten korvausprosesseja ja -päätöksiä (Tiitola ym., 2016). Tätä mahdollisuutta vakuutetun tukemiseksi ei ole riittävästi hyödynnetty. Työkyvyttömän henkilön, hoitolaitoksen ja vakuutuslaitoksen yhteistoimintaa voidaan parantaa (Kilgour ym., 2015) sujuvien hoito- ja kuntoutusketjujen sekä työkyvyn palautumisen varmistamiseksi.

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2018 vakuutuslääkärijärjestelmää kehittävän neuvottelukunnan, jonka tehtävänä oli jatkaa vakuutuslääkärijärjestelmän kehittämistä aiempien hankkeiden ja selvitysten pohjalta. Aiempi vakuutuslääkärityötä koskeva selvitystyö tehtiin vuosina 2012–2014 (Vakuutuslääkärijärjestelmää kehittävä työryhmä, 2014). Neuvottelukunta asetettiin uudelleen kaudeksi 5/2021–4/2024, tällöin nimellä Vakuutuslääkäritoiminnan kehittämisen neuvottelukunta, ja jälleen uudelleen kaudeksi 2024–2027. Neuvottelukunnan tavoitteena oli lisätä vakuutuslääkäritoiminnan ja sosiaalivakuutusjärjestelmän avoimuutta ja läpinäkyvyyttä sekä parantaa kansalaisten luottamusta siihen.

Suomessa säädettiin vuonna 2019 yliopistosairaaloille velvollisuus antaa lääketieteellisiä asiantuntijalausuntoja tuomioistuimille erilliskorvausta vastaan.

Vuonna 2023 päättyneellä hallituskaudella muutettiin työtapaturma- ja ammattitautilakia, työeläkelakeja ja Kansaneläkelaitoksesta annettua lakia. Lakeihin lisättiin aiempaa yksityiskohtaisemmat säännökset tavasta, jolla vakuutuslääkäri ottaa kantaa etuusasiasta saatuihin lääketieteellisiin selvityksiin.

1.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten vakuutuslääkärijärjestelmä toimii eräissä EU-maissa ja millaisia muiden maiden järjestelmät ovat verrattuna Suomen järjestelmään.

Tutkimuskysymyksiä olivat seuraavat:

A. Miten Suomen sairausvakuutusetuuksia vastaavien etuuksien arvioinnissa tarvittava lääketieteellinen asiantuntijuus on eräissä EU-maissa järjestetty?
B. Millaisissa työsuhteissa vakuutuslääkärit toimivat?
C. Miten potilaita ja eri etuuksia hakevia tutkitaan ja miten toimintakykyä mitataan ja dokumentoidaan?
D. Miten näyttöön pohjautuvaan lääketieteeseen ja terveydenhuollon menetelmien arviointiin perustuvaa tietoa hyödynnetään vakuutuslääketieteellisessä arvioinnissa?

Kelan kohdennettu tutkimusrahoitus (KKRL12-rahoitus) määritti tavoitteen ja tutkimuskysymykset. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää eurooppalaisia sosiaalivakuutusetuuksien arviointiin liittyviä kehityssuuntia ja ottaa ne huomioon suomalaisen vakuutuslääkärijärjestelmän tarkastelussa.

2 Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimuskysymyksiä lähestyttiin kirjallisuuskatsauksen, sähköisen kyselytutkimuksen ja haastatteluiden avulla. Kyselyt ja haastattelut suunnattiin tunnistetuille vakuutuslääketieteellisen toiminnan edustajille kahdeksassa EU-maassa. Lopuksi laadittiin Suomen vakuutuslääkärijärjestelmää koskevia toimenpidesuosituksia.

Kohdemaiksi valittiin kahdeksan EU-maata: Saksa, Ranska, Espanja, Italia, Belgia, Alankomaat, Viro ja Ruotsi. Kohdemaiden valintaperusteet olivat seuraavat: Saksa, Ranska, Espanja ja Italia ovat suuria EU-maita. Italian väestörakenne vertautuu hyvin Suomeen. EU:n vakuutuslääkärijärjestön toimipaikka taas on Belgiassa. Alankomaat on tunnettu vakuutuspohjaisen terveydenhuollon kehittäjä, ja naapurimaitamme ovat Viro ja Ruotsi.

Kirjallisuuskatsauksen aluksi määriteltiin hakusanat ja termit. Haku tehtiin tietokannoista Medline, Scopus, ScienceDirect ja Proquest. Kirjallisuus- ja aineistokatsauksen perusteella tunnistettiin ja kuvailtiin keskeiset eurooppalaiset ja maakohtaiset vakuutusjärjestelmät ja niihin liittyvät vakuutuslääkärijärjestelmät. Kirjallisuushaku tehtiin vuosilta 2000–2022.

Hakualgoritmi:

(TITLE-ABS-KEY(“insurance” OR “social benefit” OR “social security”) AND TITLE(“europe*” OR “Finland” OR “Finnish” OR “Netherlands” OR “dutch” OR “holland” OR “Sweden” OR “Swedish” OR “Estonia*” OR “EU” OR “German*” OR “Spain” OR “Spanish” OR “France” OR “French” OR “Italy” OR “italian” OR “Belgium” OR “belgian”) OR ABS(“europe*” OR “Finland” OR “Finnish” OR “Netherlands” OR “dutch” OR “holland” OR “Sweden” OR “Swedish” OR “Estonia*” OR “EU” OR “German*” OR “Spain” OR “Spanish” OR “France” OR “French” OR “Italy” OR “italian” OR “Belgium” OR “belgian”) AND TITLE-ABS-KEY(“Work ability” OR “Work capacity” OR “work assessment” OR “disability assessment*”))

Kirjallisuuskatsauksen aihealueet jakautuivat kahteen osaan, joista ensimmäisessä etsittiin tutkimustietoa vakuutettujen työ- ja toimintakyvyn mittaamisesta ja toisessa vakuutettujen työ- ja toimintakyvyn arvioimisprosessiin osallistuvien tahojen (terveydenhuolto, vakuutettu, työnantaja, vakuutuslaitos) toimijoista, välineistä ja koulutuksesta.

Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin tutkimuskysymystä C: miten potilaita ja eri etuuksia hakevia tutkitaan ja miten toimintakykyä mitataan ja dokumentoidaan. Kirjallisuudesta löytyi vastauksia myös kysymykseen D: miten näyttöön perustu-

vaan lääketieteeseen ja terveydenhuollon menetelmien arviointiin perustuvaa tietoa hyödynnetään vakuutuslääketieteellisessä arvioinnissa.

Kyselytutkimus kohdistettiin kyselyn kohdemaiden vakuutuslääketieteen asiantuntijoille. Asiantuntijoiden valinnassa pyrittiin varmistamaan vastaajan tietämys tutkimusaiheista esimerkiksi vastaajan työtehtävän, työnantajaorganisaation ja kokemuksen perusteella. Asiantuntijoiden tunnistamisessa hyödynnettiin kansainvälisiä järjestöjä, kuten European Union of Medicine in Assurance and Social Security - (EUMASS), International Committee for Insurance Medicine - (ICLAM) ja Cohcrane Insurance Medicine -verkostoja sekä kirjallisuushaun artikkelien kirjoittajalistauksia. Sopiviksi asiantuntijoiksi tunnistettiin henkilöitä yliopistoista ja vakuutuslaitoksista. Mahdollisia vastaajia tunnistettiin yhteensä 36 muista EU-maista ja kaksi kyselyä lähetettiin asiantuntijoille Suomessa (Kela ja yksi työeläkelaitos).

Sähköinen kyselytutkimus tutkimukseen valittujen EU-maiden tunnistetuille vakuutuslääketieteellisen toiminnan edustajille toteutettiin Microsoft Forms -alustalla. Kyselytutkimuksen tavoitteena oli tarkentaa tietoja eurooppalaisista vakuutuslääkärijärjestelmistä.

Kysely koostui yhteensä 49 pääkysymyksestä, joista 8 liittyi vastaajan taustaan, koulutukseen ja työkokemukseen, 8 kysymystä vakuutuslääkärien koulutukseen ja työkokemukseen kohdemaassa, 17 kysymystä vakuutuslääketieteellisen arvioinnin suoritukseen, 9 kysymystä vakuutuslääkärien toimintaan, 5 kysymystä tutkitun tiedon hyödyntämiseen ja 2 kysymystä halukkuuteen osallistua tutkimuksen haastatteluosuuteen tai vastata mahdollisiin lisäkysymyksiin. Kysely on tämän julkaisun liitteenä (s. 82–88). Raportissa kyselyn kysymyksiin viitataan numeroin. Vaikka kyselyssä kysymysten alakohtia ei ole merkitty kirjaimin, tarkennusta tarvittaessa kysymyksiin viitataan numero-kirjainyhdistelmällä (esim. 24b, 27a–d).

Sähköinen kysely laadittiin englanniksi ja lähettiin sähköpostitse vastaajien työsähköpostiin. Kyselyn saaja saattoi suositella vastaajaksi toista asiantuntijaa, jolle kysely sitten lähetettiin. Vastaamatta jättäneille asiantuntijoille lähettiin vielä 1–2 muistutusviestiä.

Kyselytutkimuksella ja täydentävillä haastatteluilla pyrittiin löytämään vastaukset tutkimuskysymykseen A: Miten Suomen sairausvakuutusetuuksia vastaavien etuuksien arvioinnissa tarvittava lääketieteellinen asiantuntijuus on eri maissa järjestetty? ja B: Millaisissa työsuhteissa vakuutuslääkärit toimivat?

Etähaastatteluihin kutsuttiin tunnistettuja henkilöitä ja/tai laitoksia ja yhteisöjä kohdemaista kyselytutkimuksen tulosten tarkentamiseksi. Haastattelut pidettiin Microsoftin Teams-viestintäsovelluksessa.

Kyselyiden ja haastatteluiden lisäksi käytimme tietolähteinä Euroopan komission alaisuudessa toimivia tietoverkostoja Eurostat, MISSOC (Mutual Information System on Social Protection) ja ANED (Academic Network of European Disability Experts). Eurostat tarjoaa kattavaa tietoa sosiaaliturvasta, MISSOC keskittyy viralliseen sosiaaliturvaan ja sen vertailuun, säännöksiin ja kriteereihin ja ANED puolestaan keskittyy vammaispolitiikan, toiminta- ja työkyvyttömyyden asiantuntijatietoon ja akateemiseen tutkimukseen.

Lopuksi arvioitiin suomalaisen järjestelmän nykytilaa ja annettiin toimenpidesuosituksia hyödyntäen tutkimuksen tuottamaa tietoa muiden EU-maiden vakuutuslääketieteellisestä arvioinnista.

3 Tulokset

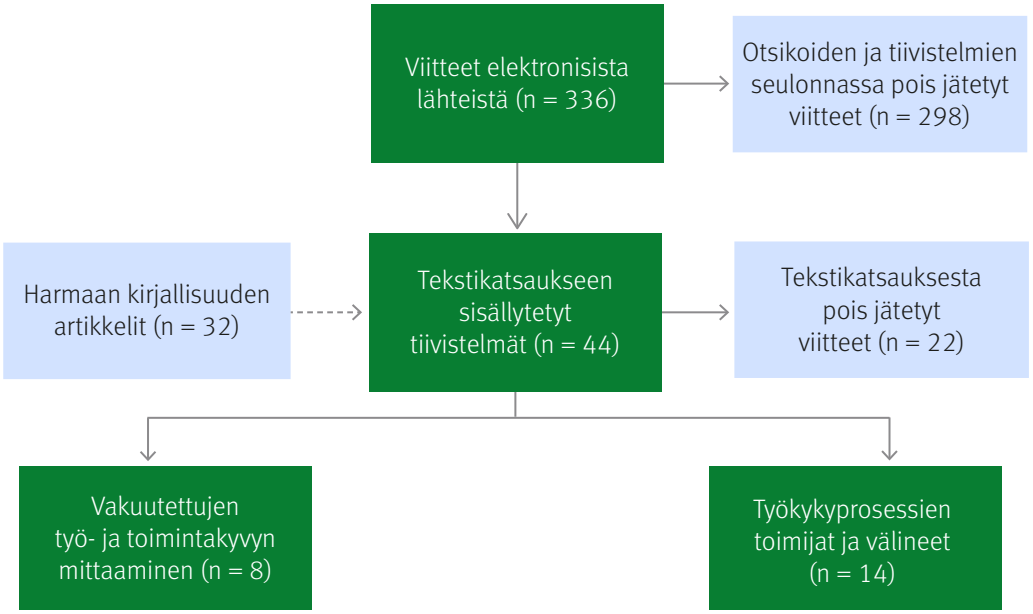
3.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus jakautui kahteen osaan: ensinnäkin etsittiin tutkimustietoa vakuutettujen työ- ja toimintakyvyn mittaamisesta sosiaalivakuutuslaitoksissa, ja toiseksi selvitettiin vakuutettujen työ- ja toimintakyvyn arviointiprosessiin vakuutettujen lisäksi osallistuvat terveydenhuollon, työnantajien ja vakuutuslaitosten toimijat, käytetyt arviointivälineet ja prosessiin osallistuvien koulutus.

3.1.1 Työ- ja toimintakyvyn mittaaminen

Kaikkiaan katsaukseen valikoitui kahdeksan relevanttia artikkelia, jotka liittyivät tutkimuskysymykseen vakuutuslääketieteelliseen työ- ja toimintakyvyn mittaamisesta sekä dokumentoinnista. Niiden yhteenveto on esitetty liitetaulukossa (s. 86). Artikkelit käsittelivät työkyvyttömyysarviointien kolmea käytäntöä (Geiger ym., 2018), vakuutetun osallistuvan käyttäytymisen arviointia (Sjobbema ym., 2018) insurance physicians (IPs, standardoituja työkyvyn arvioinnin välineitä (Schleifer ym., 2018)insurance physicians, toimintakykyluettelon käyttöä työkyvyttömyyden arvioinnissa (Schellart ym., 2011), työkyvyttömyyden sairauskohtaisen arvioinnin ohjeita ja laadunarvioinnin kehittämistä (De Boer, Bruinvels ym., 2009), Alankomaissa kehitettyä kolmea haastattelujen toimintatapaa (protokollaa) työkyvyttömyyden arvioinnissa (De Boer, Wind ym., 2009), työkestävyyden arviointia (Boersema ym., 2018) ja syöpäpotilaiden työkyvyn arviointia (Van Muijen ym., 2015). Kirjallisuuskatsauksen valintaprosessi on kuvattu kuviossa 1.

Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen valintaprosessi.



Geigerin ym. (2018) tutkimus koski Alankomaita, Saksaa, Tanskaa, Norjaa, Yhdysvaltoja, Kanadaa, Australiaa ja Uutta-Seelantia. Tutkimuksessa tunnistettiin tapaustutkimusten perusteella kolme tapaa työkyvyttömyyden arviointiin. Arviointitavat ovat demonstroitu arviointi (käytetään arvioitavien kokemuksia työmarkkinoilta), strukturoitu arviointi (toiminnallisten vaatimusten sovittaminen työpaikan vaatimuksiin) ja asiantuntija-arvio (ammattilaisten suorittama arviointi).

Sjobbema ym. (2018) tutkivat Alankomaissa työkyvyttömyysetuuksien hakijoiden osallistuvaa käyttäytymistä (*participatory behaviour*) vakuutuslääkärin näkökulmasta. Alankomaiden sosiaaliturvajärjestelmässä työkyvyttömyysetuuden hakijoiden toiminnallisia rajoituksia arvioivien vakuutuslääkäreiden on arvioitava myös, pyrkiikö työkyvyttömyysetuuden hakija sairauspoissaolonsa aikana riittävästi terveyden palautumiseen ja työhön paluuseen. Alankomaiden lisäksi myös ainakin Itävallassa, Saksassa ja Sveitsissä työkyvyttömyysetuuksien hakijoiden osallistumisvaatimuksista säädetään laissa (OECD, 2010).

Sjobbeman ym. (2018) tutkimuksen taustalla oli Alankomaiden vakuutuslääketieteellisen yhdistyksen vuonna 2009 tekemä ohje, joka perustui käytäntöön, mutta se on myöhemmin vertaisarvioitu, hyväksytty ja julkaistu (NVVG, 2010). Ohje on tarkoitettu vakuutuslääkäreiden arviointityön tukemiseksi. Ohjeen on tehnyt monialainen ryhmä, johon ovat osallistuneet vakuutuslaitoksen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen lääkärit, psykologit, lakimiehet ja potilasorganisaatioiden edustajat.

Yksi lääkäreiden arvioinnin kohteista oli osallistuva käyttäytyminen (taulukko 1, s. 16; kuvio 2, s. 17). Osallistuva käyttäytyminen on osa biopsykososiaalista viitekehystä ja sisältää myös viivästyneen työhön paluun tunnistamisen ja kuvaamisen. (Sjobbema ym., 2018.)

Alankomaissa vakuutuslääkärit odottavat, että työkyvyttömyysetuuksien hakijat ovat aktiivisia ja yhteistyöhaluisia ja noudattavat näyttöön perustuvia hoito-ohjeita terveytensä edistämiseksi. Jos hakija ei ole riittävän aktiivinen, vakuutuslääkäri kirjaa tämän arviointiinsa.

Osallistuvaa käyttäytymistä koskevien keskusteluiden seitsemän teemaa Alankomaissa Sjobbeman ym. (2018) mukaan:

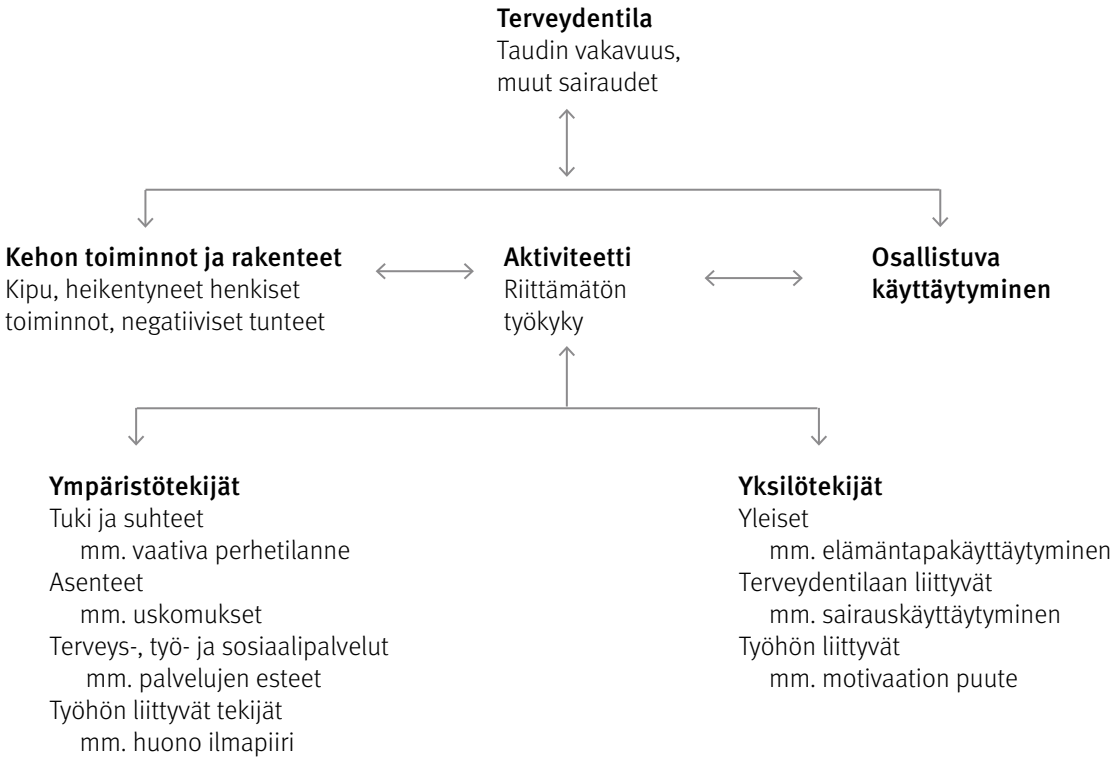
1. Aktiivisuuden merkitys työkyvyttömyysetuuksien hakijoiden käyttäytymisessä
2. työkyvyttömyysetuuksia hakevien vaadittu työpanos: asianmukaisen ja riittämättömän osallistuvan käyttäytymisen välinen ero
3. hakijoiden asenne
4. sairauspoissaoloon liittyvät hyödyt: työkyvyttömyysetuuksien toissijainen hyöty
5. lääketieteellisen hoidon kriteerit
6. elintapojen merkitys
7. asianmukaisen osallistuvan käyttäytymisen toivottu tulos.

Taulukko 1. Osallistuvan käyttäytymisen tunnistettuja teemoja ja alateemoja Alankomaissa.

Teema	**Alateema**
1. Osallistuminen lopputulemana	Osallistuminen työhön
	Osallistuminen muille elämänaloille
2. Hakijoiden työkyvyttömyysetuusprosessiin liittyvä osallistuminen	Työhön liittyvä toiminta
	Aktiviteetin muuhun osallistumiseen elämässä
	Toimintojen / aktiviteettien sisältö ja laatu
	Aktiviteettien /osallistumisen määrä
3. Hakijan osallistumiseen liittyvät uskomukset ja asenteet	Motivaatio
	Vastaanottavaisuus, asenne työhön paluuseen
	Osallistuminen
4. Palautumiskäyttäytyminen	Toimintakyvyn parantaminen
	Terveyden parantaminen
	Elintapojen paraneminen

Lähde: Sjobbema ym., 2018.

Kuvio 2. ICF:n mukaan luokitellut riittämättömän osallistuvan käyttäytymisen tekijät.



Lähde: Sjobbema ym., 2018 (mukailtu).

Schleiferin ym. (2018) tutkimuksessa selvitettiin mielialaoireisten potilaiden työkyvynarvioinnin välineitä Saksassa. Useimmissa sosiaaliturvajärjestelmissä työkyvyn ja työkyvyttömyyden arviointi perustuu lääkärintarkastukseen (Anner ym., 2014). Vaikka tällaisten tutkimusten pätevyys ja luotettavuus ovat ratkaisevia laatukriteerejä, on näyttöä asiantuntijapäätösten epäyhtenäisyydestä ja siitä johtuvasta hakijoiden eriarvoisuudesta lain edessä (Socialstyrelsen, 2017). Strukturoimattomien ja validoimattomien menettelyjen käyttö aiheuttaa edelleen epätarkkoja arvioita hakijoiden henkilökohtaisista voimavaroista, kuntoutusmahdollisuuksista sekä sosiaalisista ja ammatillisista tuloksista (Spanjer ym., 2010).

Saksankielisissä maissa psykiatristen potilaiden työkyvyn arvioinnissa käytetään yleensä Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälisestä toimintakyvyn, toimintarajoitteisuuden ja terveyden luokituksesta (ICF) muokattua ja lyhennettyä mittaria *Mini-ICF-APP* (Baron & Linden, 2009). Sitä ei kuitenkaan ole validoitu vakuutuslääketieteellisessä ympäristössä.

On todennäköistä, että mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden työkyvyn asiantuntija-arviointiin ei ole validoituja, strukturoituja välineitä (Canela ym., 2016). Schleiferin ym. (2018) tutkimus on osa hanketta, jossa kehitetään validoitua instrumenttia nimeltä REAcT (*Risikoeinschätzung für Einschränkungen der*

beruflichen Aktivität und Teilhabe, englanniksi *Risk assessment for restrictions of work activity and participation*).

Tutkimuksen (Schleifer ym., 2018) ensimmäinen vaihe koostui havaittujen tarpeiden ja vaikeuksien arvioinnista. Erityisesti tutkijoita kiinnosti se, nouseeko standardoitujen työkalujen puute todelliseksi tarpeeksi lääketieteen ammattilaisten raporteissa. Tutkimuksen mukaan asiantuntijoista 30 % käytti Mini-ICF-APP-mittaria (suom. Mini-ICF-luokitus mielenterveyshäiriöiden aktiivisuus- ja osallistumishäiriöille) (Molodynski ym., 2013), 13 % käytti GAF-mittaria (*Global Assessment of Functioning scale*, suom. toimintakyvyn arvioinnin asteikko) ja 8 % ilmoitti muista instrumenteista (liitetaulukko, s. 86).

Schleiferin ym. (2018) tutkimuksen mukaan vastaajat kannattivat ylivoimaisesti tällaisen työkalun käyttöä sekä vakuutuslääketieteellisessä että terapeuttisessa ympäristössä. Suuri osa (n 20–30 %) osallistujista nimesi neljä ominaisuutta instrumentin toivottavimmiksi ominaisuuksiksi: korkea ennustettavuus (*high predictiveness*), korkea havainnoijien välinen yhteneväisyys (*interrater agreement*), hyvä ymmärrettävyys maallikoille ja korkea oireiden luotettavuus (*symptom validity*).

Schellart ym. (2011) tutkivat, miten vakuutuslääkäreiden pitkien sairauspoissaolojen työkyvyn arvioinnit vaihtelivat ja miten heidän asenteensa, sosiaaliset norminsa ja minäpystyvyyteensä vaikuttivat arviointeihin Alankomaissa. Eräät tutkimukset osoittavat, että lääkärit voivat päätyä erilaisiin tulkintoihin ja määrätä erilaisia hoitoja potilaille, joilla on samat kliiniset oireet ja anamneesi (Hemkes, 1999). Eisenberg (1985, 2002) on koonnut eri tutkimuksista poimittuja syitä lääkäreiden arviointien väliseen vaihteluun. Vaihtelua saattavat selittää käytännön toimintatapa, henkilökohtaiset ominaisuudet, kollegoiden vaikutus ja lääkärin toimen harjoittamiseen liittyvä epävarmuus sekä tapa, jolla lääkärit käsittelevät sitä.

Alankomaissa vakuutuslääkäri yleensä aloittaa asiakkaan työrajoitusten arvioimisen tämän koetuista toiminnallisista rajoituksista. Hän voi saada lisätietoja tilaamalla lisätestejä tai ottamalla yhteyttä yleislääkäriin, erikoislääkäriin tai muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen tai työterveyslääkäriin, joka on arvioinut vakuutettua tämän kahden ensimmäisen työkyvyttömyysvuoden ajan. Asiakkaille, joilla on vakava sairaus tai vamma ja joilla ei katsota olevan realistista mahdollisuutta toipua, vakuutuslääkäri voi arvioida täyden työkyvyttömyyden lääketieteellisellä perusteella ”kestävää työkapasiteettia ei ole jäljellä”.

Kaikkien muiden asiakkaiden työkyky määritetään käyttämällä toimintakykyluetteloa (FAL, *Functional Ability List*). Välineenä FAL-toimintakykyluettelo kuuluu Alankomaissa lakisääteiseen kehykseen työkyvyttömyyden arviointityössä. Tähän

luetteloon lääkäri syöttää asiakkaan pisteet rajoituksista ja kyvyistä. FAL-luettelo koostuu 106 osa-alueesta, jotka on jaettu kuuteen osaan: henkilökohtainen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky, fyysiseen ympäristöön sopeutuminen, dynaamiset liikkeet, staattinen asento ja työaika.

Noin 75 %:ssa tapauksista vakuutuslääkäri arvioi toiminnallisen asiakkaan kapasiteettia soveltamalla FAL-toimintakykyluetteloa (Broersen ym., 2011; UWV, 2003). Loput 25 % tapauksista käsittää kahdenlaisia asiakkaita: ne, jotka vakuutuslääkäreiden mielestä voivat jatkaa alkuperäistä työtään, ja ne, jotka ovat erittäin vaikeasti vajaakuntoisia (Broersen ym., 2011). Välineenä FAL-luettelo on osa osatyökykyisyyden arviointia koskevaa lakisääteistä kehystä.

Vakuutuslääkäreiden yksilöllisillä ominaisuuksilla ja mielipiteillä oli vähän vaikutusta eroavuuksiin. Tutkimus ei antanut viitteitä vaihtelujen syistä, mutta arvion mukaan vaihtelut voivat liittyä erilaisiin työrutiineihin tai poiketa näkemyksistä siitä, mikä on tavallisen työntekijän työmäärä.

De Boerin, Bruinvelsin ym. (2009) artikkelin mukaan Alankomaissa arvioinnin kelpoisuusvaatimukset ovat tiukentuneet pitkäaikaista työkyvyttömyyttä koskevan uuden lain täytäntöönpanon myötä. Englannissa uudistettiin pitkäaikaisen työkyvyttömyysetuuden henkilökohtaisen toimintakyvyn arviointi (Henderson, 2006), ja vastaavia muutoksia on tehty myös muissa maissa (OECD, 2010). Euroopan maissa on tavallista, että potilaalle valitaan parhaiten sopiva vaihtoehto sen perusteella, mitä potilas on kertonut ja mikä on paras saatavilla oleva kliininen käytäntö. Ohjeet eivät kuitenkaan rajoitu kliiniseen käytäntöön, vaan osa on otettu käyttöön myös työlääketieteessä ja sosiaalivakuutuslääketieteessä (Cates ym., 2006; Schaafsma ym., 2007). Sosiaalivakuutuslääketieteen arviointiohjeet ovat kuitenkin melko uusi työväline.

AGREE-arviointimittaria (*Appraisal of guidelines for research and evaluation*, suom. tutkimus- ja arviointiohjeiden arviointi) käytetään laajalti kliinisten kansallisten Käypä hoito -suositusten laadunarviointiin, mutta sitä ei juuri ole käytetty sosiaalivakuutuslääketieteessä. Sosiaalivakuutuslääketieteen sairauspainotteiset ohjeet otettiin ensin käyttöön Saksassa ja Alankomaissa.

De Boerin, Bruinsvelsin ym. (2009) tutkimuksessa todettiin, että ohjeet on suunniteltu tukemaan työkyvyttömyyden lääketieteellistä arviointia osoittamalla, mitä toimintakyvyttömyyttä on odotettavissa tapauksissa, joissa on tietty diagnoosi, esimerkiksi rintasyöpä, krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus, nikamien välinen lannerangan levytyrä tai sydäninfarkti.

Tutkimuksen perusteella on oletettavissa, että sairauksiin liittyvät ohjeet voivat olla hyödyllisiä myös muissa maissa ja voivat auttaa vakuutuslääkäreitä muodostamaan arvionsa työkyvystä. Työkyvyttömyyden arviointikäytännössä tämä merkitsisi tärkeää välinettä arvioinnin laadun valvomiseksi. AGREE-mittaria voidaan soveltaa hyvin sosiaalivakuutusalan suuntaviivojen kehittämisen laadunarviointiin. Joitakin pisteytyssääntöjä on kuitenkin mukautettava sosiaalivakuutuksen kontekstiin.

