

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN HENKILÖSTÖN IKÄRAKENNE JA ELÄKKEELLE SIIRTYMINEN

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö muodostaa keskeisen osan kunnallisista työmarkkinoista. Vuonna 1998 sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa työskenteli noin 230 000 työntekijää, joista hieman yli 90 prosenttia oli naisia. Koska sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on hyvinvointipolitiikan keskeinen osa, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ikärakenteella, työssä jaksamisella sekä eläkkeelle siirtymisellä on myös erittäin tärkeä hyvinvointipoliittinen merkitys (Kananoja 1999).

Ikärakenteen muutos vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon erityisellä tavalla. Vaikutusten voidaan sanoa tapahtuvan kahdessa aallossa. Ensimmäinen aalto liittyy henkilöstön omaan ikääntymiseen ja toinen aalto väestön ikääntymisen synnyttämään palvelujen tarpeen kasvuun (Metsämuuronen 1999). Ensimmäisessä aallossa tärkeäksi kysymykseksi muodostuu ikääntyneemmän henkilöstön jaksaminen työssä. Toisessa aallossa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö, jonka keski-ikä on korkea, joutuu kohtaamaan kasvaneen palvelujen tarpeen. Jussi Vahteran, Mika Kivimäen ja Jaana Pentin (1997) tutkimuksen mukaan työn tehostaminen on erityinen terveysriski niillä työpaikoilla, joissa ikääntyneiden työntekijöiden osuus on suuri.

Nykyiselläänkin terveydenhuollon kysyntä ja kustannukset vaihtelevat alueellisesti (ks. Häkkinen & Laukkanen 1999). Käynnissä olevat alueelliset muutokset, esimerkiksi muuttoliikkeen muodossa, voivat edelleen lisätä alueiden välisiä eroja terveydenhuollon palvelujen kysynnässä. Tilannetta vaikeuttaa se, että terveydenhuollon henkilöstö ikääntyy eri kunnissa varsin erilaisella nopeudella (Metsämuuronen 1999). Tulevaisuus voikin tuoda tullessaan erityisiä ”on-

gelmapesäkkeitä”, joissa terveyspalvelujen kysyntä on suurta ja henkilöstö ikääntynyt tai vähäistä.

Artikkelin empiiristen analyysien tavoitteena on muodostaa yleiskuva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien ikärakenteesta, työkyvyttömyyseläkkeille siirtymisen laajuudesta ja diagnooseista sekä työttömyyseläkkeiden alkavuuksista.

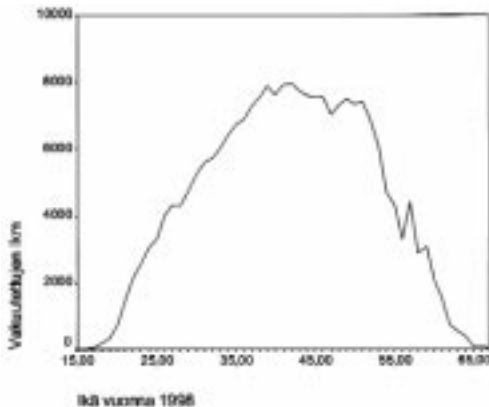
AINEISTOT

Käytettävä aineisto on muodostettu Kuntien eläkevakuutuksen eläke- ja palvelussuhderekistereistä. Aineiston perusteella on mahdollista tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien ikärakennetta, työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioituja alkavuuksia sekä työkyvyttömyyseläkkeiden diagnooseja. Lisäksi tarkastellaan työttömyyseläkkeiden alkavuutta. Tarkasteltavat ammattiryhmät on muodostettu niin, että tapausten lukumäärä olisi riittävä tulosten luotettavuuden kannalta. Moni sinänsä mielenkiintoinen ja tärkeä ammattiryhmä jää pois tarkastelusta tapausten pienen määrän vuoksi.

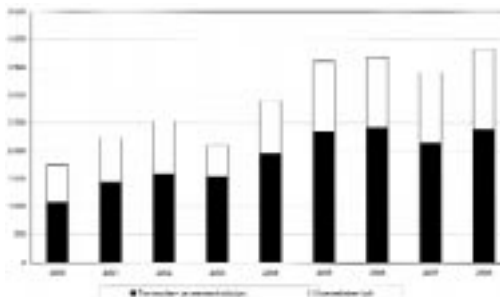
IKÄRAKENTEEN ASETTAMAT HAASTEET

Kuviossa 1 esitetään kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ikärakenne. Pystyakselilta on luettavissa, kuinka paljon eri-ikäisiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteihin kuuluvia vakuutettuja kunta-alalla on. Suuret, noin 8 000 henkilöä käsittävät vuosittaiset ikäryhmät ovat tällä hetkellä 40–55-vuotiaita. Kun keskimääräinen eläkkeelle siirtymisikä on kunta-alalla noin 58

Kuvio 1. KVTEL-järjestelmässä eläkevakuutetun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ikärakenne



Kuvio 2. Eläkeikänsä vuosina 2000–2008 täyttävä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstö



vuotta, voidaan sanoa, että laajamittainen siirtyminen eläkkeelle sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa on jo alkanut tai on alkamassa. Tulevien vuosien kehitys ilmenee kuviosta 2, jossa on esitetty, kuinka monta työntekijää sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa täyttää eläkeikänsä vuosina 2000–2008 (Paldanius 1999).

