

Sydänpotilaan työkyvyn arvio sairausvakuutus- ja eläkeasioissa

Sydänpotilaan työ- ja toimintakyvyn arvio perustuu sairausvakuutus- tai eläke-etuutta hakevan henkilön omaan hakemukseen ja lääkärinlausunto B:n tietoihin sekä muihin vakuutuslaitoksen käytössä oleviin dokumentteihin. Tietoja täydennetään tarvittaessa pyytämällä hoitopaikoista sairauskertomus- tai muita asiakirjoja. Työeläkeyhtiöillä on lisäksi käytössään työnantajan lausunto hakijan työssä selviytymisestä.

Työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa tärkeää on hyvän arkielämän rajoitusten kuvaamisen lisäksi huolellinen kliininen tutkimus, lepo-EKG:n tulkinta sekä tarvittaessa thoraxkuva. Nykyään yhä suuremmissa osassa on sydämen kaiku-kuvaus, joka antaa luotettavan kuvan sydänlihaksen pumppaustoiminnasta ja läppien kunnosta. Työkyvyn objektiivisen arvion perusta on kliininen rasiuskoe, joka tulee suorittaa ja tulkita oikein. Jos potilas kärsii rytmihäiriöistä, voidaan tarvittaessa tehdä ambulatoorinen 24 tunnin EKG-rekisteröinti holterlaitteella.

Sairausvakuutus kattaa saman sairauden aiheuttaman työkyvyttömyyden ja siitä seuraavan ansionmenetyksen enintään 300 arkipäivältä eli käytännössä noin vuoden ajalta. Tavallisesti sairauspäiväraha-kausiksi edeltää työkyvyttömyyseläkkeen hakua. Sairausvakuutuskaudella arvioidaan, onko henkilö sairauden vuoksi kykenemätön tekemään tavallista työtään tai muuta, samantapaista työtä.

Kliinikon tärkein tehtävä on tehdä hyvä kuvaus toimintakyvystä ja selvittää kuntoutusmahdollisuuksia. Eläkejärjestelmän pääpiirteet on hyvä hallita, mutta yksityiskohdat kuuluvat vakuutuslääketieteen ammattilaisille. Ehdotus ammatilliseen kuntoutukseen (esimerkiksi työkokeilu tai uudelleen koulutus) tulee kysymykseen, jos työ- ja toimintakyky riittää muuhun kuin aiempaan työhön. Lääkärinlausunto B käynnistää eläkelaitoksessa arviot ja tarvittavat kuntoutustoimet.

Työkyvyttömyyseläke

Kun sairausvakuutuskauden jälkeen haetaan määräaikaista kuntoutustukea tai pysyvää työkyvyttömyyseläkettä, arvioidaan yleistä työkyvyttömyyttä ottaen huomioon koulutus ja aikaisempi työkokemus. Kun henkilö on yli 60-vuotias, hänen työkykyään arvioidaan ammatillisesti ja hieman kevennetyin kriteerein. Sydänpotilaan työkyvyn arvio perustuu samoihin periaatteisiin kuin minkä tahansa muun sairausryhmän sairaudesta kärsivän potilaan. Yleinen periaate on arvioida jäljellä olevaa työkykyä eikä painotta liikaa sairauden aiheuttamia rajoituksia, vaikka nekin kuuluvat kokonaisarvioon.

Työkyvyttömyys on juridinen käsite, jonka avulla arvioidaan, mihin henkilö pystyy jäljellä olevalla työkyvyllään. Samanasteinen sairaus voi vaikuttaa eri henkilöiden työkykyyn eri tavalla. Lääketieteellisten tekijöiden ohella arvioinnissa otetaan huomioon sosiaalis-taloudellisia tekijöitä: ikä, ammattitaito, koulutus, kotipaikkasidonnaisuus ja työllisyystilanne. Oleellista on arvioida henkilön jäljellä olevaa työkykyä, sen parantamismahdollisuuksia sekä sitä, täyttääkö työ- ja toimintakyky työn asettamat vaatimukset. Kansaneläkelain 12. §:n mukaan oikeus kansaneläkkeeseen on 16–64-vuotiaalla työkyvyttömällä, joka on sairauden, vian tai vamman takia kykenemätön tekemään tavallista työtään, muuta siihen verrattavaa työtä tai muuta työtä, jota on pidettävä hänen ikänsä, ammattitaitonsa sekä muut seikat huomioon ottaen hänelle sopivana ja kohtuullisen toimeentulon turvaavana. Alle 20-vuotiaan henkilön arvioinnissa kuntoutusraha on ensisijainen eläkkeeseen nähden. Työeläkepuolen arviointi perustuu vastaaviin työeläkelakeihin.