De Boer, Wind ym. (2009) tutkivat vakuutuslääkäreiden Alankomaissa käyttämiä haastattelutapoja (protokollia), joita on kolme: IMA (*Interviewing in methodic assessment*, suom. systemaattinen haastattelu) (De Boer ym., 1997), MCA (*Multicausal analysis*, suom. monitekijäanalyysi) (De Boer ym., 2000) ja DASI (*Capacity oriented assessment*, suom. kapasiteettiperusteinen arviointi) (Spanjer, 2000). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. ICF:n ja biopsykososiaalisen lähestymistavan (*BPS*) mukaiset haastattelutavat.

ICF	BPS	DASI	MCA	IMA
Sairaus, vika, vamma	Biologinen lähestymistapa	Informaatio sairaudesta	Terveys ja sairaus	Terveyshuolet rajoittavat toimintaa
Toiminnan rajoitukset	Biologinen	Todellinen toimintakyky	Todellinen toimintakyky	Terveyshuolet rajoittavat työtä ja vapaa-aikaa
Osallistumis-ongelmat	Sosiaalinen	Oma oletus tehdä omaa tai muuta työtä	Todellinen toimintakyky	Käsitys kyvyistä omaan tai muuhun työhön
Henkilökohtaiset tekijät	Psykologinen	Koettu työn kuormittavuus/rasittavuus	Henkilö itse	Motivaatio
Ympäristötekijät	Sosiaalinen	Työn kuvaus	Henkilökohtainen tilanne	Työn kuva

Haastattelukäytännöissä on kaikkiaan 18 aihealuetta, joista yleisimmät ovat hakijan omaan tai muuhun työhön soveltuva mielipide, terveysargumentit, työ, toiminnan havaitut rajoitukset ja esteet sekä todellinen toiminta. Tutkimuksessa (de Boer ym., 2009) käytäntöjä verrattiin toisiinsa. Vastaajia pyydettiin nimeämään aihealueet, jotka he aina kysyvät. 12 aihealuetta mainitsi yli 80 % vastaajista, kuusi aihetta 44–80 %. Vakuutetun arvio työkyvystään omassa tai muussa työssä kysyttiin kaikissa käytännöissä aina. (Taulukko 3, s. 21.)

Taulukko 3. Haastattelukäytäntöjen aiheet ja aiheiden osuudet eri käytännöissä yhteensä.

Aihe	Kaikki (%)
Hakijan arvio työkyvystään omaan tai muuhun työhön (N = 99)	100
Terveysperustelut (N = 99)	99
Työ (N = 99)	99
Toiminnan havaitut rajoitukset	97
Todellinen toiminta (N = 99)	94
Sairaushistoria (N = 99)	95
Yksityiselämän tilanne (N = 99)	93
Aktiviteetit/vammat (N = 99)	91
Vakuutuslääkärin johtopäätös (N = 99)	90
Tulevaisuus (N = 99)	88
Yleinen terveys (N = 99)	82
Mahdollisuus muuhun työhön (N = 99)	86
Motivaatio (N = 99)	68
Elämäntapahtumat (N = 99)	67
Mielen ja luonteen muuttuminen (N = 99)	62
Olemus (N = 99)	59
Yleinen terveydentila (N = 99)	49
Työkyvyttömyyden syyt (N = 99)	44

Lähde: de Boer, Wind ym., 2009.

Työkyvyttömyysetuuden hakijan oikeudenmukainen arviointi edellyttää muun muassa, että hakijaa kehotetaan esittämään vaatimuksensa ja perustelunsa. Ammattilaisen tehtävä on arvioida hakijan työkykyä tämän vaatimusten ja argumenttien perusteella sen sijaan, että työkyvyttömyys määritettäisiin vain oletettujen objektiivisten lääketieteellisten löydösten perusteella. On kuitenkin epävarmaa, kuinka pätevä ja luotettava hakijan käsitys tilanteestaan on ja miten hän ilmoittaa siitä korvausvaatimuksen arvioinnin yhteydessä.

AGREE-arviointivälineen mukaisesti hoitosuosituksia arvioitiin kuuden eri osa-alueen kautta: soveltamisalue ja tarkoitus, sidosryhmien osallistuminen, menetelmien tieteellisyys, esitystavan selkeys, sovellettavuus ja käyttökelpoisuus sekä toimituksellinen riippumattomuus.

Keskeiset haastatteluiden aiheet kattavat kaikki ICF:n osa-alueet. Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden tutkimiseen ja todentamiseen voidaan tarvita erilaisia arviointi-

menetelmiä kuin lyhytaikaisen työkyvyttömyyden tai muiden mahdollisten työkyvyttömyyden syiden, kuten tapaturmien, arvioimiseen.

Boersema ym. (2018) ovat esitelleet ja tutkineet käsitettä työkestävyys (*work endurance*) sekä sen käyttöön liittyviä käytäntöjä 16 EU-maassa (taulukko 4, s. 23). Lähes 25 % kroonisista terveysongelmista kärsivistä työskentelee osa-aikaisesti, kun vammattomilla vastaava luku on 14 % (OECD, 2010). Työkestävyys määritellään henkilön fyysiseksi ja henkiseksi kyvyksi työskennellä tietty tuntimäärä päivässä ja viikossa. Kyky työskennellä kokopäiväisesti tarkoittaa 35–42 viikkotyötuntia eri maiden käytäntöjen mukaan. Rajallista työkestävyyttä voidaan kuvata kyvyttömyytenä työskennellä kokopäiväisesti.

Alankomaissa on otettu käyttöön ammatillinen asiantuntijapohjainen ohje siitä, kuinka monta tuntia työkyvyttömyysetuuden hakija voi työskennellä päivässä ja viikossa (Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv.) Standaard verminderde, 2000). Ohjeen perusteella hakijan työkestävyyttä voidaan arvioida kolmen ulottuvuuden perusteella: yleinen energiavaje, sairaanhoidosta johtuva heikentynyt mahdollisuus palata työhön ja tulevan terveydentilan heikkenemisen estäminen. Alankomaalaisen selvityksen mukaan vakuutuslääkärit arvioivat asiantuntijapohjaista ohjetta käyttäen, että 48 % työkyvyttömyysetuuksien hakijoista pystyi työskentelemään vain rajoitetun työajan ja nämä vakuutetut saivat osatyökyvyttömyysetuuden.

Boerseman ym. (2018) tutkimuksessa todettiin, että käytetyimpiä työkestävyyden arviointimenetelmiä ovat kliininen testi, toimintakyvyn arviointi ja psykologinen testi. Kliinisiä testejä ovat nivelten joustavuustestit, kardiovaskulaarinen ja hengitysteiden toiminnallinen diagnostiikka, toimintakyvyn arviointi, ergometria, kliininen tutkimus, näkökenttätesti, kuvantaminen (mm. röntgen, MRI ja ultraääni), elektromyografia, endoskopia, laboratoriotesti, audiometria ja elektroenkefalografia. Muita testejä ovat kognitiivisen toiminnan testit, psykologiset testit, puolistrukturoidut haastattelut, itseraportointikysely ja psykiatrinen arviointi (taulukko 5, s. 23).

Taulukko 4. Työkestävyyden arviointi Euroopan maissa (n = 16).

Työkestävyyden arviointi	Belgia	Kroatia	Tšekki	Suomi	Ranska	Saksa	Italia	Norja	Puola	Romania	Slovakia	Slovenia	Ruotsi	Sveitsi	Alanko-maat	Yhdistynyt kuningaskunta
Osana työkyvyn arviointia	+/–	+/–	+	–	+	+	+	+	–	+	+	+	+	+	+	–
Vakuutuslääkärin tekemä työkestävyyden arvio	+	+	+/–	ei	+	+	+	+	ei	+	+	+	–	+	+	ei
Viralliset säännöt ja/tai ohjeet	–	–	+	–	+	+	–	+	+	+	+	+	+	–	+	–
Sisältää erityisiä toimintoja esim. istuminen, seisominen	mis	–	–	ei	–	–	mis	–	ei	+/–	mis	+	+	mis	+	ei
Sisältää työskentelyn enimmäis-keston arvioinnin	mis	–	–	ei	–	+	mis	+	ei	+/–	mis	+	+	mis	+	ei

+ = kyllä; – = ei; +/– = epäjohdonmukainen; mis = puuttuva vastaus; ei = ei käytettävissä.

Lähde: Boersema ym., 2018.

Taulukko 5. Työkestävyyden arviointiin käytetyt menetelmät ja asiantuntijoiden soveltuvuusluokitus (0–10) eräissä Euroopan maissa (n = 13).

Menetelmä	Belgia	Kroatia	Tšekki	Ranska	Saksa	Italia	Norja	Romania	Slovakia	Slovenia	Ruotsi	Sveitsi	Alankomaat	Keskimääräinen arvio
Puolistrukturoitu haastattelu	–	+ (9)	+/– (7)	– (5)	– (5)	–	+	– (7)	+	+/– (5)	+ (5)	+	+ (8)	6,4
Ergometria	–	– (10)	+/– (9)	–	+ (7)	–	+	+ (10)	+	+ (10)	+ (8)	+	– (4)	8,3
Toiminnallisen kapasiteetin arviointi	+	– (10)	+/– (10)	– (8)	+ (9)	+	+	+ (9)	+	+ (7)	+ (8)	+	– (5)	8,3
Psykologinen testi	–	+ (10)	+/– (8)	– (2)	+ (6)	–	+	+ (8,5)	+	+ (8)	+ (8)	+	+/– (7)	7,2
Kliininen testi	–	+ (10)	+ (10)	+ (7)	+ (5)	–	+	+ (8,5)	+	+ (9)	+/– (8)	+	+/– (7)	8,1
Testi kuntoutuskeskuksessa	–	+ (9)	– (8)	– (9)	+ (9)	–	+	– (6.5)	–	+ (6)	+/– (8)	+	– (7)	7,8
Itsearviointikysely	–	– (8)	– (5)	– (1)	– (3)	–	+	– (2)	–	+ (3)	+ (5)	+	+/– (8)	4,4

+ = kyllä; – = ei; +/ – = epäjohdonmukainen.

Lähde: Boersema ym., 2018.

ICF on hyödyllinen kehys kroonisten sairauksien ja fyysisen ja/tai henkisen toimintakyvyn rajoitusten välisten yhteyksien kartoittamiseksi työssä. Täyttä työkyvyttömyyttä ei ole nimenomaisesti luokiteltu ICF:ssä. Tutkimuksessa energiavajeisiin luetaan sekä fyysisen että henkisen energiatason laskun.

Kuntoutusohjelmaan oikeutettujen, kroonista sairautta sairastavien henkilöiden otoksessa suosituimmat ja useimmin toteutuneet työjärjestelyt sisälsivät vähemmän työtunteja (Varekamp & Van Dijk, 2010). Euroopan maissa työkyvyttömyyden arvioinnin suorittavat tyypillisesti lääkärit, jotka ilmoittavat havainnoistaan sosiaalivakuutukseen (De Boer ym., 2007).

Baandersin ym. (2001) tutkimuksen mukaan erilaisia kroonisia somaattisia sairauksia sairastavista mainitsi lyhennetyn työajan yleisimpänä työn sopeuttamiskeinona 5,8 %. Fyysiseen kestävyyteen ja uupuneisuuteen liittyvistä ongelmista ilmoitti 58,5 %.

Erityisesti työkestävyyden arviointiin tarkoitettujen asiantuntijalähtöisten ammatillisten ohjeiden käyttö on hyvin vähäistä, eikä näyttöön perustuvaa ohjeistusta ole lainkaan. Lähes puolessa Boerseman ym. tutkimista maista työkestävyyden arvioinnista on erimielisyyksiä. Jos työkestävyyden arviointiin ei ole käytettävissä luotettavia ja päteviä välineitä ja menetelmiä, tarvitaan lisätutkimuksia. (Boersema ym., 2018.)

3.1.2 Työkyvyttömyyden arviointiin osallistuvat toimijat

Kirjallisuuskatsauksen toisessa osassa tutkittiin artikkeleita, joissa oli tarkasteltu vakuutuslääketieteelliseen prosessiin osallistuvia toimijoita, kuten vakuutuslääkäreitä (Bengtsson Boström ym., 2020; Spanjer ym., 2008; Werner ym., 2016), vakuutettuja, vakuutuslaitoksen työtekijöitä, työnantajia ja työterveyden henkilökuntaa sekä vakuutuslääketieteen menetelmiä ja välineitä sekä koulutusta.

Useimpien kirjallisuuskatsauksen kohdemaiden sairausvakuutus- ja tapaturmavakuutusjärjestelmissä arvioidaan ihmisten työ- ja toimintakykyä, jotta heidän oikeutensa etuuksiin (Barth ym., 2017) ja kuntoutukseen (Letrilliart & Barrau, 2012) voidaan määrittää. Työkyky on monimutkainen käsite, eikä kuntoutusprosessin toimijoilla ole aina yksimielisyyttä siitä, miten sitä tulisi käsitteellistää tai mitata. Aina ei myöskään ole selvää, missä määrin työkykyarviot antavat tarkkoja kuvauksia henkilön työkyvystä, sillä arviointimenetelmien validiteetissa ja luotettavuudessa voi olla puutteita (Barth ym., 2017).

Nämä näkökohdat liittyvät menetelmän sisäiseen validiteettiin, esimerkiksi sen johdonmukaisuuteen ja tarkkuuteen, mutta myös sen ulkoiseen validiteettiin, esimerkiksi siihen, ovatko tulokset edustavia suhteessa arvioinnin kontekstiin.

Työhön paluu edellyttää usein monimutkaisia monialaisia interventioita ja useiden toimijoiden yhteistyötä, joiden tuloksia lääketieteelliset arvioinnit eivät todennäköisesti ennusta hyvin (Socialdepartementet, 2015).

Vakuutuslääketieteelliseen työkyvyn arviointiin osallistuviksi toimijoiksi, joista löytyi aiheeseen liittyviä tieteellisiä artikkeleita, tunnistettiin tässä tutkimuksessa vakuutuslääkärit, vakuutetut, vakuutuslaitoksen työntekijät, työnantajat ja työterveyshuollon henkilökunta.

Vakuutuslääkärit

Spanjerin ym. (2008) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, pystyvätkö vakuutuslääkärit tekemään kirjalliseen, sairaanhoitajan tekemään dokumentaatioon perustuvan työkyvyttömyysarvion sekä arvioimaan lääkäreiden välistä reliabiliteettia eli luotettavuutta työkyvyn arvioinnissa. Hollannissa vakuutuslääkärin tekemä työkyvyttömyysarvio perustuu potilaan haastatteluun ja tutkimukseen. Lisäksi vakuutuslääkäri voi usein saada lisätietoja hoitavalta lääkäriltä tai erikoislääkäriltä sekä työterveyslääkäriltä, joka on arvioinut vakuutetun terveydentilaa ensimmäiset kaksi vuotta.

Yhteensä 12 vakuutuslääkäriä käytti kirjallisia dokumentteja arvioidakseen 12 potilaan työrajoituksia. Dokumentit sisälsivät sairaanhoitajan suorittaman puolistrukturoidun, työkykyä koskevan haastattelun (DASI). Vakuutuslääkäreiltä kysyttiin, voisivatko he tehdä luotettavia arvioita näiden dokumenttien perusteella.

Työkykyisyyden arviointi tehtiin puolistrukturoidulla haastattelulla, jonka avulla haastattelija keräsi tietoja seuraavista asioista (Spanjer, 2004):

- työsuhteen tyyppi ja se, miten potilas kokee sen
- vammat – sairaushistoria, hoitavan lääkärin diagnoosi, lääkkeiden käyttö, valitukset ja hoito
- päivittäisessä elämässä ja työssä koetut rajoitteet, kuten nostaminen, kävely ja kumartuminen, joihin liittyvistä koetuista rajoitteista pyydetty potilaalta konkreettisia ja yksityiskohtaisia esimerkkejä
- osallistuminen – päivittäiset aktiviteetit (ADL), tavallisen päivän kuvaus, harrastukset kodinhoito, sosiaaliset kontaktit ja työ
- potilaan mielipide työrajoituksistaan.

Vakuutuslääkäreiden arviointien luotettavuutta mitattiin laskemalla, miten suuri osa heistä oli yksimielisiä kahden alankomaalaisen, yleisesti käytössä olevan, fyysisiä ja henkisiä toimintakykyrajoitteita mittaavan listan esiin nostamista eroista (*disability list*) (*the Functional Information System* (FIS) ja *Mental Ability List* (MAL)).

Työrajoitukset kirjataan standardoituun 28-kohtaiseen FIS-luetteloon (1996). Kohdista 27 liittyy fyysiseen vajavuuteen ja 1 henkiseen vajavuuteen.

Tulosten perusteella sairaanhoitajien raporttien (DASI) laatu arvioitiin kohtuulliseksi tai hyväksi. Puolet vakuutuslääkäreistä piti raportteihin perustuvaa arviota kohtuullisen luotettavana, 25 % päinvastaisena ja 25 % ei ottanut kantaa. Vakuutuslääkäreistä tätä mieltä oli jopa 76 % (vaihteluväli 64–88 %). Lääkäreiden välinen yksimielisyys potilaan toimintakyvyn kestosta päivää kohti oli vähäinen.

Vakuutuslääkäreiden luottamus fyysisten toimintakykyrajoitusten mittaamiseen käytettävään listaan (FIS) ja henkisen toimintakykyrajoitusten mittaamiseen käytettävään listaan (MAL) oli kirjallisten raporttien perusteella kohtuullinen tai hyvä. Arvioitaessa, kuinka monta tuntia potilaat pystyivät toimimaan päivittäin, arvioijien välinen luotettavuus oli heikko. Vakuutuslääkärien arvioinnit työrajoituksista vaihtelevat suuresti (Innes & Straker, 1999; Wolfson ym., 2000).

Puolet vakuutuslääkäreistä piti mahdollisena, että kirjallisiin tietoihin perustuva arvio on luotettava. Heidän mielestään puolistrukturoidun haastattelun suorittamiseen koulutettujen sairaanhoitajien tekemät kirjalliset potilaskertomukset olivat laadultaan kohtuullisia tai hyviä.

Wernerin ym. (2016) tutkimuksen tavoite oli verrata viiden Euroopan maan sairauspoissaoloarviointeja potilailla, joilla on vakavia subjektiivisia terveysvaivoja. Ranskan yleislääkäreiden ja Alankomaiden työterveys- ja vakuutuslääkäreiden tekemiä sairauspoissaoloarviointeja verrattiin skandinaavisten yleislääkäreiden tekemiin arviointeihin.

Yleislääkärit Ranskassa ja työterveys- tai vakuutuslääkärit Alankomaissa kokoontuivat katsomaan yhdeksän autenttista videotallennetta norjalaisesta yleislääkärin vastaanotosta. Kaikkiaan tutkimukseen osallistui 46 yleislääkäriä Ranskasta ja 93 työterveys- tai vakuutuslääkäriä Alankomaista. Ennen tutkimusta lääkärit kutsuttiin yhden päivän kestävälle vakavien terveysongelmien (*Severe subjective Health Complaints*, SHC) kurssille.

Useimmissa maissa yleislääkäri vastaa yleensä sairaustodistusten laatimisesta. Näin on myös Norjassa, jossa noin 80 % sairaustodistuksista myöntää yleislääkäri (Brage & Kann, 2006). Sairauspoissaolojen monimutkaiseen prosessiin vaikuttavat useat tekijät, kuten potilas, lääkäri, työpaikka sekä yhteiskunnan kulttuuriset ja taloudelliset olosuhteet (Werner & Côté, 2009). Sairauspoissaolotodistuksiin ja sairauspoissaolon pituuteen vaikuttavat myös todistusten kirjoittajat, kuten työterveyslääkärit ja vakuutuslääkärit (Beemsterboer, 2009). He toimivat tällöin ikään kuin virkamiehinä (*controlling officials*).

Tulosten mukaan ruotsalaiset yleislääkärit ja alankomaalaiset työterveys- tai vakuutuslääkärit myönsivät vähemmän todennäköisesti sairauspoissaolon potilaille, joilla oli vakavia terveysongelmia, verrattuna norjalaisiin yleislääkäreihin, kun taas tanskalaiset ja ranskalaiset yleislääkärit myönsivät sairauspoissaolon yhtä todennäköisesti kuin norjalaiset yleislääkärit.

Tutkijat arvioivat, että nämä havainnot saattavat johtua Ruotsissa ja Alankomaissa voimassa olevista sairauspoissaolo-ohjeista. Myös erot työoloissa, potilassuhteissa ja työterveyshuollon erikoislääkäreiden koulutuksessa ovat voineet vaikuttaa tuloksiin.

On pohdittu, pitäisikö yleislääkäreillä edelleen olla kaksoisrooli yhtäältä terveydenhuollon tarjoajana ja toisaalta portinvartijana sairauspoissaolon jälkeisten korvausten myöntämisessä. Joissakin maissa, kuten Alankomaissa, nämä kaksi tehtävää on erotettu toisistaan. Yleislääkäreitä voidaan arvostella siitä, että he ovat liian lähellä potilaitaan ollakseen objektiivisia arvioidessaan näiden työkykyä, kun taas työnantajan tai sosiaalivakuutuslaitoksen lääkäri (vakuutuslääkäri tai työterveyslääkäri) on vastaavasti liian kaukana potilaasta. (Werner ym., 2016.)

Tutkimus on ilmeisesti ensimmäinen, jossa verrataan lääkäreiden sairauspoissaoloarvioita videoleikkeiden avulla. Tämä tapa heijastaa todellista elämää paremmin kuin koulutuksessa usein käytetyt kirjalliset kuvaukset, koska videoiden välittämällä sanattomalla tiedolla on tärkeä rooli lääkärin arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa myös ensimmäisen kerran verrataan suoraan eri rooleissa olevien lääkäreiden sairauspoissaoloarvioita, toisin sanoen yleislääkärin kaksoisroolia ensisijaisena hoitajana ja portinvartijana verrattuna työterveyslääkärin tai vakuutuslääkärin rooliin vain portinvartijana.

Werner ym. (2016) arvioivat, että nämä erot voivat heijastaa asenteiden, osaamisen ja käytäntöjen eroja, jotka johtuvat Ruotsin ja Alankomaiden ohjeista, joita ei ole muissa maissa. Erot saattavat liittyä lääkäreiden praktiikan eroavuuksiin. Vakuutus- ja työterveyslääkäreiden väliset erot voivat heijastaa heidän erikoiskoulutustaan.

Bengtson-Boström ym. (2020) tutkivat fokusryhmähaastattelun avulla perusterveydenhuollon lääkäreiden sairauspoissaolojen määräämistä ja moniammatillista kuntoutusprosessia.

Vuonna 2005 Ruotsin hallitus toteutti uudistuksia, joilla pyrittiin vähentämään sairaustodistusten eriarvoisuutta ja kustannuksia sekä helpottamaan lääkäreiden työtä. Kun lääkäri antaa sairaustodistuksen, joka on Ruotsissa pakollinen potilaan sairauden kahdeksannesta päivästä lähtien, alkaa aikataulutettu kuntoutusprosessi, jossa myös työnantajilla ja sosiaalivakuutusvirkailijoilla on

tärkeä rooli potilaan työhön paluun helpottamiseksi. Tällä sairauspäivärahan kuntoutusprosessilla oli ehdoton määräaika (2,5 vuotta), joka kumottiin vuonna 2016 (Socialdepartementet, 2015). Jos työhön paluu on ongelmallista, koulutetut kuntoutuskoordinaattorit (esim. sairaanhoitajat, fysioterapeutit) ja/tai moniammatilliset kuntoutustiimit ottavat vastuuta henkilöstä.

Lääkäreille järjestettiin valtakunnallinen laaja koulutus, joka käsitti sairaustodistusprosessin, Ruotsin terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön ottaman päätöksenteon tuen (Socialstyrelsen, 2017) ja WHO:n kansainvälisen toimintaluokituksen (ICF) (The National Board of Health and Welfare, 2010). Haastattelututkimus osoitti, että yleislääkärit suhtautuivat myönteisesti muiden terveydenhuollon ammattilaisten sisällyttämiseen potilaan kuntoutusprosessiin.

Ruotsalaisten perusterveydenhuollon lääkäreiden fokusryhmähaastattelut (Bengtson-Boström ym., 2020) paljastivat, että sairaustodistukset koettiin haastaviksi viranomaisten, johdon ja potilaiden erilaisten vaatimusten vuoksi. Sairauspoissaolojen määrittämiseen liittyvät strategiat sisälsivät sekä aktiivisia toimenpiteitä että passiivista sopeutumista olosuhteisiin. Tutkimuksen perusteella ehdotettiin, että lääkäreiden työolojen parantamiseksi tulevaisuudessa tulee pitkien sairauspoissaolotodistusten laatiminen ja kuntoutuksen järjestäminen siirtää asiaan erikoistuneelle tiimille. Eri sidosryhmien rooleja on selkeytettävä ja työterveys- ja kuntoutuspalveluiden saatavuutta parannettava.

Tutkimusten tulosten perusteella ehdotettiin, että tulevaisuudessa lääkärit olisi vapautettava hallinnollisista tehtävistä, jotta he voisivat omistautua potilaiden lääketieteelliseen hoitoon. Lähes kaikki haastatteluryhmät ehdottivat, että tulevaisuudessa potilaat siirrettäisiin tietyn sairauspoissaolojakson jälkeen kuntoutustiimeille. Ruotsalaisen tutkimuksen (Ljungquist ym., 2015) mukaan työterveyslääkäreiden sairauspoissaolotodistusten laatimiseen liittyvä työtilanne ja osaaminen ovat paremmat kuin yleislääkäreillä.

Vakuutettujen oma rooli sairauspoissaolojen ja työkyvyn arvioinnissa

Ståhl ym. (2021) arvioivat vakuutettujen itsearviointia tulevien sairauspoissaolojen ennustajana Ruotsissa. Tutkimuksessa analysoitiin 300 potilaan asiakirjoja ja verrattiin niitä sairauspoissaolorekisteriin. Tutkimuksen perusteella itse arvioitu työkyky oli ainoa tekijä, jolla oli ennustearvoa suhteessa tuleviin sairauspoissaoloihin. Lääkäreiden arvioinneilla ei ollut ennustearvoa, paitsi jos henkilöllä oli näkö-, kuulo- tai puherajoite, joka ennakoi sosiaalivakuutuslaitoksen tulevia päätöksiä.

Ruotsin sairausvakuutusjärjestelmässä arvioidaan aluksi ammatillista työkykyä suhteessa työpaikkaan, jossa henkilö työskentelee. Sairauspäiväraha voi korvata

palkan menetystä 25, 50, 75 tai 100 % henkilön työajasta. Korvaus on noin 80 % menetetystä palkasta. Työttömien yleistä työkykyä arvioidaan suhteessa mihin tahansa työmarkkinoilla tavallisesti tarjolla olevaan työhön, ja 180 päivän kuluttua tällainen arviointi tehdään myös työllisille. 365 päivän kuluttua korvaus alennetaan 75 %:iin, jos sairautta ei pidetä vakavana.

Ruotsin sosiaalivakuutuslaitos (Försäkringskassan) on vuodesta 2018 lähtien soveltanut vakuutuslääketieteellistä menetelmää yleisen työkyvyn arviointiin, jota kutsutaan aktiivisuusarvioksi (*activity ability assessment*, *activitets förmågeutredningar*, AFU). Vaikka aktiivisuusarvio on malli, jota käytetään tietyssä kansallisessa kontekstissa, se on kansainvälisesti kiinnostava, koska se on esimerkki arviointimenetelmästä, joka keskittyy yleiseen työkykyyn ja joka on suunniteltu sopimaan kaikenlaisiin diagnooseihin. Aktiivisuusarvio on ruotsalainen yleisen työkyvyn arviointimenetelmä, joka perustuu hakijan arviointeihin yhdistettynä erityisesti koulutettujen lääkäreiden tutkimukseen ja tarvittaessa toimintaterapeuttien, fysioterapeuttien ja/tai psykologien laajennettuihin arviointeihin.

Aktiivisuusarvio pyrkii tarjoamaan kokonaisvaltaisen arvioinnin henkilön toiminnallisista ja aktiivisista rajoituksista. Siinä keskitytään arvioimaan erityisesti jäljellä olevaa toimintakykyä. Arviointiin sisältyy myös sairauden vuoksi poissa olevan henkilön itsearviointi, lääkärin tutkimus ja tarvittaessa toimintaterapeuttien, fysioterapeuttien ja/tai psykologien laajennettu arviointi. Lääkäri arvioi vakuutetun fyysistä ja henkistä tilaa, fyysistä voimaa ja kestävyyttä sekä tasapainoa ja koordinaatiota. Lisäksi vakuutetulle tehdään neuropsykiatrinen haastattelu, jos psykiatrinen diagnoosi on olemassa tai jos on epäily tällaisesta diagnoosista tai psyykkisestä tilasta. Arvioinnin perusteella Försäkringskassanin virkamies antaa henkilön yleisestä työkyvystä lausunnon, jonka perusteella arvioidaan oikeutta etuuksien jatkumiseen. Menetelmää on kuvattu tarkemmin Ståhlin ym. (2019) julkaisussa.

Ståhlin ym. (2021) tutkimuksessa selvitetään, voidaanko yleisten työkyvyn arviointien, jotka koskevat henkilön työkykyä missä tahansa työssä, perusteella ennustaa tulevia sairauspoissaoloja. Arviointimenetelmä kehitettiin Ruotsin sairausvakuutusjärjestelmässä, ja se koostuu itsearvioinnista sekä lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten arvioinneista.

Tutkimuksen johtopäätös oli se, että vakuutettu itse voi arvioida työkykynsä kokonaisvaltaisemmin kuin vakuutuslääketieteen asiantuntijat, jotka voivat painottaa liikaa yksittäisiä tekijöitä.

Ståhlin ym. (2021) tutkimuksen keskeinen havainto on se, että vain itse arvioidulla työkyvyllä oli ennustearvoa suhteessa tuleviin sairauspoissaoloihin, mikä on

linjassa aiempien tutkimusten kanssa (Starzmann ym., 2019), joiden mukaan itse ilmoitettu työkyky ennustaa pitkäaikaisia sairauspoissaoloja.