On syytä korostaa, että kyse on vanhuuseläkeikänsä täyttävien määrästä vuosittain. Varhainen eläkkeelle siirtyminen ja toteutuneet sekä mahdollisesti tulevana vuosina tehtävät lainmuutokset tekevät todellisesta kehityksestä erilaisen. Eläkkeelle siirtymisen nopeuden kiihtyminen näkyy kuviossa 2 varsin selkeästi. Vuonna 2000 eläkeikänsä täyttää 1 800 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, vuonna 2008 vastaava luku on jo 3 800. Terveydenhuollossa eläkkeelle siirtyminen kiihtyy vuoden 2004 jälkeen ja eteenpäin vuoteen 2008 eläkeikänsä täyttää vuo-

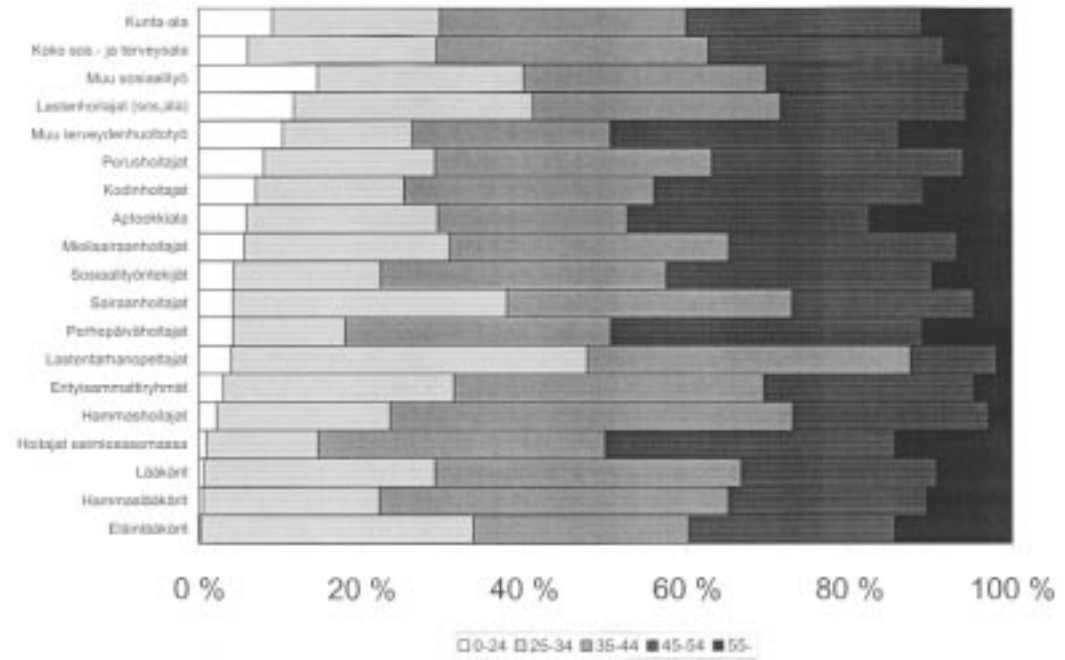
sittain noin 2 000 työntekijää. Kaiken kaikkiaan eläkeikänsä vuoteen 2008 mennessä täyttäviä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvia on yhteensä noin 26 000. Tämä on noin 10 prosenttia tällä hetkellä alalla työskentelevistä. Jani Metsämuurosen (1999) mukaan kokonaisuudessaan jopa 40 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä siirtyy eläkkeelle suurten ikäluokien saavuttaessa eläkeikänsä.

Keskiarvona tarkastellen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien ikärakenne ei eroa kunta-alasta kokonaisuudessaan (ks. kuvio 3). Ero yksityisen sektorin ikärakenteeseen ei myöskään ole suuri, tosin yksityisellä sektorilla työskentelee suhteellisesti enemmän nuoria (ks. Elovainio & al. 2000). Eri ammattiryhmien kohdalla ikärakenne vaihtelee kuitenkin hyvinkin paljon. Keski-ikänsä kaikkein vanhimpia ammattiryhmiä ovat esimiesasemassa toimivat hoitajat (ylihoitajat, osastonhoitajat ym.), perhepäivähoitajat, apteekki-alalla työskentelevät, kodinhoitajat, muuta terveydenhuoltoalan työtä tekevät (mm. avustava henkilökunta sekä tutkimusteknisissä tehtävissä toimiva henkilöstö) sekä sosiaalityöntekijät. Näissä ammattiryhmissä yli 45-vuotiaiden työntekijöiden osuus on noin 50 prosenttia. Ammattiryhmissä on niin ikään varsin vähän nuoria työntekijöitä. Muita ammattiryhmiä, joissa nuorten työntekijöiden osuus on varsin pieni, ovat hammaslääkärit, lääkärit, hammashoitajat sekä terveydenhuollon erityisammattiryhmät. Ikärakenteeltaan kaikkein nuorimpia ammattiryhmiä ovat sairaanhoitajat, hammashoitajat, lastenhoitajat sekä ”muuta sosiaalialan työtä” tekevät.

TYÖELÄMÄN PIIRTEET JA
SIIRTYMINEN TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEILLE

Kuntien eläkevakuutuksen Työterveyslaitoksella teettämässä seurantatutkimuksessa tutkittiin kuntasektorin 45–57-vuotiaiden työntekijöiden työkykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa tarkasteltiin sekä fyysistä että psyykkistä työkykyä työn asettamien vaatimusten ja ihmisen fyysisen ja psyykkisen rakenteen välisenä suhteena. Ensimmäinen aineisto kerättiin vuonna 1981

Kuvio 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien ikärakenne vuonna 1997



ja tutkimusjoukkoa seurattiin kahtena eri ajankohtana, vuosina 1985 ja 1988. Yleisenä tuloksena oli, että vanhemmissa ikäryhmissä huonosti työssä selviytyvien osuus kasvaa (Tuomi & al. 1985a). Tutkimuksen kohde-ryhmästä kahdella kolmasosalla oli jokin lääkärin toteama sairaus. Eniten sairastettiin tuki- ja liikuntaelinten sairauksia sekä erilaisia sydän- ja verisuonisairauksia (Tuomi & al. 1985b & c).