Työeläkelain 4. §:n 4. momentin mukaan oikeus saada osatyökyvyttömyyseläkettä on henkilöllä, jonka sairaus, vika tai vamma heikentää työkykyä yhtäjaksoisesti ainakin vuo-

den ajan vähintään 2/5:lla; työkyvyttömyyseläkkeen osalta edellytetään yli 3/5:n heikentymistä työkyvyssä. Arvioinnissa otetaan huomioon jäljellä oleva kyky hankkia ansiotuloja työllä, jota voidaan kohtuudella edellyttää silmällä pitäen henkilön koulutusta, aikaisempaa toimintaa, ikää ja asumisolosuhteita sekä näihin verrattavia muita seikkoja.

Työeläkelaitoksissa ja Kelassa pyritään yleensä samanlaisiin ratkaisuihin. Tarvittaessa käytetään neuvottelumenettelyä. Työeläkelait tuntevat osatyökyvyttömyyden käsitteen, jota ei ainakaan toistaiseksi ole kansaneläkelaisissa. Jos työeläkeyhtiö päättyy osatyökyvyttömyyseläkkeeseen, Kela antaa yleensä hylkäävän päätöksen (myös siksi, että henkilö saisi ansaita ilman rajoituksia). Osatyökyvyttömyyseläke on sopiva ratkaisu silloin, kun hakija on työsuhteessa ja hän voi tehdä osapäiväistä tai osaviikkoista työtä.

Tavallisia ongelmia lääkärinlausunnoissa ovat niukat tiedot kliinisestä tutkimuksesta ja puutteellinen toimintakyvyn kuvaus. Sydänpotilaan osalta on erityisen tärkeää saada tieto rasiuskokeen tuloksesta ja kopio pöytäkirjasta lausuntoineen. Siten voidaan nähdä, onko rasitus ollut riittävän kuormittavaa saavutetun syketaajuuden perusteella arvioituna. Usein puutteena on se, ettei kuntoutusmahdollisuutta ole selvitetty. Ammatillinen tai lääkinnällinen kuntoutussuunnitelma saattaa puuttua kokonaan. Myös ammatti ja työhistoria on syytä kuvata huolellisesti. Eri ratkaisuvaihtoehtoja työkyvyttömyyseläkehakemukseen on esitetty TAULUKOSSA 1.

Sydänpotilaan toimintakyvyn arvioinnin keinot

Diagnoosi sinänsä ei kerro toimintakyvystä paljoakaan. Tieto suorituskyvystä ja sen rajoituksista on tärkeä; esimerkiksi tuleeko rintakipu jo rauhallisessa kävelyssä tasamaalla vai ylämäessä tai ääriponnistuksessa. Myös alkoholin ja päihteidien käytöstä sekä tupakoinnista on tärkeä tietää. Monesti tiedot painosta ja pituudesta puuttuvat kokonaan, vaikka merkittävä yli- tai alipaino voi vaikuttaa toimintakykyyn etenkin fyysisissä tehtävissä (Kuusi ja Par-

TAULUKKO 1. Työkyvyttömyyseläkehakemuksen ratkaisuvaihtoehtoja.

Paluu omaan entiseen työhön
Ilmoittautuminen työttömäksi
Paluu työhön työjärjestelyiden tai työkokeilun turvin
Työkyvytön entiseen ammattiin: uudelleenkoulutus
Määräaikainen (osa)kuntoutustuki
Pysyvä (osa)työkyvyttömyyseläke