Huomionarvoista on myös se, että suuri osa työkykyisiksi arvioiduista ja etuutensa menettäneistä (39 %) jää päätöksen jälkeen uudelle sairauspoissaolojaksolle, mikä korostaa sitä, että henkilön omalla arviolla on vahvin ennustearvo tulevasta sairauspoissaolosta. Itse arvioidun työkyvyn korkea ennustearvo voidaan tulkita myös toisin. Yksi tulkinta on se, että työkyky on monimutkainen asia, ja se on riippuvainen yksilöllisten, organisatoristen ja yhteiskunnallisten tekijöiden monimutkaisista vuorovaikutuksista (The National Board of Health and Welfare, 2010; The Swedish Government, Social Department, 2005).

Aurich-Beerheiden & Brussigin (2017) haastattelututkimuksesta selviää, että Saksassa on monia erilaisia työkyvyttömyysetuuksia ja niitä hakevat henkilöt kuuluvat monien erilaisten sosiaalipalveluiden piiriin.

Saksan käytännön mukaan kolmen ensimmäisen sairauspäivän aikana työnantajat pitävät hyvin usein työntekijän itsearviointia riittävänä. Yli kolme päivää kestävän lyhytaikaisen sairauden arvioi yleensä hoitava lääkäri, joka on usein yleislääkäri. Kuudelta ensimmäiseltä sairausviikolta työnantaja maksaa täyden palkan. Kuuden viikon kuluttua otetaan käyttöön sairausvakuutuksen kautta maksettava korvaava etuus. Sairauspäivärahaa maksetaan 18 kuukauteen asti, jolloin työkyvyttömyyttä arvioidaan suhteessa omaan työhön. Vaikka yleislääkäri arvioi sairauden aiheuttaman työkyvyttömyyden keston, hyvin usein sairausvakuutuslaitokset alkavat tarkistaa kolmen tai kuuden kuukauden kuluttua – kauan ennen sairauspäivärahan päättymistä – onko pysyvä työkyvyttömyys todennäköinen. Tällöin potilaat siirretään eläkevakuutuksen piiriin, jolloin tarkistetaan, onko lääkinnällinen kuntoutus mahdollinen vaihtoehto vai pitäisikö myöntää eläke.

Näsin ym. (2021) laadullisessa, Suomea koskevassa tutkimuksessa selvitettiin, miten sairastuneet itse kokevat heikentyneeseen työkykyynsä liittyvät moninaiset tekijät ja minkälaisiin töihin sairauden vuoksi poissa olevat vakuutetut ajattelevat tulevaisuudessa palaavansa. Puolistrukturoituihin haastatteluihin osallistui 16 tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavaa henkilöä. Tutkimuksen keskeinen havainto on se, että henkilöt, joiden työkyky on heikentynyt, muodostavat heterogeenisen ryhmän. Itse arvioidun terveyden, työkyvyn ja työhön tai eläkkeeseen suuntautumisen perusteella tunnistettiin viisi ryhmää: 1) menestyjät, 2) sinnikkäät, 3) tulevaisuuteen suuntautuvat, 4) jumissa olevat ja 5) eläkehakuiset. Terveysongelmat, työttömyys, ikäsyrjintä, taloudelliset vaikeudet ja osaamisvajeet olivat haastateltavien suurimpia haasteita. Kaksi ensimmäiseen ryhmään tunnistetuista henkilöistä löysi reitin takaisin työhön. Tulevaisuuteen suuntautuneet etsivät uutta uraa. Osa sairauden takia poissaolleista henkilöistä voi juuttua erilaisten väliaikaisten etuuksien kehään.

On tärkeää vähentää nykyistä työelämän kahtiajakoa, jossa työkykyisiksi katsotut ihmiset ovat toivottuja työntekijöitä, ja ne, jotka eivät ole täysin työkykyisiä, eivät löydä paikkaansa työmarkkinoilla. Niiden henkilöiden, joiden työkyky on heikentynyt, uranäkymät tulisi saattaa näkyviksi etuuksia haettaessa.

Vakuutuslaitoksen työntekijät

Ståhlin ja Anderssonin (2018) tutkimuksessa analysoidaan muutosta Ruotsin sairausvakuutuslaitoksen johtamisperiaatteissa ja sitä, miten tämä on vaikuttanut vakuutusvirkailijoiden rooliin suhteessa harkintavaltaan ja vastuuvelvollisuuteen sekä heidän suhteeseensa asiakkaisiin. Tutkimus perustuu laadulliseen lähestymistapaan, joka sisältää mm. haastatteluja. Ståhl ja Andersson (2018) haastattelivat 57:ää virkamiestä ja johtajaa neljässä eri vakuutustoimistossa.

Tulosten mukaan uudistukset ovat johtaneet muutokseen julkisen ja ammatillisen vastuun määrittelyssä, jossa painopistettä siirretään rutiineista ja suorituskyvyn mittaamisesta kohti ammatillista harkintaa ja kohtaamisten laatua. Tulokset osoittavat kuitenkin, että muutoksia tulkitaan eri tavoin organisaation eri tasoilla, joissa uudet julkisen johtamisen periaatteet vallitsevat siinä, miten linjajohtajat antavat palautetta ja palkitsevat virkamiesten työtä.

Tutkimus osoittaa, että virkamiesten harkintavaltaa edistävien uusien periaatteiden käyttöönotolla ei helposti ohiteta pitkäaikaisia johtamisstrategioita, tässä tapauksessa tilivelvollisuuden hallintaa ylhäältä alaspäin suuntautuvilla tulosmittareilla. Julkisten organisaatioiden on tärkeää sovittaa yhteen uudet organisaation periaatteet nykyisen organisaatiokulttuurin kanssa ja selvittää, miten tämä ilmenee johtamistyylien kautta. Asiakaslähtöisyyden ja arvolähtöisyyden edistämisessä asiakastyössä on siis tunnustettava organisaatiokulttuurin merkitys ja varmistettava, että muutokset heijastuvat organisaation toimintatapoihin ja rutiineihin.

Tutkimuksen vastaajat kuvaavat standardoinnin ja asiakaslähtöisyyden välistä vaihtelua, jossa virkamiehille annettiin aikaisempaa enemmän vastuuta päivittäisen työnsä johtamisesta, mutta silti heidän oli noudatettava monimutkaisia määräyksiä ja rutiineja. Ståhlin ja Anderssonin (2018) tutkimus havainnollistaa, miten julkisten arvojen uudelleentulkinta voi johtaa muutokseen julkisen ja ammatillisen vastuun määrittelyssä, jossa painopiste siirtyi rutiineista ja suorituskyvyn mittaamisesta kohti ammatillista harkintaa ja kohtaamisten laatua. Tämä kehitys on linjassa työkyvyttömyyden ehkäisemisestä ja työhön paluun edistämisestä saadun nykyisen näytön kanssa, jossa yleisesti vaaditaan keskeisten sidosryhmien välisiä luottamuksellisia yhteistyörakenteita.

Työnantajat

Leoni (2022) tutki kirjallisuuden ja kyselyn avulla sairauden vuoksi poissa olevien työntekijöiden aktivointia ja työnantajan roolia tässä. Leonin (2022) artikkelissa on kuvattu Saksan, Itävallan, Sveitsin ja Alankomaiden sairauspoissaoloihin liittyvät maksukäytännöt ja säännöt, osittaisen työn tekemisen mahdollisuudet ja eri henkilöiden (työntekijä, esihenkilö, lääkäri) ja vakuutuslaitoksen roolit, velvollisuudet ja kannusteet. Työntekijöiden ja työnantajien välinen yhteys ja aktiivisuus on todettu keskeiseksi tekijäksi sairauspoissaolojen hallinnassa.

Aktivointitoimet ovat herättäneet kasvavaa tieteellistä kiinnostusta viime vuosina (Frøyland ym., 2019; Orton ym., 2019). Sairauden vuoksi poissa olevien työntekijöiden aktivointiin ja jäljellä olevan työkyvyn hyödyntämiseen kiinnitetään yhä enemmän huomiota. Leonin (2022) artikkelissa vertailtiin aktivointia porrastetun työn järjestelmien kautta Saksassa, Itävallassa, Sveitsissä ja Alankomaissa keskittyen työnantajien rooliin. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja kyselyin.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että ”vaativien” ja ”mahdollistavien” tekijöiden yhdistelmä eli velvoitteet sekä oikeudelliset ja taloudelliset kannustimet voivat olla tarpeen, jotta voidaan varmistaa työnantajan osallistuminen ja työvoiman kattavuus.

Starzmannin ym. (2019) Ruotsissa vuosina 2013–2014 tehdyssä retrospektiivisessä tapausverrokkitutkimuksessa verrattiin oirediagnoosin saaneiden potilaiden ja sairauskohtaisen diagnoosin saaneiden potilaiden sairaustodistusten ja kuntoutustoiminnan tietoja.

Sairauspoissaolotodistus on tärkein yhteydenpitoväline lääkäreiden ja sosiaalivakuutusvirkailijoiden välillä Ruotsissa. Todistuksessa kerrottujen tietojen virheettömyys ja laatu ovat ratkaisevan tärkeitä, jotta potilaan työkyky ja oikeus taloudelliseen tukeen voidaan arvioida oikein (Sturesson ym., 2015).

Ruotsin terveydenhuollossa otettiin vuosia sitten käyttöön kuntoutuskoordinaattorin rooli. Kuntoutuskoordinaattorit ovat pääasiassa toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja tai sairaanhoitajia, ja heidän tarkoituksensa on sujuvoittaa kuntoutusta ja viestintää potilaan, työnantajan ja sosiaalivakuutusvirkailijan välillä (Sjukskrivningsmiljarden, 2012).

Sairauspoissaolotodistuksen diagnooseilla on erityinen merkitys, sillä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suositukset sairauspoissaolon saamisesta ja kestosta perustuvat diagnooseihin ja eroavat diagnoosien välillä (Socialstyrelsen, 2017).

Tutkimuksen tuloksena todettiin, että potilailla, joilla oli oirediagnoosi, oli lyhyempi sairauspoissaolo kuin verrokeilla (116 vs. 151 päivää) ja enemmän puhelimitse annettuja sairauspoissaolotodistuksia (23 % vs. 15 %). Lisäksi heille tehtiin enemmän diagnostisia tutkimuksia (32 % vs. 18 %, p ‹ 0,001) ja sairauspoissaoloa edeltävänä vuonna heillä oli enemmän käyntejä terveydenhuollossa (82 % vs. 68 %, p ‹ 0,001) mutta vähemmän seurantaa (16 % vs. 26 %, p ‹ 0,008).

Johtopäätöksissä todettiin, että verrattuna sairauskohtaisiin diagnooseihin oirediagnoosin sisältävät todistukset voivat olla merkki todistuksen riittämättömästä laadusta ja korkeammasta terveydenhuollon käyttöasteesta. Puolet todistuksista oli puutteellisia ja varhaiset yhteydenotot työnantajiin ja kuntoutustoimintaan puuttuivat käytännössä kokonaan.

Tutkimuksessa ehdotetaan oirediagnooseja sairauspoissaolotodistuksen laadun markkereiksi. Oirediagnooseja sisältävistä todistuksista puuttui enemmän tietoa kuin tautikohtaisia diagnooseja sisältävistä todistuksista. Diagnooseista riippumatta varhaiset kontaktit potilaiden, kuntoutuskoordinaattoreiden ja sosiaalivakuutusvirkailijoiden välillä olivat harvinaisia ja yhteydenpito työnantajiin puuttui.

Kansallisten viranomaisten tekemä sairauspoissaolotodistuksen jatkuva arviointi mahdollisten laatumarkkereiden kehittämiseksi on äärimmäisen tärkeää.

Huomionarvoista on se, että noin puolesta molempien ryhmien todistuksista puuttui riittävästi tietoa ja yhteydet muihin kuntoutuksen sidosryhmiin olivat niukat. Olisi toivottavaa, että varhaisia yhteyksiä kuntoutuskoordinaattoreihin ja työnantajiin lisättäisiin. Sairauspoissaolojen uusiminen puhelimitse ei vaikuttanut sairaustodistuksen tietoihin verrattuna käynteihin terveyskeskuksessa.

Työkyvyn arvioinnin prosessiin liittyviä vakuutuslääketieteen menetelmiä ja välineitä ovat ICF-luokituksen käyttö, tarkistuslista, tarkistuspisteet ja itsearviointi sekä työhön paluu- ja Käypä hoito -ohjeet, joista kerrotaan tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

3.1.3 Työkyvyttömyysarviointiin osallistuvien koulutus sekä hoitosuositusten soveltaminen vakuutuslääkärien työhön

Zwerverin ym. (2011) tutkimuksen tavoitteena oli arvioida vakuutuslääkäreille suunnatun masennuksen Käypä hoito -suosituksiin liittyvän koulutuksen toteutusstrategiaa, toteutusta ja tehokkuutta Alankomaissa. Käypä hoito -suositusten käytäntöön viemisen vaikeuksista ja esteistä on tehty useita tutkimuksia 2000-luvulla (mm. Grol & Grimshaw, 2003).

Zwerverin ym. (2011) satunnaistettuun kontrolloituun tutkimukseen (RCT) osallistui 40 vakuutuslääkäriä. Interventioryhmä osallistui työpajoihin, jossa masennuksen Käypä hoito -suositukset käytiin läpi käytännön tasolla. Molemmat ryhmät tekivät ennen työpajoja ja niiden jälkeen videotapauksista työkyvyttömyysarvioinnin. Arviointi tehtiin avainmittareiden avulla.

Johtopäätöksenä todettiin, että kehitetty masennuksen vakuutuslääketieteellisten ohjeiden toteutusstrategia lisäsi koulutettujen vakuutuslääkäreiden Käypä hoito -suositusten noudattamista masennuksesta kärsivien asiakkaiden työkyvyttömyyden arvioinneissa, kun ne suoritettiin kontrolloidussa ympäristössä. Lisäksi koulutettujen vakuutuslääkäreiden tietämys masennuksen hoidon ohjeista kasvoi.

Vakuutuslääketieteelliseen arviointiin osallistuvien lääkärien koulutuksen toteutus Alankomaissa

Intervention tavoitteet

- Parannetaan vakuutuslääkärin tietoja ja taitoja sekä minäpystyvyyttä masennuksen hoidon ohjeiden soveltamisessa.
- Harjoitellaan masennuksesta kärsivien asiakkaiden vakuutuslääketieteellisten arviointien vahvistamista.

Interventioon osallistuvien vakuutuslääkärien oppimistavoitteet

- Opitaan suorittamaan työkyvyttömyyden arviointi masennuksen hoidon ohjeiden mukaisesti.
- Opitaan soveltamaan työkaluja masennuksen tunnistamiseen ja masennuksesta kärsivien työkyvyn arviointiin.
- Opitaan perustelemaan työkyvyttömyysarvioinnin johtopäätökset vakuuttavilla argumenteilla.
- Opitaan kirjoittamaan selkeitä ja läpinäkyvämpiä arviointeja.

Intervention sisältö

- Vakuutuslääkärien kouluttaja selittää masennuksen ohjeiden näyttöön perustuvaa sisältöä.
- Käydään läpi masennuksen ohjeiden kääntäminen kuudeksi pääelementiksi, jotka ovat merkityksellisiä tutkimusajanjakson päivittäisessä käytännössä: diagnostiikka DSM IV, häiriön vakavuus, sairauden kulku, riskitekijät, liitännäissairaudet, hoidon arviointi, työkyvyn arviointi.
- Arvioidaan masennuksesta kärsivän asiakkaan työkyvyttömyyttä videotallenteen avulla.
- Kirjoitetaan arviointiraportti masennuksesta kärsivästä asiakkaasta.

Koulutusstrategia

Kurssin käsikirja

- Opitaan tavoitteet, laaditaan luettelo käytetystä kirjallisuudesta ja tehdään ehdotuksia lisälukemistosta.
- Laaditaan kirja masennuksen hoidon täydellisistä ohjeista.
- Luodaan yhteiset päättelyperiaatteet ja sovelletaan erityisesti masennuksen suuntaviivoja.
- Käytetään työkaluja, joiden tarkoituksena on helpottaa ohjeiden käyttöä käytännössä: yhteenveto paperilla, jossa on pääelementit ohjeesta tai näyttöön perustuvasta lääketieteestä, tarkistuslistat, Hamiltonin masennusasteikko.
- Jaetaan tulosteet psykiatrin ja kouluttajan vakuutuslääkärien esityksistä.

Yhden päivän koulutus

- Laaditaan yhteenveto lähtötilanteen mittauksista.
- Suoritetaan masennuksen ohjeita koskeva testi.
- Kouluttaja ja vakuutuslääkäri esittävät yhdessä masennuksen hoidon ohjeet. Kouluttaja soveltaa ohjeet osaksi vakuutuslääkärin päivittäistä käytäntöä.
- Ryhmä katsoo videon, jossa näyttelijän esittää masennusta sairastavaa asiakasta.
- Työpaja vakuutuslääkäreille alaryhmissä, joissa opetellaan käyttämään käytännön työkaluja masennusta sairastavan potilaan arvioinnissa. Tulosten esittelyt alaryhmittäin koko ryhmälle kouluttajan palautteen kera. Arviointiraporttien kirjallisten argumenttien mallintaminen masennusta sairastavasta asiakkaasta kouluttajan toimesta.
- Arvioidaan koulutus ja suoritetaan sama koe kuin koulutuksen alussa.

Frank ym. (2015) tutkivat fokusryhmähaastattelun avulla Ruotsin sosiaaliturvalaitoksen (*Försäkringkassan*, suom. Vakuutuskassa) hallintoviranomaisten näkemyksiä sydämen vajaatoimintaa sairastavia koskevista sairauspoissaolon, kuntoutuksen ja työhön paluun arvioinneista.

Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että viranomaisten taudin ymmärryksen, riittämättömän yhteistyön lääkärien kanssa sekä sairaustodistusten perusteella tehtävien perusteltujen päätösten välillä on ristiriita. Tällä voi olla seurauksia vakuutettujen asian käsittelyyn. Ruotsin sosiaalivakuutuslaitoksen palveluksessa olevien viranomaisten tehtävänä on hallinnoida sosiaalivakuutusjärjestelmää ja varmistaa, että ihmiset saavat ne etuudet ja avustukset, joihin heillä on oikeus. Lisäksi Vakuutuskassa vastaa työkyvyttömille henkilöille tarpeellisiksi katsottujen kuntoutustoimenpiteiden koordinoinnista (MISSOC, 2013).

Ruotsissa viranomaisilla on vähintään yksi akateeminen tutkinto yhteiskuntatieteiden alalta, kuten kandidaatin tutkinto käyttäytymistieteestä, valtiotieteestä, oikeustieteestä ja/tai sosiaalityöstä. Lisäksi Vakuutuskassan hallintoviranomaiset suorittavat pakollisen koulutuksen sosiaalivakuutusjärjestelmästä, yhteistyöstä muiden viranomaisten kanssa ja asiakkaiden tarpeiden täyttämisestä. Koulutus kestää yhteensä noin vuoden, ja teoreettisia osuuksia seuraa harjoittelu käytännön työssä.

Ruotsin sairauspoissaoloja koskeva etuusjärjestelmä mahdollistaa sen, että työntekijä, joka ei sairauden vuoksi voi työskennellä, voi saada työnantajalta sairausajan palkkaa kahdelta viikolta. Sen jälkeiseltä työstä poissaolon ajalta sosiaalivakuutuslaitos maksaa sairauspäivärahaa. Laitos voi maksaa sairauspäivärahaa myös työttömille ja Ruotsin julkiseen työvoimapalveluun työnhakijoiksi rekisteröityneille henkilöille. Hallintoviranomaiset tekevät päätöksen oikeudesta sairauspäivärahaan. He tekevät päätöksensä lääkärin antamien lääketieteellisten arvioiden ja sairaustodistusten perusteella (Thorstensson ym., 2008). Näin ollen hallintoviranomaisilla on kaksi tehtävää: he avustavat apua hakevia asiakkaita ja toimivat samalla ”portinvartijoina” päättäessään, kenellä on oikeus sairauspäivärahaan.

Ruotsin sosiaalipoliittisessa ohjelmassa tällä voi olla vaikutuksia hallintoviranomaisten ja lääketieteen asiantuntijoiden välisen yhteistyön kehittämiseen. Työkyvyttömyysetuuksia käsittelevien asiantuntijoiden ja lääkäreiden saumaton yhteistyö korostuu sosiaalivakuutuslaitoksissa.

3.1.4 Työkyvyn arviointiprosessissa käytettävät välineet

ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus

Rodríguez-Blázquez ym. (2016) tutkivat toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF-luokituksen pääluokkien lääketieteellinen terveydentila, kehon toiminnot ja toiminta- ja osallistumisrajoitukset välisiä suhteita eri sairausryhmissä. Kyseessä oli poikkileikkaustutkimus, johon osallistui 864 yksinkertaisella satunnaisotannalla valittua 50-vuotiasta tai sitä vanhempaa, työkyvyttömyysseulontaan positiivisesti suhtautuvaa henkilöä Espanjassa.

Tärkeimmät tulosmittarit olivat ICF:n tarkistuslista (kehon toiminta-alueet), WHO:n toimintakykyä mittaava arviointi (WHODAS 2.0, 36-kohta (WHODAS-36)) ja lääketieteelliset diagnoosit (krooniset sairaudet) perusterveydenhuollon rekistereistä.

ICF:n pääluokka kehon toiminnot on heterogeenisesti sidoksissa toiminnan ja osallistumisen rajoituksiin, ja suurin vaikutus johtuu psyykkisistä (pääluokka b1) sekä tuki- ja liikuntaelintoiminnoista (pääluokka b7). Tällä voi olla merkitystä työkyvyttömyyden arvioinnissa ja interventioiden suunnittelussa, varsinkin jos se määritellään kehon toiminnan (ICF) perusteella. Erityisten terveysriskien, kuten dementian ja aivoverisuonisairauksien, havaitseminen ja tutkiminen näyttää olevan ensiarvoisen tärkeää 50 vuotta täyttäneiden työkyvyttömyyden vähentämisessä. Kehon toiminnat ovat heterogeenisesti yhteydessä toiminnan ja osallistumisen rajoituksiin. Selkein yhteys on kuitenkin mieliala- sekä tuki- ja liikuntaelinhäiriöiden ja toiminnan sekä osallistumisen rajoitusten välillä.

Näillä havainnoilla voi olla merkittäviä vaikutuksia työkyvyttömyyden arviointiin sekä kuntoutusohjelmien ja ennalta ehkäisevien toimenpiteiden suunnitteluun yhteisössä. Kansanterveysstrategiat voivat hyötyä ICF-luokitukseen perustuvasta kehon toimintojen määritelmästä, toisin sanoen lähestymistavasta elämäntapaan tai käyttäytymiseen liittyviin interventioihin.

Tarkistuslistat

Dekkers-Sánchezin ym. (2015) tutkimuksen tavoitteena oli toteuttaa tarkistuslistan käyttö pitkäaikaisesti sairauden vuoksi poissa olevien työntekijöiden työkykyarvioinneissa alankomaalaisten vakuutuslääkäreiden päivittäisessä käytännössä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kontekstianalyysia. Puolet tutkimukseen osallistuneista vakuutuslääkäreistä (51 %) uskoi tarkistuslistan tuovan lisäarvoa työkykyarviointiin. He kertoivat, että tarkistuslista antaa käsityksen työhön paluun esteistä ja on hyvä viitekehys työkykyarvioinnin tekemiseen. Se voi edistää kattavampaa

ja systemaattisempaa työkykyarviota, jossa vakuutuslääkäreillä saattaisi muuten unohtua joidenkin tekijöiden huomioon ottaminen.

Tarkistuslistan käyttöönottoa edisti se, että suurin osa vakuutuslääkäreistä (93 %) arveli käyttävänsä tarkistuslistaa implementaatiotutkimuksen aikana ja yhtä usea (94 %) arveli pystyvänsä käyttämään tarkistuslistaa sittemmin työssään.

Esteeksi tarkistuslistan käytölle mainittiin tarkistuslistan laajuus, koettu ajanpuute, vakuutuslääkäreiden kielteinen asenne ja negatiiviset uskomukset innovaatioita kohtaan sekä motivaation puute. Tarkistuslistan käyttöönottoon kannusti se, että lista antaa selkeät raamit työkykyarvion jäsentelylle ja parantaa tietoisuutta ja havaintoja tekijöistä, jotka muuten jäisivät huomaamatta.

Tutkimuksen perusteella todettiin, että tarkistuslistan käyttöönotto tuotti tulosta pitkäaikaissairaiden työntekijöiden työhön paluun esteiden ja työhön paluuta tukevien tekijöiden arvioimiseksi.

Tarkistuslistaa voi olla tarpeen mukauttaa vastaamaan useampien käyttäjien tarpeita esimerkiksi kehittämällä tarkistuslistasta käytännöllisempi ja digitaalisempi versio. Alankomaissa vakuutuslääkärit vastaavat pitkäaikaissairaiden työntekijöiden työkyvyn arvioinnista.

Työkyvyn tarkistuspisteet ja itsearviointimittarit

Sengersin ym. (2022) tutkimuksen tavoitteena oli vertailla työkykyarvioita ja käytettävissä olevia keinoja saavuttaa työnhakijan ja sopivan työpaikan yhteensovittaminen kahdeksassa korkean tulotason OECD-maassa (Australia, Tanska, Suomi, Islanti, Ruotsi, Alankomaat, Iso-Britannia ja Yhdysvallat). Kyselytutkimus tehtiin keskeisille sidosryhmille.

Monissa maissa painopiste on siirtymässä työkyvyttömyysetuuksien saamisesta kohti työelämään palaamisen edistämistä. Useimmissa maissa työkykyä arvioidaan useana ajankohtana, jolloin työn kohtaantoon käytettävät tiedot vaihtelevat. Maissa, joissa hankitaan tietoa henkilöstä ja työelämästä, suuntautuu sopivan työn hakuprosessi yleensä aluksi henkilöihin, joilla on toimintakyvyn rajoituksia.

Tutkimuksen (Sengers ym., 2022) johtopäätöksenä todettiin, että vaikka työkyvyn arvioinnissa keskitytään yhä enemmän kokonaisvaltaiseen arviointiin, lääketieteelliset tekijät ovat edelleen vallitsevia. Toiminnallisten rajoitusten vaikutuksia mahdollisuuksiin tehdä työtä korostetaan rajoitetusti. Kokonaisvaltainen lähestymistapa työkyvyn arvioinnissa on yhdistettävä kokonaisvaltaisiin tukitoimenpiteisiin tarjoamalla koordinoituja ja laadukkaita työnvälityspalveluja.

Työkykyarvion tuloksia voidaan etuuksien saamisen lisäksi käyttää myös muihin tarkoituksiin, kuten henkilön uudelleen integroitumiseen toimintaan ja työhön. Työkykyarvion ei pitäisi johtaa staattiseen kuvaukseen työkyvystä vaan antaa tietoa tuen tarpeista. Useiden laitosten ja toimijoiden osallistuminen työkyvyn arviointiin voi johtaa laajempaan yleiskuvaan hakijoiden valmiuksista, mutta tämä asettaa suuria vaatimuksia kaikkien osapuolten yhteistyölle ja tietojen jakamiselle. Kun otetaan huomioon hakijoiden oma näkemys työkyvystään ja työmahdollisuuksistaan, voidaan parantaa prosessin lainmukaisuutta ja kohtuullisesti myös saavuttaa hyvä ja kestävä tasapaino työvoiman kysynnän ja tarjonnan välillä. Prosessissa voidaan käyttää hakijoiden itse täyttämiä kyselylomakkeita ja itse laatimia arviointeja työkyvystään.

Vaikka lääketieteelliset syyt painottuvat edelleen työkyvyn arvioinneissa sekä työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaamisessa, ollaan vähitellen siirtymässä kohti kokonaisvaltaista työkyvyn arviointia. Sengersin ym. (2022) tutkimustulokset auttavat osaltaan kehittämään arviointimallia, jonka tavoitteena on hyödyntää yksilöiden jäljellä olevaa työkykyä ja tarjota riittävä tuki työhön paluulle.

Lääketieteellisten syiden moninaisuuden vuoksi on vaikea kehittää yhteistä, kaikille sopivaa menetelmää, mutta käsillä olevan tutkimuksemme tulokset voivat auttaa arviointiprosessiin osallistuvia eri maissa oppimaan toisiltaan. Työkyvyn arvioinnissa painotetaan edelleen vain vähän toimintarajoitteiden vaikutuksia työnteon mahdollisuuksiin.

3.1.5 Työkyvyttömän työhön paluuseen liittyvä eri toimijoiden yhteistyö eräissä EU-maissa

Työikäisten työkyvyttömyys on suuri haaste poliittisille päättäjille Euroopan maissa. Tämä koskee sekä työelämään paluuta että työkyvyttömyyden sosiaalietuuksia.

Mittagin ym. (2018) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata merkittävimmät erot työhön paluun tukemisen käytännöissä Alankomaissa, Saksassa ja Suomessa ja näin kehittää sosiaali- ja työllisyyspolitiikkaa Euroopassa.

Tutkimuksessa käytettiin kolmea eri lähestymistapaa: tapausvideotallenteita, haastatteluja ja asiantuntijatyöpajoja eri maissa (Alankomaat ja Saksa vuonna 2012; Suomi vuonna 2015). Tutkimuksessa havaittiin huomattavia eroja työkyvyttömyyden ja siitä johtuvien rahallisten hyötyjen arvioinnissa näissä kolmessa maassa. Myös työkyvyttömän henkilön ammatillisen uudelleenintegroitumisen organisointi ja käytännöt vaihtelevat maittain.

Suurimmat erot työhön paluun tukemisessa olivat seuraavat:

1. Tukitoimien ajoitus. Systemaattiset katsaukset viittaavat siihen, että varhainen kontakti sairauden vuoksi poissa olevaan työntekijään edistää työhön paluuta (Hoefsmit ym., 2012). Ennakoivat toimet (esim. sairauspoissaolojen seuranta, työkyvyttömyyden uudelleenarviointi) tarjoavat myös vahvan kannustimen, ja ne ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi työhön paluun tukemisessa.
2. Työnantajan vastuu ja osallistuminen tukitoimiin.
3. Kannustimet ja seuraamukset. Työnantajalla on vahvat taloudelliset kannustimet saada sairastuneet työntekijät takaisin töihin sekä Alankomaissa (esim. pitkä sairauspäivärahan kesto, vakuutusmaksut) että Suomessa (esim. suurten yritysten on korvattava työkyvyttömyyseläkkeitä).
4. Organisatoriset menettelytavat. Työhön paluuseen ja kuntoutukseen liittyvä jäsennelty, tiivis viestintä ja yhteistyö eri sidosryhmien, esim. työnantajan, terveydenhuollon ja sosiaalivakuuttajan, välillä on helpottanut työhön paluuta (Schandelmaier ym., 2012).