Fyysisen kuormituksen havaittiin olevan yhteydessä alentuneeseen fyysiseen ja psyykkiseen työkykyyn (Eskelinen al. 1988 & 1991a & b). Kuormittuminen oli yleisesti lisääntynyt lähes kaikissa ammateissa. Seuranta-aineistossa kuormittuminen liittyi työn järjestelyihin ja sosiaalisiin tekijöihin ja toisaalta fyysisiin vaatimuksiin (Suvanto & al. 1988). Kymmenen vuotta myöhemmin tehdyn toisen tutkimuksen mukaan organisaatioiden työntekijämäärän supistaminen ja tehokkuuden lisääminen nostivat lääkärin määräämien sairauslomien määrän yli kaksinkertaiseksi kunta-alan töissä (Vahtera & al. 1997). Sairaaloiden eräiden henkilöstöryhmien sairauslomien määrän on niin ikään havaittu selvästi kasvaneen vuosien 1996 ja 1998 välisenä aikana (Kivimäki & al. 1999).

Työn tehostamisen vaikutukset työntekijöiden terveyteen olivat erityisen haitalliset ikääntyvässä organisaatioissa tai työyksiköissä, toisin sanoen sellaisissa työyksiköissä ja organisaatioissa, joissa yli 50-vuotiaiden osuus työntekijöistä oli suuri. Kohonnut riski sairastua havaittiin jo yli 44-vuotiailla ja myös niillä, jotka työskentelivät suurissa työyksiköissä.

Edellisen vuosikymmenen seuranta-aineistot olivat jo osoittaneet hoitoalan henkisesti ja psyykkisesti raskaaksi, ja työ koettiin 1980-luvun loppua kohti yhä raskaammaksi. Rasittavuuden lisääntymisen syiksi on arvioitu työssä tarvittavan tiedon kasvu ja työmäärän lisääntyminen (Huuhtanen & Kalliomäki-Levanto 1991). Haitallista psykososiaalista kuormitusta on seurattu kunta-alalla vuodesta 1990. Vuosikymmenen puoliväliin tultaessa ne naisten ammatit, joissa oli selvin epäsuhta työn vaatimusten ja hallinnan välillä, olivat lähinnä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalta. Aiempien tutkimusten mukaan alan keskeisiin psyykkisiin rasitustekijöihin kuuluvat kiire ja raskas vastuu (Sinervo & Lindström 1992). Sosiaali- ja terveydenhuollon erityispiirteitä voidaan pitää vastuuta ihmisistä, heidän terveydestään

ja hyvinvoinnistaan. Tällaisen vastuun kovat raskaaksi lähes kaikki ammattiryhmät lääkäreistä kodinhoitajiin (Ilmarinen al. 1985). Kiire ja jatkuvat kireät aikataulut haittasivat erityisesti ylihoitajia, sairaanhoitajia, lääkäreitä, perushoitajia, sairaala-apulaisia ja kodinhoitajia (Huuhtanen & Kalliomäki-Levanto 1991).

Vaikka terveydenhuollon henkilöstön sairastavuus ei esimerkiksi työperäisinä sairauksina (Karjalainen & al. 1998) tai ammattiryhmittäisenä kuolleisuutena mitattuna ole kovin suuri, oli esimerkiksi naislääkäreiden itsemurhakuolleisuus kaikista ammattiryhmistä suurin vuosina 1991–1995. Myös perushoitajien ja lääkintävahtimestarien itsemurhakuolleisuus oli suuri (Notkola & Savela 1998). Lievempiä stressioireita terveydenhuollon henkilöstöllä on yleensä ollut enintään keskimääräisesti verrattuna muihin kunta-alan työntekijöihin (Vahtera & Pentti 1995). Stakesin tutkimusten (Elovainio & Lindström 1993; Elovainio & Kalliomäki-Levanto & Kivimäki 1997) mukaan keskimääräistä vähemmän stressioireita vuonna 1991 ilmoittivat kokevansa lääkärit ja keskimääräistä enemmän perushoitajat. Vuonna 1995 keskimääräistä enemmän oireita ilmoittivat kokevansa sosiaalityöntekijät ja sairaanhoitajat. Tärkeä havainto oli se, että kaikkien ammattiryhmien stressitaso oli noussut vuodesta 1991 vuoteen 1995 selvästi. Eniten stressitaso kohosi sosiaalityöntekijöillä ja lääkäreillä. Lääkäreillä oli kokonaisuutena tarkastellen vähemmän työuupumusta kuin Suomen akateemisesti koulutetulla väestöllä (Töyry & al. 1999). Eri lääkiryhmien välillä havaittiin kuitenkin suuria eroja. Lisäksi esimerkiksi fyysisiä rasitustekijöitä, väkivallan uhkaa ja henkistä väkivaltaa esiintyi enemmän kuin vastaavaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvalla väestöllä yleensä.

Kunta8-tutkimuksen mukaan pitkäaikais-sairaudet lisääntyivät laitosapulaisilla, lastenhoitajilla, sairaanhoitajilla ja sosiaalityöntekijöillä vuodesta 1991 vuoteen 1997 (Vahtera & al. 1999). Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksessa havaittiin, että pitkät sairauspoissaolot lisääntyivät vuosina 1996–1998 kaikissa ammattiryhmissä, erityisen voimakkaasti ammattihierarkian ylä-

päässä eli lääkäreiden keskuudessa (Kivimäki & al. 1999). Lääkäreillä suhteellinen lisäys poissaoloissa kolmen vuoden aikana oli 45 prosenttia. Myös perushoitajilla ja sairaala-apulaisilla sairauspoissaolot lisääntyivät noin 20 prosenttia ja ei-vakinaisilla sairaanhoitajilla 40 prosenttia. Sairauspoissaolojen lisäys ei selittänyt yksinomaan iän tuomasta sairastavuuden kasvusta.

Vaikka terveydenhuollon henkilöstön terveystilanne ja jaksaminen työssä eivät siis ole erityisen huolestuttavia verrattuna muihin ammattiryhmiin, on alan kehitys 1990-luvun alkuun verrattuna ollut kielteistä. Erikoissairaanhoidon ikääntyvien ammattiryhmien heikentynyt tilanne näkyy kaikilla käytössä olevilla indikaattoreilla.