tanen 2007, Lommi 2007). Heikoksi koettu terveys ja raskas työ, masentuneisuus ja huono kunto vievät työelämästä (Karpansalo 2006). Nykyaikainen työ on enää harvoin raskasta, ja sen takia monen potilaan fyysinen kunto voi olla huono jo ennen sydänsairautta. Lepo-EKG:n ja thoraxkuvan poikkeavuudet voivat antaa arvokasta lisätukea sille, mitä saadaan tietää potilasta haastatteleamalla. Sydämen kakuvaus puolestaan kertoo sydänlihaksen pumppauskyvystä ja läppien toiminnasta. Jos näiden tutkimusten tulokset ovat normaalit, toimintahaittakin on vain harvoin vaikea-asteinen. Fyysistä suorituskkyä voidaan arvioida perusaineenvaihdunnan kerrannaisten avulla (MET-yksikkö = metabolic equivalent; yksi MET vastaa levossa makuulla olevan henkilön hapenkulutusta, joka on keskimäärin 3,5 ml/kg/min). MET ottaa huomioon ruumiin kokoon liittyvät tekijät paremmin kuin työtehon ilmaiseminen watteina. Rintakivun ilmaantumisen CCS-luokitus ja MET-vastaavuus on esitetty TAULUKOSSA 2. Kokonaisarviota täydentää henkilön oma kuvaus (hakemuskaavakkeella) siitä, mihin toimiin hän kykenee arkipäivässä ja mitkä toimet ovat vaikeutuneet. Lääkärin tulee vuorostaan arvioida, onko sairaus näitä rajoitteita selittävä tekijä (Lindholm ym. 2002, Kettunen 2008, Leinonen 2008).

Kliininen rasiuskoe on edelleen paras menetelmä objektiiviseen suorituskkyvyn arviointiin (www.toimia.fi). Koe tehdään optimaalisesti lääkittynä. Käytössä on monia erilaisia kuormitusohjelmia. Yleisimmin kuorman lisäys tapahtuu joko kolmen tai neljän minuutin välein, aloituskuorma voi olla 25–50 W. Miehillä aloituskuorma on tavallisesti 50 W (tai hyväkuntoisella 100 W) ja naisilla 40 W.

TAULUKKO 2. Sepelvaltimotauti ja toimintakyky. CCS-luokitus: rintakivun ilmaantuminen.

Luokka I	Kipua vain kovassa rasituksessa	> 7 MET
Luokka II	Tavallinen fyysinen rasitus aiheuttaa enintään lieviä rintakipuja	5–7 MET
Luokka III	Kipua tavallisissa päivittäisissä toiminnoissa	2–5 MET
Luokka IV	Kipua vähäisestäkin puuhastelusta	< 2 MET

CCS = Canadian Cardiovascular Society, MET = metabolinen ekvivalentti.

Koe tehdään oirerajoitteisena, ja tavoitteena on saavuttaa iän mukainen maksimisyke (220 – ikä tai 205 – 50 % iästä). Beetasalpaajalääkitys pienentää maksimisykettä kaavan antamasta luvusta vielä 10–15 %. Syketaajuuden arvioinnin apuna voidaan käyttää myös Karvosen kaavaa (Kettunen ym. 2006). Huono kunto tai lihavuus voivat aiheuttaa hengenahdistuksen tunteen jo paljon ennen maksimisykkeen saavuttamista ja aiheuttaa kokeen keskeytymisen. Jos rasisuskokeella mitattu suorituskyky on yli 100 W (yli 7 MET), kykenee henkilö raskaaseenkin työhön. Alle 75 W:n (alle 5 MET:n) tulos merkitsee rajoituksia kevyessäkin työssä ja alle 50 W:n (alle 3 MET:n) tulos työkyvyttömyyttä. TAULUKOSSA 2 on esitetty työn raskauden luokittelu ja TAULUKOSSA 3 rasisuskokeen kuorman ja muutamien töiden vaatimusten vastaavuus.

Rasisuskokeen tulokinnassa ensimmäiseksi arvioidaan, onko rasisus ollut riittävää (Kettunen ym. 2011). Saavutettua maksimikuormaa parempi arvio on kolmen tai neljän viimeisen minuutin keskiarvo. Verenpaineen lasku tai sen nousun puuttuminen voi viitata sydämen pumppaustoiminnan häiriöön. Iskemia (voi olla oireellista tai oireetonta) ja lisälyönnit sekä rytmihäiriöt saattavat olla suoritusastoa heikentäviä tekijöitä. Jos henkilö ei kykene polkemaan, voidaan tehdä käsikampirasituskoje. Käsiä kuormitettaessa monet sydänpotilaat saavat rintakipuja herkemmin kuin kävelyssä ja vastaavassa alaraajoja rasittavassa kuormituksessa. Isometrinen lihasjännitys käsiä koholla pitäen lisää verenpaineen nousua ja siten syke-painetuloa. Väitöstutkimuksessa sepelvaltimotautia sairastavat miehet saavuttivat käsin keskimäärin 60 % jaloin suoritettujen testin maksimikuormasta, naiset jonkin verran vähemmän (Sala 1988). Työn kuormittavuuden