Mittagin ym. (2018) tulokset saattavat osittain selittää, miksi jotkin uudistusstrategiat ovat onnistuneet paremmin kuin toiset, ja siten ne edistävät sosiaali- ja työvoimapolitiikan kehittämistä Euroopassa. Yllättävää oli se, että vaikka arviointivälineet ja -menettelyt vaihtelevat maittain, ne näyttävät vaikuttavan melko vähän työkyvyttömyyden asteeseen.

3.2 Kyselyt eri maiden vakuutuslääketieteen toimijoille

Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa sosiaalivakuutus- ja vakuutuslääkäreiden työskentelyyn liittyviä käytäntöjä kohdemaissa. Vastauksia saimme yhteensä 14 kappaletta ja ne kattoivat kaikki kohdemaat.

Vastaajat olivat pääosin hyvin kokeneita oman maansa vakuutusalan asiantuntijoita. Vastaajista valtaosa oli yli 50-vuotiaita, neljä oli 40–50-vuotiaita ja yksikään vastaajista ei ollut alle 40-vuotias. Lääkäritaustaisia vastaajia oli 11 ja kolme muuta olivat vakuutusalan asiantuntijoita. Lääkäritaustaisista vastaajista seitsemän oli työskennellyt vakuutuslääkärinä yli 10 vuotta ja yksi alle 10 vuotta.

Eniten vastauksia saimme Italiasta, kun taas Belgiasta, Espanjasta, Ranskasta, Saksasta ja Suomesta saatiin vain yksi vastaus kustakin maasta. Tutkimuksen tavoitteiden saavuttamiseksi pidimme yhtä vastausta per kohdemaa riittävänä kuvaamaan kyseisen maan käytäntöjä.

Vastaukset tallennettiin Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmaan analysointia varten. Osa samasta kohdemaasta saaduista vastauksista erosi toisistaan. Tällöin ensisijaisesti kyseisen kohdemaan haastattelussa pyydettiin tarkentamaa asiaa, toissijaisesti kyllä ja ei -kysymyksissä vastausten erot raportoitiin vähintään raportin tekstiosiossa. Lisäksi useamman vastausvaihtoehdon kysymyksissä raportoitiin yleisin vastaus ja kahden eriävän vastauksen tilanteissa esimerkiksi ”ei ikinä”- ja ”joskus”-vastauksista raportoitiin vaihtoehto ”joskus”.

3.2.1 Kyselyyn vastanneiden vakuutuslääkäreiden tausta

Vakuutuslääkärien taustat kyselymme eri kohdemaissa olivat hyvin yhteneväiset. Ne on kuvattu taulukossa 6 (s. 42). Vakuutuslääkärien koulutuksen (liite, kysymys 10) eroissa on huomioitu yliopistojen rooli Belgiassa, Espanjassa, Italiassa, Ruotsissa ja Saksassa. Kyselyn perusteella ainoastaan Espanjassa vakuutuslaitokset eivät osallistuisi koulutukseen, mutta tässä vastauksessa on huomioitava se seikka, että vastaajan nykyinen työskentelymaa on Yhdysvallat. Muut, esimerkiksi kolmannen sektorin tahot, osallistuivat koulutukseen Alankomaissa ja Suomessa. Vakuutuslääkärin koulutusvaatimus (liite, kysymys 11) oli vastausten perusteella hyvinkin yhtenäinen. Espanjassa ja Ruotsissa vakuutuslääkärinä toimimiseen vaaditaan erikoislääkärin tutkinto.

Vakuutuslääkärit ovat mukana (liite, kysymys 12) kaikkien kyselyssämme mainittujen etuuksien arvioinnissa. Lisäksi tarkentavassa kysymyksessä (liite, kysymys 13) saimme useita lisäyksiä aiheeseen. Alankomaissa vakuutuslääkärit ovat konsultoivassa roolissa työhön paluuseen liittyvissä toimissa ja he toimivat myös asiantuntijoina nuorille potilaille, joilla työkyky on pysyväisluonteisesti heikentynyt. Yhdessä Ruotsista saadussa vastauksessa painotettiin vakuutuslääkärien toimivan lähinnä etuuskäsittelijöiden tukena. Virosta vastattiin, että vakuutuslääkärit ovat muiden toimiensa ohella mukana väkivaltarikosten korvausselvittelyissä. Espanjassa vakuutuslääkäreitä hyödynnetään terveyspalvelujen järjestämistavan vuoksi, kun selvitetään, liittyykö vakuutetun lääkärinvastaanotolla käynti työhön.

Työtehtävien muutoksiin ja uudelleenjärjestämiseen liittyen kysyimme myös muiden ammattilaisten työskentelystä osana vakuutuslääketieteellistä arviointia (liite, kysymykset 14–16). Vastausten perusteella hoitajataustaiset ammattilaiset osallistuivat vakuutuslääketieteelliseen arviointiin Belgiassa, Ranskassa, Ruotsissa ja Saksassa. Fysioterapeutit ja psykologit osallistuivat puolestaan prosessiin Belgiassa ja Ruotsissa. Sosiaalityöntekijöiden osaamista hyödynnettiin Belgian ja Ruotsin lisäksi myös Espanjassa. Juristit osallistuivat arviointiin Espanjassa, Italiassa ja Suomessa. Työmarkkina-asiantuntija oli mukana Alankomaissa. Muita arviointiin osallistuvia asiantuntijoita oli asiakasvastaava (*case manager*) Belgiassa, Espanjassa ja Ruotsissa.

Taulukko 6. Vakuutuslääkäreiden tausta kohdemaassa.[a]

Vakuutuslääkärin tausta	Työskentelymaa								
	Alanko-maat	**Belgia**	**Espanja**	**Italia**	**Ranska**	**Ruotsi**	**Saksa**	**Suomi**	**Viro**
Koulutuksen järjestäjä (10)	Vakuu-tuslaitos, 3. sekt.[b]	Yliopisto, vakuu-tuslaitos	Yliopisto	Yliopisto, vakuu-tuslaitos	Yliopisto, vakuu-tuslaitos	Yliopisto, vakuutus-laitos	Yliopisto, vakuutus-laitos	Vakuutus-laitos, 3. sekt.[b]	Vakuutus-laitos
Vaadittu koulutus (11)	Lääke-tieteen lisen-siaatti	Lääke-tieteen lisen-siaatti	Lääke-tieteen lisen-siaatti	Erikois-lääkäri	Lääke-tieteen lisen-siaatti	Erikois-lääkäri	Lääke-tieteen lisen-siaatti	Lääke-tieteen lisen-siaatti	Lääke-tieteen lisensiaatti
Vakuutuslääkärin rooli (12)	Kaikki	Kaikki	Kaikki	Kaikki	Kaikki	Kaikki	Kaikki	Kaikki	Kaikki
Vakuutuslaitoksen työkyvyn arvioinneissa mukana olevat muut ammattilaiset (15)									
Hoitaja	–	+	–	–	+	+	+	–	–
Fysioterapeutti	–	+	–	–	–	+	–	–	–
Psykologi	–	+	–	–	–	+	–	–	–
Sosiaalityöntekijä	–	+	+	–	–	+	–	–	–
Juristi	–	–	+	+	–	–	–	+	–
Työmarkkina-asiantuntija	+	–	–	–	–	–	–	–	–
Muu asiantuntija	–	+	+	–	–	+	–	–	–

a Numerot Vakuutuslääkärin tausta -sarakkeessa viittaavat liitteen kysymyksen numeroon.

b 3. sekt. = kolmannen sektorin toimija, esim. ammattiyhdistys.

3.2.2 Vakuutuslääketieteellinen arviointi kyselyn kohdemaissa

Kyselyn kolmas osio käsitteli vakuutuslääketieteellistä arviointia ja sen sisältöä kohdemaissa. Osioon liittyviä vastauksia on koottu taulukkoon 7 (s. 43) ja lisäksi yksittäisiä kysymyksiä käsitteleviin taulukoihin 8 ja 9 (s. 46 ja 47). Vakuutetun kliinisen arvioinnin suorittaa (liite, kysymys 17) Alankomaissa, Belgiassa, Italiassa, Saksassa ja Virossa vakuutuslääkäri. Espanjassa, Ranskassa, Ruotsissa ja Suomessa taas hoitava lääkäri tekee kliinisen arvioinnin. Tarkennuksena tiedustelimme, täytyykö työ- tai toimintakyvyn arvioinnin suorittavan lääkärin erikoistua relevantille lääketieteen alalle (liite, kysymys 18a) ja onko hänen toimittava julkisella sektorilla. Vastausten perusteella Italiassa, Ranskassa ja Saksassa lääkärillä on oltava relevantti erikoislääkärin koulutus ja Saksassa hänen on lisäksi työskenneltävä julkisella sektorilla.

Taulukko 7. Vakuutuslääketieteellinen arviointi.[a]

Vakuutuslääketieteellinen arviointi	**Työskentelymaa**								
	Alanko-maat	**Belgia**	**Espanja**	**Italia**	**Ranska**	**Ruotsi**	**Saksa**	**Suomi**	**Viro**
Kliininen arviointi (17)	Vakuutus-lääkäri	Vakuutus-lääkäri	Lääkäri	Vakuutus-lääkäri	Lääkäri	Lääkäri	Vakuutus-lääkäri	Lääkäri	Vakuutus-lääkäri
Hakemus (19a)	+	+	–	–	–	+	+	+	+
Itsearviointi (19b)	–	+	–	+	–	+	–	–	+
Lääkärin arvio (19c)	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Muu arvio (19d)	–	+	+	–	+	+	+	+	+
Työnantajan lausunto (19e)	+	–	–	–	–	+	–	+	–
Vakuutuslääkärin arviointi (20)	Vakuutus-lääkäri vakuutus-lääkärin vastaan-otolla	Vakuutus-lääkäri vakuutus-lääkärin vastaan-otolla	Potilas-tiedot	Vakuutus-lääkäri vakuutus-lääkärin vastaan-otolla	Vakuutus-lääkäri vakuutus-lääkärin vastaan-otolla	Potilas-tiedot	Vakuutus-lääkäri vakuutus-lääkärin vastaan-otolla	Potilas-tiedot	Potilas-tiedot
Vakuutettu täyttää hakemuksen (27a)	Aina	Joskus	Joskus		Joskus	Aina	Aina	Ei	Aina
Tarkentavat tiedot (27b)	Joskus	Joskus	Joskus		Aina	Joskus	Aina	Aina	Aina
Vakuutetun kuuleminen (27c)	Aina	Aina	Joskus		Joskus	Joskus	Aina	Joskus	Aina
Palaute (27d)	Joskus	Ei ikinä	Joskus	Ei ikinä	Aina	Ei relevantti	Joskus	Ei rele-vantti	Joskus
Työskentelymaa	Alanko-maat	Belgia	Espanja	Italia	Ranska	Ruotsi	Saksa	Suomi	Viro
Laadunvarmistus (29)									
Lausunnon palauttaminen lääkärille lisätietoja varten	–		+	–	–	+	+	+	+
Siirretään juristille / ylilääkärille	–		+	–	–	–	+	+	+
Viikkopalaverit	+		–	+	–	–	–	+	+
Satunnaistarkastukset	+		–	+	+	–	+	+	+
Etuuden evääminen (31)	Kyllä	Ei	Ei tietoa	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Hoitavan lääkärin tiedotus (33)	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Ei

a Numerot Vakuutuslääketieteellinen arviointi -sarakkeessa viittaavat liitteen kysymyksen numeroon.

Työ- ja toimintakyvyn arvioinnin sisältö (liite, kysymys 19) vaihteli maittain. Vakuutetun hakemus itsessään ei ole osana työ- ja toimintakyvyn arviointia Espanjassa, Italiassa ja Ranskassa. Itsearviointi on ollut käytössä puolestaan Belgiassa, Italiassa, Ruotsissa ja Virossa. Lääkärin kliininen arvio on osa työ- ja toimintakyvyn arviota kaikissa kohdemaissa. Muiden terveydenhuollon ammattilaisten (esim. psykologi, fysioterapeutti) arvioita ei kyselyn perusteella hyödynnetä Alankomaissa ja Italiassa. Työnantajalta pyydettävä lausunto osana arviointia on käytössä Alankomaissa, Ruotsissa ja Suomessa.

Potilastietoihin perustuva vakuutuslääketieteellinen arviointi (liite, kysymys 20) tehdään Suomen lisäksi Espanjassa, Ruotsissa ja Virossa. Kyselytutkimuksessa kartoitettiin lisäksi vastanneiden mielipide esitettyihin väittämiin viisiportaisella asteikolla ”vahvasti eri mieltä – vahvasti samaa mieltä”. Kysymyksessä 22a tiedustelimme lääketieteellisten dokumenttien riittävyyttä päätöksenteon tukena. Espanjasta ja Virosta vastattiin, etteivät dokumentit ole yleisesti riittävällä tasolla. Muista kohdemaista saadut vastaukset olivat joko neutraaleja tai samaa mieltä väitteen kanssa.

Vastauksissa väitteeseen vakuutuslääkärien pyytämästä lisätiedosta (liite, kysymys 22b) oli merkittävämpää vaihtelua. Yhdessä Italiasta saadussa vastauksessa esitettiin vahvasti eriävä mielipide väitteen kanssa. On huomioitava, että kahdessa muussa Italiasta saadussa vastauksessa oltiin samaa mieltä ja vahvasti samaa mieltä. Myös Saksasta esitettiin väitteestä eriävä mielipide. Neutraali mielipide asiaan oli toisessa Alankomaiden, Espanjan ja Ruotsin vastauksessa. Väitteen kanssa samaa mieltä olivat toiset vastaajat Alankomaista, Ranskasta, Suomestan ja Virosta. Vahvasti samaa mieltä asiasta olivat vastaajat Belgiasta ja yksi vastaaja Italiasta.

Eriävä mielipide yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) tai muun lainsäädännön vaikutuksesta tiedonsaantiin (liite, kysymys 22c) tuli vahvana esille Ruotsista ja yhdessä Italiasta saaduissa vastauksissa. Lisäksi väitteestä esitettiin eriävä mielipide Belgiasta, Italiasta ja Virosta. Italiasta ja Saksasta saatiin lisäksi yksi neutraali vastaus kummastakin. Suomen lisäksi Espanjasta saadut vastaukset olivat samaa mieltä väittämän kanssa. Vahvasti samaa mieltä olivat myös vastaajat Alankomaista ja Ranskasta. Seuraavaksi esitimme väitteen siitä, että lääketieteelliset asiakirjat ovat standardoituja (liite, kysymys 22d). Samaa mieltä väitteen kanssa oltiin yhdessä vastauksessa Italiasta, Virosta, Ranskasta sekä Suomesta. Väitteestä eriävä mielipide tuli Alankomaista, Belgiasta, Espanjasta, Saksasta ja yksi eriävä mielipide myös Italiasta sekä Virosta.

Kysymyksen 22 viimeisenä väitteenä esitettiin lääketieteellisten asiakirjojen olevan saatavilla sähköisenä (liite, kysymys 22e). Tästä väitteestä samaa mieltä olivat vastaajat Espanjasta, Ranskasta, Ruotsista ja Virosta. Neutraali vastaus saatiin

Belgiasta ja Suomesta. Lisäksi toisessa vastauksessa Alankomaista kuvattiin tätä, toinen vastaaja puolestaan oli eri mieltä väitteen kanssa. Saksasta saadussa vastauksessa esitettiin väitteestä eriävä mielipide. Italian vastaukseen vaikutti voimakkaasti mahdollisesti työskentelyorganisaatio tai etuuslaji, sillä sieltä saadut vastaukset olivat: eri mieltä, neutraali ja samaa mieltä.

Kyselytutkimuksen osana tuotettiin lisäksi tietoa etuuspäätösten sisällöstä eri kohdemaissa (liite, kysymys 25) – etenkin siitä, miten ymmärrettäviä vakuutetulle päätökset ovat. Kaikissa kohdemaissa syy etuuden hylkäämiselle esitetään päätöksessä (liite, kysymys 25a). Toisaalta hyväksyttyä päätöstä (liite, kysymys 25b) ei perustella Belgiassa, Espanjassa, Ranskassa eikä Ruotsissa. Lääketieteellisiä termejä päätöksissä vältettiin (liite, kysymys 25c) Alankomaissa, Ranskassa ja Virossa. Vastausten perusteella päätösten kielen ymmärrettävyyteen (liite, kysymys 25d) kiinnitettiin taas huomiota Alankomaissa, Italiassa, Saksassa, Suomessa ja Virossa.

Muista lääketieteellisen perustelun vaatimuksista (liite, kysymys 26) saimme muutamia vastauksia. Alankomaissa edellytetään johdonmukaista yhteyttä sairauden ja toiminallisten rajoitteiden välillä ICF-mallin mukaisesti. Samansuuntaisesti arkitoimien rajoitteet ja osallistuminen sosiaaliseen elämään arvioidaan ja kuvaillaan Virossa. Lisäksi vastauksessa tuotiin esille arviointien jatkuvaluonteisuus.

Vakuutetun osallistamisessa (liite, kysymys 27) on huomioitava suomalainen toimintatapa: vakuutettu ei täytä sairauspäivärahahakemusta, mutta työeläkehakemuksen hän täyttää. Muissa kohdemaissa vakuutettu täyttää hakemuksen ainakin toisinaan. Tarkentavia tietoja pyydetään kaikissa kyselyn kohdemaissa vähintään toisinaan, ja Ranskassa, Saksassa, Suomessa ja Virossa näin toimitaan aina. Vakuutetun kuuleminen hylkäävän päätöksen yhteydessä on kaikissa kohdemaissa käytäntö vähintään toisinaan. Sen sijaan palautteen pyytäminen vakuutetulta vaihtelee kohdemaiden välillä. Vastausten perusteella näin toimitaan aina Ranskassa ja toisinaan Alankomaissa, Espanjassa, Saksassa ja Virossa.

Laadunarvioinnissa (liite, kysymys 29) Suomessa ja Virossa on käytössä kaikki esitetyt vaihtoehdot. Kaksoisluenta on Suomen ja Viron lisäksi käytössä Italiassa ja Ranskassa. Palautetta lääkärille hyödynnetään myös Espanjassa, Ruotsissa ja Saksassa. Hakemus voidaan siirtää juristille tai ylilääkärille Suomen ja Viron lisäksi Espanjassa ja Saksassa. Yhteisiä viikkotapaamisia käytetään haastavien hakemusten käsittelyyn myös Italiassa ja Alankomaissa. Satunnaistarkastukset ovat käytössä muissa kohdemaissa paitsi Espanjassa ja Ruotsissa. Belgiasta kysymykseen ei vastattu.

Etuus voidaan evätä silloin, kun vakuutettu ei noudata hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa (liite, kysymys 31), Alankomaissa, Ruotsissa ja Suomessa. Alankomaista

lisäksi painotettiin, että tämä on harvinaista. Hoitavaa lääkäriä tiedotetaan päätöksestä (liite, kysymys 33) kyselyn perusteella Espanjassa, Italiassa ja Ruotsissa.

Eri työkyvyttömyysetuuksien vakuutuslääketieteellisen arvioinnin tekijät

Liitteen kysymys 21 (taulukko 8) koski korvattavuuden arvioinnin tekijää. Suurimmassa osassa kohdemaista arvioinnin teki joko etuuskäsittelijä tai muu terveydenhuollon ammattilainen kuin vakuutuslääkäri. Pidemmistä sairauspoissaoloista taas yleisimmin laati arvioinnin vakuutuslääkäri. Selkeä poikkeus muista kohdemaista on Ruotsi, jossa kaikissa etuuslajeissa arvioinnin tekee etuuskäsittelijä. Ainoastaan Ruotsissa vakuutuslääkäri ei suorittanut arviointia työkyvyttömyyseläkkeistä. Ruotsin lisäksi Espanjassa ja Italiassa työtapaturmien käsittelijänä toimi muu terveydenhuollon ammattilainen. Suomesta saatu vastaus oli ”ei relevantti / ei tietoa”.

Taulukko 8. Vakuutuslääketieteellisen arvioinnin tekijä eri etuuslajeissa (liite, kysymys 21).

Etuuslaji	Työskentelymaa								
	Alankomaat	**Belgia**	**Espanja**	**Italia**	**Ranska**	**Ruotsi**	**Saksa**	**Suomi**	**Viro**
Lyhyt sairauspoissaolo	Muu[a] / Vakuutuslääkäri	Muu	Muu	Vakuutuslääkäri / Muu	Muu	Etuuskäsittelijä	Vakuutuslääkäri	Etuuskäsittelijä	Muu
Pitkittynyt sairauspoissaolo	Muu / Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Muu	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Etuuskäsittelijä	Vakuutuslääkäri	Etuuskäsittelijä/ Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri / Muu
Työkyvyttömyyseläke	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Etuuskäsittelijä	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri
Työtapaturma	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Muu	Muu	Vakuutuslääkäri	Etuuskäsittelijä	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri	Vakuutuslääkäri

a Muu terveydenhuollon ammattilainen.

Pitkäaikaisiin työkyvyttömyysetuuksiin liittyvän vakuutuslääketieteellisen arvioinnin sisältö

Pitkäaikaisten työkyvyttömyysetuuksien arvioinnissa (liite, kysymys 23, taulukko 9) oli yhteneväistä kohdemaiden kesken diagnoosin ja hakijan nykytilanteen sisällyttäminen hakemukseen. Tosin Alankomaista saatu toinen vastaus oli ”ei tarvita”. Hoitosuunnitelmat sisällytettiin vähintäänkin joskus osaksi hakemusta kaikissa muissa maissa paitsi Ranskassa. Ruotsissa, Suomessa ja Virossa tämä oli aina vaatimuksena hakemuksen hyväksymiselle. Tosin Virosta saimme myös vastauksen ”joskus”. Toiminta- ja työkyvyn kuvaus tuli löytyä etuushakemuksesta aina kaikissa muissa kohdemaissa paitsi Espanjassa, mistä tähän kysymykseen vastattiin ”joskus”.

Taulukko 9. Vakuutuskorvauksen hyväksymiseksi tarvittavat tiedot pitkäaikaisesta työkyvyttömyydestä (liite, kysymys 23).

Tarvittava tieto	Työskentelymaa							
	Alanko-maat	**Belgia**	**Espanja**	**Ranska**	**Ruotsi**	**Saksa**	**Suomi**	**Viro**
Diagnoosi	Aina[a]	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina
Hoitosuunnitelma	Joskus	Joskus	Joskus	Ei tarv.	Aina	Joskus	Aina	Aina[a]
Hakijan nykytilanne	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina
Toiminta- ja työkyky	Aina	Aina	Joskus	Aina	Aina	Aina	Aina	Aina
Lääkinnällinen kuntoutus-suunnitelma	Joskus	Aina	Joskus	Ei tarv.	Aina	Joskus	Aina	Ei tarv.[a]
Ammatillinen kuntoutus-suunnitelma	Joskus[a]		Ei tarv.	Joskus	Joskus	Joskus	Aina	Ei tarv.[a]
Vakuutettu noudattaa suunnitelmia	Joskus[a]	Aina	Muu	Joskus	Joskus	Joskus	Joskus	Ei tarv.[a]

a Ristiriitaisia vastauksia kysymykseen.

Lääkinnällinen kuntoutussuunnitelma oli aina vaatimuksena pitkäkestoisen työkyvyttömyysetuuden hyväksymiselle Belgiassa, Ruotsissa ja Suomessa. Ranskasta ja Virosta vastattiin, ettei suunnitelmaa edellytetä etuuden hyväksymiseksi. Virosta saimme myös edellisen vastauksen kanssa ristiriidassa olevan vastauksen ”joskus”. Alankomaista, Espanjasta ja Saksasta vastattiin ”joskus”.

Ainoastaan Suomessa ammatillinen kuntoutussuunnitelma oli edellytys pitkäaikaisen työkyvyttömyysetuuden saamiselle. Espanjassa ja Virossa tätä suunnitelmaa

ei tarvittu, paitsi Virosta saimme myös vastauksen ”joskus”. Muista kohdemaista vastattiin ”joskus”.

Seuraavaksi kysyimme (liite, kysymys 23), onko vakuutetun suunnitelman noudattamisen seuranta ja siitä raportointi tarpeellinen osa etuuspäätöstä. Vastausten perusteella Belgiassa tätä edellytetään aina tämän tyyppisten etuuspäätösten hyväksymisessä. Alankomaista vastaukset olivat ”joskus” ja ”aina”, Virosta taas ”ei tarvita” ja ”joskus”. Muiden kohdemaiden vastausten perusteella asia oli ”joskus” tarpeellinen hyväksymispäätöksen tekemiseksi.

Valitettavasti emme saaneet Italiasta yhtäkään vastausta kysymykseen 23.

3.2.3 Vakuutuslääkärien toiminta kyselyn kohdemaassa

Vakuutuslääkäreiden toimintaa koskevia kysymyksiä oli yhdeksän ja niiden vastauksia on esitetty taulukossa 10, s. 49). Vakuutuslääkärien toimintaa selvitettäessä kysyttiin ensin vakuutuslääkärien pääasiallista työskentelypaikkaa (liite, kysymys 34). Kaikissa muissa kohdemaissa vakuutuslääkärit työskentelivät julkisella sektorilla paitsi Belgiassa, jossa vakuutuslääkärit pääasiallisesti työskentelivät yksityisvastaanotoilla. Liitteen työaikaa koskevaan kysymykseen (liite, kysymys 35) saatujen vastausten perusteella Suomessa ja Virossa oli yleisempää työskennellä osa-aikaisesti, muissa kohdemaissa vakuutuslääkärit työskentelivät kokoaikaisesti. Vakuutuslääkärin nimi näkyy (liite, kysymys 38) päätöksessä muissa kohdemaissa paitsi Ruotsissa, Saksassa ja Suomessa. Vakuutuslaitoksissa työskentelevien vakuutuslääkärien nimet olivat julkisia muissa kohdemaissa paitsi Belgiassa ja Ruotsissa. Espanjasta emme saaneet kysymykseen vastausta. Kyselyn perusteella Ruotsissa ja Suomessa vakuutuslääkärin ja hoitavan lääkärin ei ole mahdollista konsultoida toisiaan yksittäisissä potilastapauksissa (liite, kysymys 47).

Yleisimpiä vakuutuslääkärien erikoistumisaloja (liite, kysymys 37) useammassa kyselyn kohdemaassa olivat yleislääketiede, psykiatria, työlääketiede, neurologia ja ortopedia. Muiden maiden vastauksista erottuvia olivat vakuutuslääketieteen erikoislääkärin tutkinto Alankomaissa ja oikeuslääketieteen tutkinto Italiassa.

Esitimme vastaajille väittämiä vakuutuslääkärien asemasta kohdemaassa (liite, kysymys 39) käyttäen viisiportaista asteikkoa vahvasti eri mieltä – vahvasti samaa mieltä. Ensimmäinen väittämä liittyi riittävään vakuutuslääkärien lukumäärään (liite, kysymys 39a). Ranskasta ja Ruotsista molemmista yksi vastaaja oli vahvasti eri mieltä väitteen kanssa, lisäksi Ruotsista ja Virosta toinen, Alankomaista molemmat ja Italiasta yksi vastaaja olivat eri mieltä väitteen kanssa. Tämän kysymyksen vastauksissa tulee ottaa huomioon, että kaksi muuta vastaajaa Italiasta olivat

samaa mieltä väitteen kanssa. Lisäksi vastaajat Suomesta ja Saksasta olivat samaa mieltä väitteen kanssa. Loput vastauksista olivat neutraaleja.

Väitteestä ”vakuutuslääkäreiden työtä arvostetaan” (liite, kysymys 39b) samaa mieltä olivat vastaajat Saksasta, Italiasta, Ruotsista, Alankomaista ja Virosta. Tosin Alankomaista saimme vastaukset ”vahvasti samaa mieltä” sekä ”eri mieltä”. Lisäksi Viron toinen vastaaja oli ”vahvasti eri mieltä” väitteen kanssa. Belgian ja Espanjan vastaajat olivat eri mieltä väitteen kanssa, loput vastauksista olivat neutraaleja. Kolmantena väitteenä esitimme vakuutuslääkärien työskentelevän kovan paineen alla (liite, kysymys 39c). Vahvasti samaa mieltä väitteen kanssa olivat molemmat vastaajat Virosta sekä toinen vastaaja Alankomaista, Belgiasta ja Ranskasta. Samaa mieltä väitteen kanssa puolestaan olivat toinen vastaaja Alankomaista, yksi Italiasta, yksi Ruotsista sekä molemmat vastaajat Saksasta. Neutraalin vastauksen saimme vastaajilta Espanjasta, Italiasta kahdelta muulta ja Ruotsista toiselta vastaajilta. Väitteen kanssa eri mieltä oli vastaaja Suomesta.

Viimeisenä väitteenä esitimme yleisen asenteen keskittyvän tavallisesti kielteisiin asioihin vakuutuslääkäreiden toiminnassa (liite, kysymys 39d). Samaa mieltä väitteen kanssa olivat yksi vastaaja Alankomaista, yksi Italiasta sekä vastaajat Ruotsista, Suomesta ja Virosta. Lisäksi vahvasti samaa mieltä väitteen kanssa olivat toinen vastaaja Alankomaista ja vastaajat Belgiasta. Neutraalisti väitteeseen suhtautuivat vastaajat Espanjasta, kaksi vastaajaa Italiasta, vastaajat Ranskasta sekä Saksasta ja toinen vastaaja Ruotsista. Lisäksi vahvasti eri mieltä oli yksi vastaaja Virosta.

Taulukko 10. Vakuutuslääkärien toiminta kohdemaassa.[a]

Vakuutuslääkärin toiminta	**Työskentelymaa**								
	Alanko-maat	**Belgia**	**Espanja**	**Italia**	**Ranska**	**Ruotsi**	**Saksa**	**Suomi**	**Viro**
Pääasiallinen työskentelypaikka (34)	Julkinen	Yksityinen	Julkinen	Julkinen	Julkinen	Julkinen	Julkinen	Julkinen	Julkinen
Työaika (35)	Koko	Koko	Koko	Koko	Koko	Koko	Koko	Osa	Osa
Vakuutuslääkärin allekirjoitus (38a)	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei	Ei	Ei	Kyllä
Vakuutuslääkärin nimen julkisuus (38b)	Kyllä	Ei		Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Konsultaatio-mahdollisuus (47)	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Ei[b]

a Numerot Vakuutuslääkärin toiminta -sarakkeessa viittaavat liitteen kysymyksen numeroon.

b Ristiriitaiset vastaukset.