Edellä tuli ilmi, että eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien ikärakenne on hyvinkin erilainen. Jotta saataisiin kuva siitä, ovatko jotkut ammattiryhmät alttiimpia siirtymään eläkkeelle, ikärakenne tulee vakioida. Taulukossa 1 tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioutuja alkavuuksia eräissä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä vuosina 1995–1999. Vakiointimenetelmänä käytettiin epäsuoraa menetelmää, painokertoimet laskettiin sosiaali- ja terveydenhuollon koko henkilöstön ikärakenteesta (ks. Hernberg 1998, 42–47). Tulosten luotettavuuden parantamiseksi tarkastelu rajoitettiin suurimpiin ammattiryhmiin ja lisäksi alkavuuksia tarkastellaan tarkasteluajanjakson keskiarvona. Alkavuuksia tarkastellaan kahdesta eri näkökulmasta. Ensiksi analysoidaan kaikkien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuksia (työkyvyttömyyseläke, osatyökyvyttömyyseläke, kuntoutustuki sekä osakuntoutustuki) ja toiseksi tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustukien alkavuuksia. Taulukossa 1 esitetään lisäksi tiedot alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden määrästä tarkasteluajanjaksolla sekä alkavuuksien vaarasuhde suhteessa lääkäreihin. Vaarasuhde kertoo, kuinka paljon työkyvyttömyyseläkkeitä on alkanut eri ammattiryhmissä suhteessa lääkäreihin. Lääkärit valittiin vertailuryhmäksi, koska oli oletettavaa, että heillä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus olisi kaikkein vähäisintä.

Ennakko-olettamusten mukaisesti lääkä-

Taulukko 1. Työkyvyttömyyseläkkeiden¹ ikävakioitu alkavuus 1995–1999 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä. Epäsuora vakiointi, painokertoimet laskettu koko sosiaali- ja terveystalouden ikärakenteesta. Alkavuudet promilleina keskimäärin/vuosi. Vaarasuhde (RR) esitetty suhteessa lääkäreihin

	TKE, OTKE, KUTU ja OKUTU			TKE ja KUTU		
	Alkaneet eläkkeet yhteensä 1995–1999	Ikävakioitu alkavuus/ vuosi	RR	Alkaneet eläkkeet yhteensä 1995–1999	Ikävakioitu alkavuus/ vuosi	RR
Lääkärit	182	2,71	1,00	144	2,13	1,00
Sosiaalityöntekijät	211	2,79	1,03	171	2,28	1,07
Esimieshoitajat	391	3,29	1,21	293	2,49	1,17
Sairaanhoidajat	498	3,46	1,28	382	2,64	1,24
Perhepäivähoitajat	769	4,39	1,62	704	4,02	1,89
Lastenhoitajat	480	4,39	1,62	391	3,58	1,68
Perushoitajat	736	4,98	1,84	555	3,81	1,79
Terv.huollon erit.ammattiryhmät	136	5,03	1,86	107	3,94	1,85
Kodinhoitajat	682	5,63	2,08	585	4,83	2,27
Mielisairaanhoidajat	192	5,77	2,13	175	5,28	2,48
Muu terveydenhuoltotyö	1 077	7,21	2,66	925	6,24	2,93
Koko sosiaali- ja terveysala ²	5 722	5,50	2,03	4 668	4,54	2,13

¹ TKE = työkyvyttömyyseläke, OTKE = osatyökyvyttömyyseläke, KUTU = kuntoutustuki, OKUTU = osa-kuntoutustuki.

² Alkaneiden eläkkeiden lukumäärä eroaa taulukossa esitettyjen ammattiryhmien summasta, koska mukana on myös sellaisten ammattiryhmien alkaneet eläkkeet, joita ei ole ryhmän pienen koon vuoksi mahdollista tarkastella erikseen.

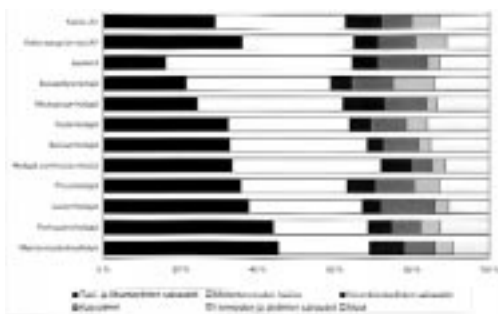
reillä työkyvyttömyyseläkkeitä alkaa kaikkein vähiten. Sosiaalityöntekijöillä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on hieman lääkäreitä tavallisempaa. Esimiesasemassa toimivien hoitajien ryhmässä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on jo huomattavasti suurempaa. Sairaanhoidajilla työkyvyttömyyseläkkeitä alkaa hieman enemmän kuin esimieshoitajilla. Kaikkien työkyvyttömyyseläkkeiden osalta perhepäivähoitajien ja lastenhoitajien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudet ovat täsmälleen samoja. Toisaalta jos tarkastellaan pelkästään työkyvyttömyyseläkkeitä ja kuntoutustukia, lastenhoitajilla työkyvyttömyyseläkkeitä alkaa enemmän kuin perhepäivähoitajilla. Perushoitajilla ja terveydenhuollon erityisammattiryhmiin kuuluvilla työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudet ovat selvästi suurempia. Eniten työkyvyttömyyseläkkeitä alkaa kodinhoitajien, mielisairaanhoidajien sekä muuta terveydenhuoltoalan työtä tekevien ammattiryhmissä. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että raskaan fyysisen kuormittavuuden ammattiteissa työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kaikkein suurinta. Mielisairaanhoidajien kohdalla korostuu kuitenkin myös työn henkinen kuormittavuus.

tajien kohdalla korostuu kuitenkin myös työn henkinen kuormittavuus.