arvioinnissa pitää muistaa, että suurin sallittu keskimääräinen rasitus työpäivän aikana on korkeintaan 75 % maksimitasosta. Kliinisessä rasisuskokeessa saavutettu kuormitusaste kuvastaa kykyä hetkellisiin maksimisuorituksiin. Suora hengityskaasujen mittaus kuormituskokeen aikana antaa lisätietoa. Se on tarpeen silloin, kun kuormituskokeessa rajoittava tekijä jää epäselväksi. Epäselvissä tapauksissa sepelvaltimoiden varjoainekuvaus voi lopullisesti varmistaa diagnoosin ja sydämen perfuusion gammakuvaus tarkentaa iskemian laajuutta.

Sydämen kaikukuvaus paljastaa pumppaustoiminnan häiriöt, sekä systolisen että diastolisen. Levossa mitattu vasemman kammion normaali ejektiofraktio (yli 50 %) ei sulje pois diastolista dysfunktioita eikä läppävikaa tai oikovirtausta. Tutkimus antaa tietoa myös läppien toiminnasta sekä levossa että rasisuksessa. Sydänliiton julkaisussa Sepelvaltimotauti ja liikunta (2006) katsotaan uuden sydäntapahtuman riski pieneksi, jos vasemman kammion toiminta on normaali (ejektiofraktio yli 40 %), rasisuskokeessa ei ilmene iskemiaa eikä rytmihäiriöitä ja neljän viimeisen minuutin keskikuorma on yli 100 W. Vaara on kohtalainen, jos potilaan ejektiofraktio on heikentynyt 25–40 %:iin tai hänellä ilmenee sadan watin keskikuormalla rintakipua, vähäistä iskemiaa, kammiooperäisiä lisälyönnejä tai lyhyitä nopealyöntisyysjaksoja. Suuren vaaran potilaalla vasemman kammion toiminta on selvästi heikentynyt (ejektiofraktio alle 25 %), samoin kuin suorituskykykin. Viimeksi mainituilla rasisuskokeessa ilmenee rintakipua ja iskemiaa jo matalalla kuormalla, ja heidän sydämensä voi olla radiologisesti suurentunut.

Pitkäaikaisrekisteröinnit ja muut tutkimukset. EKG:n pitkäaikaisrekisteröinti voi antaa lisätukea työkykyä koskevien päätel-

TAULUKKO 3. Rasituskokeen kuorman ja muutamien esimerkinomaisten töiden vaatimusten vastaavuus (Mäkijärvi ym. 2008).

Kuormitustaso rasituskokeessa	Hapenkulutus, ml/min/kg	MET	Esimerkkejä kuormitustasoa vastaavista töistä
10–50 W	< 15	2–3	Hidas kävely, toimisto- tai valvomotyö
50–75 W	15–20	4–5	Kävely 5–6 km/h, raskaat työvaiheet, sairaanhoito-, asennus- ja kotitaloustyö
75–100 W	20–25	6–7	Nopea kävely, rakennus-, nosto- ja raskaat siivoustyöt
100–150 W	25–30	7–9	Hölkkaa vastaavat raskaat työvaiheet
150–200 W	30–40	> 9	Juoksun (10 km/h) rasitusta vastaavat työt kuten metsurin työ, lapiotyöt, kalusteiden kantaminen

mien tekoon. Vaikkapa oireisiin korreloiva sydänlihaskemiaan viittaava löydös työpäivän aikana on merkittävä. Tällä tavoin voi paljastua esimerkiksi henkisen stressin osuus. Tutkimuksella saadaan tietoa rytmihäiriöiden esiintymisestä ja niiden yhteydestä rasitukseen. Elektrofysiologiset tutkimukset voivat täydentää pitkäaikaisrekisteröinnin antia. Joissakin tapauksissa tarvitaan rytmikardiologin lausunto työkyvystä.

Esimerkkejä sydänsairauksista ja työkyvystä

Diagnoosista on hyvä tietää, onko se lopullinen. Niin ikään taudin ennuste ja kulku (ete-nevä vai vakaa) on tunnettava. Lisäksi tulee tietää, voidaanko hoitoa tehostaa ja harkitaanko esimerkiksi sydämensiirtoa. Potilasta ei voi pakottaa invasiivisiin tutkimuksiin tai hoitoihin. Silloin on tyydyttävä siihenastiseen tietoon toimintakyvystä.

Eteisvärinä ja sydämen vajaatoiminta.

