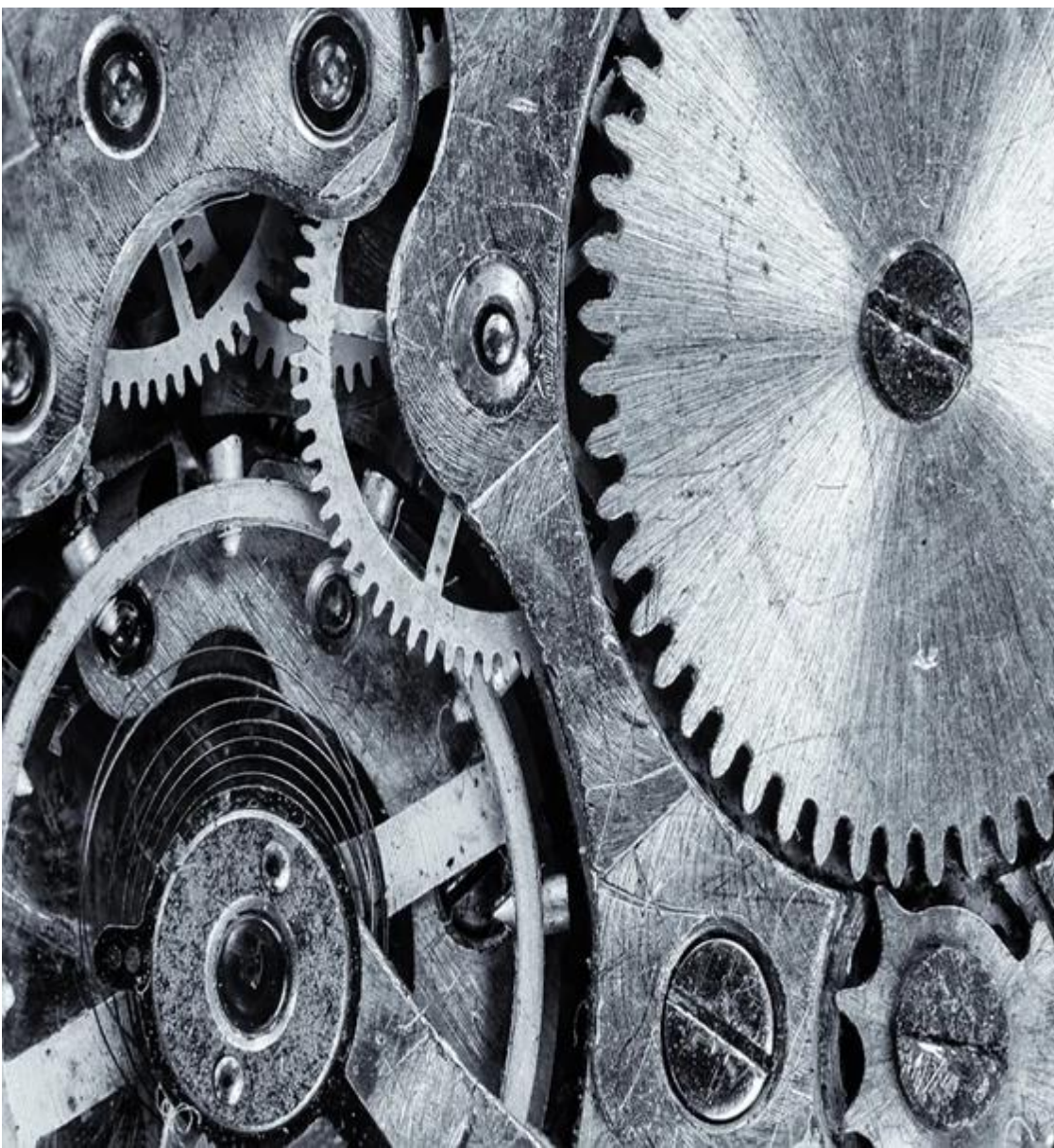


Parviainen Sanni & Rahja Suvi

Työkykyyn vaikuttavat tekijät Suomessa



Sairaanhoitaja

AMK

Kevät 2022



KAMK • University
of Applied Sciences

Tiivistelmä

Tekijä(t): Parviainen Sanni & Rahja Suvi

Työn nimi: Työkykyyn vaikuttavat tekijät Suomessa

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK)

Asiasanat: toimintakyky, työkyky, työkyvyttömyys

Opinnäytetyömme toimeksiantaja oli Mehiläinen Oy Kajaani. Työmme tarkoituksena oli selvittää työkykyyn vaikuttavia tekijöitä Suomessa. Tavoitteena oli, että toimeksiantaja voi tietojen avulla kehittää omaa toimintaansa työkykyyn liittyen. Työmme rajattiin maantieteellisesti vain Suomeen, ja suomalaisten työkykyyn vaikuttaviin asioihin. Keskeisiä käsitteitä työssämme oli työkyky, työkyvyn heikkeneminen, työkyvyttömyys ja työkykyyn vaikuttavat tekijät.

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä toimi kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Ensimmäinen vaihe työssä oli tutkimuskysymyksen määrittäminen. Tämän jälkeen määrittelimme hakusanat ja tietokannat, joita käytimme hauissa. Lähdimme suorittamaan tiedonhakuja valituissa tietokannoissa hakusanoillamme, jonka jälkeen valitsimme otsikoiden perusteella aiheitamme käsitteleviä aineistoja. Kävimme otsikon mukaan valikoidut aineistot tiivistelmän tai johdannon mukaan läpi seuraavaksi. Lopuksi luimme valikoidut aineistot kokotekstin perusteella.

Opinnäytetyössämme saimme selville, että sukupuolten välillä on eroa työkyvyn heikkenemisen taustalla olevissa syissä. Myös koulutustasolla ja iällä on vaikutusta työkykyyn vaikuttaviin tekijöihin sekä työkyvyttömyyteen. Opinnäytetyössämme nousseita suurimpia työkykyyn heikentävästi vaikuttavia sairauksia olivat tuki- ja liikuntaelin sairaudet sekä mielenterveyshäiriöt. Muita työkykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat elintavat, psykososiaaliset tekijät ja alkoholi.

Toimeksiantajallemme työstä on hyötyä siinä, että se tuo tietoa työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyömme perusteella toimeksiantaja tietää yleisimmät työkyvyn heikkenemisen taustalla olevat syyt, ja voi näin puuttua niihin ajoissa. Hyviä jatkotutkimusmahdollisuuksia olisivat seuraavat aiheet: maakunnalliset erot työkykyyn vaikuttavissa tekijöissä ja maanosien väliset erot työkykyyn vaikuttavissa tekijöissä.