Kuviossa 4 tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeiden diagnooseja vuonna 1997. Yleisimmät diagnoosit ovat sosiaali- ja terveystalouden samoja kuin koko kuntasektorilakin. Yleisimpiä olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveyden häiriöt. Selvästi harvinaisempia ovat verenkiertoelinten sairaudet, kasvaimet sekä hermoston ja aistimien sairaudet. Niin sosiaali- ja terveystalouden kuin muullakin kuntasektorilla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet eläkkeen syynä ovat vähentyneet ja mielenterveyden häiriöiden osuus on noussut 1990-luvulla (ks. Elovainio & al. 2000). Kehitys on ollut samanlaista myös TEL- ja VEL-järjestelmän piirissä (ks. Gould & Nyman 1998).

Eri ammattiryhmien työkyvyttömyyseläkkeiden diagnoosit eroavat kuitenkin toisistaan hyvinkin paljon. Perhepäivähoitajista ja muussa terveydenhuoltotyössä työskentelevistä lähes puolet jäi työkyvyttömyyseläkkeelle tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi, lastenhoitajista ja perushoitajista niin ikään lähes 40 prosenttia. Lääkäreistä

Kuvio 4. Työkyvyttömyyseläkkeiden diagnoosit sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä vuonna 1997



puolestaan lähes puolet jäi työkyvyttömyyseläkkeille mielenterveyden häiriöiden vuoksi. Myös sosiaalityöntekijöistä, mielisairaanhoitajista, esimiesasemassa olevista hoitajista ja sairaanhoitajista lähes 40 prosenttia jäi työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriöiden vuoksi. Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä mielenterveyden häiriöt ovat diagnoosina vähintään 20 prosentissa työkyvyttömyyseläkkeistä.

TYÖTTÖMYYS TYÖELÄMÄSTÄ POISTUMISEN REITTINÄ

Eläkkeelle siirtymiseen on katsottu liittyvän yhtäältä työntäviä ja toisaalta vetäviä tekijöitä (ks. esim. Guillemard & Rein 1993). Ensiksi mainittuun ryhmään kuuluvat työelämän vaatimusten muuttuminen ja koveneminen, työkyvyn tai terveyden heikkeneminen sekä muutokset työmarkkinoilla. Toisaalta vetävinä tekijöinä on pidetty vapaaajan arvostusta, sosiaaliturvan houkuttelevuutta sekä esimerkiksi puolison siirtymistä eläkkeelle. Tutkimuksissa työntävien tekijöiden on havaittu yleensä olevan vetäviä tekijöitä voimakkaampia eläkkeelle siirtymisen selittäjiä (Hytti 1998). Ikääntyvien työmarkkinoilta poistumisen on havaittu myös olevan yhteydessä eri toimialojen kilpailutilanteeseen ja työvoiman tarpeen vähenemiseen. Helka Hytin (1998) mukaan varhainen eläkkeelle siirtyminen Suomessa oli 1990-luvun alussa laajinta sellaisilla aloilla, joihin lama iski kaikkein rankimmin. Varhainen

eläkkeelle siirtyminen on siten myös yhteiskunnallisen sääntelyn väline (Hytti 1998; ks. myös Gould 1985; Jacobs & Kohli & Rein 1991). Työnantajan kilpailutilanne tai taloudellinen tilanne ylipäättään voi heijastua myös epäsuoremmin eläkkeelle hakeutumiseen. Jos esimerkiksi aikaisempaa suurempi tai yhtä suuri julkisten palvelujen kysyntä tyydytetään aikaisempaa pienemmällä määrällä henkilökuntaa, voi se johtaa työntekijöiden stressin ja sairastavuuden lisääntymiseen (ks. Vahtera & al. 1997). Sairastavuuden lisääntymisen voi olettaa johtavan myöhemmin myös ennaikaiseen eläkkeelle siirtymiseen, vaikka tutkimustuloksia esimerkiksi työn tehostamisen ja eläkkeelle siirtymisen välisestä yhteydestä ei vielä olekaan käytettävissä.

Työttömyyseläkkeet ovat olleet vilkkaan keskustelun kohteena viime vuosina. Raija Gouldin (1999) mukaan työttömyydestä on 1990-luvulla muodostunut keskeisin työelämästä poistumisen reitti. Hytin (1998) mukaan työttömyyseläkkeet ovatkin nimenomaan suomalaiselle järjestelmälle leimallinen piirre. Julkisella sektorilla työttömyyseläkkeet ovat yleisesti ottaen harvinaisempia kuin yksityisellä sektorilla. Kuitenkin kunta-alallakin työttömyyseläkkeiden alkavuus on kasvanut 1990-luvun aikana (Forma & Halmeenmäki 2000). Kuviossa 5 tarkastellaan työttömyyseläkkeiden alkavuuksia (alkaneet työttömyyseläkkeet suhteessa työssä oleviin promilleina) sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä vuosina 1993 ja 1997.

Kuviosta 5 ilmenee, että työttömyyseläkkeiden alkavuus sosiaali- ja terveysalalla on ollut vähäisempi kuin kunta-alalla keskimäärin. Sekä kunta-alalla että sosiaali- ja terveydenhuollossa työttömyyseläkkeitä on alkanut vuonna 1997 enemmän kuin vuonna 1993. Terveys- ja sosiaalialan sisällä työttömyyseläkkeet ovat keskittyneet joihinkin ammattiryhmiin, kun taas toisille ammattiryhmille työttömyysputki on ollut tuntematon ilmiö. Kaikkein eniten työttömyyseläkkeitä on alkanut ”muuhun terveydenhuoltoalan työhön” luokiteltujen ammattiryhmien keskuudessa, mutta myös sosiaalityöntekijöiden, lastenhoitajien, perhepäivähoitajien, kodinhoitajien sekä ”muuta sosiaalialan työ-

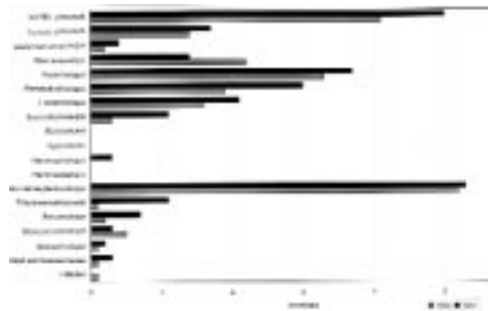
tä” tekevässä ammattiryhmissä on alkanut työttömyyseläkkeitä. Lääkärit, hammaslääkärit, apteekkialan työntekijät sekä eläinlääkärit ovat välttyneet työttömyysputkelta. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että luvut eivät kerro työttömyysputkessa olevien määrästä vaan siitä, ketkä ovat edenneet putkessa työttömyyseläkevaiheeseen. Työttömyysputki-ilmiotä ei käytettyjen aineistojen avulla ollut mahdollista tarkastella nyan-soidummin.