Eteisvärinä on tavallinen ongelma myös työikäisillä. Eteisvärinän vaikutus toimintakykyyn vaihtelee voimakkaasti henkilöiden välillä ja ajan mittaan samallakin potilaalla. Sydämen nopea rytmi voi pienentää sydämen minuuttitilavuutta selvästi ja heikentää siten potilaan fyysistä suorituskykyä. Toisaalta sydämen tykytys voi laantua ajan myötä, jos eteisvärinä jää pysyväksi. Eteisvärinä saattaa olla myös täysin oireeton. Sinusrytmi voidaan pyrkiä palauttamaan lääkkein tai sähköisellä rytminsiirrolla. Nykyisin eteisvärinää saatetaan hoitaa

myös katetriablaatiolla. Pientä osaa hankaloitavista eteisvärinäpotilaista voidaan hoitaa asentamalla tahdistin ja katkaisemalla eteis-kammiosolmuke (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus 2012, Parikka 2012).

Sydämen vajaatoiminnan oireita ovat hengenahdistus, yskä, väsymys, sydämentykytys sekä perifeeriset turvotukset. Plasman suuren tunut proBNP-pitoisuus heijastaa sydämen vajaatoiminnan vaikeusastetta. Sydämen lievässä ja keskivaikeassa vajaatoiminnassa (NYHA II ja III) liikunta voi parantaa sydämen toimintaa. Lääkehoidon ohella sydänlihaksen pumpaustoimintaa kyetään tietyissä tapauksissa kohentamaan myös vajaatoimintatahdistimen avulla (Tahdistinhoito: Käypä hoito -suositus 2010). Dilatoivaa ja hypertrofista kardiomyopatiaa sairastavilla taudin alku on usein dramaattinen, mutta hoidon myötä tilanne tavallisesti korjaantuu. Työkyky voidaan arvioida luotettavasti vasta riittävän pitkään kestäneen hoidon jälkeen. Toisaalta kysymys on pahenevasta sairaudesta ja joskus lopullinen hoito on sydämensiirto. Työkyvyn arvio on yksilöllinen ja muitten tekijöitten kuten iän, ammatin ja koulutuksen merkitys arvioinnissa on suuri.

Tahdistin on osa sydänsairauden hoitoa (kuten edellä mainittu sydämen vajaatoimintatahdistin), ja siksi toimintakyky arvioidaan sairauden oireiden kautta. Tahdistinpotilaat eivät saa työskennellä voimakkaiden magneettikenttien läheisyydessä. Tajuttomuuskohtaus johtaa ajokieltoon, kunnes kohtauksen syy on selvitetty. Tutkimustulokset määräävät, miten ajoluvan tai työkyvyn käy tulevaisuu-

nessa. Osa vaikeista rytmihäiriöistä voidaan hoitaa tahdistimella (rytmihäiriötahdistin) (Tahdistinhoito: Käypä hoito -suositus 2010).

Sepelvaltimotauti. Stabiili angina pectoris heikentää toimintakykyä riippuen työn rasitavuudesta ja potilaasta itsestään. Parhaiten tilannetta kuvaa se, kuinka herkästi rintakipuoireet ilmaantuvat. Rasituskokeella voidaan arvioida objektiivisesti iskemiaoireiden ja -löydösten ilmaantumista. Tarvittaessa sepelvaltimoiden tila selvitetään varjoainekuvauksella tai tietokonetomografialla. Mahdollisten verenkiertoa korjaavien toimenpiteiden (pallolaajennus tai ohitusleikkaus) jälkeen rasituskoe kertoo potilaan suorituskyvystä, ja työkykyä arvioidaan näiden tietojen perusteella. Sydäninfarkti heikentää työkykyä vaikeusasteen mukaan 2–4 viikon ajan. Tämän jälkeen toimintakykyyn vaikuttaa ratkaisevasti se, ilmeneekö potilaalla komplikaatioita kuten sydämen vajaatoimintaa, pysyvää angina pectorista, rytmihäiriöitä tai masennusta. Masennus voi pitkittää toipumista ja lisätä uusintainfarktin vaaraa, joten sen diagnosoiminen ja tehokas hoito on tärkeää. Komplikaatiot saattavat viedä toimintakyvyn pitkäksi aikaa.