Abstract

Author(s): Parviainen Sanni & Rahja Suvi

Title of the Publication: Factors Affecting Work Ability in Finland

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: disablement, performance, working ability

The commissioner of this thesis was Mehiläinen Oy Kajaani. The purpose was to study the factors that affect people's ability to work in Finland. The goal was that the commissioner could improve their actions regarding work ability based on the results of this thesis. The thesis was limited geographically to only focus on Finland and factors affecting the work ability of Finns. Key concepts were work ability, decline in work ability, disablement, and factors affecting work ability.

The study method was literature review. After defining the research question search words and databases were selected. The material for this thesis was then chosen on the basis of headlines. The introductions or abstracts of the appropriate articles were then studied more closely, and finally, the articles were studied in full.

The results of this thesis showed that there were gender differences in factors affecting the work ability of men and women. Also, age and level of education affected work ability and disablement. Mental health issues and musculo-skeletal diseases were the two most common medical conditions that affected work ability negatively. Other factors affecting work ability were lifestyle, psychosocial factors, and alcohol.

The commissioner can benefit from this thesis because it provides information about the most common factors affecting work ability, especially factors that impair work ability, that they can use to intervene in work ability related issues early. Ideas for future research include regional differences in factors affecting work ability and continental differences in factors affecting work ability.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työkyky ja työhyvinvointi	3
2.1	Työkyvyn määritelmä	3
2.2	Terveys ja toimintakyky	4
2.3	Osaaminen sekä arvot, asenteet ja motivaatio	6
2.4	Johtaminen, työyhteisö ja työolot	6
2.5	Työhyvinvointi	7
3	Työkyvyn heikkenemisen määritelmä ja syyt	9
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät	11
5	Tutkimusmenetelmä	12
5.1	Kirjallisuuskatsaus	12
5.2	Tiedonhaku	14
6	Tulokset	18
7	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	25
7.1	Johtopäätökset	25
8	Pohdinta	27
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	27
8.2	Tutkimuksen eettisyys	28
8.3	Ammatillinen kehittyminen	30
8.4	Jatkotutkimusehdotukset	31
	Lähteet	32

Liitteet

1 Johdanto

Työkyvyn ylläpitämisellä on vaikutusta suomalaiseen kansantalouteen. Työkyvyn ylläpitämisellä on välittömiä ja välillisiä talousvaikutuksia sekä yrityskoon mukaisia vaikutuksia talouteen. Välittömiä liiketaloudellisia vaikutuksia ovat esimerkiksi yksilötuottavuuden paraneminen sekä sairauspoissaolojen väheneminen. Myös tapaturmien ja kuolemantapauksien määrät vähenevät työkykyä ylläpitävien toimien myötä. Yrityskoon mukaisten kustannusten suurin menoerä on työkyvyttömyyseläkkeet. Työkykyyn vaikuttavien sairauksien ja tapaturmien myötä esiintyy välillisiä kustannuksia, jotka koostuvat avo- ja laitoshoidosta, lääkityksestä, sairauspoissaoloista, ennenaikaisista eläkkeistä sekä ennenaikaisesta kuolemasta. (Työterveyslaitos 1995, 25, 27, 29.)

Kanniaisen (2014, 217) mukaan Hoffmanno International Oy (2012) kertoo, että suomalaisissa yrityksissä työkyvyttömyyden aiheuttamat kustannukset yrityksen palkkakuluissa vaihtelevat välillä 3–14 %. Työkyvyttömyyden aiheuttamia kustannuksia tulee sairauspoissaoloista, tapaturmavakuutuksista, työterveyshuollosta sekä työkyvyttömyyseläkkeistä. Henkilön sairastuminen on joko tilapäistä tai pysyvää.

Kanniaisen (2014, 217) mukaan ETK (2012) kertoo, että vuonna 2010 22 898 suomalaista siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Kaikkiaan 211 041 suomalaista oli samana vuonna työkyvyttömyyseläkkeellä. Joka vuosi työkyvyttömyys aiheuttaa miljardien eurojen kustannukset Suomessa. Arvion mukaan vuonna 2008 ennenaikaiselle eläkkeelle jäämisestä seurasi noin 500 000 työvuoden menetys. Kanniaisen (2014, 217) mukaan Ahonen & al. (2010) kertoo, että noin 24 miljardia euroa on tämän menetyksen taloudellinen arvo.

Työkyvyn edistämisen vaikutuksia voivat olla esimerkiksi ennen aikaisten kuolemien ja sairauspoissaolojen väheneminen (Ahonen 2006, 47). Työterveyshuollon kustannukset ovat nousseet voimakkaasti vuodesta 1995 vuoteen 2014. Vuodesta 2014 työterveyshuollon kustannukset ovat kasvaneet maltillisemmin. Työterveyshuollon kustannukset olivat vuonna 2017 815 miljoonaa. Kasvua vuodesta 2016 oli 1,2 %. Vuonna 2017 ehkäisevän työterveyshuollon kustannukset olivat 371 miljoonaa ja sairaanhoidon kustannukset 444 miljoonaa. Ehkäisevässä työterveydenhuollossa tapahtui 4 % kasvu edeltävään vuoteen verrattuna, kun taas sairaanhoidon kulut pienenevät prosentilla vuodesta 2016. (Kela 2019.)

Mehiläinen Oy on yksityis-, yritys-, vakuutus- ja kunta-asiakkaille sosiaali- ja terveyspalveluja tarjoava yritys, jolla on yli 500 toimipistettä Suomessa. Mehiläinen Oy:n tavoitteena on tuottaa yksilöllisiä ja laadukkaita palveluita nopeasti ja sujuvasti asiakkailleen. Mehiläinen Oy työllistää yli 21 800 henkilöä, joista lähihoitajia on 34 %, lääkäreitä 23 % sekä terveydenhoitajia, sairaanhoitajia ja työterveyshoitajia on 11 %. (Mehiläinen yrityksenä 2020.) Toimeksiantajamme on Mehiläinen Oy Kajaani.

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää työkykyyn vaikuttavia tekijöitä Suomessa. Opinnäytetyömme tavoitteena on että, toimeksiantaja voi tietojen avulla kehittää omaa toimintaansa työkykyyn liittyen. Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on: Millaiset tekijät vaikuttavat työkykyyn?

2 Työkyky ja työhyvinvointi

2.1 Työkyvyn määritelmä

Määritämme opinnäytetyössämme työikäiseksi väestöksi 18–64-vuotiaat. Käytämme opinnäytetyössämme työkykyä tarkastellessa Juhani Ilmarisen kehittämää Työkyky-talomallia.