Kysymykseen vakuutuslääkärien työnkuvan keskittymisestä korvattavuusarviointiin (liite, kysymys 40) saimme myönteisen vastauksen muista kohdemaista paitsi Saksasta ja Virosta. Vastaaja Saksasta selitti (liite, kysymys 41), että lääkäreiden työnkuva liittyy laadun varmistamiseen sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja kotihoidossa, ja vastaajan Virosta selitys koski työkyvyn rajoitusten arviointia.

Vakuutuslääkärien työkäytännöistä ja palkkioista kysyimme ensinnäkin tapausten käsittelymäärien tavoitetta (liite, kysymys 42a). Kyselyn perusteella Alankomaissa, Italiassa, Ranskassa ja mahdollisesti Virossa on asetettu käsiteltävien tapausten tavoitemäärät. Toisaalta toinen vastaaja Virosta vastasi tähän kysymykseen kielteisesti. Lisäksi tiedustelimme, onko palkka riippuvainen käsiteltyjen tapausten määrästä (liite, kysymys 42b). Myönteisesti tähän vastattiin Alankomaista ja Virosta. Lisäksi Alankomaissa ja Ranskassa on käytössä vakuutuslääkärien bonuspalkkiojärjestelmä (liite, kysymys 42c), kun taas tapausten käsittely vakuutuslääkärin erikoisalan perusteella (liite, kysymys 42d) oli käytäntö Italiassa, Saksassa, Suomessa ja Virossa.

3.2.4 Näyttöön perustuvan tutkimuksen ja menetelmien käyttö

Kyselyn viimeisessä osiossa keskityttiin näyttöön perustuvaan tutkimukseen ja menetelmien käyttöön. Osio alkoi kysymyksellä ICF-luokituksen käytöstä vastaajan työskentelymaassa (liite, kysymys 43). Vastausvaihtoehtoja oli viisi. Vastausten perusteella Belgiassa ICF:n käyttö liittyy pääosin tutkimukseen. Italiassa, Ranskassa ja Saksassa sitä käytetään työ- ja toimintakyvyn tutkimisen viitekehyksenä. Vastaaja Espanjasta ei tiennyt asian tilaa työskentelymaassaan. Ruotsissa ICF-luokitusta käytettiin sekä tutkimuksessa että vakuutetun työkyvyn arvioinnissa. Alankomaissa ja Suomessa edellä mainittujen lisäksi ICF-luokitus on käytössä myös standardoituna dokumentointimenetelmänä. Virossa ICF-luokituksen käyttö on laajinta: siellä kaikkien edellä mainittujen käyttötarkoitusten lisäksi ICF:ää käytetään apuna vakuutettujen toimintakyvyn muutoksien seurannassa.

Seuraavaksi selvitimme hoidon ja päätöksenteon toimia laadun varmistamiseksi (liite, kysymys 44). Kaikissa kyselyn kohdemaissa on käytössä vähintään tiettyjä sairauksia koskevat kansalliset hoitosuositukset (liite, kysymys 44a). Vain tietyistä sairauksista on laadittu kansalliset hoitosuositukset Belgiassa, Suomessa ja mahdollisesti Ruotsissa, josta saimme kuitenkin myös kattavampaan hoitosuosituksien määrään viittavan vastauksen. Vastausten perusteella muissa kyselyn kohdemaissa kansalliset hoitosuositukset ovat melko kattavat. Vain tiettyjä sairauksia koskevia kansallisia sairauspoissaolosuosituksia ei vastausten perusteella ollut käytössä Belgiassa ja Ruotsissa. Italiasta taas vastattiin ristiriitaisesti sekä ”kyllä” että ”ei”. Vastausten mukaan muissa kyselyn kohdemaissa kansalliset suositukset sairauspoissaoloista ovat käytössä. Kansallisia Käypä hoito -suosituksia sosiaalilääketieteestä ei ollut Suomessa, ja Italiasta tähänkin kysymykseen saimme eriävät

vastaukset ”kyllä” ja ”ei”. Toinen vastaaja Ruotsista totesi kansallisten Käypä hoito -suositusten keskittyvän tiettyihin sairauksiin. Espanjasta tähän kysymykseen ei vastattu. Vastaukset muista kohdemaista antoivat ymmärtää kansallisten ohjeiden olevan olemassa.

Viimeinen väittämä kysymyksessä 44 (liite) koski organisaatiokohtaisia vakuutuslääketieteellisiä ohjeistuksia. Vastaaja Suomesta totesi, että ohjeistusta ei ole. Vastaukset Ruotsista ovat ristiriitaiset; yksi ”ei”-vastaus ja yksi ”kyllä”-vastaus. Saksasta, Alankomaista ja Italiasta saatujen vastausten mukaan organisaatiokohtaiset vakuutuslääketieteelliset ohjeet koskevat tiettyjä sairauksia. Lähes kaikista muista kyselyn kohdemaista vastattiin maassa käytettävän organisaatiokohtaisia vakuutuslääketieteellisiä ohjeita. Espanjasta emme saaneet tähän kysymykseen vastausta.

Halusimme saada tietoa kohdemaiden toimintatavoista siinä tapauksessa, että vakuutuslääkäri tulkitsee vakuutetun hoidon olevan riittämätöntä (liite, kysymys 45). Vastausten perusteella Alankomaissa, Belgiassa, Ranskassa ja Virossa vakuutuslääkäri voi kommentoida hoitoa. Belgiasta ja Ranskasta saatujen vastausten mukaan vakuutuslääkäri voi olla suoraan yhteydessä hoitavaan lääkäriin, mutta hän ei kuitenkaan itse muuta hoitoa. Alankomaissa ja Virossa asiaan voidaan ottaa kantaa vakuutuspäätöksessä.

Kysymyksessä 46 (liite) pyysimme vastaajia arvioimaan, eroaako vakuutetun työstä poissaolon kesto sen mukaan, onko arvioinnin tehnyt vakuutuslääkäri vai kliinistä työtä tekevä lääkäri. Pääosin vastaajat ilmaisivat, että eri rooleissa olevien lääkäreiden myöntämissä poissaolojen pituuksissa on jonkin verran eroa. Ranskasta saatujen vastausten perusteella ero on merkittävä, samoin todettiin yhdessä Italiasta saadussa vastauksessa. Alankomaista kysymykseen ei otettu kantaa. Siellä vakuutuslääkärit tutkivat itse vakuutetut sairauspoissaolotapauksissa.

3.2.5 Kyselyn tulosten pohdinta

Sopivien vakuutuslääketieteen asiantuntijoiden tunnistaminen osoittautui haastavaksi, koska sosiaalivakuutusjärjestelmät kyselyn kohdemaissa ovat moninaisia ja aihe monitieteinen. Kyselytutkimuksen tavoite oli tuottaa Suomelle merkityksellistä tietoa eurooppalaisista sosiaalivakuutusjärjestelmistä ja vakuutuslääkäritoiminnasta. Tutkimuksemme ei käsitellyt yksityiseen henkilövakuuttamiseen liittyvää vakuutuslääkäritoimintaa.

Kyselyn vastauksista kävi selvästi ilmi tutkimuksen haasteet: yhtenäistä termistöä on niukasti ja maiden toisistaan poikkeavat terveydenhuolto- ja sosiaalivakuutusjärjestelmät tuovat haasteita sille, miten vastauksia voidaan hyödyntää Suomessa. Samastakin kohdemaasta saatiin samaan kysymykseen eriäviä vastauksia.

Arvioimme, että vastausten eroihin vaikuttavat esimerkiksi vastaajien eri työtehtävät ja niihin liittyvä oma työrooli. Koska kysymyksillä pyrittiin tuottamaan merkityksellistä tietoa Suomen sosiaalivakuutus- ja vakuutuslääkärijärjestelmälle, asiaa tarkasteltiin suomalaisen järjestelmän näkökulmasta. Kaikki kysymykset eivät olleet relevantteja kaikille vastaajille kyselyn eri kohdemaista. Kyselytutkimuksen päätavoitteet kuitenkin saavutettiin ja tutkimussuunnitelman mukaisesti haastattelut täydensivät kyselytutkimuksen vastauksia ja auttoivat ymmärtämään kyselyvastauksiin liittyvää kontekstia.

Työkyvyttömyysetuuksien vakuutuslääketieteellinen arviointi eri kohdemaissa oli selkeästi erilaista (liite, kysymykset 17–28). Ruotsin ja Italian arviointikäytännöt erosivat eniten toisistaan. Ruotsissa vakuutuslääkärit ovat sosiaalivakuutukseen liittyvässä arvioinnissa konsultoivassa roolissa eivätkä he tapaa potilaita, ja etuuskäsittelijät suorittavat kaikki työkyvyttömyysetuuksien arvioinnit. Sekä Ruotsissa että Italiassa arvioinnissa hyödynnetään esimerkiksi psykologien, fysioterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden arviointeja. Italiassa kuitenkin vakuutuslääkärit toteuttavat vakuutuslääketieteellisen arvioinnin vastaanottokäynnin ja aiempien lääketieteellisten selvitysten perusteella ja arviointiin osallistuu mahdollisesti juristi.

Vakuutetun osallisuus vakuutuslääketieteellisessä arvioinnissa vaihtelee kohdemaittain hyvinkin paljon (liite, kysymykset 19–20, 23 ja 27–28). Kyselyn perusteella esimerkiksi Espanjassa, Italiassa ja Ranskassa vakuutettu täyttää hakemuksen, mutta hakemusta ei hyödynnetä työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa. Alankomaissa, Belgiassa, Italiassa, Ranskassa ja Saksassa vakuutetun tapaaminen vastaanotolla sisältyy vakuutuslääkärin tekemään arviointiin.

Vakuutetun aktiivinen kuntoutussuunnitelman toteuttaminen oli lähes kaikissa kohdemaissa ainakin tietyissä tilanteissa pidempiaikaisen työkyvyttömyysetuuden myöntämisen peruste. Poikkeuksena tästä vastausten perusteella oli Espanja. Vakuutetulta pyydetään lisätietoa epäselvissä tilanteissa vähintäänkin toisinaan kaikissa kohdemaissa. Lisäksi varsinkin harkittaessa etuuden epäämistä vakuutetun kuuleminen on järjestetty kaikissa kohdemaissa vähintään joskus. Palautteen pyytäminen vakuutetulta oli toisaalta huomattavasti harvinaisempi käytäntö, mutta vastausten perusteella Ranskassa palaute pyydetään aina.

3.3 Haastattelut maittain

Tutkimuksen kirjallinen kysely pyrittiin laatimaan mahdollisimman kattavaksi ja siihen sisältyi myös avoimia kysymyksiä. Haastattelut suunniteltiin kattamaan kirjallisen kyselyn katvealueita ja myös avoimelle keskustelulle jätettiin tilaa. Kyselytutkimuksessa tiedusteltiin halukkuutta etätapaamiselle tarkentavien kysy-

mysten esittämistä varten. Tavoitteena oli myös selventää samasta kohdemaasta kirjalliseen kyselyyn saatujen eri vastaajien keskenään ristiriitaisia vastauksia. Lisäksi pyrimme saamaan paremman kontekstin kyselyn vastauksille taustatekijöistä, kuten terveydenhuolto- ja sosiaalivakuutusjärjestelmästä.

Haastattelimme seitsemää vakuutusalan asiantuntijaa kuudesta eri kohdemaasta (Saksa, Ranska, Espanja, Italia, Ruotsi, Suomi). Kaikki haastateltavat vastasivat myös kirjalliseen kyselyyn. Haastattelut Alankomaiden, Belgian ja Viron edustajien kanssa ei onnistunut, koska emme löytäneet sopivaa yhteistä haastatteluaikaa. Haastattelujen pohjana käytettiin kyselyvastauksia ja laajempia, tarkentavia tutkimuskysymyksiä. Haastatteluista kirjattiin muistiinpanot, joiden pohjalta laadittiin maakohtainen yhteenveto ja loppupäätelmät.

3.3.1 Suomi (Kela ja työeläkelaitos)

Vakuutuslääkäreiden pätevyys ja koulutus

Vakuutuslääkärinä Kelassa ja työeläkelaitoksissa toimii pääasiassa kokeneita erikoislääkäreitä, esimerkiksi työterveyshuollon, yleislääketieteen, psykiatrian tai neurologian erikoisaloilta. Vakuutuslaitoksissa vakuutuslääkäreitä kutsutaan yleensä asiantuntijalääkäreiksi. Vakuutuslääketieteen koulutus suoritetaan vakuutuslaitoksissa ja vakuutuslääkärin on mahdollista suorittaa Lääkäriliiton myöntämä vakuutuslääketieteen erityispätevyys.

Vakuutuslääkärit ovat yleensä vakituisessa työsuhteessa vakuutusorganisaatiossa ja heille maksetaan kuukausipalkkaa, muttei erityisiä lisiä tai kannustepalkkioita.

Potilaiden ja eri etuuksia hakevien tutkimus sekä toimintakyvyn mittaaminen ja dokumentointi

Kelassa toimitaan asiakirjapohjaisesti. Etuuskäsittelijät hoitavat suurimman osan sairauspäivärahapäätöksistä. Heillä voi olla esimerkiksi tradenomin tai terveydenhoitoalan koulutus. Lakimiehiä ei juurikaan tarvita etuuskäsittelyssä. Vain pieni osa käsiteltävistä sairauspäivähakemuksista menee asiantuntijalääkäreille arvioitavaksi, yleensä silloin, kun vakuutetun sairauspäivärahakausi on lopuillaan, tai epäselvissä tilanteissa. Vakuutuslääkäreitä on riittävästi, ja myös he toimivat asiakirjapohjaisesti – he eivät tutki itse vakuutettuja eivätkä toteuta ennalta ehkäisevää toimintaa. Vakuutuslääketieteelliset arviot pyritään tekemään käytössä olevien dokumenttien perusteella. Vakuutuslääkärit arvioivat mm. oikeutta sairauspäivärahakorvauksiin ja siihen liittyen kuntoutuksen tarvetta. Jos lääkäri arvioi vakuutetun olevan kuntoutuksen tarpeessa, kuntoutusasiantuntijat voivat käsitellä asian.

Eläkelaitoksissa toimitaan asiakirjapohjaisesti. Erona Kelaan on se, että vakuutuslääkärin arvio on aina välttämätön. Poikkeuksen muodostavat vain juridiset hylkäämiset. Vakuutuslääkärit arvioivat eläke- ja kuntoutusasioiden korvauksia. Vain harva vakuutuslääkäri toimii työhyvinvoinnin alueella. Vakuutuslääkärit tekevät yhteistyötä työelämän asiantuntijoiden kanssa. Kyseisillä asiantuntijoilla on korkeakoulututkinto. Lakimiehiä tarvitaan harvoin yksittäisten tapausten käsittelyssä.

Vakuutuslääkäreitä on riittävästi, mutta suuri yleisö saattaa suhtautua heihin kriittisesti ja heihin kohdistetaan yhteiskunnallista painetta. Vakuutuslääkäreiden työn avoimuus on lisääntynyt. Yhdenmukaiset ja oikeudenmukaiset ratkaisut ovat aina olleet keskeisiä tavoitteita.

Vakuutuslääkärit Suomessa eivät yleensä tapaa mitään etuuslajia hakeneita vakuutettuja, tai jos tapaavat, he jäävääväät itsensä tämän henkilön asian käsittelystä.

Vakuutuslääkärien tai vakuutuslaitoksen päätökset tai arviot

Kela käsittelee lääkäreiden A-todistuksia ja B-lausuntoja, joita hoitava lääkäri kirjoittaa työkyvyttömyyden toteamiseksi. Hakemus tulee työnantajalta ja työntekijältä. Suuri osa todistuksista ja osa lausunnoista saadaan elektronisessa muodossa. Lääkärinlausuntoja lähetetään erityisesti työterveyshuollosta, jos vakuutettu on työsuhteessa. Myöntävästä päätöksestä ei hakijalle toimiteta erillistä lääketieteellistä päätöstä. Kela tekee vakuutusasiassa päätöksen ja myönteiset perustelut kirjataan Kelan dokumentteihin. Tieto päätöksestä lähetetään hakijalle ja työnantajalle palkanmaksua varten. Päätöksissä ei ole arviointiin osallistuneen asiantuntijalääkärin nimeä, mutta vakuutettu saa halutessaan tiedon pyytämällä sitä. Päätöstä ei lähetetä hoitavalle lääkärille.

Haastatteluun osallistuneen työeläkelaitoksen edustajan mukaan kyseisessä työeläkelaitoksessa päätöstä varten tarvitaan vakuutetun hakemus ja lääkärin lausunto. Joskus työeläkelaitos pyytää työnantajan lausunnon, mihin on oltava vakuutetun lupa. Yleensä arviotavat lääkärinlausunnot tulevat työterveyshuollosta, jos hakijalla on työsuhde. Myönteisistä päätöksistä ei lähetetä hakijalle lääketieteellisiä arvioita. Epäävistä ratkaisuista vakuutetut saavat myös lääketieteelliset perustelut. Vakuutettu saa halutessaan itseään koskevat asiakirjat ja muistiot, ja asiantuntijalääkäreiden nimet ovat julkisia.

Laadunvarmistus

Kelan asiantuntijalääkärin perehdytyksen aikana kokenut asiantuntijalääkäri ja perehtyjä molemmat lukevat yleensä useita kymmeniä lausuntoja. Perehtyjän jäl-

keen asiantuntijalääkäri lukee saman lausunnon ja antaa perehtyjälle palautetta. Käytännön työssä etuuskäsittelijät kysyvät asiantuntijalääkäriltä neuvoa epäselvissä tilanteissa pikaviestintäohjelman kautta. Asiantuntijalääkärit kirjaavat Kelan tilastoja varten ainakin kaksi diagnoosia kolmen tai neljän numeron tarkkuudella ja määrittävät merkittävimmän diagnoosin, minkä perusteella sairauspäiväraha myönnetään.

Työeläkelaitoksessa asiantuntijalääkäri pyytää tarvittaessa arvioinnin toiselta asiantuntijalääkäriltä. Viikoittaisissa kokouksissa asiantuntijat ja lääkäri sekä mahdollisesti lakimies keskustelevat tapauksista.

Suomessa satunnaiset laadunarvioinnit (*random quality checks*) ovat käytössä joissakin työeläkevakuutuslaitoksissa. Työeläkevakuuttajat TELA on kaikkien Suomessa toimivien työeläkevakuuttajien edunvalvontajärjestö ja sen yhteistyöryhmät ovat tärkeitä. Laitosten ylilääkärit kokoontuvat kuukausittain. Eläketurvakeskus (ETK) on lakisääteinen työeläketurvan kehittäjä, asiantuntija ja yhteisten palvelujen tuottaja, ja se antaa soveltamisohjausta. Haastateltu työeläkelaitoksen edustaja totesi, että kyseinen työeläkelaitos seuraa muutoksenhakuelinten ratkaisuja.

Asiantuntijalääkärit työeläkelaitoksissa kirjaavat Kelan tilastoja varten ainakin kaksi diagnoosia useamman numeron tarkkuudella ja määrittävät merkittävimmän diagnoosin, minkä perusteella sairauspäivärahat myönnetään.

3.3.2 Espanja

Vakuutuslääkäreiden pätevyys ja koulutus

Espanjassa työterveyslääkäri on synonyymi vakuutuslääkärille. Vakuutuslääkärisana ei ole käytössä. Vakuutuslääketiede ei ole erikoisala, vaan työterveyslääkärit tai työlääketieteen lääkärit hoitavat vakuutuslääkärin tehtäviä, lähinnä keskinäisissä vakuutusyhtiöissä ja laitoksissa.

Koulutuksessa voi olla eroja Espanjan 17 autonomisella alueella. Autonomiset alueet huolehtivat rahoituksesta ja ammatillisesta osaamisesta. Pätevöitymiseen kuuluu työlääketieteen ylempi kurssi (*Superior course of occupational medicine*).

Vakuutuslääkärien työsuhde

Työterveyslääkärit, jotka Espanjassa tekevät vakuutuslääkäreiden tehtäviä, ovat keskinäisten vakuutusyhtiöiden ja laitosten tai yritysten palveluksessa. He hoitavat yrityksissä mm. työhygienia-asioita. Heidän työhönsä kuuluu kliininen arviointi sekä diagnoosin ja sairauden työperäisyyden arviointi tai tarkkailu (*surveillance*).

Erikoisala ei ole ollut kovin arvostettu, koska yleisesti työterveyslääkäreiden koetaan toimivan työnantajan edun mukaisesti.

Potilaiden ja eri etuuksia hakevien tutkimus sekä toimintakyvyn mittaaminen ja dokumentointi

Espanjan järjestelmässä sairauden työperäisyyden tai sen työhön liittymisen arviointi on ensisijaisen tärkeää: se vaikuttaa potilaan tai vakuutetun hoitopaikan valintaan. Korvausten määrässä on eroja.

Työkyvynarviointi- ja korvausprosessit ovat Espanjassa kaksijakoiset. Alkuarvion tekee perusterveydenhuollossa lääkäri lyhytkestoisen vastaanoton aikana. Potilas saa sairauspoissaolotodistuksen, johon on kirjattu myös seuraavan käynnin aika. Osatyökyvyttömyyttä tai osasairauspäivärahaa ei Espanjassa tunneta. Mikäli lääkärille syntyy epäily sairauden tai vamman työperäisyydestä, asia siirtyy keskinäisten vakuutusyhtiöiden vastuulle. Keskinäisillä vakuutusyhtiöillä on omia sairaaloita ja muitakin terveydenhuollon yksiköitä, ja vakuutuslääkärin työtä tekevät työterveyslääkärit ovat näiden palveluksessa.

Jos kyseessä ei ole työperäinen tai työhön liittyvä sairaus tai vamma, vakuutettu pysyy julkisen sosiaalivakuutus- ja terveydenhuoltojärjestelmän piirissä. Korvaustasot näissä järjestelmissä ovat erilaiset. Julkisella sektorilla on yksikköjä, joissa tehdään toimintakyvyn arviointia ja työhön suuntautuvaa kuntoutustoimintaa. Pitkittyneiden työkyvyttömyyksien pysyvyyttä arvioidaan 18 kuukauden kohdalla sosiaaliturvalautakunnassa (*Social security panel*). Sosiaaliturvalautakunta arvioi myös lopullisen syy-yhteyden sairauden tai vamman työperäisyyteen.

Selkeänä poikkeuksena muihin kohdemaihin haastateltava Espanjasta nosti esille sen, että työkyvyttömyysetuuksien saajat eivät voi Espanjassa työskennellä osa-aikaisesti.

Laadunvarmistus

Espanjassa työterveyslääkärien osaaminen on haastateltavan mielestä parhaalla tasolla tapaturmien arvioinnissa. Keskinäisillä vakuutuslaitoksilla on paneeleita laadunvarmistusta varten.

3.3.3 Ruotsi

Vakuutuslääkäreiden pätevyys ja koulutus

Ruotsissa Försäkringskassan (Vakuutuskassa) hallinnoi lakisääteisiä työkyvyttömyyseläkkeitä, sairausvakuutusetuuksia ja muita sosiaalivakuutusetuuksia. Vakuutuslääkärit (*försäkringsmedicinska rådgivare*) toimivat roolissaan konsultteina. Muodollista vakuutuslääketieteellistä vaatimusta vakuutuslääkäreille ei ole eikä koulutus ole standardoitua, mutta käytännössä vakuutuslääkärin roolissa toimivat ovat kokeneita erikoislääkäreitä. Perehdytystä, koulutusta ja harjoittelua tarjotaan. Ruotsin 21 aluetta (maakuntaa) järjestää vaihtelevasti perehdytystä.

Vakuutuslääkärien työsuhde

Vakuutuskassan vakuutuslääkärit ovat osa- tai kokoaikaisessa työsuhteessa. Vakuutetut, joilla on yksityisvakuutus (kuten matka- tai liikennevakuutus ym.), voivat käyttää ulkopuolista vakuutuslääketieteellistä arviointia, jolla on käytössä omia digitaalisia järjestelmiä.

Potilaiden ja eri etuuksia hakevien tutkimus sekä toimintakyvyn mittaaminen ja dokumentointi

Keskustelu käytiin Vakuutuskassan lähtökohdista. Hoitavat lääkärit eivät päätä korvauksista vaan kirjoittavat lausuntoja. Todistuksissa pitäisi aina olla ammatillisen kuntoutumisen ja työhön paluun arvio sekä suunnitelma. Hoitavat lääkärit kirjaavat työhön vaikuttavat toimintakyvyn rajoitteet lausuntoonsa.

Vakuutuskassa arvioi oikeutta työkyvyttömyysetuuksiin ja kuntoutukseen. Lääkärinlausunnot saadaan pääasiassa sähköisesti. Vakuutuskassa on vuodesta 2005 lähtien toiminut valtakunnallisesti. Sitä ennen 21 alueella oli omat yksikkönsä.

Vakuutuskassa voi konsultoida vakuutuslääkäreitä tai lakimiehiä. Arvioinneissa käytetään myös psykologien ja fysioterapeuttien asiantuntija-arvioita. Vakuutuslääkärit eivät tapaa eivätkä tutki vakuutettuja. Heidän arvionsa perustuu asiakirjoihin. Vakuutuslääkärien nimet eivät näy päätöksissä. Vakuutuskassa voi lähettää vakuutetun ulkopuoliseen arvioon, jos työkyvyttömyys on pitkäkestoista. Näitä arviointikeskuksia on eri puolilla Ruotsia ja ne käyttävät esimerkiksi PCA-menetelmää (*personal capability assessment*) työkyvyn arvioinnissa. Toisaalta tähän lähes päivän kestävään arviointiin on käytössä rajallisesti rahaa.

Yksi toiminnan muoto on Suomen vakuutuslaitosten kuntoutuksen arviointikokouksia vastaava kokous, jossa mukana ovat käsittelijä, lakimies ja lääkäri.

Potilasvastaava-toiminta on merkittävää Ruotsissa. He toimivat koordinaattoreina suhteessa työelämään.

Ruotsissa on käytössä 115:tä sairauspoissaolodiagnoosia koskevat suositukset. Ohjeisto koskee työtehtäviä ja ammatteja. ICF-viitekehys ja luokitus on käytössä.

Vakuutuslääkärien tai vakuutuslaitoksen päätökset ja arviot

Sairastunut vakuutettu saa korvauksia kahden viikon ajan työnantajalta, sitten Vakuutuskassasta. Hylkäysten määrä on pieni, noin 3 %. Työssä käyvillä voi olla Vakuutuskassan päivärahaa täydentävä vakuutus ammattiliiton kautta. Tämä tuo päivärahaan mahdollisesti noin 10 % korotuksen.

Laadunvarmistus

Erityistä laatujärjestelmää ei ole. Hyvään laatuun pyritään paremmalla perehdyttämisellä. Yleisesti sairauspoissaoloasioiden käsittelyyn ollaan tyytyväisiä. Suurin osa vakuutetuista saa myönteisen päätöksen.

3.3.4 Ranska

Vakuutuslääkäreiden pätevyys ja koulutus

Vakuutuslääkäreiden koulutuksesta huolehtii vakuutuslaitos. Lääkäri suorittaa kokeen, jota seuraa haastattelu ja taitojen testaus. Hakijat yleensä hyväksytään. Aiemmin samaan tehtävään oli useampia hakijoita. Erikoislääkärin tutkintoa ei vaadita, mutta vakuutuslääkäreillä on vähintään viiden vuoden kokemus lääkärin työstä. Kokeen hyväksymistä seuraa kuuden kuukauden opiskeluaika harjoitteluineen (*École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale*, *EN3S*). Yliopisto ei järjestä tätä koulutusta.

Vakuutuslääkärien työsuhde

Työkyvyn arviointiin osallistuvien vakuutuslääkäreiden (*médecin conseil*) työnantaja on vakuutuslaitos, jonka vakituisia työntekijöitä vakuutuslääkärit ovat. Muutoksia tähän saattaa olla tulossa lääkäreiden vähyyden vuoksi.

Potilaiden ja eri etuuksia hakevien tutkimus sekä toimintakyvyn mittaaminen ja dokumentointi

Vakuutuslääkäreiden työ painottuu korvauksien arviointiin. Ranskassa kuntoutuksen perinne on heikko. Vakuutuslääkäri voi tosin suosittaa kuntoutusta,

mutta kuntoutusta ei voida määrätä tai edellyttää. Työperäisiä sairauksia ennalta ehkäisevää työtä ei juuri tehdä. Vakuutuslääkärien työt eivät jakaudu erikoisalojen mukaan, vaan kaikkien erikoisalojen lääkärit käsittelevät kaikenlaisia hakemuksia.

Useimmat muut asiantuntijat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. He toimivat *potilasvastaava*-tyyppisesti: he teettävät vakuutetuilla itsearviointitestejä ja tutkivat näiden työolosuhteita sekä ovat yhteydessä työpaikkaan.

Noin 5 %:ssa tapauksista sosiaalivakuutuslaitos tarvitsee ja hankkii erikoislääkärin arvion. Kaikkiaan siis 95 % arvioinneista tekee sairaanhoitaja (potilasvastaava) tai vakuutuslääkäri. Kliininen erikoislääkäri on useimmiten ortopedi tai psykiatri.

ICF-luokitusta saatetaan käyttää selvitettäessä työtapaturmia, mutta sitä ei ole koettu houkuttelevaksi työkyvyttömyyden arvioinnissa. Erilaisia arviointisuosituksia on käytössä.

Laadunvarmistus

Satunnaisia testauksia käytetään harvoin (noin 3–4 % tapauksista). Kaksoisluentaa voidaan tehdä, mikäli kyseessä on esimerkiksi kallis päätös.

3.3.5 Saksa

Vakuutuslääkäreiden pätevyys ja koulutus

Saksassa ei käytetä vakuutuslääketiede-käsitettä vaan puhutaan sosiaalilääketieteestä. Pätevyysvaatimuksena alalle on jokin lääketieteen erikoisala ja vähintään viiden vuoden työkokemus. Pätevyyden saamiseksi tulee suorittaa sosiaalilääketieteen tutkinto. Tämä on käytäntönä melkein kaikissa 15 osavaltiossa. Sosiaalivakuutuksen koulutus sisältyy lääkärien perusopintoihin liian varhaisessa vaiheessa. Valmistuneet lääkärit eivät juurikaan tunne vakuutusalaa.