Sepelvaltimoiden elekttiivisen pallolaajennuksen jälkeen potilas voi palata töihin muuttaman sairauslomapäivän jälkeen. Tavanomainen sepelvaltimoiden ohitusleikkaus aiheuttaa 2–3 kuukauden sairausloman tarpeen. Jos leikkaus tehdään vaiheessa, jossa sydänlihaksen vaurioitunut, sydän ei leikkauksen jälkeenkään palaudu normaaliksi. Vasta riittävän pitkän kuntoutumisen jälkeen nähdään lopullinen tulos. Sydämensiirron jälkeen ei yleensä ole eslettä palata kevyihin tai keskiraskeisiin töihin.

Sydänvikainen nuori. Suomessa syntyy vuosittain viitisensataa sydänvikaista lasta, joista noin puolet tarvitsee jo lapsuuden aikana monimutkaisia korjausleikkauksia ja lääkkeitä. Suurin osa näistä lapsista saavuttaa hoitojen avulla lähes normaalin toimintakyvyn niin, että vain suurinta rasitusta vaativat toimet ovat sopimattomia (Nieminen ym. 2003, Poutanen 2011). Ikäluokkansa sydänvikaisista lapsista muutamilla kymmenellä on niin vaikea sydänvika, että heidän on vaikea selvitä fyysisestä rasituksesta.

Vaikeimmissa tapauksissa (esim. Fallot'n tetralogia ja täydellinen suurten suonten transpositio) työkyky voi olla riittämätön, jos vielä leikkauksen jälkeenkin jää rakennemuutoksia tai sydämen toimintahäiriöitä. Eisenmengerin oireyhtymässä esiintyy lisääntyntä keuhkoverenkierron vastusta ja käänteistä oikovirtausta. Näillä potilailla työkyky voi riittää vain kevyeen työhön, jos siihenkään (Leinonen 2008). Hoidetun sydänvikaisen lapsen ja nuoren toiminnalliset rajoitukset ovat yksilöllisiä. Heidän rasituksen kestävyytensä voi olla heikentynyt, eivätkä fyysisesti raskaat työt siten ole sopivia. Heidän osaltaan voi tulla kysymykseen nuorten kuntoutusraha (ikä yli 16 mutta alle 20 vuotta) ja ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet. Sydämen ja siitä lähtevien suonten kuvantamisessa (magneettikuvaus, tietokonetomografia) tapahtunut kehitys on tarkentanut huomattavasti sydänvikojen diagnostiikkaa.

Sydänsairaudet ja moottori-ajoneuvon kuljettaminen

Liikenteen ammateissa toimii suuri joukko ihmisiä. Jos henkilö menettää ajolupansa sydänsairauden takia, on pohdittava ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia. Rintakipu ja hengenahdistus vähäisessäkin rasituksessa ovat tavallisimmat syyt evätä ajolupa (Halinen 2005). Ammattikuljettaja tai raskaan ajoneuvon kuljettaja ei saa ajolupaa, jos hänellä on vähäinkin pumppauskyvyn häiriö (NYHA II) tai jos epästabiili angina pectoris hoidetaan vain konservatiivisesti. Lisäksi uusiutuva pyörtyminen on aina ehdoton este ajamiselle. Tajunnantasoon vaikuttavista toistuvista rytmihäiriöistä tulee ilmoittaa, jos ne seurannassa eivät korjauddu lääkehoidolla. Myös rytmihäiriötahdistin (AICD) kuuluu ilmoitusvelvollisuuden piiriin (www.stm.fi/Resource.phx/). Esimerkiksi kammiovärinästä elvytetty 45-vuotias kuorma-autonkuljettaja, jolle on asennettu rytmihäiriötahdistin, voi saada 300 päivää sairauspäivärahaa, mutta hänen työkyvyttömyyseläkkeensä todennäköisesti hylätään. Hän on muuten hyväkuntoinen, mutta tahdistimensa takia hän ei kykene kuljettajan

YDINASIAT

- ▶ Työ- ja toimintakyvyn arviointiin kuuluvat hyvän arkielämän fyysisten rajoitusten kuvaaminen sekä huolellinen kliininen tutkimus.
- ▶ Työkyvyn objektiivisen arvion perusta on kliininen rasisutkoe, joka tulee suorittaa ja tulkita oikein.
- ▶ Sairausvakuutuskaudella (300 arkipäivää) arvioidaan, onko henkilö sairauden vuoksi kykenemätön tekemään tavallista työtään.
- ▶ Työkyvyttömyys on juridinen käsite, jonka avulla arvioidaan, mihin henkilö pystyy jäljellä olevalla työkyvyllään.
- ▶ Samanasteinen sairaus voi vaikuttaa eri henkilöiden työkykyyn eri tavalla.
- ▶ Lääketieteellisten tekijöiden ohella arvioinnissa otetaan huomioon sosiaalis-taloudellisia tekijöitä.

työhön. Sen sijaan hän kykenee muihin töihin. Hänen osaltaan on mietittävä ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia.