KESKUSTELU

Kunnallinen sosiaali- ja terveysala poikkeaa kokonaisuutena muista työelämän sektoreista sekä muusta kuntasektorista eräissä suhteissa. Ensinnäkin, työttömyyseläkkeelle siirtyminen on ollut sosiaali- ja terveysalalla melko harvinaista ja keskittynyt vain joihinkin ammattiryhmiin. Työttömyyseläkkeestä on 1990-luvulla muodostunut pääasiällisin varhaisen työelämästä poistumisen reitti yksityisellä sektorilla. Toiseksi sosiaali- ja terveysala on muuhun kuntasektoriin verrattuna vähemmän huolestuttava varhaisen eläkkeelle siirtymisen näkökulmasta. Kokonaisuutena sosiaali- ja terveysalalla on selkeästi vähemmän työkyvyttömyyseläkkeitä ja muita varhaisia eläkemuoja (ks. Elovainio & al. 2000). Sosiaali- ja terveysalalla varhainen eläkkeelle siirtyminen on käytännössä tarkoittanut lähinnä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että tulevina vuosina sosiaali- ja terveydenhuollossa eläkkeelle siirtymistä tulee tapahtumaan ikärakenteen vuoksi runsaasti.

Suurimmassa osassa ammateista työntekijät ovat keski-ikäitään melko vanhoja. Muuta terveydenhuoltotyötä tekevästä, perhepäivähoitajista, apteekkialalta, kodinhoitajista, sosiaalityöntekijöistä ja eläinlääkäreistä noin 40 prosenttia on yli 45-vuotiaita. Eri-tyisen huolestuttavana voidaan kuitenkin pitää sitä, että nuoria ikäryhmiä on alalla varsin vähän. Kaikkein ”nuorekkaimpia” ammattiryhmiä ovat lastentarhanopettajat, hammashoitajat, sairaanhoitajat sekä lastenhoitajat. Varhaista eläkkeelle siirtymistä ajatellen huolestuttavana voidaan pitää si-

Kuvio 5. Alkanet työttömyyseläkkeet suhteessa työssä oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä 1993 ja 1997, promillea



tä, että fyysisesti rasittavissa töissä on paljon iältään vanhaa henkilöstöä.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on kaikkein yleisintä vähemmän koulutetuissa ammattiryhmissä (muu terveydenhuoltotyö, kodinhoitajat, mielisairaanhoitajat, perushoitajat). Kysymys on hyvin pitkälti ruumiillisesta työstä, ja voidaan olettaa, että fyysinen kuormitus on näissä ammateissa suurempi kuin muissa ammattiryhmissä. Useimmin vähiten koulutetuissa ammateissa eläkkeelle jäämisen syynä ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Kodinhoitajat ovat poikkeus siinä mielessä, että mielenterveyden häiriöt ovat myös varsin yleisiä diagnooseja. Mielisairaanhoitajilla mielenterveyden häiriöt ovat tuki- ja liikuntaelinten sairauksia yleisempi syy.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tilanne on kokonaisuutena tarkastellen suhteellisen hyvä. Tilannetta selittänevät työn raskaudesta huolimatta monet myönteiset työelämän piirteet, kuten vaikutusmahdollisuudet, hyvä koulutustaso ja varsinkin ikääntyvien työntekijöiden kohdalla työsuhteiden hyvä jatkuvuus. Hyvä koulutustaso ja työsuhteiden jatkuvuus työuran loppuvaiheessa ovat keskeisiä terveyden selittäjiä yleensäkin (Kivimäki & al. 1999). Työllisyystilanteen pysyminen suhteellisen hyvänä myös laman aikana on estänyt sen, että alalle olisi muodostunut ikääntyvien työttömyysputki. Näistä suojaavista tekijöistä varsin monet ovat nyt 2000-luvulle siirryttäessä muuttumassa. Nuorten ikäluokkien osuus oli pieni jo 1997, joten vanhempien ikäluokkien

osuus kasvaa nopeasti. Toiminnalliset muutokset suurissa järjestelmissä (erikoissairaanhoido ja vanhustenhuolto) tuovat mukanaan epävarmuutta, pätkätöiden lisääntymistä, vaikutusmahdollisuuksien heikkenemistä ja ehkä jopa työttömyyttä. Eläketilanne ei siis säily hyvänä automaattisesti sosiaali- ja terveydenhuollossakaan, jollei eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavia tekijöitä tunnisteta ja ehkäistä.