Vakuutuslääkärien työsuhde

Sosiaalilääketieteen asiantuntija työskentelee yleensä julkisella sektorilla ja työ on kokoaikaista. Työnantajatahoja on pääasiassa kaksi: riippumattomat lääketieteen asiantuntijapalvelut ja eläkerahastojen omistuksessa olevat kuntoutusklinikat.

Sosiaalivakuutuslääkäreiden määrä on vähenemässä, kun noin puolet on siirtymässä työmarkkinoilta eläkkeelle. Yleensä kyseessä on arvostettu erikoisala.

Potilaiden ja eri etuuksia hakevien tutkimus sekä toimintakyvyn mittaaminen ja dokumentointi

Saksassa tärkeimmät vakuutuslääketieteellistä arviota tekevät tahot ovat 15 lääketieteen asiantuntijapalvelua. Nämä ovat osavaltiokohtaisia ja riippumattomia. Palvelut eivät ole vakuutusyhtiöiden omistuksessa. Lisäksi on liittovaltiotasoinen palvelu, jossa käsitellään arvioinnin rakenteita ja organisointia sekä annetaan myös rahoitusta koskevaa ohjeistusta. Edellä mainittujen ohella on vielä joitakin pieniä yksityisiä palveluiden tuottajia.

Sosiaalilääketieteen erikoislääkärit vastaavat ja neuvovat vakuutuslaitosten ohella hoitavia lääkäreitä eli antavat ohjeita päätöksenteon tueksi. Annetut ohjeet eivät sisällä yksityiskohtaista tietoa. Päätökset ja arviot lähetetään hoitaville lääkäreille. Sosiaalivakuutuslääkärit tekevät myös kliinisiä arviointeja. Lisäksi on olemassa erilaisia ohjeistoja ja suosituksia ja käytössä on osittain standardoituja lomakkeita.

Vakuutuslääkärien tai vakuutuslaitoksen päätökset ja arviot

Kuuden ensimmäisen sairausviikon ajan työnantaja maksaa vakuutetulle täyttä palkkaa. Kuuden viikon kuluttua otetaan käyttöön sairausvakuutuksen kautta maksettava korvaava etuus. Sairauspäivärahaa maksetaan 78 viikkoon (18 kuukauteen) asti.

Sekä myönteisistä että kielteisistä päätöksistä laaditut perustelut lähetetään vakuutetulle. Päätökset lähetetään tiedoksi myös hoitavalle lääkärille.

Laadunvarmistus

Saksassa laadunvalvontaa on runsaasti ja pyritään standardoituun toimintaan. Oleellista on arvioinnin ymmärrettävyys, oikeudellisuus ja vahva tietosuoja.

Lääketieteen asiantuntijoiden välillä haetaan konsensusta. Toisen asiantuntijan lausunto pyydetään noin 10 %:ssa tapauksista. Käytössä on myös vertaisarviointi ja auditointi.

3.3.6 Italia

Vakuutuslääkäreiden pätevyys ja koulutus

Italiassa sosiaalivakuutuksiin liittyvä koulutus toteutetaan yliopistoissa. Yksityissektorilla vakuutusorganisaatiot huolehtivat vakuutusalan koulutuksesta.

Vakuutuslääkärinä toimiminen edellyttää erikoislääkärin tutkintoa (*legal medicine*). Se sisältää lääketieteellisen lisäkoulutuksen lisäksi runsaasti hallinnollista koulutusta.

Vakuutuslääkärien työsuhde

Italiassa sosiaalivakuutusjärjestelmällä on hyvin pitkät perinteet ja vahva yhteys oikeusjärjestelmään. Tämän vuoksi vakuutuslääkäreitä tarvitaan runsaasti. Tällä hetkellä heitä on liian vähän. Suurin osa vakuutuslääkäreistä työskentelee julkisella sektorilla täysiaikaisesti tai osa-aikaisesti. Osa-aikatyö on mahdollista myös yksityissektorilla.

Potilaiden ja eri etuuksia hakevien tutkimus sekä toimintakyvyn mittaaminen ja dokumentointi

Vakuutuslääkärit tutkivat itse etuuksia hakevat potilaat ja arvioivat sairauden vaikutusta työkykyyn. Yleisesti arvioinnissa käytetään ns. Barema-asteikkoa, jota käytetään haitankorvauksen tai vammaisuuden asteen määrittämiseen prosentteina ja joka toimii perusteena monen etuuden myöntämiselle.

Näyttöön perustuvasta lääketieteellisestä ja terveydenhuollon menetelmien arvioinnista saadun tiedon hyödyntäminen vakuutuslääketieteellisessä arvioinnissa

Näyttöön perustuvia yleisesti päteviä ohjeistuksia ei ole käytössä esimerkiksi sairauspoissaolosuosituksista. Yksityissektorin vakuutusorganisaatioilla saattaa olla organisaatiokohtaisia ohjeistuksia.

Laadunvarmistus

Sosiaalivakuutusorganisaatioista ei ole tiedossa yleisiä käytäntöjä laadunvarmistuksesta. Sekä myönteiset että kielteiset päätökset perusteellaan tarkasti, sillä potilaalla on oikeus viedä päätös tuomioistuimen ratkaistavaksi. Yksityissektorilla voidaan tehdä päätöksiin liittyviä satunnaistarkastuksia.

3.3.7 Alankomaat

Alankomaista ei haastateltu ketään. Tämän luvun tiedot perustuvat mm. MISSOC- ja ANED-verkkosivuihin sekä julkaisuihin, kuten UVW (2024).

Alankomaissa vakuutetuilla, jotka ovat osittain tai kokonaan kykenemättömiä työskentelemään kahden vuoden sairauspoissaolon jälkeen, saattaa olla oikeus saada työ- ja tulolain mukaista etuutta. Vakuutuslääkäri suorittaa yhdessä sovitun viitekehyksen puitteissa työkyvynarvioinnin pitkäaikaisesti sairauden vuoksi

poissa olleille työntekijöille. Viitekehystä täydennetään erilaisilla asetuksilla ja ohjeilla sekä tuoreilla diagnoosikohtaisilla, vakuutetun toimintakykyä mittaavilla käytännöillä.

Alankomaiden sosiaaliturvajärjestelmässä työntekijän työkyvyttömyyden selvittämisestä säädetään laissa.

Työkyvyttömyysvakuutuksen toimeenpanosta vastaa Alankomaiden sosiaaliturvainstituutti, joka on autonominen hallintoviranomainen sosiaali- ja työministeriössä. Sen lisäksi, että tarjotaan oikea-aikainen taloudellinen korvaus työkyvyttömille, sosiaaliturvainstituutin tehtävä on tukea sairauden vuoksi poissa olevia työntekijöitä palaamaan omaan tai muuhun sopivaan työhön. Työntekijät, jotka ovat olleet sairaana poissa työstään yli 1,5 vuotta, voivat hakea työkyvyttömyyseläkettä. Työntekijän ollessa sairauslistalla työnantajan ja työntekijän on tehtävä kaikkensa hänen työhön kuntoutumisensa eteen. Vakuutuslääkärin ja työvoima-asiantuntijoiden on arvioitava kuntoutustoimia, mukaan lukien sairauslistalla olevan työntekijän osallistuvaa käyttäytymistä. Jos nämä ponnistelut ovat olleet puutteellisia, sosiaaliturvainstituutti voi määrätä seuraamuksen työnantajalle ja/tai työntekijälle.

Mahdollisuutta työkyvyttömyysetuuteen arvioidaan vain, jos kaikki mahdollinen on tehty sairauslistalla olevan työntekijän kuntouttamiseksi. Yleistä työkykyä arvioivat vakuutuslääkärit vakuutetuille tehdyissä henkilökohtaisissa haastatteluissa ja fyysisissä terveystarkastuksissa. Hakijan suostumuksella voidaan tarvittaessa pyytää lisätietoja hoitavalta lääkäriltä. Työkyvyttömyyttä arvioitaessa keskitytään sairauteen (sairaus, oireet, sairauden aiheuttama haitta), toimintakykyyn (aktiviteettien rajoitukset) ja ennusteeseen. Seuraavaksi työvoimaviranomaiset) määrittävät toimintarajoitteista johtuvan sairauden aiheuttaman ansiokyvyn menetyksen ja tukevat hakijaa palaamaan sopivaan työhön.

Alankomaissa julkaistiin tutkimuksemme loppuvaiheiden aikaan 2024 kahdeksaa EU-maata koskeva kysely ja haastattelututkimus (Insight into work disability, 2024), jossa tutkittiin mm. sovellettuja työkyvyttömyyskriteerejä, hakijan osallisuutta, työkyvyttömyyden arviointiin osallistuvia ammattilaisia ja heidän roolejaan tässä yhteydessä.

3.3.8 Yhteenveto haastatteluista

Haastatteluista saatiin kyselyvastauksiin kontekstia ja tarkennuksia. Lisäksi haastatteluissa tuli esille useita mielenkiintoisia huomioita kohdemaiden terveydenhuolto- tai sosiaalivakuutusjärjestelmästä. Haastatteluiden kontekstissa Suomesta nostamme esille poikkeuksellisen pätevöitymisen vakuutuslääkäriksi Lääkäriliiton myöntämän erityispätevyysohjelman kautta. Lisäksi vakuutettujen työkyvyttömyyden arviointiin Suomessa osallistuu muihin kohdemaihin verrattuna

useita toimijoita ja lähtökohtaisesti yksityiset vakuutusorganisaatiot hoitavat vahinkovakuutukset.

Espanjan järjestelmässä korostamme keskinäisten vakuutusyhtiöiden roolia terveydenhuollon ja sosiaalivakuutusten kokonaisuudessa. Keskinäisillä vakuutusyhtiöillä on omat terveydenhuoltotoimintonsa, myös sairaalatasoiset palvelut. Näin ollen työelämässä olevien terveyspalvelut poikkeavat julkisen sektorin muulle väestölle tarjoamista palveluista.

Italiassa taas järjestelmän poikkeuksellisen suora yhteys oikeuslaitoksiin on merkittävä. Tätä kuvastaa myös vakuutuslääkäreiden erikoislääkärikoulutus, jonka nimessäkin viitataan oikeudelliseen lääketieteeseen (*legal medicine*). Lisäksi nostamme esiin sen seikan, että Italiassa vakuutuslääkäri voi työskennellä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla samanaikaisesti.

Ranskasta nostamme esille potilasvastaavien roolin. Myös Suomessa potilasvastaavilla on työterveyshoitajan työnkuvaan kuuluvia tehtäviä, kuten työolojen kartoittamista ja itsearviointien laadituttamista. Ranskassa vakuutuslääketieteellisessä arvioinnissa virkailijoiden rooli on merkittävä. Laadun varmistamisen tarkastukset ovat satunnaisia ja kaksoisluentaa toteutetaan, kun ollaan tekemässä kallista vakuutuspäätöstä.

Ruotsin Vakuutuskassalla (Försäkringskassan) on merkittävä rooli kaikkien työkyvyttömyysetuuksien hoidossa. Vakuutuskäsittelijät hoitavat lähtökohtaisesti kaikki arvioinnit ennalta määritettyjen kriteerien mukaisesti, vakuutuslääkäreiden tarve on vähäistä, ja heitä konsultoidaan tarvittaessa. Lisäksi Ruotsissa on 115 sairauspoissaolodiagnoosille omat suosituksensa.

Saksan haastattelussa korostettiin sitä, että maassa puhutaan sosiaalilääketieteestä vakuutuslääketieteen sijaan. Saksan osavaltiot tuottavat omat sosiaalivakuutuspalvelunsa. Vakuutuslaitokset eivät itse toteuta vakuutusarviointia, vaan osavaltiot tilaavat ne toimeksiantona asiantuntijataholta. Lääketieteen asiantuntijoiden kesken vallitsee vahva pyrkimys konsensukseen.

Alankomaissa tehdyn, kahdeksaan maahan kohdistuneen kysely- ja haastattelututkimuksen mukaan (Insight into work disability, 2024) vakuutetut osallistetaan siten, että he itse täyttävät lomakkeen aina muissa maissa paitsi Suomessa, ja Alankomaissa vakuutetut täyttävät lomakkeen vain toisinaan. Tanskassa ja Islannissa kuntoutustiimit laativat raportin aina. Kaikissa maissa on mahdollista tehdä lisäselvityspyyntö. Tutkimuksen mukaan potilas pääsee sähköiseen potilasjärjestelmään aina Virossa ja joskus Suomessa ja Tanskassa. Suomessa, Virossa ja Irlannissa työkyvyttömyyttä arvioidaan asiakirjojen perusteella. Virossa ja Irlannissa käytetään niiden lisäksi aina potilaan itsearviointilomaketta, muissa maissa joskus, ja Suomessa sen käyttö on vapaaehtoista.

4 Yhteenveto

Työkyvyn arvioinnissa ensimmäinen vaihe on tunnistaa työkykyyn vaikuttavat monet tekijät. Tämä ohittaa lääketieteellisen lähestymistavan ja merkitsee tarvetta ottaa arviointiin mukaan lääketieteellisen asiantuntijan lisäksi myös useiden tieteenalojen ammattilaiset.

Toiseksi on tärkeää ottaa yksilön oma mielipide huomioon arvioitaessa hänen jäljellä olevaa työkykyään. Tämä parantaa prosessin lainmukaisuutta, oikeutusta ja hyväksyttävyyttä ja mahdollisesti myös arvioinnin tulosta. Työikäisen osallistumista ja toimijuutta voidaan parantaa käyttämällä työkykyyn liittyvissä arviointiprosesseissa esimerkiksi itsearviointilomakkeita ja tekemällä haastattelut yhtenäistä tapaa noudattaen. Työterveysneuvottelut eli keskustelut työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon kesken ovat vakiintuneet Suomessa hyväksi käytännöksi.

Työkyvyn arvioinnin tuloksen ei pitäisi olla staattinen kuvaus työkyvystä, vaan sen tulisi myös antaa käsitys tuen tai mukautusten tarpeista työympäristössä ja muussa ympäristössä, koska niihin voi sisältyä työhön osallistumisen esteitä tai sitä helpottavia tekijöitä. Monissa maissa työkykyarvioinnit tehdään kokonaisvaltaisesti, mutta on epäselvää, sovelletaanko tätä myös työnvälityskäytäntöihin.

Työkykyä arvioidaan usein teoreettisesti, mutta sitä tulisi testata myös käytännössä. Tämä edellyttää osapuolilta joustavaa ja yhteistyöhaluista asennetta, mikä näkyy esimerkiksi yksilöllisessä työhön sijoittamisessa ja tukityöllistymisessä. (Sengers ym., 2022.)

Tutkimuskysymyksiä lähestyttiin kirjallisuuskatsauksen, sähköisen kyselyn ja haastatteluiden avulla.

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen osa käsitteli vakuutuslääketieteellistä työ- ja toimintakyvyn mittaamista sekä dokumentointia kahdeksaan artikkeliin pohjautuen. Toinen osa kuvasi artikkeleita, jotka liittyvät vakuutuslääketieteelliseen työ- ja toimintakyvyn arviointiprosessin toimijoihin, menetelmiin, välineisiin ja koulutukseen. Ensimmäiseen katsaukseen hyväksyttiin kahdeksan ja toiseen katsaukseen 14 artikkelia.

Katsauksen ensimmäisen osan kahdeksan artikkelia käsittelivät työkyvyttömyysarviointien kolmea käytäntöä, vakuutetun osallistuvan käyttäytymisen arviointia, standardoituja työkyvyn arvioinnin neljää käytössä olevaa mittaria, toimintakykyluettelon käyttöä työkyvyttömyyden arvioinnissa, työkyvyttömyyden sairauskohtaisia arvioinnin ohjeita, ns. AGREE-mittaria laadunarvioinnin kehittämisessä, kolmea

työkyvyttömyyden arviointiin käytössä olevaa haastatteluprotokollaa, työn kestävyyden arviointia ja syöpäpotilaiden työkyvyn arviointia. Suurin osa artikkeleista oli Alankomaista, jossa on pitkä vakuutuslääketieteen tutkimuksen perinne ja jossa vakuutuslääkärit tutkivat vakuutetut. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit olivat lähinnä laadullisia tai kysely- tai tapaustutkimuksia. Aiheesta tehtyjä RCT-tutkimuksia tai meta-analyysejä ei löytynyt.

Katsauksen toisessa osassa käsiteltiin 14:ää artikkelia. Niissä oli tutkittu vakuutuslääketieteelliseen prosessiin osallistuvia toimijoita, kuten vakuutuslääkäreitä, vakuutettuja, vakuutuslaitoksen työtekijöitä, työnantajia ja työterveyttä sekä vakuutuslääketieteen menetelmiä ja välineitä sekä koulutusta.

Kyselyt kohdistettiin vakuutuslääketieteellisen toiminnan asiantuntijoille yhdeksässä EU-maassa (Saksa, Ranska, Espanja, Italia, Belgia, Alankomaat, Viro, Ruotsi ja Suomi). Kyselytutkimukseen kutsuttiin 29 asiantuntijaa yliopistoista ja vakuutuslaitoksista. Muistutusviesti lähetettiin enintään kaksi kertaa. Kyselytutkimukseen saatiin yhteensä 14 vastausta kaikista kohdemaista. Vastaajat olivat pääosin hyvin kokeneita, yli 50-vuotiaita vakuutusalan asiantuntijalääkäreitä.

Etähaastatteluihin kutsuttiin vakuutuslääketieteellisen toiminnan asiantuntijoita ja/tai laitosten edustajia ja yhteisöjä kyselytutkimuksen tulosten tarkentamiseksi. Alankomaista, Belgiasta ja Virosta ei valitettavasti saatu osallistujia haastatteluihin.

4.1 Vakuutetun tutkimus- ja arviointiprosessi

Vakuutetun kliinisen arvioinnin tekee vakuutuslääkäri Alankomaissa, Belgiassa, Italiassa, Saksassa ja Virossa. Muissa maissa, Suomi mukaan lukien, arviointi perustuu asiakirjoihin. Vastausten perusteella Italiassa, Ranskassa ja Saksassa lääkärillä on oltava sopiva erikoislääkärin koulutus ja Saksassa hänen on lisäksi työskenneltävä julkisella sektorilla. Osana arviointia käytetään vakuutetun itsearviointia Belgiassa, Italiassa, Ruotsissa ja Virossa ja työnantajalta pyydettävää lausuntoa Alankomaissa, Ruotsissa ja Suomessa. Vaikuttaa siltä, että EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) tai muun lainsäädäntö ei ole merkittävä este tiedonsaantiin Ruotsissa, Italiassa, Belgiassa ja Virossa. Lääketieteellisiä asiakirjoja on saatavilla sähköisenä Espanjassa, Ranskassa, Ruotsissa ja Virossa.

Kaikissa kohdemaissa syy etuuden hylkäämiselle kerrotaan päätöksessä. Toisaalta hyväksyttyä päätöstä ei perustella Belgiassa, Espanjassa, Ranskassa, Ruotsissa eikä Suomessa. Saksassa myös myöntävät ratkaisut perustellaan. Alankomaissa edellytetään johdonmukaista yhteyttä sairauden ja toiminallisten rajoitteiden välillä ICF-mallin mukaisesti. Samansuuntaisesti toimitaan Virossa.

4.2 Vakuutuslaitoksen asiantuntijalääkärin tehtävät

Vakuutuslääkärit työskentelevät kokoaikaisesti kaikissa muissa kohdemaissa paitsi Suomessa ja Virossa, joissa yleisempää on osa-aikainen työskentely. Ruotsin Försäkringskassan (Vakuutuskassa) hallinnoi lakisääteisiä työkyvyttömyyseläkkeitä, sairausvakuutusetuuksia ja muita sosiaalivakuutusetuuksia. Vakuutuslääkärit toimivat Ruotsissa neuvonantajan roolissa. Vakuutuslääkärin nimi näkyy päätöksessä kaikissa muissa kohdemaissa paitsi Ruotsissa, Saksassa ja Suomessa. Organisaatiossa työskentelevien vakuutuslääkärien nimet ovat julkisia kaikissa muissa kohdemaissa paitsi Belgiassa ja Ruotsissa. Yleisimpiä vakuutuslääkärien erikoislääkärin tutkintoja ovat yleislääketiede, psykiatria, työlääketiede, neurologia ja ortopedia. Alankomaissa vakuutuslääkärit suorittavat vakuutuslääketieteen erikoislääkärin tutkinnon ja Italiassa suoritetaan lääkärintutkinnon lisäksi oikeuslääketieteen tutkinto. Vakuutuslääkäreiden työ on arvostettua ainakin Saksassa, Italiassa ja Ruotsissa.

Potilasvastaava-toiminta on merkittävää Ruotsissa. Potilasvastaavat toimivat koordinaattoreina suhteessa työnantajiin. Sairauspoissaoloihin on olemassa 115 diagnoosille suositukset. Ruotsissa potilasvastaavien työtehtävät ja ammatit on määritelty myös ohjeistossa. Ranskassa sairaanhoitajat toimivat potilasvastaavina, teettävät itsearviointitestejä, tutkivat työolosuhteita ja ovat yhteydessä työpaikkaan.

Hoitajataustaiset ammattilaiset osallistuvat vakuutuslääketieteelliseen arviointiin Belgiassa, Ranskassa, Ruotsissa ja Saksassa. Sosiaalityöntekijöiden osaamista hyödynnetään vakuutuslääketieteellisessä arvioinnissa Belgian ja Ruotsin lisäksi myös Espanjassa. Juristit osallistuvat arviointiin Espanjassa, Italiassa ja Suomessa, työmarkkina-asiantuntija Alankomaissa.

Vastausten perusteella Belgiassa ja Ranskassa vakuutuslääkäri voi olla suoraan yhteydessä hoitavaan lääkäriin vakuutetun hoitoa ja kuntoutusta koskevissa asioissa. Alankomaissa ja Virossa hoitoon ja kuntoutukseen voidaan ottaa kantaa vakuutuspäätöksessä. Pyysimme vastaajia arvioimaan, onko heidän näkemyksensä mukaan työstä poissaolon kestolla eroa, mikäli arvioinnin on tehnyt vakuutuslääkäri verrattuna kliinistä työtä tekevään lääkäriin. Suurin osa vastaajista totesi arvioinneissa olevan jonkinasteisen eron. Ranskasta ja Italiasta yksi vastaaja kummastakin maasta kertoi eron olevan merkittävä.

Espanjassa vakuutuslääketiede ei ole erikoisala, vaan vakuutuslääkärin tehtäviä hoitavat työterveyslääkärit ja työlääketieteen lääkärit. He työskentelevät lähinnä keskinäisissä vakuutusyhtiöissä ja laitoksissa. Mikäli lääkäri epäilee vakuutetun sairauden tai vamman työperäisyyttä, asia siirretään keskinäiselle vakuutusyhtiölle.

4.3 Arviointia toteuttavien lääkäreiden koulutus

Koulutusvaatimus oli melko yhtenäinen eri maissa siinä mielessä, että tiettyä nimettyä erikoislääkärin tutkintoa ei vaadita. Poikkeuksena on Alankomaat, jossa vakuutuslääketiede on oma erikoisalansa. Siellä vakuutuslääketieteellä on myös pitkä perinne opetuksessa, tutkimuksessa ja kehittämisessä.

Espanjassa muodollisia vaatimuksia erikoislääkärin tutkinnosta ei vakuutuslääketieteen parissa työskenteleville ole. Koulutus ei ole standardoitua, mutta käytännössä kuitenkin vakuutuslääkärin roolissa toimivat ovat kokeneita erikoislääkäreitä.

Ranskassa vakuutuslääkäreiden koulutuksesta huolehtii vakuutuslaitos. Lääkäri osallistuu kokeeseen, jota seuraa haastattelu ja taitojen testaus. Erikoislääkärin tutkintoa ei vaadita, mutta vakuutuslääkäreillä on yleensä vähintään viiden vuoden kokemus lääkärin työstä. Opiskelu kestää kuusi kuukautta ja sisältää myös harjoittelun. Vakuutuslääkäreiden työ painottuu vakuutuskorvauksiin.

Saksassa vakuutuslääketieteestä käytetään käsitettä sosiaalilääketiede. Pätevyysvaatimus on jonkin lääketieteen erikoisalan tutkinto sekä vähintään viiden vuoden työkokemus. Tämän lisäksi pätevöidytään sosiaalilääketieteeseen. Sosiaalilääketieteen asiantuntija työskentelee yleensä kokoaikaisesti julkisella sektorilla. Kaksi pääasiallista työnantajatahoa ovat riippumattomat lääketieteen asiantuntijapalvelut ja eläkerahastojen omistuksessa olevat kuntoutusklinikat. Sosiaalilääketieteen lääkärit vastaavat ja neuvovat vakuutuslaitosten asiantuntijoiden ohella hoitavia lääkäreitä eli antavat päätöksissään ohjeita. Päätökset ja arviot lähetetään myös hoitaville lääkäreille. Laadunvalvontaa on runsaasti ja pyrkimys standardoituun toimintaan. Oleellista on arvioinnin ymmärrettävyys, oikeudellisuus ja vahva tietosuoja.

Italiassa vakuutuslääkärinä toimimisen edellytyksenä on tähän alaan pätevöittävä erikoislääkärin tutkinto (*legal medicine*). Sosiaalivakuutusjärjestelmällä on vahva yhteys oikeusjärjestelmään. Vakuutuslääkäreitä tarvitaan runsaasti, mutta heitä on liian vähän. Vakuutuslääkärit tutkivat itse etuuksia hakevat potilaat ja arvioivat sairauden vaikutusta työkykyyn. Sekä myönteiset että kielteiset päätökset perusteellaan tarkasti, sillä potilaalla on oikeus viedä päätös tuomioistuimen ratkaistavaksi.

4.4 Laadunarviointi

Laadunarviointi ja varmistus toteutuu haastatteluiden perusteella Saksassa systemaattisesti. Espanjassa keskinäisillä vakuutusyhtiöillä on rooli terveydenhuollon ja sosiaalivakuutusten kokonaisuudessa. Niillä on omat terveydenhuoltotoimintonsa, myös sairaalatasoiset palvelut. Espanjassa siis työelämässä olevien terveyspalvelut poikkeavat julkisen sektorin muille kansalaisille tarjoamista palveluista.

5 Johtopäätökset ja suositukset

Useissa maissa, kuten Suomessa, tehdään vakuutuslääketieteellinen arviointi asiakirjapohjaisesti. Toisaalta vakuutettu tapaa vakuutuslääkärin tämän vastaanotolla osana arviointia Alankomaissa, Belgiassa, Italiassa, Ranskassa ja Saksassa.

Työkyvyn arvioinnissa käytetään muun muassa haastattelukäytäntöjä, itsearviointitestejä ja toimintakykylistoja sekä arvioidaan esimerkiksi työkestävyyttä työajan määrittämiseen liittyen. Suosittelemme muissa tutkimuksen kohdemaissa hyviksi havaittujen menetelmien ja välineiden soveltamista ja pilotointia Suomessa.

Kyselyn perusteella vakuutetun osallisuus vakuutuslääketieteellisessä arvioinnissa vaihtelee, mutta vakuutetun aktiivinen suunnitelman toteutus oli lähes kaikissa kohdemaissa ainakin tietyissä tilanteissa pidempiaikaisen työkyvyttömyysetuuden myöntämisen perusteena. Systemaattinen palautteen pyytäminen vakuutetulta on harvinaista muissa maissa paitsi Ranskassa.

Esitämme seuraavaksi toimenpidesuosituksia Suomen vakuutusjärjestelmän, vakuutuslaitoksissa tehtävän hakemusten käsittelyä edeltävän terveydenhuollon toiminnan, vakuutuslääkäreiden, hoitavien lääkäreiden ja vakuutuslääkäreiden koulutuksen kehittämiseksi. Toimenpidesuosituksemme koskevat myös tehtävien jakoa vakuutuslaitoksissa, vakuutuslääketieteellisen arvioinnin laatua, työkyvyn arvioinnin menetelmiä ja vakuutetun osallistumista sekä kuntoutusta. Usean suosituksen ja havainnon eteneminen edellyttää monen osapuolen osallistumista. Täten suosituksia voi olla aiheellista arvioida sosiaali- ja terveysministeriön asettamissa neuvottelukunnissa, kuten vakuutuslääkäritoiminnan kehittämisen neuvottelukunnassa ja työterveyshuollon neuvottelukunnassa.

5.1 Suomen vakuutusjärjestelmät

Suomessa on tutkituista maista eniten vakuutetun toimeentulon maksajia ja vakuutettu voi joutua hakemaan tukea toimeentuloonsa usealta eri taholta (Kela, työvoimahallinto, työeläke- ja vahinkovakuutuslaitokset). Sosiaalivakuutuslaitosten merkitys kuntouttajana vaihtelee. Suomi on myös ainoa maa, jossa työterveyshuolto on työntekijöille lakisääteisesti järjestetty. Suomalaisten vakuutusjärjestelmien yhdistyminen ei ole todennäköistä pitkälläkään aikavälillä. Suomen asiakirjapohjainen arviointijärjestelmä on perustaltaan toimiva.

Kirjallisuuden mukaan työkyvyn arvio voi olla demonstroitu (arvioitavien kokemukset työmarkkinoilta), strukturoituitu (toiminnallisten vaatimusten sovittaminen työpaikan vaatimuksiin) ja asiantuntija-arvio (ammattilaisten suorittama arviointi).

Voidaan arvioida, että Suomessa työkyvyn arvioinnissa käytetään asiantuntija-arviota, jossa sekä kliinikko että vakuutuslääkäri ovat asiantuntijoina ja demonstroitua arviointia hyödynnetään ammatillisessa kuntoutuksessa osittain.

Hylkäävien päätösten perustelut ovat tärkeitä myös hoitavalle lääkärille. Hoitavat lääkärit eivät saa päätöksiä, mutta voivat pyytää potilasta toimittamaan sen heille. Kattavat perustelut ovat myös kliinikoille oppimisen mahdollisuus.

Suositukset:

- Työterveyshuollon roolia työikäisten kuntoutuksen asiantuntijana sekä sosiaalivakuutuksen osaajana tulee vahvistaa edelleen. Tätä osaamista pitää organisoida ja vahvistaa myös työttömiä tutkivalle ja kuntouttavalle terveydenhuollolle.
- Hylkäyksen saaneiden vakuutettujen asemaan tulee kiinnittää huomiota ja pyrkiä tukemaan heitä nykyistä paremmin keinoin laaja-alaista vakuutusjärjestelmien yhteistyötä kehittämällä.
- Myönteisten päätösten perustelu tulee ottaa käyttöön.