Työkyvyn käsite on laajentunut yhteiskunnan kehityksen myötä käsittämään fyysisen ulottuvuuden lisäksi myös psykososiaalisen näkökulman ottaen huomioon yksilön voimavarat ja työn vaativuuden. Tämän lisäksi sairauksien sekä työn laatu ovat muuttuneet. Työkyvyn ylläpitäminen ja työkyvyttömyyden ehkäisy ovat osa työkyvyn monipuolista tarkastelua. (Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen 2006, 17–18.)

Korkiakankaan, Batistan, Turpeisen, Salmen & Laitisen (2019, 104) mukaan Lundell ym. (2011) kertovat Työkyvyn talo -mallin jakautuvan neljään kerrokseen, jotka kuvastavat tasapainoa työkyvyn eri ulottuvuuksien välillä. Ensimmäinen kerros on terveys, toinen osaaminen, kolmas arvot ja asenteet ja neljäs työ. Kerroksien ollessa tasapainossa yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten kanssa, on työkyky parhaimmillaan. Työkykyyn vaikuttaa yksilön ja työn lisäksi lähiympäristö kuten perhe ja ystävät.

Korkiakankaan ym. (2019, 104) mukaan Lundell ym. (2011) kertovat työkyvyn olevan kykyä suoriutua työssä. Terveys luo pohjan yksilön mahdollisuuksille suoriutua tekemästään työstään niin, ettei hänen psyykinen tai fyysinen hyvinvointinsa kärsi työstä. Toimintakyky koostuu fyysisestä, aistitoimintaisesta ja kognitiivisesta kyvystä suoriutua työn vaatimuksista. Korkiakankaan ym. (2019, 104–105) mukaan Ilmarinen (2006) kirjoittaa toimintakyvyn ja terveyden muutoksien mahdollisista vaikutuksista työkykyyn. Esimerkiksi työkykyyn heikentävä vaikutus voi olla terveyden tilan huononemisella.

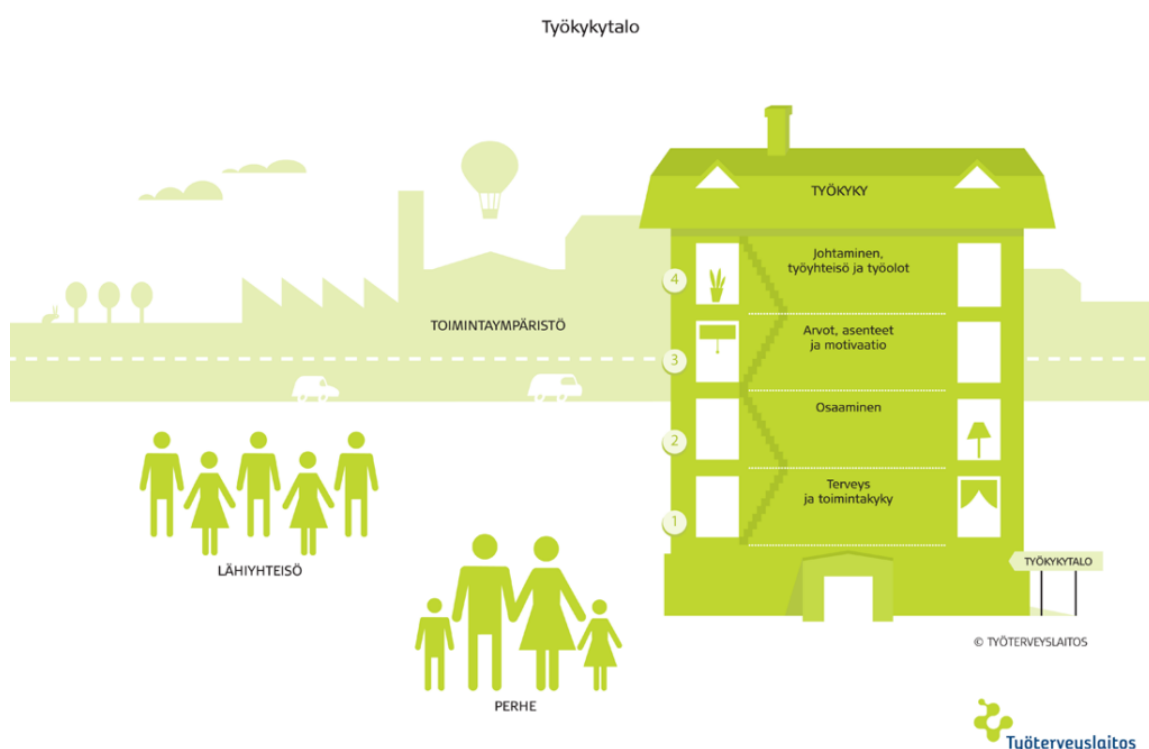
Korkiakankaan ym. (2019, 105) mukaan Lundell ym. (2011) kertovat ammatillisen osaamisen koostuvan työn vaatimista tiedoista ja taidoista sekä niiden soveltamisesta erilaisiin tilanteisiin. Korkiakankaan ym. (2019, 105) mukaan Ilmarinen (2006) kertoo siitä, että työkyvyn kannalta on yhä tärkeämpää kehittää omaa tietotaito-osaamista ja uudelleen kouluttautua.

Korkiakankaan ym. (2019, 105) mukaan Lundell ym. (2011) kertovat kolmannesta kerroksesta, jossa sijaitsee arvot, asenteet ja motivaatio. Nämä kuvaavat yksilön suhdetta työhön. Korkiakankaan ym. (2019, 105) mukaan Ilmarinen (2006) kertoo

kerroksen symboloivan yksilön sisäisten voimavarojen ja työn suhdetta, sekä lisäksi myös muun elämän osuutta tässä kokonaisuudessa. Arvoihin, asenteisiin ja motivaatioon vaikuttavat ympäristö sekä yhteiskunnalliset ja poliittiset päätökset sekä lainsäädäntö.

Korkiakankaan ym. (2019, 105) mukaan Lundell ym. (2011) ja Ilmarinen (2006) kertovat Työkyvyn talo -mallin neljännessä kerroksesta, joka on kerroksista painavin ja isoin. Tähän kerrokseen sisältyy työolot, työn sisältö ja vaatimukset, työyhteisö ja organisaatio sekä esimiestyö ja johtaminen. Työntekijöiden turvallisuudesta ja hyvinvoinnista sekä työn tuloksellisuudesta työyhteisössä vastaavat esimiehet.

Alla Työterveyslaitoksen Työkykytalo -malli (kuvio 1) esitettyinä kuvion muodossa.