Kun halutaan ehkäistä varhaista eläkkeelle siirtymistä sosiaali- ja terveydenhuollossa, niin niissä töissä, joissa ruumiillinen rasitus on suurta (muu terveydenhuoltotyö, perhepäivähoito ja kodinhoitotyö sekä osin perushoitajien työ), on syytä tehostaa työkykyä ylläpitävää toimintaa ja ergonomista kehittämistä sekä kehittää organisaatiota siten, että ruumiillisen rasituksen haittoja voidaan vähentää (esim. vanhustenhuollossa pienet, joustaviin työmalleihin perustuvat yksiköt). Toisaalta viimeaikainen tutkimus on osoittanut, että tuki- ja liikuntaelinten sairaudet eivät ole seurausta pelkästään fyysisestä kuormittumisesta, vaan psykososiaalisilla tekijöillä on yllättävänkin paljon merkitystä. Lisäksi tiedetään, että vähemmän koulutetuissa ammateissa eläkkeelle halutaan aiemmin ja työ koetaan harvemmin haastavaksi ja merkitykselliseksi sinänsä. Tähän liittyyneekin, että lääkäreiden lisäksi muusta terveydenhuoltotyöstä ja kodinhoitotyöstä hakeudutaan useimmin varhennetuille vanhuuseläkkeille ja osa-aika-eläkkeille (ks. Elovainio & al. 2000). Siksi myös näiden ammattiryhmien työn organisointiin ja työn sisältöön ja työn haastavuuteen olisi kiinnitettävä huomiota. Joissakin ammateissa, esimerkiksi vanhustenhuollossa, olisi syytä kehittää alan imagoa jo siksi, että jatkossa turvataan alalle hakeutuminen.

Psyykkisesti rasittavissa töissä huolestuttavina ryhminä voidaan pitää mielisaira-

hoitajien ja perushoitajien työtä sekä sosiaalityötä. Perushoitajat poikkeavat muista sikäli, että työ on sekä psyykkisesti että fyysisesti rasittavaa ja myös työkyvyttömyyseläkkeiden diagnooseista suurempi osa liittyy sekä mielenterveyteen että tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin. Puhtaasti psyykkistä rasitusta sisältävissä töissä lienee todennäköistä, että perinteisillä työkykyä ylläpitävän toiminnan ja ergonomian kehittämisen keinoilla ei eläkkeelle siirtymiseen voida vaikuttaa erityisen paljon. Keskeistä on työn sisältöjen, työn organisoinnin ja osaimisen kehittäminen.

Oman juonteensa alan problematiikkaan tuo se, että erityisesti nuoria terveydenhuoltoalan työntekijöitä houkutellessaan aktiivisesti (ja onnistuneesti) töihin ulkomaille. Ulkomaille työntäviä tekijöitä nuorilla ovat suoranainen työn puute tai sitten tarjolla olevien töiden rajoittuminen erilaisiin epävarmoihin keikka- ja pätkätöihin. Jotta nuorten työpanos saataisiin täysimääräisesti käyttöön, nuorille terveydenhuoltoalan ammattilaisille tulisi tarjota vakaampia työuria. Toisaalta vanhempien työntekijöiden kohdalla tulisi kiinnittää huomiota heidän työkykynsä tukemiseen ja työelämän laajempaan kehittämiseen esimerkiksi johtamismenetelmiin vaikuttamalla. Aivan viime aikoina julkisuudessa on keskusteltu sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävydestä ja mahdollisesta vierastyövoiman tarpeesta, kun suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtyminen alkaa. Nämä pohdinnat ovat tärkeitä. Ensiarvoisen tärkeää olisi kuitenkin paneutua vakavasti myös siihen, kuinka tällä hetkellä työssä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät jaksaisivat työssään eläkeikänsä saakka. Kysymys on koko suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan palvelujärjestelmän kilpailukyvyistä, laadusta ja toimivuudesta.

KIRJALLISUUS

Elovainio, Marko & Forma, Pauli & Halmeenmäki, Tuomo & Sinervo, Timo: Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön eläketilanne. Aiheita 2/2000. Helsinki: Stakes, 2000

Elovainio, Marko & Lindström, Kari: Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen toimivuus Suomessa. Raportteja 113. Helsinki: Stakes, 1993

Elovainio, Marko & Kalliomäki-Levanto, Tiina & Kivimäki, Mika: Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuissa ja alueellisissa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimuksia 79. Helsinki: Stakes, 1997

Eskelinen, Leena & al.: Kuormittumisen muutokset ikääntyvillä kunta-alan työntekijöillä. Työ ja Ihminen 2 (1988): 4, 377–391

Eskelinen, Leena & al.: Relationship between the Self-Assessment and Clinical Assessment of Health Status and Work Ability. Scand. J. Work, Env. & Health 17 (1991): Suppl. 1, 40–48. 1991a

Eskelinen, Leena & al.: Symptoms of Mental and Physical Stress in Different Categories of Municipal Work. Scand. J. Work, Env. & Health 17 (1991): Suppl. 1, 82–87. 1991b

Forma, Pauli & Halmeenmäki, Tuomo: Alueellinen näkökulma eläkkeelle siirtymiseen KVTEL-järjestelmässä. Käsikirjoitus. Kuntien eläkevakuutus, 2000

Gould, Raija: Työkyvyttömyys – erivapaus työstä vai työttömyydestä? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1985: 1. Helsinki: Eläketurvakeskus, 1985

Gould, Raija: Varhaisen työmarkkinoilta poistumisen reitit. Eläketurvakeskuksen monisteita 1999: 26. Helsinki: Eläketurvakeskus, 1999

Gould, Raija & Nyman, Heidi: Työkyvyttömyyseläkeratkaisut 1990–1997. Eläketurvakeskuksen monisteita 1998: 25. Helsinki: Eläketurvakeskus, 1998

Guillemard, Ann-Marie & Rein, Martin: Comparative Patterns of Retirement. Recent Trends in Developed Societies. Annual Review of Sociology 19 (1993), 469–503

Hernberg, Sven: Epidemiologia ja työterveys. Toinen, täysin uudistettu painos. Helsinki: Työterveyslaitos, 1998

Huhtanen, Pekka & Kalliomäki-Levanto, Tiina: Ennenaikainen eläköityminen ja siihen liittyvät kysymykset. Monisteita. Työterveyslaitos, 1991

Hytti, Helka: Varhainen eläkkeelle siirtyminen – Suomen malli. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 32. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1998

Häkkinen, Unto & Laukkanen, Mika: Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain 1990–1997. Aiheita 30/1999. Helsinki: Stakes, 1999

Ilmarinen, Juhani & al.: Kunnallisten työntekijöiden työkyky. Työ ja Ihminen 2 (1985): 4, 212–238