Ammatillinen kuntoutus

Ammatillinen kuntoutus tulee kysymykseen silloin, kun henkilö ei pysty palaamaan aiempaan työhönsä mutta hän kykenee johonkin muuhun työhön. Ammatillisen kuntoutuksen määrät ovat kasvaneet tasaisesti vuosi vuodelta, ja kokemukset ovat olleet hyviä (www.tela.fi, Työeläkekuntoutus vuonna 2010). Ammatillinen kuntoutus on osoitettu kustannuksiltaan vaikuttavaksi toiminnaksi. Sitä käytetään silti liian vähän. Henkilön paluuta omaan työhönsä voidaan tukea myös työkokeilun avulla, jolloin henkilö tavallisesti työskentelee jonkin aikaa osapäiväisesti tai kokeilee muokattua työtehtävää. Työkokeilu tai työhönvalmennus voidaan tehdä myös johonkin toiseen työhön. Ammatillisena kuntoutuksena voidaan tukea myös koulutusta uuteen ammattiin.

Työntekijällä tai yrittäjällä (yrittäjän eläkelaki) on oikeus työeläkejärjestelmän mukaiseen

1866 kuntoutukseen, jos tietyt ehdot täyttyvät: an-

siotuloja tulee olla yhteensä noin 30 000 euroa edeltäneiden viiden vuoden ajalta, ja sairaus, vika tai vamma aiheuttaa työkyvyttömyyden uhkan lähimmän viiden vuoden aikana, ja henkilö on alle 63-vuotias. Ne, joilla ei ole vakiintunutta työhistoriaa tai jotka ovat olleet pois työsuhteesta yli vuoden, kuuluvat Kelan ammatillisen kuntoutuksen piiriin. Kelan kuntoutukseen kuuluvat myös henkilöt, joiden työkyky ja ansaintamahdollisuudet ovat sairauden vuoksi olennaisesti heikentyneet. Tällöin työikäisen nuoren työelämään pääsyä voidaan edistää ammatillisen kuntoutuksen avulla. Lääkärinlausunnossa B voi ehdottaa myös ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuden selvittämistä kuntoutustutkimuksella. Osana ammatillista kuntoutusta voidaan Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (KKRL) mukaan myöntää myös apuvälineitä työssä tai opinnoissa selviämiseen.

Lääkinnällinen kuntoutus

Kela järjestää harkinnanvaraisena kuntoutuksena sairausryhmäkohtaisia kursseja. Näitä ovat esimerkiksi sydänsairautta tai sydänvikaa sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit (www.kela.fi/yhteistyökumppanit). Laatuksiteerit täyttävät kuntoutuslaitokset ja -kurssit ja kuntoutusstandardit löytyvät Kelan verkkosivuilta.

Lopuksi

Asenteet työtä kohtaan ovat muuttumassa. Tämä johtuu paljolti toimeentuloon liittyvistä seikoista, sillä työtulo on aina suurempi kuin eläke. Työkyvyttömyyden pitkittyminen heikentää työhön paluun mahdollisuuksia. Parhaimmillaan työ sinänsä tukee terveyttä ja ylläpitää työkykyä. Sydänpotilaasta tehtävässä lääkärintuoto B:ssä on olennaista kuvata se, mitä jokapäiväisen elämän toimintoja sydänoireet rajoittavat. Yhtä keskeistä on tieto siitä, mihin toimintoihin henkilö kykenee sydänoireista huolimatta. Tämä arvio tulisi tehdä tilanteessa, jossa sydänpotilaan lääkitys ja muu hoito ovat optimaaliset. Arvion tulee perustua kliinissä tutkimuksessa, rasisutkokeessa tai sydämen

kaikukuvauksessa objektiivisesti todettiin löydöksiin. Rasituskokeen lausunto on hyvä laittaa B-lausunnon liitteeksi. Työkyvyn arvioon lääkäri tarvitsee tiedot sydänpotilaan työn luonteesta, esimerkiksi siitä, miten paljon sydänoireita aiheuttavia työtehtäviä toimenkuvaan kuuluu. Lääkäriin tulee lausunnossaan pohtia, onko henkilön mahdollista palata entisen tyyppisiin töihin, jos työnkuvaa muutetaan, vai vaatiiko paluu uudelleen koulutusta tai muita ammatillisen koulutuksen toimenpiteitä. ■

* * *

Kiitämme johtavaa lääkäriä Raili Pirttimäkeä arvokkaista kommentteista.