Kuvio 1 Työterveyslaitos. (2020). Työkykytalo [Valokuva]. Saatavilla 7.5.2020. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyokykytalo/>

2.2 Terveys ja toimintakyky

WHO eli maailman terveysjärjestö on määritellyt terveyden olevan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Tätä näkemystä terveydestä on arvosteltu rajusti, sillä tällai-

sen hyvinvoinnin tilan saavuttaminen on mahdotonta keneltäkään. Määritelmää onkin myöhemmin kehitetty. Kehitetyn määritelmän mukaan terveys on tila, joka muuttuu koko ajan. Tähän tilaan vaikuttavat sairauksien sekä fyysisen ja sosiaalisen elinympäristön lisäksi ihmisen henkilökohtaiset kokemukset, arvot ja asenteet. Jokainen kokee siis oman terveytensä eri tavalla. (Huttunen 2018.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia edellytyksiä selviytyä jokapäiväisistä elämän toiminnoista omassa elinympäristössään (Mitä toimintakyky on? 2019). ICF tarkoittaa kansainvälistä toimintakyvyn, terveyden ja toimintarajoitteiden luokitusta. Tämä luokitus kuvaa toimintakyvyn ja toimintarajoitteet moniulotteisena, dynaamisena sekä vuorovaikutuksellisenä kokonaisuutena. ICF muodostuu yksilön, ympäristötekijöiden sekä henkilön terveyden yhteisvaikutuksesta. (Sainio, Valkeinen, Stenholm, Vaara & Rinne 2020.)

Fyysinen toimintakyky määritellään usein yksilön fyysisinä edellytyksinä selvitä arjesta. Ihmisen fyysinen toimintakyky näkyy muun muassa kykynä liikkua. Fyysinen toimintakyky koostuu yksilön fysiologisista ominaisuuksista, joita ovat muun muassa lihasvoima, kehon asennon ja liikkeiden hallinta, lihaskestävyys ja nivelten liikkuvuus. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa myös keskushermoston toiminta. (Sainio, Valkeinen, Stenholm, Vaara & Rinne 2020.)

Psyykinen toimintakyky koostuu kyvystä tuntea ja kokea sekä suunnitella omaa elämäänsä ja tehdä siihen liittyviä valintoja ja päätöksiä. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu osana myös kyky muodostaa käsityksiä itsestä sekä ympäröivästä maailmasta. (Aalto 2011.)

Potentiaalinen sosiaalinen toimintakyky koostuu yksilön, sosiaalisen verkoston, yhteisön, ympäristön sekä yhteiskunnan välisistä vuorovaikutussuhteista. Yksilöön liittyviä tekijöitä ovat muun muassa temperamentti, tavoitteet ja sosiaaliset taidot. Aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky näkyy esimerkiksi vuorovaikutuksessa, sosiaalisuutena ja osallisuuden kokemisena. Ihmisen vuorovaikutussuhteet ja ihminen aktiivisena toimijana sekä osallistujana yhteisöissä ja yhteiskunnassa muodostavat sosiaalisen toimintakyvyn kaksi tarkasteltavaa ulottuvuutta. (Tiikkainen & Pynnönen 2018.)

Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan eri osa-alueiden yhteistyötä tiedonkäsittelyssä (Mitä toimintakyky on? 2019). Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan psyykkisiä toimintoja, jotka liittyvät tiedon vastaanottamiseen, käsittelemiseen, säilyttämiseen ja käyttämiseen (Tuulio-Henriksson 2011a). Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi mieliala ja vireystila, univalverytmi, elämäntilanne, stressi, aistitoiminnot (näkö, kuulo) sekä erilaiset psyykkiset ja somaattiset sairaudet (Tuulio-Henriksson 2011b).

2.3 Osaaminen sekä arvot, asenteet ja motivaatio

Hasu ym. (2010, 13) mukaan Boudreau & Ramstad (2007) kertovat että osaaminen on voimavara, joka koostuu sekä nykyisten että tulevien työntekijöiden ja yksittäisten työntekijöiden sekä työntekijäryhmien potentiaalisista ja jo olemassa olevista kyvyistä, joita hyödynnetään yrityksen toiminnassa ja kehityksessä. Työntekijän osaamiseen vaikuttavat työn vaihtelevuus, vaativuus ja uuden oppimisen mahdollisuus. (Työssä jaksaminen 2020). Hyvässä työyhteisössä huolehditaan osaamisesta sekä ammattitaidosta (Työhyvinvointi on yhteinen asia 2020).

Yksilön arvot koostuvat uskomuksista ja käsityksistä arvokkaana, tärkeänä ja hyvänä pidetyistä asioista. Arvoilla on suuri vaikutus yksilön minäkuvaan ja arvoja tarvitaan omannäköisen elämän elämiseen. Arvot voivat olla yksilöllisiä tai yhteisöllisiä. Yksilö omaksuu arvoja kasvatuksen, vuorovaikutuksen ja yhteiskunnan kautta, mutta jokainen valitsee loppujen lopuksi itse omat arvonsa. Yhteisöllisistä arvoista puhutaan, kun samat arvot yhdistävät samanhenkisiä ihmisiä. (Milloin asioita arvostan? 2020.) Arvomaailma koostuu yksilön omista arvoista.

Gouldin ym. (2006, 169) mukaan Hakanen (2004) ja Hakanen ym. (2005) kertovat siitä, kuinka työkykyä tarkasteltaessa työn sisäiset motivaatiotekijät liittyvät työn sisältöön ja sen tekemiseen. Ulkoisia motivaatiotekijöitä tarkasteltaessa esille nousevat sen sijaan taloudelliset seikat. Työhyvinvointiin johtavaan motivaatioprosessiin liittyy työn imu, jonka piirteitä ovat esimerkiksi tarmokkuus ja ammatillinen itsetunto. Väsymyksellä ja kyynisellä suhtautumisella työhön on todettu olevan yhteys työkykyä heikentävään uupumusprosessiin.

2.4 Johtaminen, työyhteisö ja työolot

Työn ja perhe-elämän yhteensovittamisella on hyvinvointia parantava vaikutus sekä kotona että töissä. Onnistuneella työn ja perheen yhteensovittamisella on stressiä ja muuta psykososiaalista kuormitusta vähentävä vaikutus. (Perhe-elämän ja työn yhteensovittaminen 2020.)

Työkykyjohtaminen pitää sisällään kaikki sellaiset toimet, joita organisaatiossa suunnitelmien mukaan toteutetaan ja seurataan. Näitä toimia toteutetaan organisaation omilla käytettävissä olevilla resursseilla. Näitä toimia tehdään yhdessä työterveyshuollon, muiden asiantuntijoiden, kuntoutuksen ja sosiaalivakuutuksen sekä viranomaisten kanssa. Tarkoituksena on edistää ja ylläpitää henkilöstön työkykyä, terveyttä ja työturvallisuutta. Tarkoituksena on myös tukea työssä jatkamista. (Pehkonen ym. 2017, 7.)

