

MONIALAINEN TYÖKYVYN JA KUNTOUTUSTARPEEN ARVIOINTI TUNNISTAA TYÖTTÖMIEN HEIKENTYNEEN TYÖKYVYN

Väitöskirjatyöni sai alkunsa kliinisen, työkykyarvioita tekevän lääkärin ihmettelystä: ”Kuinka kummassa näillä työttömillä on näin paljon työkykyä heikentäviä sairauksia ja kuinka huonossa kunnossa he ovatkaan.”

Olin toteuttanut työkyvyn arviointeja lääkärille poikkeuksellisessa ympäristössä, TE-toimistossa. Vaikka kliinisen tutkimuksen mahdollisuudet tavallisessa konttorihuoneessa olivat vaatimattomat, huomasin pian, että työkyvyn arvioinnin näkökulmasta siellä oli paljon enemmän kuin tavanomaisilla lääkärin vastaanotoilla. Siellä oli käytettävissä yksityiskohtaista tietoa asiakkaan selviytymisestä koulutuksista ja opinnoista sekä armeijasta, pärjäämisestä aiemmissa työsuhteissa tai työharjoitteluissa ja monenlaisia muita asiakkaan tuntevan virkailijan tietoja ja kokemuksia. Myöhemmin työvoiman palvelukeskuksissa sain käytettäväkseni myös tietoja asiakkaan sosiaalisesta taustasta, sosiaalisesta verkostosta, taloudellisesta tilanteesta ja muista sosiaalihuollon asiakkuuksissa kertyneistä tiedoista. Nämä tiedot ovat lähtökohtatietoja monialaisessa työkyvyn arvioinnissa.

Laaja-alainen toimintakykytieto vaikutti hyödylliseltä ja biopsykososiaalisen toimintakyvyn viitekehukseen sopivalta. Ristiriitä siinä, että suuri osa työikäisen väestön työkykyä heikentävistä sairauksista oli jäänyt hoitamat-

ta ja tunnistamatta, herätti kiinnostuksen tutkia lähemmin työkyvyn arvioinnin käytäntöjä sekä näiden käytäntöjen taustalla olevia teorioita ja käsitteitä.

Väitöskirjatyöni on monimenetelmä tutkimus, enemmänkin monografia, jossa pohdin kolmen osatyön tulosten avulla työkyvyn käsitettä, työkyvyn arvioinnin eri käytäntöjä ja käytäntöjen taustalla vaikuttavia eroja ottaen samalla huomioon pitkäaikaistyöttömien työkykyisyyden ja syrjäytymisen ilmiöt.

Mitä työkyky oikeastaan on?

Työkyvystä ei ole kirjallisuudessa yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Sen todetaan olevan monesta osa-alueesta koostuva kokonaisuus, jossa eri osat vaikuttavat toisiinsa. Työkykyä mitattaessa tai arvioitaessa pitäisi kuitenkin tietää, mitä mitataan, jotta voisi tietää, mitä mittaria kannattaa käyttää. Mittarin valinnan ei tulisi olla ensisijaista. Tällä pohdinnalla päästään työkyvyn arvioinnin taustalla vaikuttaviin tieteenfilosofiin näkökulmiin.

Perinteisesti lääketieteessä tieto pohjautuu luonnontieteen menetelmillä hankittuun tietoon, jossa objektiiviset havainnot ovat arvostettuja. Ihmistieteiden tutkima tieto ja todellisuus ovat luonteeltaan merkityksellisiä ja edellyttävät siksi ymmärtämistä tutkittavan omasta näkökulmasta. WHO on hylännyt sai-

rauksien seurauksista lähtevän toimintakykyajattelun (aiempi vaurioiden, toiminnanvaja-
vuuksien ja haittojen kansainvälinen luokitus ICDH) määrittelemällä sen tilalle uuden kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen ICF:n. Siinä toimintakyky koostuu ruumiin ja kehon toiminnoista, suorituksista ja osallistumisesta terveyden, ympäristötekijöiden ja yksilötekijöiden dynaamisessa vaikutuksessa. Tästä viitekehyksestä lähtien tarvitsemme työkyvyn arvioinnissa sekä biomedikaalisen ihmisen arviointiin ja mittaamiseen liittyviä menetelmiä että ymmärtävän ihmistieteen soveltavia menetelmiä.

Esitän väitöskirjani tulokset seuraavasti:

- 1) Pitkäaikaistyöttömien joukossa on runsaasti työkyvyttömiä ja sellaisia, joiden työkykyä on mahdollista parantaa hoidolla ja kuntoutuksella.
- 2) Sairauslähtöinen toimintakyvyn arvio näyttää perustuvan terveyden biomedikaaliseen ja ICDH-malliin, kun monialainen pohjautuu ICF-malliin. Intresseissä ja sisällöissä on eroja. Sairauslähtöinen, asiakkaan kokonaistoimintakyvyn huomiotta jättävä arviointi ei luo riittävää kuvaa työkyvystä ja hukkaa oleellisia työkyvyn tukemisen mahdollisuuksia.
- 3) Informaatio ei-medikaalisista työkyvyn osa-alueista on merkittävää lisätietoa työkyvyn ja kuntoutustarpeen kokonaistulkinnassa.

Pitkäaikaistyöttömien monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi

Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pohjautuu ICF-viitekehykseen ja toimijuuden modaliteettien (halun, pystyvyyden ja mahdollisuuksien) hyödyntämiseen arvioinnissa. Tässä toimintatavassa kerätään informaatiota laajasti asiakkaan toimintakyvyn historiasta ja siinä esiin tulleista häiriöistä ja voimavaroista, käytännön työssä selviytymisestä ja työllistymisyrytyksistä, aiemmas-
ta terveydentilasta, hoidosta ja kuntoutukselta ja asiakkaan motivaatiosta sekä määritellään toimintakykyä havainnoimalla ja tutki-

muksilla. Lääkärin tehtävä on selvittää, onko toimintakyvyn heikkenemisen taustalla jokin sairaus ja mitkä ovat tämän sairauden hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuudet. Työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnissa lääkäri tekee tulkinnan työ- ja toimintakyvystä sekä kuntoutustarpeesta kerätyn informaation, tutkimusten ja kontekstuaalisten tietojen pohjalta.

Työttömien terveydentila on heikompi ja he käyttävät vähemmän terveyspalveluja kuin muu samanikäinen väestö. He syrjäytyvät yhteiskunnassa myös hoidon ja kuntoutuksen palveluista. Pitkäaikaistyöttömien työmarkkinatukien kustannuksista vastaavat yhä enemmän kunnat, ja nämä kustannukset ovat valtavat. Pitkäaikaistyöttömien työkykyyn, hoitoon ja kuntoutukseen tulisi kiinnittää selvästi enemmän huomiota.

Lopuksi

Väitöskirjatyössäni raportoin havaintojani, joita syntyi lääkärin vastaanotolla. Ajauduin käsitteiden ja teorioiden viidakkoon ja tarkastelemaan kriittisesti työkyvyn arvioinnin nykykäytäntöjä. Monialainen toimintakykytieto näytti hyödylliseltä työkykyä arvioitaessa, ja näitä havaintoja tuki WHO:n ICF-viitekehys. Tutkimuksen aikana kehittynyt tapa arvioida työkykyä ja kuntoutustarvetta voi olla erittäin merkittävä niin väestön työkykyisyyden kuin kansantaloudenkin kannalta, jos tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat vahvistettavissa laajemmin.

Raija Kerätä, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri, kuntoutuksen ja hallinnon erityispätevyys

"Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä." Väitöskirja 22.1.2016. Oulun yliopisto.