5.2 Vakuutuslaitoksen arviointia edeltävä terveydenhuollon toiminta

Pohjoismaissa, kuten Suomessa, asiakirjoihin perustuva vakuutuslääketieteellinen arviointi on vallitseva käytäntö, mutta monessa Euroopan maassa arviointiprosessiin kuuluu tapaaminen. Käytännön työkaluja ovat mm. kyselylomakkeet, haastattelut ja suoritustestit. Nykyisessä suomalaisessa käytännössä on kiinnitettävä huomiota vakuutuslaitosta edeltäviin vaiheisiin hoidossa, kuntoutuksessa sekä toiminta- ja työkyvyn arviossa.

Suositukset:

- On selvitettävä, minkälainen ja miten toteutettava sosiaalilääketieteen ja vakuutuslääketieteen koulutustapa ja koulutuksen määrä on realistinen ja aiheellinen lääkärien perusopetuksessa.
- Sosiaalivakuutuslääketieteen arviointiohjeisiin tulee lisätä vakuutus- ja sosiaalilääketieteellinen näkökulma eurooppalaisen tavan mukaan esimerkiksi Käypä hoito -suosituksiin.
- Kliinistä työtä tekevien sairaanhoitajien ja työterveyshoitajien merkitys sairauspoissaolojen arvioinnissa tulee selvittää.
- Koko työkyvynarvioinnin prosessia, sisältöä ja systemaattisuutta sekä lääkärinlausuntojen laatua tulee kehittää.

5.3 Vakuutuslääkärit ja tehtävien jako vakuutuslaitoksissa

EU-maissa on useita tapoja järjestää vakuutuslääkäreiden työsuhde ja koulutus. Pätevyysvaatimukset vaihtelevat. Suomessa pätevyysvaatimus on laillistettu lääkäri, eikä esimerkiksi edellytystä nimetystä erikoisalasta pidetä realistisena, koska erikoisaloja on kymmeniä, vakuutuslaitoksia paljon ja niillä erilaisia käytäntöjä. Käytännössä useimmat vakuutuslääkärit ovat erikoislääkäreitä, mutta vakuutuslääketieteen erityispätevyyden suorittaminen ei toteudu kattavasti.

Lakisääteisen vakuuttamisen vallitsevassa mallissa lääkärillä on työsuhde vakuutuslaitokseen. Tämä tulee oletettavasti säilymään, koska vakuutuslaitokset katsovat tämän olevan ydintoimintaa. Siten esimerkiksi keskitetty kansallinen ratkaisu ei toteutune. Yksityisissä vakuutuksissa vakuutuslääkärin toimintojen ulkoistaminen on juridisesti ja toiminnallisesti mahdollista.

Ranskassa on pyritty siirtämään tehtäviä vakuutuslääkäreiltä vakuutusvirkailijoille, osin resurssipulan takia. Vakuutusvirkailijoiden rooli korvausprosessissa on keskeinen myös Ruotsissa. Suomessa työeläke- ja työtapaturmalainsäädäntö (TyTAL) edellyttää laajasti lääkärin osallistumista vakuutetun arviointiin, eikä viimeisten lakimuutosten jälkeen ole tiedossa uusia muutoksia. Kelaa koskeva lainsäädäntö tuo Kelalle enemmän mahdollisuuksia tehtävien jaossa, ja sairauspäivärahahakemusten ratkaisuissa lääkärien osuus onkin vähäinen.

Suositukset:

- Tulee selvittää lainsäädäntö huomioiden, missä määrin on hyödyllistä lisätä muiden ammattilaisten kuin vakuutuslääkärien osuutta vakuutetun työkyvyn arviossa (muu sosiaalivakuutus kuin Kela).
- Vakuutuslääkäri-nimikkeen rinnalla on suositeltavaa käyttää nimikettä vakuutuslaitoksen asiantuntijalääkäri tai erikoisalan mukaista nimikettä, kuten ortopedian asiantuntijalääkäri.

5.4 Vakuutuslääketieteellisen arvioinnin laatu

Kirjallisuuskatsauksemme mukaan vakuutuslääkärit toivovat työkyvyn arvioinnille muun muassa seuraavia ominaisuuksia: korkea ennustavuus, suuri arvioijien välinen yhteneväisyys, ymmärrettävyys maallikoille ja korkea oireiden pätevyys. Suomessa vakuutuslääketieteellinen arviointi tehdään asiakirjojen perusteella, ja tekniset menetelmät ja käytännöt ovat samankaltaisia eri sosiaalivakuutuksen lajeissa ja laitoksissa. Systemaattista yhdenmukaista laadunvarmistusta ollaan kehittämässä esimerkiksi Kelassa. Työeläkelaitokset ja tapaturmavakuutuslaitokset seuraavat muutoksenhaun ratkaisuja ja pyrkivät noudattamaan yhtenäisiä

ratkaisumalleja keskenään esimerkiksi Tapaturma-asiain korvauslautakunnan Takon yleisohjeita noudattamalla ja sen lausuntoihin perehtymällä. Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella tutkituista EU-maista laadunvarmistus on viety pisimmälle Saksassa, jossa pyritään standardoituun toimintaan. Tällöin oleellista on arvioinnin ymmärrettävyys, oikeudellisuus ja vahva tietosuoja.

Suositukset:

- Koko työkyvynarviointiprosessin laadunvarmistusta tulee kehittää.
- Vakuutuslajin mukaan tulee kielteisissä ratkaisuissa harkita kahden asiantuntijalääkärin arvion pyytämistä.
- Arvioinnin yhtenäisyyttä kartoittavia testitapauksia tulee käyttää laajemmin saman sosiaalivakuutuslajin sisällä eri vakuutuslaitoksissa (työeläke- ja tapaturmavakuutuslaitokset).
- Kelassa ja muissa vakuutuslaitoksissa vakuutuslääkäripohjaisen ja ei-vakuutuslääkäripohjaisen arvioinnin optimaalinen suhde tulee varmistaa.

5.5 Menetelmät ja vakuutetun osallistuminen

Vakuutetun aktiivinen osallistuminen arviointiprosessiin ja itsearvioinnin hyödyntäminen on Suomessa vielä vähäistä. Vakuutetulle on säädetty oikeudet ja velvoitteet työtapaturmavakuutuksessa, mutta sairauspäivärahaa ja työeläkettä koskevat velvoitteet puuttuvat. Myös vakuutetun käyttäytymisen arviointi tuo mahdollisuuksia parantaa prosessin laatua. Henkilön näkemys omasta työkyvystään on työssä jatkamista ja työhön paluuta ennustava tekijä. Esimerkiksi Alankomaissa luettelo toiminnallisista kyvyistä (*Functional Ability List*, FAL) kuuluu lakisääteiseen kehykseen työkyvyttömyyden arviointityössä. Lääkäri syöttää luetteloon asiakkaan pisteet rajoituksista ja kyvyistä. Suomessa Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA-verkoston) tavoitteena on ollut yhtenäistää ja kehittää toimintakyvyn mittaamista ja arviointia Suomessa sekä yhtenäistää toimintakyvyn käsitteitä. Toimia-verkoston toiminta on loppunut ja sen arvioimat välineet, mittarit ja suositukset löytyvät Terveysportista, joka on saatavilla rajoitetusti.

Suositukset:

- Suomessa tulee tutkia ja ottaa käyttöön yhdessä sovitut menetelmät sosiaalivakuutusetuuksien, kuten kuntoutus- ja työkyvyttömyysetuuksien, hakemiseen. Tämä parantaa prosessien johdonmukaisuutta ja läpinäkyvyyttä.
- Itsearvioinnin käyttöä sosiaalivakuutusetuuksien hakuprosessissa tulee edistää. Niiden laajempi hyödyntäminen voi parantaa asiakkaiden osallistumista ja sitoutumista prosessiin.

- TOIMIA-tietokannan, ICF-luokituksen ja muiden näyttöön perustuvien menetelmien käyttämistä on perusteltua tutkia ja ottaa laajemmin käyttöön. TOIMIA-tietokanta löytyy Terveysportista vuoden 2026 loppuun.
- ICF-luokitukseen perustuva standardoitu toimintakyvyn seuranta osana työkyvyttömyysarviointia on suositeltavaa ottaa kokeiltavaksi ja käyttöön. Se mahdollistaisi toimintakykyyn liittyvien tietojen aiempaa helpomman tilastollisen hyödyntämisen. Tämä voi parantaa päätöksentekoa ja resurssien kohdentamista sosiaalivakuutusetuuksien hallinnassa.
- Suosittelemme lisäämään vakuutetun velvollisuutta osallistua työkykynsä arviointiin.
- Suosittelemme laatimaan listoja toimintakyvyn arvioimisen apuvälineiksi Suomen työterveyslääkäreille.
- Haastatteluprotokollat, jotka kattavat keskeiset ICF:n osa-alueet, tulee ottaa käyttöön erityisesti pitkäaikaisen työkyvyn arvioinnissa.
- Työkestävyys-termi (*work endurance*) tulee ottaa käyttöön ja sitä koskeva mittari tai menetelmä tulee kehittää. Työkestävyys sisältää kolme ulottuvuutta: yleinen energiavaje, sairaanhoidosta johtuva heikentynyt työhön palaaminen ja tulevan terveydentilan heikkenemisen estäminen.
- Sairauspoissaolokäytännöistä ja -kriteereistä viestimistä, koulutusta sekä tutkimusta myös oirediagnoosien suhteen tulee kehittää. Kehittämisessä voisi hyödyntää Ruotsin mallia sairauspoissaolojen hallinnasta ja johdonmukaisuudesta.

5.6 Kuntoutus

Alankomaissa työkyvyttömyysetuuden myöntämistä arvioidaan vain, jos kaikki mahdollinen on tehty sairauslistalla olevan työntekijän kuntouttamiseksi. Ruotsissa on sairauspoissaoloarviointiin sisällytettävä aina työhön paluun ja kuntoutuksen suunnitelma. Suomessa työterveyshuolto on pitkään huolehtinut työntekijöiden ja työnantajien välisestä yhteydestä esimerkiksi järjestäen työkyky-neuvotteluita.

Osasairauspäivärahan käyttö on noussut merkittävästi viime vuosina, kun taas työeläkekuntoutukseen hakevien määrä on laskenut ja kuntoutushakemusten hylkäysten määrä on kasvanut yli 50 %:n. Osasairauspäiväraha on nykyisin osa kuntoutuksen suunnittelua ja vaatii organisaatioiden välistä yhteistyötä. Kelan rooli kuntouttajana on arvioiden mukaan kasvanut. Suomen työeläkejärjestelmään sisältyvä työhyvinvointiin kohdistuva toiminta poikkeaa muista EU-maista.

Suositukset:

- Vakuutetuille tule lisätä velvollisuutta osallistua kuntoutukseen myös sairaus- ja työeläkevakuutuksiin liittyvissä tapauksissa (Työtapaturma- ja ammattitautilaissa on määritelty vakuutetun oikeudet ja velvollisuudet).
- Osallistuvan käyttäytymisen teemoja suositetaan otettavaksi käyttöön.
- Vakuuttajan teettämää vakuutettujen kliinistä tutkimista tulee lisätä eurooppalaisten mallien mukaisesti. Esimerkiksi kuntoutustarveselvitysten ja työkyvynarviointien palauttamista Kelan ja työeläkelaitoksien palveluiksi on suositeltavaa harkita.
- Kokonaisvaltaisiin arviointeihin kannattaa yhdistää yhtä kokonaisvaltaisia tukitoimia tarjoamalla koordinoituja ja laadukkaita työnvälityspalveluja.

Lähteet

Airila, A., Hakanen, J., Punakallio, A., Lusa, S., & Luukkonen, R. (2012). Is work engagement related to work ability beyond working conditions and lifestyle factors? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *85*(8), 915–925. https://doi.org/10.1007/s00420-012-0732-1

ANED. (2025). *Academic Network of European Disability experts*. https://www.disability-europe.net/

Anner, J., Kunz, R., & De Boer, W. (2014). Reporting about disability evaluation in European countries. *Disability and Rehabilitation, 36*(10), 848–854. https://doi.org/10.3109/09638288.2013.821180

Aurich-Beerheide, P., & Brussig, M. (2017). Assessment of work ability in competing strands of social insurance: The German case. *Journal of Poverty and Social Justice, 25*(2), 163–176. https://doi.org/10.1332/175982717X14937395831424

Baanders, A. N., Andries, F., Rijken, P. M., & Dekker, J. (2001). Work adjustments among the chronically ill. *International Journal of Rehabilitation Research, 24*(1), 7–14. https://doi.org/10.1097/00004356-200103000-00002

Baron, S., & Linden, M. (2009). Disorders of functions and disorders of capacity in relation to sick leave in mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(1), 57–63. https://doi.org/10.1177/0020764008091660

Barth, J., de Boer, W. E. L., Busse, J. W., Hoving, J. L., Kedzia, S., Couban, R., Fischer, K., von Allmen, D. Y., Spanjer, J., & Kunz, R. (2017). Inter-rater agreement in evaluation of disability: Systematic review of reproducibility studies. *BMJ (Online), 356*(j14). https://doi.org/10.1136/bmj.j14

Beemsterboer, W. (2009). *On regional differences in sick leave: The role of work, individual and health characteristics and socio-cultural environment* [väitöskirja, Maastricht University]. https://doi.org/10.26481/dis.20091218wb

Bengtsson Boström, K., Starzmann, K., & Östberg, A.-L. (2020). Primary care physicians' concerned voices on sickness certification after a period of reorganization: Focus group interviews in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 38*(2), 146–155. https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753341

Bethge, M., & Radoschewski, F. M. (2010). Physical and psychosocial work stressors, health-related control beliefs and work ability: Cross-sectional findings from the German Sociomedical Panel of Employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 83*(3), 241–250. https://doi.org/10.1007/s00420-009-0442-5

Bickenbach, J., Posarac, A., Cieza, A., & Kostanjsek, N. (2015). *Assessing disability in working age population* (Report ACS14124). World Bank. https://documents1.worldbank.org/curated/en/272851468164970738/pdf/Disability-Assessment-Report-June-18-2015.pdf

Blomgren, J., Laaksonen, M., Perhoniemi, R., & Rinne, H. (2023). *Sairauspäivärahaa pitkään saavien työkyvyn tukea pitää entisestään tehostaa* (Policy Brief 33). Valtioneuvoston kanslia. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-091-2

Boersema, H.-J., Cornelius, B., Boer, W. E. L. de, Klink, J. J. L. van der, & Brouwer, S. (2018). The assessment of work endurance in disability evaluations across European countries. *PLoS ONE, 13*(9), e0202012. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202012

Brage, S., & Kann, I. (2006). *Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner* [Variations in how GPs grant sick leave]. Rikstrygdeverket.

Broersen, J. P., Mulders, H. P., Schellart, A. J., & Van Der Beek, A. J. (2011). The dimensional structure of the functional abilities in cases of long-term sickness absence. *BMC Public Health, 11*(1), *99*. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-99

Canela, C., Schleifer, R., Dube, A., Hengartner, M. P., Ebner, G., Seifritz, E., & Liebrenz, M. (2016). Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit: Was ist "evidence-based"? [Assessment of functioning when conducting occupational capacity evaluations: What is "evidence-based"?] *Psychiatrische Praxis, 43*(2), 74–81. https://doi.org/10.1055/s-0035-1552762

Cates, J. R., Young, D. N., Bowerman, D. S., & Porter, R. C. (2006). An independent AGREE evaluation of the occupational medicine practice guidelines. *The Spine Journal, 6*(1), 72–77. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2005.06.012

Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.

De Boer, W., Besseling, J., & Willems, J. (2007). Organisation of disability evaluation in 15 countries. *Pratiques et Organisation des Soins, 3*, 205–217.

De Boer, W., Duin, J., & Herngreen, H. (1997). *Manual for interviewing in methodic assessment* [Raportti hollanniksi]. SSG Utrecht.

De Boer, W., Meijers, J., & Verhoeff, M. (2000). *Multicausal analysis: Theory and practice* [Raportti hollanniksi]. TNO Arbeid.

De Boer, W. E., Bruinvels, D. J., Rijkenberg, A. M., Donceel, P., & Anema, J. R. (2009). Evidence-based guidelines in the evaluation of work disability: An international survey and a comparison of quality of development. *BMC Public Health, 9*(1), 349. https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-349

De Boer, W. E., Wind, H., Van Dijk, F. J., & Willems, H. H. (2009). Interviews for the assessment of long-term incapacity for work: A study on adherence to protocols and principles. *BMC Public Health, 9*(1), 169. https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-169

Dekkers-Sánchez, P. M., Wind, H., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2015). Implementation of a checklist to assess factors relevant for work ability assessments of employees on long-term sick leave. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 88*(5), 577–588. https://doi.org/10.1007/s00420-014-0975-0

de Wind, A. E., Donceel, P., Dekkers-Sánchez, P. M., & Godderis, L. (2016). The role of European physicians in the assessment of work disability: A comparative study. *Edorium Journal of Disability and Rehabilitation, 2*(2), 78–87. https://doi.org/10.5348/D05-2016-14-OA-10

Eisenberg, J. M. (1985). Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns. *Medical Care, 23*(5). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/fulltext/1985/05000/physician_utilization__the_state_of_research_about.10.aspx

Eisenberg, J. M. (2002). Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns. *Medical Care, 40*(11), 1016–1035.

European Agency for Safety and Health at Work, & Elsler, D. (2010). *Economic incentives to improve occupational safety and health: A review from the European perspective*. Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2802/21517

Eurostat. (2024). *An official website of European Union*. https://ec.europa.eu/eurostat/

Frank, C., Takman, C., & Nordgren, L. (2015). Social insurance administrative officers' perceptions of their assignment and problematic issues in their work with heart failure clients in the sick-leave and rehabilitation process. *Nordic Social Work Research, 5*(2), 173–188. https://doi.org/10.1080/2156857X.2014.986750

Frøyland, K., Andreassen, T. A., & Innvær, S. (2019). Contrasting supply-side, demand-side and combined approaches to labour market integration. *Journal of Social Policy, 48*(2), 311–328. https://doi.org/10.1017/S0047279418000491

GAF (Global Assessment of Functioning scale). *What Is the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale?* WebMD. https://www.webmd.com/mental-health/gaf-scale-facts

Geiger, B. B., Garthwaite, K., Warren, J., & Bambra, C. (2018). Assessing work disability for social security benefits: International models for the direct assessment of work capacity. *Disability and Rehabilitation, 40*(24), 2962–2970. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1366556

Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet, 362*(9391), 1225–1230. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1

Hemkes, A. B. (1999). *De gewoonte doorbroken: Veranderen van medisch handelen* [väitöskirja, AmCOGG]. https://hdl.handle.net/11245/1.155438

Henderson, M. (2006). *Transformation of the personal capability assessment*. Department for Work and Pensions. http://www.whywaitforever.com/dwpatos-tpca.pdf

Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. N. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: A systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 22(*4), 462–477. https://doi.org/10.1007/s10926-012-9359-z

ICF-CorSet-väline (Bachmann ym., 2016). https://www.icf-casestudies.org/introduction/introduction-to-the-icf-core-sets/introduction-to-icf-core-sets

Ilmarinen, J. (2009). Work ability: A comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 35*(1), 1–5. https://doi.org/10.5271/sjweh.1304

Innes, E., & Straker, L. (1999). Reliability of work-related assessments. *Work, 13*(2), 107–124.

Insight into work disability. (2024). *An international inventory*. UWV. https://www.uwv.nl/assets-kai/files/735951a7-4e08-4ec7-bdf3-d2e1c6718226/insight-into-work-disability-systems-an-international-inventory.pdf

Juntunen, J. (2008). Objektiivisuus vakuutuslääketieteessä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 124*(8), 844–845.

Karlsson, N., Skargren, E., & Kristenson, M. (2010). Emotional support predicts more sickness absence and poorer self assessed work ability: A two-year prospective cohort study. *BMC Public Health, 10*(648), 1–11. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-648

Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D., & Collie, A. (2015). Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *Journal of Occupational Rehabilitation, 25*(1), 220–239. https://doi.org/10.1007/s10926-014-9521-x

Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv.) Standaard verminderde. (2000). Lisv. Standaard verminderde arbeidsduur [Guideline reduced working hours].

Leoni, T. (2022). Graded work, the activation of sick-listed workers and employer participation in Continental Europe. *Social Policy and Society, 21*(3), 385–404. https://doi.org/10.1017/S1474746420000639

Letrilliart, L., & Barrau, A. (2012). Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. *European Journal of General Practice, 18*(4), 219–228. https://doi.org/10.3109/13814788.2012.727795

Ljungquist, T., Alexanderson, K., Kjeldgård, L., Arrelöv, B., & Nilsson, G. H. (2015). Occupational health physicians have better work conditions for handling sickness certification compared with general practitioners: Results from a nationwide survey in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health, 43*(1), 35–43. https://doi.org/10.1177/1403494814558151

Mahlow, N., & Wagner, J. (2016). Evolution of strategic levers in insurance claims management: An industry survey. *Risk Management and Insurance Review, 19*(2), 197–223. https://doi.org/10.1111/rmir.12061

Mini-ICF-APP (Mini- ICF- Application). https://www.hogrefe.com/uk/shop/mini-icf-app-social-functioning-scale.html

MISSOC (Mutual Information System on Social Protection). (2013). *Your social security rights in Sweden*. European Union. www.missoc.org

Mittag, O., Kotkas, T., Reese, C., Kampling, H., Groskreutz, H., de Boer, W., & Welti, F. (2018). Intervention policies and social security in case of reduced working capacity in the Netherlands, Finland and Germany: A comparative analysis. *International Journal of Public Health, 63*(9), 1081–1088. https://doi.org/10.1007/s00038-018-1133-3

Molodynski, A., Linden, M., Juckel, G., Yeeles, K., Anderson, C., Vazquez-Montes, M., & Burns, T. (2013). The reliability, validity, and applicability of an English language version of the Mini-ICF-APP. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(8), 1347–1354. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0604-8

NVVG. (2010). *Insurance medicine protocols: Participatory behaviour* [In Dutch: Verzekeringsgeneeskundige Protocollen: Participatiegedrag]. https://www.nvvg.nl/files/1175/01_Boekje_Participatiegedrag.pdf

Näsi, E., Perkiö, M., & Kokkinen, L. (2021). The complexity of decreased work ability: Individuals' perceptions of factors that affect returning to work after sickness absence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(1), 113. https://doi.org/10.3390/ijerph19010113

OECD. (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9789264088856-en

OECD. (2017). *Suomi: Maan terveysprofiili 2017* (State of Health in the EU). OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264285170-fi

Orton, M., Green, A., Atfield, G., & Barnes, S.-A. (2019). Employer participation in active labour market policy: From reactive gatekeepers to proactive strategic partners. *Journal of Social Policy, 48*(03), 511–528. https://doi.org/10.1017/S0047279418000600

Pohjonen, T. (2001). Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. *Occupational Medicine, 51*(3), 209–217. https://doi.org/10.1093/occmed/51.3.209

Rodríguez-Blázquez, C., Damián, J., Andrés-Prado, M. J., Almazán-Isla, J., Alcalde-Cabero, E., Forjaz, M. J., Castellote, J. M., González-Enríquez, J., Martínez-Martín, P., Comín, M., & De Pedro-Cuesta, J. (2016). Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: A cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open, 6*(6), e010446. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010446

Schaafsma, F., Hugenholtz, N., De Boer, A., Smits, P., Hulshof, C., & Van Dijk, F. J. (2007). Enhancing evidence-based advice of occupational health physicians. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 33*(5), 368–378. https://doi.org/10.5271/sjweh.1156

Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C. A., De Boer, W. E. L., Zumbrunn, T., Guyatt, G. H., Busse, J. W., & Kunz, R. (2012). Return to work coordination programmes for work disability: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE, 7*(11), e49760. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049760

Schellart, A. J., Mulders, H., Steenbeek, R., Anema, J. R., Kroneman, H., & Besseling, J. (2011). Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. *BMC Public Health, 11*(1), 864. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-864

Schleifer, R., Gamma, A., Warnke, I., Jabat, M., Rössler, W., & Liebrenz, M. (2018). Online survey of medical and psychological professionals on structured instruments for the assessment of work ability in psychiatric patients. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 453. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00453

Sengers, J. H., Abma, F. I., Ståhl, C., & Brouwer, S. (2022). Work capacity assessments and efforts to achieve a job match for claimants in a social security setting: An international inventory. *Disability and Rehabilitation, 44*(10), 1898–1907. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1810787

Sjobbema, C., Van Der Mei, S., Cornelius, B., Van Der Klink, J., & Brouwer, S. (2018). Exploring participatory behaviour of disability benefit claimants from an insurance physician's perspective. *Disability and Rehabilitation, 40*(16), 1943–1952. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1323024

Sjukskrivningsmiljarden. (2012). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013*. Regeringskansliet. https://regeringen.se/contentassets/2f7f7d6506c24851b9f0cf0e88be6a81/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-landsting-om-en-kvalitetssaker-och-effektiv-sjukskrivningsprocess-for-2013-s20126876sf

Socialdepartementet. (2015). *Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen* [Annulation of the farther time limit in the sick leave security system]. Regeringskansliet. https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2015/03/ds-201517/

Socialstyrelsen. (2017). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd* [Decision support for insurance medicine]. https://roi.socialstyrelsen.se/fmb

Spanjer, J. (2000). *Capacity oriented assessment* [Raportti hollanniksi]. Amsterdam Lisv.

Spanjer, J. (2004). *Belastbaarheid gerichte beoordeling, beschrijving van een beoordelingsmethodiek* [Raportti hollanniksi].

Spanjer, J., Krol, B., Brouwer, S., & Groothoff, J. W. (2008). Inter-rater reliability in disability assessment based on a semi-structured interview report. *Disability and Rehabilitation, 30*(24), 1885–1890. https://doi.org/10.1080/09638280701688185

Spanjer, J., Krol, B., Brouwer, S., & Groothoff, J. W. (2010). Sources of variation in work disability assessment. *Work, 37*(4), 405–411. https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1094

Spanjer, J., Van De Mei, S., Cornelius, B., Brouwer, S., & Van Der Klink, J. (2016). Effects of a training in the Disability Assessment Structured Interview on the interviews of Dutch insurance physicians. *Disability and Rehabilitation, 38*(16), 1632–1641. https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1106600

Starzmann, K., Hjerpe, P., & Boström, K. B. (2019). The quality of the sickness certificate: A case control study of patients with symptom and disease specific diagnoses in primary health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 37*(3), 319–326. https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639905

Sturesson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health, 43*(8), 841–847. https://doi.org/10.1177/1403494815597163

StVM 45/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi työtapaturma- ja ammattitautilain, eräiden työeläkelakien ja Kansaneläkelaitoksesta annetun lain muuttamisesta.

Ståhl, C., & Andersson, F. (2018). Shifting to value-based principles in sickness insurance: Challenges in changing roles and culture. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(4), 730–739. https://doi.org/10.1007/s10926-018-9759-9

Ståhl, C., Karlsson, N., Gerdle, B., & Sandqvist, J. (2021). Predictive validity of general work ability assessments in the context of sickness insurance. *Journal of Rehabilitation Medicine, 53*(4), jrm00177. https://doi.org/10.2340/16501977-2798

Ståhl, C., Seing, I., Gerdle, B., & Sandqvist, J. (2019). Fair or square? Experiences of introducing a new method for assessing general work ability in a sickness insurance context. *Disability and Rehabilitation, 41*(6), 656–665. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1401675

Söderberg, E., & Alexanderson, K. (2005). Gatekeepers in sickness insurance: A systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health & Social Care in the Community, 13*(3), 211–223.

Tengland, P. (2011). The concept of work ability. *Journal of Occupational Rehabilitation, 21*(2), 275–285. https://doi.org/10.1007/s10926-010-9269-x

The National Board of Health and Welfare. (2010). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: Barn- och ungdomsversion* [ICF-CY]. Socialstyrelsen.

The Swedish Government, Social Department. (2005). *Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan* [Government direction for 2006 concerning Social Security Insurance].

Thorstensson, C. A., Mathiasson, J., Arvidsson, B., Heide, A., & Petersson, I. F. (2008). Cooperation between gatekeepers in sickness insurance: The perspective of social insurance officers. A qualitative study. *BMC Health Services Research, 8*(1), 231. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-231

Tiitola, K., Takala, E.-P., Rentto, T., Tulenheimo-Eklund, E., & Kaukiainen, A. (2016). *Työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen*. TOIMIA-verkosto. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201703315899

UWV. (2003). *Het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem* [The Claim Assessment and Monitoring System]. UWV, Afdeling Beleid AG. https://www.juristenkantoor.nl/files/File/claimbeoordelings-en-borgingssysteem.pdf

Vakuutuslääkärijärjestelmää kehittävä työryhmä. (2014). *Vakuutuslääkärijärjestelmää kehittäneen työryhmän muistio* (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 1). Sosiaali- ja terveysministeriö. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3649-2

Van Muijen, P., Duijts, S. F. A., Kornet-van Der Aa, D. A., Van Der Beek, A. J., & Anema, J. R. (2015). Work disability assessment of cancer survivors: Insurance physicians' perspectives. *Occupational Medicine, 65*(7), 558–563. https://doi.org/10.1093/occmed/kqv098

Varekamp, I., & Van Dijk, F. J. H. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational Medicine, 60*(4), 287–293. https://doi.org/10.1093/occmed/kqq078

Virta, L., & Lahtela, K. (2005). *Henkilökohtaisen toimintakyvyn arviointimenetelmän soveltuvuus suomalaiseen käytäntöön: Keskeiset havainnot PCA-menetelmästä (Personal capability assessment)*. Kela. http://hdl.handle.net/10250/3390

Werner, E. L., & Côté, P. (2009). Low back pain and determinants of sickness absence. *European Journal of General Practice, 15*(2), 74–79. https://doi.org/10.1080/13814780903051866

Werner, E. L., Merkus, S. L., Mæland, S., Jourdain, M., Schaafsma, F., Canevet, J. P., Weerdesteijn, K. H. N., Rat, C., & Anema, J. R. (2016). Physicians' assessments of work capacity in patients with severe subjective health complaints: A cross-sectional study on differences between five European countries. *BMJ Open, 6*(7), e011316. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011316

Wolfson, A. M., Doctor, J. N., & Burns, S. P. (2000). Clinician judgments of functional outcomes: How bias and perceived accuracy affect rating. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*(12), 1567–1574. https://doi.org/10.1053/apmr.2000.16345

Wynne, R., & McAnaney, D. (2004). E*mployment and disability: Back to work strategies.* Eurofound.