Juvonen-Posti ym. (2014, 5) mukaan Anttonen & Räsänen (2009) kertovat, että hyvällä johtamisella työpaikalla voidaan vaikuttaa asioihin, jotka parantavat yleisesti hyvinvointia, työntekijöiden voimaantumisen tunnetta ja työn tuottavuutta sekä vetovoimaa. Työhyvinvoinnin konkreettiseen johtamiseen tulisi saada laaja-alainen malli, jossa yhdistyy työterveyshuolto, turvallisuusjohtaminen, terveyden edistäminen, henkilöstöjohtaminen sekä tuottavuuden näkökanta.

Terveyden johtaminen kuuluu työnantajan toimintaan työpaikalla ja se on osa johtamista. Sitä toteuttaa työpaikalla työnantajan edustajina toimivat esimiehet, johtajat ja henkilöasioista vastuussa olevat ihmiset. Terveyden johtamista ja työnantajan toimintaa ohjaavat erilaiset periaatteet, velvollisuudet ja oikeudet, kuten velvollisuus perehdytykseen ja vaatimus tasapuolisesta kohtelusta. Myös juridiset eli lakisääteliset velvollisuudet, yhteistoiminta ja sopiminen on osa terveyden johtamista. (Alahautala & Huhta, 2018.)

Terveyden johtaminen on käytännössä yhteistyötä, johon osallistuu työnantajan edustajat, henkilöstö ja henkilöstön edustajat. Siihen osallistuvat myös tämän lisäksi kiinteästi Kela, työterveyshuolto sekä tapaturma- ja eläkevakuutusyhtiö, kukin omassa tehtävässään. Työnantaja toimii terveyden johtamisen yhteispelissä johtajana, mutta kullakin osapuolella on omat tärkeät tehtävänsä henkilöstön turvallisuuteen ja terveyteen liittyen sekä työkykyä ylläpitävässä toiminnassa. (Alahautala & Huhta, 2018.)

2.5 Työhyvinvointi

Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan työn mielekkyyttä ja sujuvuutta. Työhyvinvointiin kuuluu myös se, että työtä tehdään terveyttä edistävässä, turvallisessa ja työuraa tukevassa työympäristössä ja työyhteisössä. Sekä työterveyteen että -hyvinvointiin vaikuttavat ihmisen omaan elämään ja työhön liittyvät tekijät. Myös näiden osa-alueiden hyvä yhteensovittaminen vaikuttaa työterveyteen ja -hyvinvointiin. Työhyvinvointi näkyy työntekijän paneutumisessa työhön ja onnistuneena yhteistyönä. Työhyvinvointi myös heijastuu työn tuloksiin ja laatuun. Työhyvinvointi muuttuu työn voimavara- ja kuormitustekijöiden välisen tasapainon vaikutuksesta. Tähän vaikuttavat muun muassa työpaikassa, työn sisällössä ja työyhteisössä tapahtuvat muutokset. Siksi työpaikan ja työyhteisön keinoilla voidaan vaikuttaa positiivisesti työntekijöiden työhyvinvointiin. Positiivisia vaikutuksia työn tuottavuuteen ja tuloksellisuuteen saadaan monesti myös samoilla keinoilla. (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 6.)

Yrityksen yksi merkittävimmistä voimavaroista on hyvinvoivat työntekijät. Työhyvinvoinnilla on vaikutusta organisaation eri osa-alueisiin. Se vaikuttaa innovatiivisuuteen ja kilpailukykyyn sekä siihen, miten houkutteleva työnantaja on. (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 6.)

Suomalaisilla työntekijöillä on keskimäärin hyvät mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa työpaikan kehittämiseen toisin, kuin useissa muissa EU-maissa. Työntekijän hyvinvointia heikentävät säännöllinen kiire ja stressi työssä. Nämä tekijät heikentävät myös työntekijän työturvallisuutta ja tuottavuutta. Työn mielekkyyttä lisäävät työn monipuolisuus ja vaihtelevuus. Nämä tekijät ehkäisevät myös sitä, että työntekijä ei kyllästy työhönsä. (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 10–11, 15.)

Työhyvinvoinnista huolehtiminen kuuluu koko työyhteisölle. Työnantajan tuella ja panostuksella on keskeinen rooli. Työhyvinvointia tukevien tekijöiden perusta ovat laadukas esimiestyö sekä hyvä johtaminen. (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 13.) Työhyvinvoinnista huolehtiminen kuuluu myös lisäksi esimerkiksi työterveyshuollolle ja luottamusmiehille (Työhyvinvointi on yhteinen asia 2020).

3 Työkyvyn heikkenemisen määritelmä ja syyt

Työkyky voi olla uhattuna, jos työntekijä ei koe selviytyvänsä työstä. Tällaisista tilanteista esimerkkejä ovat väärin mitoitettu työmäärä tai henkinen uupumus, joka johtuu työn huonosta organisoinnista. Työkykyä ei siis aina uhkaa vain sairaus. Uhkana voi olla osaamisen riittämättömyys, vaikeus kohdata muutoksia tai väärän ammatin valinta. Työkyvyn uhkana voi olla myös työyhteisön toimivuus. Tällöin ongelma voi koskea suurempaa joukkoa työntekijöistä. (Antti-Poika 2006, 206,208.)

Teollistuneissa maissa on yleistä työkyvyn heikkeneminen ennenaikaisesti. Työkyvyn heikkenemisen taustalla on sekä ihmiseen että työhön liittyviä syitä. (Työterveyslaitos 1995, 32.) Työkyvyn heikkenemisen taustalla olevat syyt ovat pitkälti samoja kuin työkyvyttömyyseläkkeen taustalla olevat tekijät.

Työkyvyttömyyseläkettä saavien suomalaisten määrä oli 2018 vuoden lopussa 199 000, ja näistä 51 % oli miehiä ja 49 % naisia. Vuonna 2018 työkyvyttömyyden syistä 52 % johtui mielenterveydellisistä syistä, minkä jälkeen seuraavaksi yleisin syy oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet (19 %). Mielenterveydellisistä syistä yleisimpiä työkyvyttömyyttä aiheuttavia tekijöitä olivat erilaiset mielialahäiriöt kuten masennus (39 %), skitsofrenia (26 %), älyllinen kehitysvammaisuus (17 %) ja neuroosit (6 %). Erilaiset persoonallisuus- ja käytöshäiriöt sekä psyykkisen kehityksen häiriöt olivat työkyvyttömyyden taustalla kahdeksassa prosentissa tapauksista, ja päihteet kahdessa prosentissa. Muita mielenterveydellisiä syitä työkyvyttömyyden taustalla oli 2 %. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2018 2019.)