HYÖDYLLISIÄ VERKKOSIVUJA:
www.kela.fi (Kansaneläkelaitos)
www.etk.fi (Eläketurvakeskus)
www.tela.fi (Työeläkevuokuttajat TELA)
www.toimia.fi

HANNU VANHANEN, dosentti, asiantuntijalääkäri, sisätautien erikoislääkäri
Kela, terveysosasto ja Eläke-Tapiola

TEEMU TAKALA, dosentti, asiantuntijalääkäri, sisätautien erikoislääkäri
Kela, terveysosasto ja Länsi-Suomen aluekeskus

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005 [päivitetty 10.1.2012]. www.kaypahoito.fi
- Halinen M. Sydänsairaudet ja moottoriajoneuvon kuljettaminen. Suom Lääkäril 2005;60:1833–7.
- Karpansalo M. Predictors on early retirement: A population-based study in men from Eastern Finland. Väitöskirja. Kuopion yliopisto 2006.
- Kettunen R. Sydänpotilaan toimintakyvyn tutkiminen. Kirjassa: Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H, Yli-Mäyry S, toim. Sydänsairaudet. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim 2008, s. 146–51.
- Kettunen R, Kiilavuori K, Lommi J, ym. Sepelvaltimotauti ja liikunta. Suomen Sydänliitto ry 2006.
- Kettunen R, Laukkanen J, Nieminen T. Rasituskoe – vieläkö sitä tarvitaan? Sydänääni 2011;2:20–7.

- Kuusi T, Partanen L. Tehokas hoito pudotti painoa 104 kg ja korjasi sydämen vajaatoiminnan. Suom Lääkäril 2007; 62:3419–22.
- Leinonen H. Työkyvyn arviointi verenkierroelinten sairauksissa. Kirjassa: Heikkilä J, Kupari M, Airaksinen J, Huikuri H, Nieminen MS, Peuhkurinen H, toim. Kardiologia. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s.1330–41.
- Lindholm H, Sala R, Mattila S. Toimintakyvyn arviointi sydän- ja verisuonisairauksissa. Suom Lääkäril 2002;57:3621–4.
- Lommi J. Ylipaino ja sydämen vajaatoiminta – liikaa rasvaa vai kudosturvotuksia? Suom Lääkäril 2007;62:3399–400.
- Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H, Yli-Mäyry S, toim. Sydänsairaudet. Duodecim, Suomen Sydänliitto ry 2008.
- Nieminen H, Sairanen H, Tikanoja T, ym. Longterm results of pediatric cardiac surgery in Finland: education, employment, marital status, and parenthood. Pediatrics 2003;112:1345–50.

- Parikka H. Kenelle eteisvärinän katetriablaatio kannattaa tehdä? Suom Lääkäril 2012;67:659–60.
- Poutanen T, Eerola A. Sydänlapsen liikuntaa ei yleensä tarvitse rajoittaa. Suom Lääkäril 2011;66:3753–9.
- Sala R. Käsin suoritettu rasituskoe sydäninfarktin sairastaneiden työkyvyn arvioinnissa. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 23/1988. Helsingin yliopisto 1988.
- Sepelvaltimotauti ja liikunta. Työryhmä: Alapappila A, Hasu RL, Mutikainen A, Koskinen H ja asiantuntijat: Kettunen R, Kiilavuori K, Lommi J, ym. Pro-sarjan julkaisu, Suomen Sydänliitto ry 2006.
- Tahdistinhoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010. www.kaypahoito.fi

Summary

Assessment of working capacity of a patient with cardiovascular disease for health insurance purposes

Assessment of the working and functional capacity of a patient with cardiovascular disease is based on the application by the person applying for health insurance or pension benefit, and on the data of the medical records and other documents. In addition to the description of the restrictions in everyday life, careful clinical examination, interpretation of electrocardiogram and, if necessary, a chest radiograph, remain essential in the assessment of working and functional capacity. Today, echocardiography is becoming increasingly important. A correctly conducted exercise test and its interpretation form the basis for an objective assessment of working capacity.