Zwerver, F., Schellart, A. J., Knol, D. L., Anema, J. R., & Van Der Beek, A. J. (2011). An implementation strategy to improve the guideline adherence of insurance physicians: An experiment in a controlled setting. *Implementation Science, 6*(1), 131. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-131

Liite

Kyselylomakkeen kysymykset

Medical expertise in social insurance in EU countries

Thank you for agreeing to take part in our survey.

The aim of survey is to compare insurance medicine systems and assessment of work ability in EU countries.

The survey is conducted by the University of Helsinki and it is financed by the Social Insurance Institution of Finland (KELA).

The results of the survey will be published by KELA in a public report. The answers will be analyzed confidentially by the research group on country level. The name of the respondents will not be made public. Moreover, the plan is to use the survey data to publish articles in scientific journals.

The time to fill out the survey is approximately 10–15 minute.

* Required

Background information

1 What country do you work in? *

2 Your affiliation? *

3 What is your education? *
a. Medical doctor, M.D.
b. Specialist Degree in Medicine

4 What did you specialize in? *

5 How long have you been a Medical Doctor? *
Your age group
a. under 40 years
b. 40–50 years
c. over 50 years

6 How long have you been working as an insurance physician? *

7 What types of social insurance do you work with? *
   a. Sick leave
   b. Disability pension
   c. Accident insurance
   d. Other
   e. I don't work in insurance medical evaluation

8 If you answered other in the previous question, please specify in the field below.

Organization of medical expertise used in social insurance and disability evaluation

9 When answering this survey what country's social insurance system will you be referring to?

10 How is the education of insurance physicians organized? *
   a. Education is organized by the insurance institution/company
   b. Education is organized by the universities
   c. Other (e.g. by third sector, public entity…)
   d. I don't know

11 Requirements for working as an insurance physician *
   a. Medical doctor, M.D.
   b. Specialist Degree in Medicine
   c. Other, Please specify other requirements

12 In my country insurance physicians are generally used when evaluating: *
   a. Sick leave
   b. Disability pension
   c. Disability in accident
   d. Other

13 If you answered other in the previous question, please specify in the field below.

14 In addition to insurance physicians, we also use other professionals in social insurance evaluations *
   a. Yes
   b. No

15 What type of experts do you use in social insurance evaluations? *
   a. Nurse
   b. Physiotherapist
   c. Psychologist
   d. Expert in the social sector
   e. Lawyer
   f. Other

16 If you answered other in the previous question, please specify in the field below.

Questions regarding how social insurance medicine evaluations are conducted

17 Clinical assessment of the insured is done by: *
   a. An insurance physician
   b. Other physician
   c. I don't know

18 In situations when the (work ability/disability) assessment is done by a physician other than the insurance physician *
   (Yes – No – Not relevant / I don't know)
   a. Is medical specialization in field needed?
   b. Is the physician required to work in the public sector?

19 Assessment of work ability and function consists of *
   a. Application
   b. Self-assessment
   c. Assessment by a physician
   d. Assessment by other healthcare professional
   e. Statement made by employer
   f. I don't know

20 How is the social insurance evaluation conducted *
   a. At the insurance physician's reception
   b. Based only on patient records and documentation
   c. I don't know

21 Who does the social insurance evaluation regarding *
   (Insurance physician – Other healthcare professional – Benefit administrator – Automatized – Not needed)
   a. Short-term sickness allowance
   b. Long-term sickness allowance
   c. Disability pension
   d. Work related accident

22 Your opinion about medical documentation of the insured *
(Strongly disagree – Disagree – Neither agree nor disagree – Agree – Strongly agree)
a. Do you feel that the available medical documents are adequate?
b. Insurance physicians ask for clarifications or further documentation about the patient
c. GDRP or other legislation affects getting patient records
d. Medical documents are standardized
e. Medical documents are available electronically

23 In case of long term disability the following are needed for the insurance claim to be accepted *
(Always – Sometimes – Not needed)
a. Diagnosis
b. Treatment plan
c. Current clinical status of the insured
d. Functional capacity and work ability
e. Medical rehabilitation plan
f. Vocational rehabilitation plan
g. The insured shows commitment to the plans

24 If you want to explain further please use the comment field below *

25 Requirements concerning the insurance decision and its content *
(Yes – No – I don't know)
a. A reason for rejections is stated
b. A reason for approval is stated
c. Medical terminology is not used
d. The language used in medical reasoning in insurance evaluations is easily understood by the insured

26 Are there other medical reasoning requirements used in your country. Please specify in the field below.

27 How has the insured been heard? *
(Always – Sometimes – Never / I don't know)
a. The insured fills out the insurance claim
b. In unclear situations the insured is asked for additional information
c. The insured is heard when the insurance claim is rejected
d. We ask the insured for feedback

28 Can you think of other ways the insured is heard? Please specify in the field below.

29 What types of quality control is used in insurance medical evaluations: *
   a. Double-reading, i.e. evaluation is done by two physicians
   b. Benefit administrators return the case to physicians in case of inadequate quality
   c. Benefit administrators forward the case to a lawyer/chief physician
   d. Weekly meetings with lawyers, physicians and administrators
   e. Random quality checks
   f. Other

30 If you answered other in the previous question, please specify in the field below.

31 One's benefit can be revoked if the insured doesn't follow either the treatment or the rehabilitation plan *
   a. Yes
   b. No
   c. I don't know
   d. Other

32 Please specify in case you answered "Other" in the previous question

33 Is the caregiving physician informed about the insurance claim decision *
   a. Yes
   b. No

Questions regarding employment of insurance physicians

34 Where do insurance physicians mainly work? *
   a. Public insurance organization
   b. Private insurance company

35 For most insurance physicians it is their: *
   a. Primary job
   b. Side job

36 The relationship of insurance physicians to the insurance organization and how common each employment type is *
(Common – Seldom – Rare – I don't know / Not relevant)
a. The physician is in a direct employment relationship
b. The physician is a private entrepreneur in a subcontract with the insurance organization
c. The physician is in a direct employment relationship with an external organization
d. The physician is a private entrepreneur in a subcontract with an external organization

37 Please name the three most popular areas of medical expertise that insurance physicians tend to have *

38 Personal information given to the insured regarding the insurance physician *
(Yes – No – I don't know / Not relevant)
a. Is the name of the insurance physician included in the compensation decision?
b. Are the names of the insurance physicians made public?

39 Your thoughts regarding the position of insurance physicians in your country *
(Strongly agree – Agree – Neither agree nor disagree – Disagree – Strongly disagree)
a. I think that there is a sufficient amount of insurance physicians
b. I feel that insurance physicians are much appreciated
c. I feel that insurance physicians are under a lot of pressure
d. Public opinion of insurance physicians tends to focus on the negative

40 Work focuses mainly on compensation evaluations *
a. Yes
b. No

41 What then is the focus of the work? Eg. prevention, rehabilitation *

42 Workload and salary or compensation for insurance physicians *
(Yes – No – I don't know)
a. We have a defined quota of cases that need to be completed in a certain time frame e.g., within a week or month
b. Salary is paid according to the amount of cases handled
c. Insurance physicians can receive bonuses
d. Work is done according to specialization field or according to own clinical experience

Use of evidence-based research and methodology

How is evidence-based research and data on medical and health care methods utilized in insurance medicine evaluations?

43 The ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is used in my country as *
   a. A framework to represent function or work ability
   b. A standardized method for documentation
   c. A way to track changes in insureds' health
   d. A tool for research
   e. I don't know

44 In my country, we have
   (Yes – Spesific diseases – No)
   a. National care guidelines
   b. National sickness leave recommendations
   c. National insurance medicine guidelines
   d. Organizational insurance medicine guidelines

45 What does the insurance physician do if the treatment can be considered inadequate?

46 Is there a difference in the length of absenteeism from work if the evaluation is done by an insurance physician compared to a clinical physician?
   a. Significant difference
   b. Some difference can occur
   c. No difference
   d. I don't know

47 Can the insurance physician and the physician responsible for medical treatment consult each other?
   a. Yes
   b. No

48 If needed can we contact you for a more in-depth Teams discussion

49 Your preferred e-mail address

Lyhenneluettelo

AFU	Activity Ability Assessment
AGREE	Appraisal of guidelines for research and evaluation
ASM-malli	Asenne - sosiaalinen normi – minäpystyvyys -malli
BPS	biopsykososiaalisen lähestymistapa
DASI	Capacity Oriented Assessment
EUMASS	European Union of Medicine in Assurance and Social Security
EUMASS	Euroopan vakuutus- ja sosiaaliturva-alan unioni
FAL	Functional Ability List
FIS	the Functional Information System
GAF	Global Assessment of Functioning scale
GDPR	General Data Protection Regulation
HAM-D	Hamiltonin asteikko masennukselle
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CorSet	ICF ydinlista
ICLAM	International Committee for Insurance Medicine
IFAP-1	Instrument of functional assessment in Psychiatry
IMA	Interview in Methodic Assessment
IOM	Institute of Medicine
MAL	Mental Ability List
MCA	Multicausal Analysis
Mini-ICF-APP	Mini-ICF-Application
PCA-menetelmä	Personal Cability Assessment
PI	Performance indicator (suorituskykyindikaattori)
REAcT	Risk assessment for restrictions of work activity and participation (Risikoeinschätzung für Einschränkungen der beruflichen Aktivität und Teilhabe)
RTW	return to work
SHC	Severe subjective Health Complaints
Tako	Tapaturma-asiain korvauslautakunta
TOIMIA-verkosto	Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto
TyTal	Työtapaturma- ja ammattitautilaki
WAIS-IV	Wechsler Adult Intelligence Scale (aikuisten älykkyysasteikko, joka mittaa mm. kognitivisia kykyjä)

Liitetaulukko. Toimintakyvyn mittaaminen eräissä Euroopan maissa kirjallisuuskatsauksen mukaan.

Tutkimusaihe/ maa/vuosi/tekijä	Tutkimusasetelma	Miten työkykyä mitattu tutkimuksesta?	Tutkimuksen pohdinta
Työkyvyttömyys-arvioiden kolme käytäntöä / Iso-Britannia/ 2018/Geiger ym.	Artikkelissa esitellään erilaisia työkyvyttömyyden arvioinnin malleja, jotka perustuvat tapaustutkimuksiin Alankomaista, Saksasta, Tanskasta, Norjasta, Yhdysvalloista, Kanadasta, Australiasta ja Uudesta-Seelannista. Artikkelissa hyödynnetään yli 150:tä asiakirjaa ja 40:ää asiantuntijahaastattelua.	Tunnistettiin kolme käytäntöä tehdä työkyvyttömyys-arviointeja: 1) Alankomaissa käytössä oleva strukturoitu arviointi, joka mittaa työn toiminnallisia vaatimuksia koko kansantaloudessa ja vertaa niitä arvioitavan toimintakykyyn. 2) Tanskan demonstroitu arviointi, jossa tarkastellaan arvioitavan todellisia kokemuksia työssä ja työkyvyttömyys päätellään kuntoutuksen epäonnistumisesta. 3) Australiassa käytettävä asiantuntija-arvio, joka perustuu muiden ammattilaisten arvioon.	Diagnoosiin tai vikaan tai vammaan perustuva arviointi on yhä useammin korvattu toimintakykyyn perustuvalla arvioinnilla, koska henkilön toimintakykyä ei voida rajoittaa diagnoosiin. Vahvuudet ja heikkoudet 1) Strukturoitu arviointi tuottaa työkyvystä empiirisesti perustellut, läpinäkyvät päätökset, joita pidetään pätevinä, kun ne pannaan hyvin täytäntöön. Ne vaativat kuitenkin jonkin verran investointeja eivätkä välttämättä liity hyvin kuntoutukseen, koska he keskittyvät työn vaatimuksiin ennen työn muokkausta. 2) Demonstroiduilla arvioinneilla on vahva yhteys kuntoutukseen. Haaste on löytää optimaalisia työympäristöjä ja siten maksimoida arvioitu työkyky (”kuntoutus ennen hyötyä” ”arvioitaville). Lisäksi pidemmät arvioinnit voivat olla tarpeen sekä etuuskelpoisuuden että kuntoutuksen edistämiseksi samanaikaisesti. 3) Asiantuntija-arvio on ehkä helpoin toteuttaa. Vaikea sanoa tarkalleen, osaavatko asiantuntijat arvioida validisti työpaikan vaatimuksia. Osittain tämän seurauksena jopa parhaiden käytäntöjen (*best practice*) asiantuntijat voivat laatia epäjohdonmukaisia arviointeja.

Tutkimusaihe/ maa/vuosi/tekijä	Tutkimusasetelma	Miten työkykyä mitattu tutkimuksesta?	Tutkimuksen pohdinta
Vakuutetun osallistuvan käyttäytymisen arviointi / Alankomaat/ 2018/Sjobbema ym.	Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin avointen kysymysten avulla 10 paikallisessa vertaisarviointiryhmässä, joihin kuului yhteensä 78 sosiaaliturvainstituutin vakuutuslääkäriä, sekä päätöskeskustelutilaisuudessa, johon osallistui 8 vakuutuslääkäriä.	Esiin nousi neljä pääteemaa: 1) osallisuus lopputulemana 2) työkyvyttömyyttä hakevien pyrkimykset osallistuvaan käyttäytymiseen 3) osallisuuden uskomukset työkyvyttömyysetuuden hakijoille 4) toipumiskäyttäytyminen. Tunnistetut tekijät riittämättömästä osallistuvasta käyttäytymisestä kattoivat kaikki ICF:n (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) osa-alueet	Biopsykososiaalisesta näkökulmasta ei ole mahdollista muotoilla yleisiä kriteerejä arviointia varten osallistavasta käyttäytymisestä kussakin yksittäisessä tapauksessa. Työkyvyttömyysetuuden hakijan yksilölliset ominaisuudet ja olosuhteet otetaan huomioon. Työhön paluu prosessin optimoimiseksi vakuutuslääkärit arvioivat osallistuvaa käyttäytymistä ICF-luokituksen mukaisesti, mukaan lukien lääketieteelliset-, henkilökohtaiset- ja ympäristötekijät. Yhteiskunnassa mielipiteet henkilökohtaisesta ja yhteiskunnallisesta vastuusta vaikuttavat osallistuvaan käyttäytymiseen.

Tutkimusaihe/ maa/vuosi/tekijä	Tutkimusasetelma	Miten työkykyä mitattu tutkimuksesta?	Tutkimuksen pohdinta
Standardoidut työkyvyn arviointivälineet /Saksa/2018/ Schleifer ym.	Tutkimuksessa arvioitiin mielialaoireisten potilaiden työkyvyn arvioinnissa käytettäviä välineitä. Kyselytutkimus (n = 104) tehtiin psykiatrian ja psykologian asiantuntijoille, vakuutuslääkäreille ja terapeuteille. Tutkimuskysymykset muotoiltiin kirjoittajien kiinnostuksen perusteella, erityisesti REAcT-arviointimittarin (*Risk assessment for restrictions of work activity and participation*, suom. riskinarviointi työtoiminnan ja osallistumisen rajoituksista), kehittämiseen liittyen.	Tutkimus on osa REAcT-kehittämishanketta. Painopiste oli havaittujen tarpeiden ja vaikeuksien arvioinnissa. 37 % vastaajista käytti omassa työssään standardoitua työkyvyn arvioinnin välinettä. 30 % käytti Mini-ICF-APPia (*mini-ICF-Application*), 13 % käytti GAF: ää (*Global Assessment of Functioning scale*), 2 % käytti *ICF*-ydinlistaa (ICF-CoreSet), jossa on valikoitu keskeiset ICF kategoriat. 6 % ilmoitti muista instrumenteista mm. IFAP-1:n (*Instrument of functional assessment in Psychiatry*). Käytössä oli myös arviointivälineitä, jotka eivät liity työkykyyn vaan esim mielialaoireisiin esim. *HAM-D*, Hamiltonin asteikko masennukselle, *WAIS-IV-mittari* (*Wechsler Adult Intelligence Scale*), *aikuisten älykkyysasteikko, joka mittaa mm. kognitiviisia kykyjä*.	Suurin osa vastaajista ilmoitti toivovansa standardoitua, jäsenneltyä työkyvyn arvioinnin välinettä. Korkea ennustavuus, arvioijien välinen yhteneväisyys, ymmärrettävyys maallikoille ja oireiden validiteetti olivat toivotut ominaisuudet välineelle. Oireiden validoinnin arvioivat tärkeämmäksi erityisesti naiset ja oikeustieteen asiantuntijat. Kipu, persoonallisuus- ja mielialahäiriöt olivat työkykyarviointien yhteydessä vaikeimmaksi koettuja häiriöitä.

Tutkimusaihe/ maa/vuosi/tekijä	Tutkimusasetelma	Miten työkykyä mitattu tutkimuksesta?	Tutkimuksen pohdinta
Toimintakyky-luettelon käyttö työkyvyttömyyden arvioinnissa / Alankomaat/ 2011/Schellart ym.	Tutkittiin vakuutuslääkärien mahdollisesti vaihtelevia käytäntöjä pitkään sairauden vuoksi poissa olleiden työkyvyn arvioinnissa ja mahdollisia eroja selittäviä taustamuuttujia. Tutkimus pohjautuu ASM-malliin (Asenne – Sosiaalinen normi – Minäpystyvyys -malli) Tutkimuksessa linkitettiin aluetoimistoissa (n = 27) työskentelevien vakuutuslääkärien (n = 199) taustamuuttujat (ASM-mallin mukaisesti) ja asiakkaiden työkyvyttömyysarviot (n = 83 755) ja niiden muuttujat aikavälillä 7/2003–4/2008. Regressioanalyysillä päädyttiin kolmeen lopputulemaan: 1. ei pitkäaikaista kapasiteettia tehdä työtä tai tarvitaan rajoituksia työaikaan (binominaalinen) 2. toimintakyvyttömyyspisteet (Functional incapacity score) (asteikko 0–6) 3. Maximum Work Disability Class (binominaalinen).	Tulokset: Korrelaatiot arvioitiin aluetoimisto- ja vakuutuslääkäritasoilla. Vakuutuslääkäritason sisäinen korrelaatiokerroin (ICC, *Intraclass Correlation Coefficient*) oli noin 6 % lopputulemien 1 ja 2 kohdalla sekä 12 % lopputuleman 3 kohdalla. Vakuutuslääkärien taustamuuttujat ja lääkäreiden ASM-mallilla mitatut rakenteet vaikuttivat vaihteluun hyvin vähän, enintään 1 %. Aluetoimistotasolla vaihtelu oli 0–1 %. Sitä oli 1. lopputuleman 11 %, 2.lopputulemassa 19 % ja 3 lopputulemassa 37 %.	Vakuutuslääkäreiden yksilöllisillä ominaisuuksilla ja mielipiteillä on hyvin vähän vaikutusta näihin pitkäaikaisten sairauspoissaolojen arviointeihin. Havainnot eivät antaneet viitteitä muista syistä näihin vaihteluihin. Eroavuudet voivat liittyä erilaisiin työrutiineihin tai erilaisiin näkemyksiin normaalista työntekijän työmäärästä. Jos näin on, eroja voidaan vähentää hyvin laadituilla ja kattavasti toteutetuilla ohjeilla.

Tutkimusaihe/ maa/vuosi/tekijä	Tutkimusasetelma	Miten työkykyä mitattu tutkimuksesta?	Tutkimuksen pohdinta
Työkyvyttömyyden sairauskohtaisen arvioinnin ohjeet ja laadunarvioinnin kehittäminen / Alankomaat, Belgia/2009/ De Boer, Bruinvels ym.	Viidessä Euroopan maassa (Saksa, Alankomaat, Tsekki, Iso-Britannia) oli käytössä ohjeita työkyvyttömyyden arviointiin. Tutkimuksessa keskityttiin ohjeisiin, jotka ovat sairauskeskeisiä ja muodollisesti määriteltyjä sosiaalivakuutuslääketieteessä. Kaksi tutkijaa arvioivat AGREE-arviointimittarin avulla näitä suuntaviivoja. Tutkimuksessa pyydettiin kahta ohjeiden laatimiseen osallistuvaa asiantuntijaa ilmoittamaan, ovatko he samaa mieltä tuloksista, ja antamaan selityksiä riittämättömille pisteille.	Kaikkiaan löytyi 6 saksalaista ja 16 hollantilaista sairauksiin liittyvää, virallisessa käytössä olevaa ohjetta. Tutkimuksen kaksi keskeistä kysymystä olivat • Mitä arvioidaan maasi työkyvyttömyysarvioinnissa? • Mitä välineitä näissä arvioinneissa käytetään? AGREEaarviointimittaria (*Appraisal of guidelines for research and evaluation*) käytettiin pienin mukautuksin. Arvioijat pääsivät yksimielisyyteen kaikista kohdista. Ohjeet saivat hyvät pisteet soveltamisalasta ja tarkoituksesta sekä selkeydestä ja esitystavasta. Ohjeet saivat kohtalaiset pisteet sidosryhmien osallistumisesta Alankomaissa, mutta niitä pidettiin riittämättöminä Saksassa, mikä johtuu pääasiassa potilaiden edustajien rajallisesta osallistumisesta. Kaikki ohjeet saivat alhaiset pisteet kehityksen täsmällisyydestä, mikä johtui osittain asiakirjojen ja olemassa olevien näytön puutteesta. Molempien maiden (Saksa ja Alankomaat) ohjeissa toimituksellinen riippumattomuus ja sovellettavuus saivat vähäiset pisteet ohjeisiin liittyvän tuotantoprosessin takia.	Sosiaalivakuutuslääketieteen sairauspainotteiset ohjeet työkyvyttömyyden arvioimiseksi ovat viime aikoina toistaiseksi rajoittuneet vain Saksaan ja Alankomaihin. AGREE-arviointivälinettä voidaan soveltaa sosiaalivakuutuslääketieteen ohjekehityksen laadunarviointiin, mutta joitakin pisteytyssääntöjä on mukautettava sosiaalivakuutuksen kontekstiin. Nykyiset ohjeet eivät täytä AGREE-kriteerejä riittävällä tasolla. Ohjeet hyötyisivät yksityiskohtaisemmista suosituksista, ja näytön saamiseksi tarvitaan lisää tutkimusta osatyökykyisten toimintakyvystä. Sairauksiin suuntautuvat ohjeet voivat olla hyödyllisiä myös muissa maissa, ja ne voivat auttaa vakuutuslääkäreitä perustelemaan arvionsa tutkittavan työkyvystä (*work capacity*). Työkyvyttömyyden arvioinnin käytännössä tämä merkitsisi tärkeää välinettä laadunvalvonnassa.

Tutkimusaihe/ maa/vuosi/tekijä	Tutkimusasetelma	Miten työkykyä mitattu tutkimuksesta?	Tutkimuksen pohdinta
Haastattelu-protokollat työkyvyttömyyden arvioinnissa / Alankomaat/2009/ De Boer, Bruinvels ym.	Alankomaissa on kehitetty kolme haastattelu-protokollaa työkyvyttömyyden arviointia varten. Protokollat ovat asiantuntija- ja käytäntöpohjaisia. Protokollat vastaavat ICF: n käsitteitä ja biopsykososiaalista lähestymistapaa. Tutkimuksessa selvitettiin, missä määrin protokollia käytetään. Kysely lähetettiin 155 kokeneelle vakuutuslääkärille, joista 98 (64 %) vastasi. Kaikki käyttivät jonkinlaista protokollaa; joko yhtä julkaistuista protokollista tai oma yhdisteltyä protokollaa.	90 % vakuutuslääkäreistä käyttää puolistrukturoitua haastattelua. Tutkimuksessa verrattiin protokollia toisiinsa ja ICF:ään sekä biopsykososiaaliseen lähestymiseen. Arviointihaastatteluja on julkaistu, ja ne kaikki perustuvat käytännön kokemukseen: 1. menetelmäarvioinnin haastattelu (*IMA, interview in methodic assessment*) 2. työkyvyttömyyden arvioinnin strukturoitu haastattelu (DASI, capacity oriented assessment) 3. Monitekijäinen arvio (*MCA, multicausal analysis*). Lääkärit käyttivät seuraavasti näitä arviointitapoja: IMA 23 %, MCA 22 %, DASI 12 %., näiden yhdistelmiä käytti 20 % ja omia tapoja 22 %. Vakuutuslääkärit olivat harjoitelleet arviointitapoja seuraavasti: IMA 87 %, DASI 40 %, 27 % MCA.	Tutkimuksen tarve on edelleen kehittää työkyvyn arviointiin liittyviä protokollia. Protokolla voi parantaa arviointien laatua avoimuuden ja toistettavuuden osalta sekä antaa paremmat valmiudet arviointeihin ja auttaa vakuutettuja myös itse valmistautumaan arviointiprosessiin.

Tutkimusaihe/ maa/vuosi/tekijä	Tutkimusasetelma	Miten työkykyä mitattu tutkimuksesta?	Tutkimuksen pohdinta
Työkestävyyden arviointi/ 16 EU-maata /2018/ Boersma ym.	Kaksi kyselylomaketta sisältävä kyselytutkimus; kysely lähetettiin 35 asiantuntijalle 19 maasta Euroopan vakuutus- ja sosiaaliturva-alan unionin (EUMASS) kautta. Tutkimuksessa on kerätty kuvailevaa tietoa työkestävyyden (arvioinnin) eri osa-alueista. Työkestävyys tarkoittaa kykyä ylläpitää työtoimintaa useita tunteja päivässä ja viikossa. Krooniseen sairauteen liittyy usein alentunut energiataso, joka rajoittaa kokopäivätyötä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, 1) onko työkestävyyden käsite osa työkyvyttömyyden arviointia Euroopan maissa ja 2) mitä arviointi-menetelmiä käytetään.	Kyselyyn vastasi asiantuntijoita 16 maasta. Useimmissa maissa työkestävyyttä (*endurance*) arvioidaan. Ohjeita työkestävyyden arvioimiseksi ei juuri ole. Sekä somaattiset että psyykkiset sairaudet voivat rajoittaa työkestävyyttä. Työ-kestävyyden arviointimenetelmät vaihtelevat, objektiiviset menetelmät luokitellaan sopivimmiksi.	Työkestävyys tunnustetaan ja sitä arvioidaan osana työkyvyttömyyden arviointia Euroopassa. Ristiriitoja kuitenkin on, ja näyttöön perustuvat ohjeet, mukaan lukien luotettavat ja pätevät menetelmät työkestävyyden arvioimiseksi, puuttuvat.
Syöpäpotilaiden työkyvyn arviointi Alankomaissa / 16 EU-maata /2015/ Van Muijen ym.	Laadullinen tutkimus, johon sisältyi kolme peräkkäistä fokusryhmähaastattelua ja jossa käytettiin ennalta määrättyä aiheluetteloa. 29 lääkäriä osallistui tutkimukseen. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin riippumattomasti käyttäen temaattisen analyysin vakiomenettelyjä. Tutkimus selvitti näkökohtia, joita lääkärit ottavat huomioon arvioidessaan syövästä selvinneiden työkyvyttömyyttä, heidän kokemuksiaan ohjeiden käytöstä ja ennustesäännön käyttöön liittyviä tarpeitaan Ennustesäännön tarkoituksena on tukea työkyvyttömyysarviointeja.	Lääkärit tunsivat olevansa ensisijaisesti vastuussa syövästä selvinneiden työkyvyttömyyden oikeiden arvioiden tekemisestä. He tutkivat pääasiassa lääketieteellisiä tekijöitä. Toissijaisesti otettiin huomioon henkilöön, hänen työhönsä ja/tai sosiaaliseen ympäristöönsä liittyvät ei-lääketieteelliset tekijät. Tällaisten arviointien tekemistä tukevien lääkäreiden ohjeiden noudattaminen vaihteli. Arvioidessaan pitkäaikaisesti sairauden vuoksi töistä poissa olevien, syövästä selvinneiden työkyvyttömyyttä lääkärit ottivat huomioon lääketieteelliset ja ei-lääketieteelliset tekijät. Ei-lääketieteellisten tekijöiden merkitys korostui tapauksissa, joissa lääketieteelliset ongelmat olivat vähemmän ilmeisiä. Näyttää siltä, että ohjeiden noudattamista on tarpeen tehostaa, jotta voidaan tukea syövästä selvinneiden työkyvyttömyysarviointia.	Pitkäaikaisesti töistä sairauden vuoksi poissa olevien, syövästä selvinneiden työkyvyttömyyttä arvioitaessa on otettava huomioon sekä lääketieteelliset että ei-lääketieteelliset tekijät. Tutkimuksessa todettiin, että • Ohjeiden noudattamista on tehostettava. Uusien ohjeiden tai ennustesääntöjen täytäntöönpano edellyttää räätälöityä strategiaa. • Säännölliset vertaiskokoukset, joissa keskustellaan suuntaviivojen ja/tai ennakointisääntöjen soveltamisen esteistä ja edistäjistä, voisivat olla osa tällaista strategiaa ja edistää niiden täytäntöönpanoa.

Sarjan viimeisimmät julkaisut

17 Blomgren, J., Kosunen, P., & Moustgaard, H. Kelan korvaaman yksityisen sairaanhoidon käyttö ja korvaukset vuosina 2018–2024: Rekisteritarkastelu eri väestöryhmissä ja alueittain

16 Tillman, P. Sairausvakuutuksen matkakorvaukset hyvinvointialueittain

15 Kärkkäjärvi, O., Kurko, T., Saastamoinen, L., Rannanheimo, P., & Koskinen, H. Kuinka nopeasti ja kattavasti uudet lääkehoidot tulevat Suomessa käyttöön? Selvitys vuosina 2015–2024 EMAn myyntiluvan saaneista lääkkeistä

14 Kuhmonen, S., Reiterä, T., Hujanen, T., & Seppänen-Järvelä, R. Kelan rekisteröitymismenettelyn lainmuutos: Selvitys Kelan kuntoutuspalveluiden hinnoittelusta ja hyvinvointialueiden palveluseteleiden hinnoittelun perusteista

13 Miettinen, A., & Saarikallio, M. Kotihoidon tuen käyttö Suomessa ja ulkomailla syntyneillä vanhemmilla

12 Nurminen, M., Kujanpää, T., Leppänen, J., & Hiltunen, R. Korkeakouluopiskelijoiden avoterveydenhuollon käyttö monikanavaisessa palvelujärjestelmässä: Rekisteritutkimus