Vuonna 2019 mielenterveyden häiriöitä sairastavien osuus työkyvyttömyyseläkettä saavien joukosta oli 43 %. Tuki- ja liikuntaelin sairauksien osuus työkyvyttömyyseläkkeen saajista oli 25 % ja hermoston sairauksien 9 %. Näiden lisäksi verenkiertoelinten sairauksien perusteella työkyvyttömyyseläkettä sai 6 %. (Työkyvyttömyyseläkettä saaneet 2020.)

Vuoteen 2018 mennessä sukupuolten välinen ero työkyvyttömyydessä on pienentynyt kolmella prosentilla verrattuna viidentoista vuoden takaisin lukuihin. Mielenterveydenhäiriöt työkyvyttömyyden taustalla olivat vuonna 2018 hieman yleisimpiä miehillä kuin naisilla. Vuonna 2018 naisilla työkyvyttömyyden taustalla olevien mielenterveydellisten syiden kolme suurinta tekijää olivat mielialahäiriöt 48 % (joista masennus 37 %), skitsofrenia 22 % ja älyllinen kehitysvammaisuus 14 %. Miehillä kolme suurinta työkyvyttömyyttä aiheuttavaa mielenterveyden häiriötä olivat

vuonna 2018 mielialahäiriöt 30 % (joista masennus 22 %), skitsofrenia 30 % ja älyllinen kehitysvammaisuus 19 %. Vuonna 2018 työkyvyttömyyseläkkeen saajista 30 600:lla syy työkyvyttömyyden taustalla oli masennus, ja heistä 62 % oli naisia. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2018 2019.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää työkykyyn vaikuttavia tekijöitä Suomessa.

Opinnäytetyömme tavoitteena on että, toimeksiantaja voi tietojen avulla kehittää omaa toimintaansa työkykyyn liittyen.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on: Millaiset tekijät vaikuttavat työkykyyn?

5 Tutkimusmenetelmä

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Hoitotieteessä aihealueen tai ilmiön tutkimustarvetta hahmottaessa käytetään usein kirjallisuuskatsauksia tai sitä voidaan käyttää itsessään tutkimusmenetelmänä laadittaessa synteesiä aikaisemmasta tutkimustiedosta. Kirjallisuuskatsauksia on erityyppisiä, joista voidaan valita omaan käyttötarkoitukseen sopiva. Katsaustyyppit on mahdollista jaotella kolmeen päätyyppiin: 1) kuvailevat kirjallisuuskatsaukset, 2) systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja 3) määrällinen meta-analyysi/laadullinen metasynteesi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 4, 8.) Omassa opinnäytetyössämme käytämme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta.

Artikkelissa kuvaileva kirjallisuuskatsaus on jaoteltu neljään vaiheeseen: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Alustava kirjallisuuskatsaus tehdään usein edeltävästi tutkimuskysymyksen muotoilua. Alustavan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on auttaa tutkimuskysymyksen määrittelyssä ja liittämässä osaksi suurempaa käsitteellistä tai teoreettista kokonaisuutta. Onnistunut tutkimuskysymys edellyttää riittävän täsmällisyyden ja rajauksen, jotta ilmiön tarkastelu syvällisesti on mahdollista. Mikäli ilmiötä halutaan tarkastella useista näkökulmista tutkimuskysymys voi olla väljä. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.) Meidän opinnäyttyössämme aineistonvalintaa ohjaava tutkimuskysymys on: Millaiset tekijät vaikuttavat työkykyyn?

Alla olevassa kuviossa (kuvio 2) on kerrottu lyhyesti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet.



Kuvio 2. Kangasniemi ym. (2013). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet [Valokuva]. Saatavilla 7.5.2022. *Hoitotiede* 25 (4), 294.

Kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöinen ja tähtää ymmärtämiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että aineiston valinta ja analyysi tapahtuvat aineistolähtöisesti sekä osittain samaan aikaan. On tärkeää kiinnittää huomiota aineiston valinnassa siihen, että jokainen alkuperäistutkimus täsmentää, jäsentää, kritisoi tai avaa tutkimuskysymystä. Tämän lisäksi huomioon tulisi ottaa myös niiden näkökulma ja abstraktitaso sekä suhde muuhun valittuun kirjallisuuteen. Aineiston riittävyttä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa määrittää tutkimuskysymyksen laajuus. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Tässä opinnäytetyössä käytämme aineiston eksplisiittistä valintaa. Kangasniemen ym. (2013, 296) mukaan Paniagua (2002) kertoo että eksplisiittisessä aineiston valinnassa hakuja tehdään sähköisesti monista tietokannoista sekä manuaalisesti lehdistä, ja näissä hauissa hyödynnetään aineiston aika- ja kielirajauksia.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on hakea ilmiön kannalta merkityksellisiä asioita, jotka ryhmitellään sisällöltään samankaltaisiksi kokonaisuuksiksi (Kangasniemi ym. 2013, 297). Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan Carnwell & Daly (2001) ja Grant & Booth (2009) kertovat että tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella esimerkiksi kategorioittain tai suhteessa kategorioihin sekä teemoittain.

Olemme kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessamme ryhmitelleet sisällön yhtenäisiksi kokonaisuuksiksi aihepiirien mukaan. Olemme tarkastelleet tuloksia kategorioittain sairausryhmien ja psykososiaalisten tekijöiden mukaan.

Kangasniemen ym. (2013, 296) mukaan Heinrich (2002), Polit & Beck (2012) pohtivat, että kuvaillevassa kirjallisuuskatsauksessa tulisi luoda aineiston sisäistä vertailua, valmiin tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointia sekä laajempien päätelmien tekemistä aineistosta sen sijaan, että aineistoa esiteltäisiin. Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan katsauksen analyysissä voidaan käyttää yhtä tai useampaa niin sanottua päälähdettä, mistä muodostuu perusta tarkastelulle ja jota muun kirjallisuuden avulla täydennetään, täsmennetään tai kritisoidaan. Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan Colling (2003) kertoo painotusvalinnasta, jolla tarkoitetaan aineiston keruuta edeltävästi valitusta näkökulmasta, joka herättää lukijan mielenkiinnon. Sen tulisi vastata sekä kohdeyleisön että julkaisukanavan vaatimuksiin. On tärkeää, että päälähteen sekä painotuksen valinta olisi tietoista ja harkittua sekä perusteltua.

Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan Rhoades (2011) kertoo kirjallisuuskatsauksen viimeisestä vaiheesta eli tulosten tarkastelusta. Sen tulisi sisältää sekä sisällöllinen että menetelmällinen pohdinta sekä arviointi tutkimuksen etiikasta, että luotettavuudesta. Tulosten tarkastelussa tehdään koonti ja tiivistys katsauksen tuottamista keskeisistä tuloksista.

