

TYÖKYVYTTÖMYYS JA KUOLLEISUUS LYHENTÄVÄT TYÖURIA TYÖNTEKIJÄAMMATEISSA

PÄÄKIRJOITUS

TIINA PENSOLA

Väestön terveys ja toimintakyky ovat parantuneet huomasti viimeisenä 30–40 vuotena. Mutta vielä 2000-luvun alussa työllisen mahdollisuudet selvitä työkykyisenä eläkeikään riippuivat hänen ammatistaan. Työntekijäammateissa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyy miehistä 40 prosenttia ja naisista 30 prosenttia 30 ja 63 ikävuoden välillä. Ennenaikainen kuolleisuus pienentää edelleen eläkeiän saavuttavien osuuksia. Kuolleisuus ja eläkealkavuus huomioituna työntekijämiehistä noin 51 prosenttia ja naisista 62 prosenttia saavuttaa 63 vuoden eläkeiän työkykyisenä. Asiantuntija-ammateissa luvut ovat korkeampia; niissä työkykyisiä 63 vuoden iässä miehistä on 72 prosenttia ja naisista 74 prosenttia. Näin, jos työkyvyttömyyseläkealkavuus ja kuolleisuus pysyvät sillä tasolla, mitä ne ovat olleet vuosina 2001–07.

Miksi neljännes asiantuntijoista ja lähes joka toinen työntekijä ei säilytä työkykyään – tai ääritapauksissa henkeään – eläköitymisikään? Työkyvyttömyys ja kuolleisuus ovat suurta pitkästi samoissa ammateissa, mutta työkyvyttömyyden ja kuolleisuuden syyt ovat erilaisia. Työntekijäammateissa suurin osa työkyvyttömyyseläkkeistä perustuu tuki- ja liikuntaelinten sairauksille, asiantuntija-ammateissa masennukseen. Ylikuolleisuuden taustalla ovat yhä iskeemiset sydänsairaudet, keuhkosityöpä, itsemurhat, tapaturmat ja alkoholiin liittyvät syyt. Ylikuolleisuudesta vain pieni osa liittyy työperäisiin altisteisiin, suurempi merkitys on työhön liittyvien ja sosiaalisesti määräytyvien elintapojen yhteisvaikutuksella.

Voiko kuntoutuksella ja muilla interventioilla vaikuttaa työntekijä- ja asiantuntija-ammateissa toimivien terveyteen, toiminta- ja työkykyyn sekä ryhmien välisiin terveys- ja toimintakykyeroihin? Edellisten tulosten perusteella olisi houkutus vastata: ei. Terveys on kaikissa ryhmissä parantunut ja ennenaikainen kuolleisuus vähentynyt, mutta ammattiryhmien väliset erot ovat pikemminkin kasvaneet kuin edes pysyneet ennallaan. Vastaisin kuitenkin kyllä, sillä viime vuosina on kehitetty ja kokeiltu uudenlaisia kohdennettuja, työpaikalle vietyjä interventioita, joissa on kiinnitetty huomiota niin sosiaalisesti määräytyviin elintapoihin kuin tervehtymistä edistäviin työmetodeihin yhdessä sovitettujen sairauslomakäytäntöjen kanssa. Tulokset näistä malleista vaikuttavat lupaavilta.

Vielä on kuitenkin paljon kehitettävää. Työelämä muuttuu, työsuhteet muuttuvat, työn tekeminen muuttuu ja näihin kaikkiin muutoksiin kuntoutuksen tulisi pystyä vastaamaan. Haaste ei ole ainoastaan kuntoutusmallien kehittämisessä vaan myös yhteistyössä kaikkien

työkyvystä ja toimintakyvystä vastaavien tahojen kanssa – eli ainakin kuntoutuksen järjestäjien Kelan, työvoimahallinnon, vakuutuslaitosten, kuntoutuksen toteuttajien, työterveyshuollon ja työpaikkojen.

Ehkä lopulta ei ole kyse suurista muutostarpeista. Tarvittavaa tietoa ja menetelmiä on, kuten myös työterveyshuoltolaki, jossa on huomioitu eri toimijoiden vastuut, kohtaamisen rajapinnat ja tarvittaessa kuntoutukseen ohjaaminen. Tällä hetkellä kuntoutukseen ohjaamisesakin näyttäisi kuitenkin olevan eroja työvoima-aseman, työsuhteen laadun ja keston sekä työpaikan koon mukaan; suurista työpaikoista haetaan moninkertaisesti esimerkiksi Aslak- ja TYK-kuntoutukseen, mutta pienistä kuntoutustarvearvioon. Tarvittavat palaset ovat olemassa, ne pitäisi vain saada paikalleen.

Vaikka kaikki tarvittavat toimenpiteet terveyden, toiminta- ja työkyvyn edistämiseksi tehtäisiin nyt, menee vuosia, ennen kuin työntekijöiden ja asiantuntijoiden todennäköisyys saavuttaa nykyinen eläkeiän alaraja on lähellä toisiaan. Sama eriarvoisuus jatkuu vielä eläkkeelläkin. Tällä hetkellä on ilmeinen tarve eläkeiän alarajan nostamiselle. Tulisiko alarajaa määrittäessä huomioida ammattiryhmien erilaiset mahdollisuudet selvittää työkykyisenä eläkeikään? Tämäkin on haasteellinen tehtävä, jota ei voi sivuuttaa.

VTT **TIINA PENSOLA**
TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISPÄÄLLIKKÖ
KUNTOUTUSSÄÄTIÖ