Jacobs, Klaus & Kohli, Martin & Rein, Martin: Testing the Industry-Mix Hypothesis of Early Exit. In: Kohli, Martin & Rein, Martin & Guillemard, Anne-Marie & Gunsteren, Herman (eds.):

Time for Retirement: Comparative Studies of Early Exit from the Labor Force. New York: Cambridge University Press, 1991

Kananoja, Aulikki: Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutus ja työllisyys, tulevaisuuden haasteet. Esitelmä Kuntien eläkevakuutuksen järjestämässä Työelämä 2000 kuntasektorilla -seminaarissa 11.10.1999 Helsingissä

Karjalainen, Antti & Aalto, Lea & Jolanki, Riitta & Keskinen, Helena & Savela, Anja: Ammattitaudit 1997. Helsinki: Työterveyslaitos, 1998

Kivimäki, Mika & Kalliomäki-Levanto, Tiina & Vahtera, Jussi & Kinnunen, J. & Elovainio, M.: Heikentykö sairaalahenkilöstön hyvinvointi? Sairauspoissaolojen seurantatutkimus 1996–1998. Suomen Lääkärilehti 54 (1999): 20–21, 2495–2500

Metsämuuronen, Jani: Suurten ikäluokkien mukana lähtee eläkkeelle iso osa sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasta. Suomen Lääkärilehti 54 (1999): 5, 544

Notkola, Veijo & Savela, Soili: Ammattiryhmittäinen kuolleisuus Suomessa 1991–1995. Helsinki: Työterveyslaitos/Tilastokeskus, 1998

Paldanius, Allan: Eläkeikänsä vuosina 2000–2008 täyttävät KVTEL-järjestelmässä vakuutetut työntekijät. Julkaisematon muistio. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, Suunnitteluyksikkö, 1999

Sinervo, Timo & Lindström, Kari: Terveydenhuollon ammatit ja työn organisointi. Katsauksia 124. Helsinki: Työterveyslaitos, 1992

Suvanto, Sakari & al.: Psykkisen toimintakyvyn muutokset ikääntyvillä kunta-alan työntekijöillä. Työ ja Ihminen 4 (1988): 2, 421–428

Tuomi, Kaija & al.: Eläkeiän perusteiden tutkimuksen tausta, viitekehys ja osat. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 1985: 3, 85–94. 1985a

Tuomi, Kaija & al.: Terveys, työkyky ja työolot kunnallisissa ammattiryhmissä. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 1985: 3, 95–132. 1985b

Tuomi, Kaija & al.: Eläkkeelle siirtyneiden kunnallisten työntekijöiden terveys ja työkyky. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 1985: 3, 133–148. 1985c

Töyry, Saara & Räsänen, Kimmo & Kujala, Santeri & Husman, Kaj & Juntunen, Juhani & Kalimo, Raija & Luhtala, Riitta & Myllymäki, Kati & Seuri, Markku & Äärimaa, Markku: Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus -tutkimus. Suomen Lääkärilehti 54 (1999): 18–19, 2423–2430

Vahtera, Jussi & Pentti, Jaana: Voimavarat, terveys ja työelämän murros. Työ ja Ihminen 7. Helsinki: Työterveyslaitos, 1995

Vahtera, Jussi & Ahonen, Hanna & Antikainen, Seppo & Pentti, Jaana & Ala-Mursula, Leena & Kangas, Leimo: Missä kunnossa kolmannelle vuosituhatkalle? Kunta-alan 1990-luvun henkilöstötilinpäätös. Helsinki: Työterveyslaitos, 1999

Vahtera, Jussi & Kivimäki, Mika & Pentti, Jaana: Effect of Organizational Downsizing on Health of Employees. The Lancet 350 (1997), 1124–1128.

ENGLISH SUMMARY

Marko Elovainio & Pauli Forma & Tuomo Halmeenmäki & Timo Sinervo: Staff in Finnish welfare and health care services: age structure and retirement (Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön ikärakenne ja eläkkeelle siirtyminen)

In 1998 the number of staff in welfare and health care services in Finland totalled around 230,000, of whom over 90 per cent were women. The welfare and health care system is an integral part of welfare policy, and therefore the age structure, the coping resources and the retirement of staff has important implications with regard to welfare policy as a whole. The changing age structure has a very specific impact on welfare and health care services, which comes in two waves. The first wave has to do with the ageing of the staff and the second with the growing need for services resulting from the ageing of the population. A key issue in the first wave concerns the coping resources of the ageing staff at work. In the second wave the ageing welfare and health care staff have to respond to the growing need for services.

This article aims to draw an overall picture of the age structure of staff groups in welfare and health care services, of the numbers retiring on disability pension as well as of the number of new unemployment pensions.

The highest mean ages are found for nurses in management positions, day-care mothers, pharmacy workers, home helpers, staff in other health

care occupations, and social workers. In these occupations employees aged 45 or over account for around 50 per cent of total staff numbers. There are also very few young employees in these occupations.

The highest numbers for those retiring on disability pension are found in the groups of home helpers, psychiatric nurses and other health care occupations. Indeed it seems that the frequency of retirement on disability pension is highest in occupations with the heaviest physical strain. Among psychiatric nurses, of course, the mental strain is also a major factor.

Retirement on unemployment pension has been quite rare in the field of welfare and health care, and has tended to concentrate in certain occupational groups.

Efforts to prevent early retirement in welfare and health care should focus on jobs where the physical strain is heaviest, concentrating on ergonomics in the workplace, on maintaining the working capacity of employees and on developing the organisation with a view to minimising the adverse effects of physical strain. It is reasonable to assume that in jobs involving nothing other than mental stress, these traditional means of maintaining working capacity and ergonomics will have no major impact in terms of preventing retirement. The key factors here are the development of the contents and organisation of work as well as the improvement of skills and competencies.

KEY WORDS:

Social services, health care services, personnel, age structure, physical stress, psychological stress, morbidity, unemployment, retirement, disability pension, Finland