5.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyötämme varten olemme suorittaneet tiedonhakuja moninaisista lähteistä. Olemme hyödyntäneet internetlähteitä sekä kirjallisia lähteitä. Olemme käyttäneet muun muassa Kansaneläkelaitoksen, Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Työterveyslaitoksen nettisivuilta saatavia tietoja, sekä olemme lainanneet koulun kirjastosta erinäisiä työterveyshuoltoon liittyviä kirjoja.

Tiedonhaussa olemme käyttäneet seuraavia tietokantoja: Medic, Julkari ja Finna.fi.

Medic on suomalainen 1978 vuonna perustettu viitetietokanta, joka koostuu terveystieteellisistä julkaisuista. Sitä tuottaa Helsingin yliopiston kirjasto. (Terkko Navigator / Medic 2021.) Julkari on avoin julkaisuarkisto, jota ylläpitää sosiaali- ja terveysministeriön hallintoala (Julkari 2021). Finna.fi- hakupalvelusta löytyvät kotimaisten toimijoiden tuottamat aineistot (Finna.fi – Kulttuurin ja tieteen aarteet yhdestä osoitteesta 2021).

Alustavia hakuja tehdessämme käytimme Medicissä, Julkarissa ja Finna.fi:ssä muun muassa seuraavia hakusanoja: työkyky, työterveys, työkyvyttömyys, työkyvyn aleneminen ja työkyvyn alenemisen syyt. Varsinaisessa haussa käytimme hakusanoja työkyky, työky*, työkyvyttömyys ja työkyvyt*. Medicissä ja Julkarissa käytimme kaikkia neljää hakusanaa, mutta Finna.fi:ssä jätimme *-

päätteiset haut pois sillä tietokannassa ei voi käyttää näin muotoiltuja hakusanoja. Medicissä ja Julkarissa rajasimme haut sisäänottokriteeriemme mukaan eli vuosiluvun 2012–2021 ja suomen kielen perusteella. Finna.fi:ssä sisäänottokriteerien eli vuosiluvun 2012–2021 ja suomen kielen lisäksi meillä oli tarkempina rajauksina suuren tulosmäärän vuoksi vielä seuraavat rajaukset: lehti/artikkeli, pro gradu, alue: suomi/finland

Alla taulukko (taulukko 1) hakutuloksista.

Tietokanta	Haku- sana	Tulos (kpl)	Valitut (otsi- kon, kielen ja vuosiluvun pe- rusteella)	Valitut (tiivis- telmän tai joh- dannon perus- teella)	Valitut (lopulli- set va- linnat)
Medic	työkyky	63	12	6	1
Sisäänottokriteerien mukaan rajaus vuosiluvun 2012–2021 ja kielen (suomi) mukaan.					
	työky*	344	52	23	2
	työky- vyttö- myys	17	6	4	0
	työky- vyt*	109	27	15	1
Julkari	työkyky	493	27	17	2
Sisäänottokriteerien mukaan rajaus vuosiluvun 2012–2021 ja kielen (suomi) mukaan.					
	työky*	1329	33	20	2

	työkyvyttömyys	474	19	14	0
	työkyvyt*	949	31	20	1
Finna.fi	työkyky	153	4	2	0
Sisäänottokriteerien mukaan rajaus vuosiluvun 2012–2021 ja kielen (suomi) mukaan. Tarkemmat rajaukset: lehti/artikkeli, pro gradu, alue: suomi/finland					
	työkyvyttömyys	153	4	2	0

Taulukko 1. Hakutulokset

Alla taulukko (taulukko 2) opinnäytetyömme sisäänotto- ja poissulkukriteereistä.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen kieli	Muut kielet
Tekstin saatavuus joko avoimesta verkosta tai Kamkin kirjaston tietokannoista.	Teksti ei ole saatavilla avoimesta verkosta tai Kamkin kirjaston tietokannoista.
Julkaistu 2012–2021	Julkaistu ennen vuotta 2012 tai julkaistu 2021 jälkeen
Tietolähde on artikkeli, tutkimus tai pro gradu.	Tietolähde ei ole artikkeli, tutkimus tai pro gradu.

Liittyy työkykyyn, työkyvyn heikkenemiseen/alenemiseen tai työkyvyttömyyteen	Ei liity työkykyyn, työkyvyn heikkenemiseen/alenemiseen tai työkyvyttömyyteen
Koskee työikäisiä (18–64 v)	Ei koske työikäisiä

Taulukko 2. Sisäänto- ja poissulkukriteerit

6 Tulokset

Työsuojelurahaston ja Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan työkykyyn vaikuttaa työn luonne. Työkykyyn heikentävästi vaikuttaa erityisesti fyysisesti raskas työ. 31-vuotiaista joka kymmenes koki oman työkykynsä huonoksi. 46-vuotiaista ruumiillisesti raskasta työtä tekevistä työntekijöistä 25 %:lla työkyky oli huono. (Seitsamo & Hopsu 2016, 12.)

Työsuojelurahaston ja Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan 31-vuotiaana ylipaino (myös lihominen ylipainoiseksi) oli ennustava tekijä huonolle työkyvyille 46-vuotiaana. Huonoon työkykyyn ovat yhteydessä stressisyöminen ja -juominen. Miehillä, jotka säännöllisesti tupakoivat ja eivät liiku tarpeeksi, oli useammin huono työkyky. Työkyvyn heikkenemiseen 46-vuotiaana oli yhteydessä myös runsas alkoholin käyttö. Epäterveelliset elämäntavat kuten vähäinen liikunta, tupakointi, alkoholin käyttö ja ylipaino vaikuttavat työkyvyn huononemiseen, kun nämä tekijät kasaantuvat yhdelle ihmiselle. (Seitsamo & Hopsu 2016, 12–13.)

Työstä johtuva korkea stressitaso, työn vaatimukset, ammattitaidon puute, korkea ikä sekä matala koulutustaso vaikuttavat työkykyyn heikentävästi. Työkykyä heikentäviä tekijöitä ovat myös sairauksien lukumäärä, sairauspoissaolot, huono fyysinen kunto, työuupumus ja terveydentila. Työntekijän työkykyä heikentää ja sairauspoissaoloja lisäävät stressaavat työolosuhteet. Vähäinen mahdollisuus osallistua päätöksentekoon työssä, sosiaalinen tuki työssä ja ongelmat esimiesten tai työkavereiden kanssa ovat yhteydessä työkykyyn ja sairauspoissaoloihin. (Rahunen 2013, 36–37.)

Eläketurvakeskuksen tutkimuksessa tarkasteltiin työkyvyttömyyseläkkeellä vietettyä aikaa sekä sen merkitystä työurien kestoon vuosina 2005–2014. 2005–2014 vuosina työkyvyttömyyseläkkeellä vietetty aika väheni kaikissa sairausryhmissä. Tutkimuksessa mielenterveyden häiriöt on jaettu masennukseen ja muihin mielenterveysongelmiin, tuki- ja liikuntaelinsairaudet selkäsairauksiin ja muihin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä muut sairaudet hermoston sairauksiin, verenkiertoelinten sairauksiin, vammoihin, tapaturmiin, kasvaimiin ja muihin somaattisiin sairauksiin. Eniten väheni muihin somaattisiin sairauksiin kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvä eläkeikä. Tämä muutos johtui pääasiallisesti verenkiertoelinten sairauksien ja ”muiden sairauksien” takia myönnettyjen työkyvyttömyyseläkeaikojen vähenemisestä. Mielenterveysongelmien takia työkyvyttömyyseläkkeellä vietetty aika lyheni 0,10 vuodella ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia eläkkeellä vietetty aika lyheni 0,12 vuodella. 2005 ja 2014 vuosien välillä työkyvyttömyys-

eläkkeellä vietetty aika naisilla väheni eniten tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella myönnettyissä eläkkeissä mutta myös muiden somaattisten sairauksien takia eläkkeellä vietetty aika väheni. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä vietetyssä ajassa muutos oli sen sijaan vähäisempää. (Laaksonen, Rantala, Järnefelt & Kannisto 2016, 13, 38–39.)

Tarkastellessa työttömyysajan odotetta koulutustason mukaan naisilla ja miehillä vuosina 2005 ja 2014, on molemmilla sukupuolilla koulutusryhmien väliset erot selvät. Perus- tai keskitason koulutuksen saaneilla on selvästi enemmän työkyvyttömyyseläkeaikaa kuin korkeasti koulutetuilla. Työkyvyttömyyseläkkeellä vietetty aika lyheni kaikissa koulutusryhmissä vuosien 2005 ja 2014 välillä. Perus- tai keskiasteen koulutuksen saaneilla miehillä lyheni selkeästi eniten työkyvyttömyyseläke aika. Koulutusryhmien väliset erot olivat vähän suuremmat miehillä kuin naisilla. Työkyvyttömyyseläkkeellä vietetyn ajan ennuste oli kaiken kaikkiaan miehillä pidempi kuin naisilla. Tästä huolimatta korkeakoulutuksen saaneiden ryhmässä työkyvyttömyyseläke aika oli naisilla kumpanakin ajankohtana vähän pidempi kuin miehillä. (Laaksonen ym. 2016, 50.)

Lähes kaikissa koulutus- ja sairausryhmissä työkyvyttömyyseläke aika lyheni vuosien 2005 ja 2014 välillä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja muiden somaattisten sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläke aika väheni enemmän huonommin koulutetuilla, kun taas mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä vietetty aika väheni enemmän korkeamman koulutuksen saaneilla. Koulutusryhmien väliset erot tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja muiden somaattisten sairauksien vuoksi eläkkeellä vietetyssä ajassa ovat pienentyneet kummallakin sukupuolella, mutta mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkkeellä vietetty aika on kasvanut. Sairausryhmittäin tarkasteltuna sukupuolten väliset erot ovat suhteellisen vähäisiä. (Laaksonen ym. 2016, 51.)

Eläketurvakeskuksen tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeiden hakemista edeltäneitä vaiheita selvitettiin hakemusasiakirjojen avulla. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi eläkettä hakeneiden keski-ikä oli vanhempi ja ryhmään ”muut mielenterveys-syyt” kuuluvat olivat nuorimpia eläkkeen hakijoita. Naisilla ja miehillä oli eroa sairausryhmien välillä. Tule-sairauksien vuoksi eläkettä hakeneista yli puolet oli miehiä, kun taas mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkettä hakeneista enemmistö oli naisia. Korkea-asteen koulutuksen käyneillä enemmistö haetuista eläkkeistä oli masennussairauden ja vähiten eläkkeitä haettiin tule-sairauksien perusteella. Tule-sairauksien vuoksi eniten eläkettä hakivat matalamman sosioekonomisen aseman ammattiryhmät kuten rakennus- ja siivoustyöntekijät. Eniten eläkettä masennuksen vuoksi hakivat johto- ja asiantuntijatehtävissä toimineet henkilöt. (Gould ym. 2014, 11, 21.)

”Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahan saajat 1996–2015” artikkelissa käsiteltiin viimeisen 20- vuoden aikana tapahtunutta kehitystä sairauspoissaoloissa suomalaisen työikäisen väestön parissa. Kelan tilastotiedot sairauspäivärahaa saaneista vuosina 1996–2015 sekä Tilastokeskuksen tiedot samankäisestä väestöstä toimivat tietopohjana artikkelissa. Tarkastelua varten työikäinen väestö jaettiin kolmeen ryhmään: 16–34-vuotiaat, 35–49-vuotiaat ja 50–64-vuotiaat. (Blomgren 2016, 683–684.)

Vuonna 1996 ei-eläkkeellä olevista työikäisistä naisista 10 % ja miehistä 8 % sai sairauspäivärahaa. Vuonna 2006 sairauspäivärahaa saaneiden osuus työikäisistä naisista oli 13 % ja miehistä vajaa 10 %. Vastaavat luvut olivat vuonna 2015 10,8 % ja 7,5 %. Artikkelissa tarkastelussa olleessa vanhimmassa ikäryhmässä naisista 16 % ja miehistä 11 % sai päivärahaa vuonna 2015, kun taas nuorimmassa ikäryhmässä sairauspäivärahan saajia naisista oli kuusi ja miehistä neljä sadasta. Artikkelissa tarkastelussa olleissa jaotelluissa ikäryhmissä ajallinen trendi oli pääasiallisesti samanlainen kuin koko tutkittavana olleen työikäisen väestön trendi. (Blomgren 2016, 684.)

35–49-vuotiaiden ikäryhmässä päivärahaa saaneilla on tapahtunut selvä lasku vuoden 2007 jälkeen, kun taas 16–34-vuotiaiden sairauspäivärahaa saaneiden osuus ei ole pienentynyt samalla tavalla kuin muissa ikäryhmissä. 1990-luvun puolivälissä nuorten miesten ja naisten sairauspäivärahojen osuus oli melko yhteneväinen, mutta 2000-luvun ensikymmenellä nuorten naisten osuus kasvoi selkeästi jyrkemmin. Ero nuorten naisten ja miesten välillä sairauspäivärahaa saaneissa on siis selvästi kasvanut. (Blomgren 2016, 684.)

Kummankin sukupuolen yleisin sairauspäivärahan taustalla oleva syy on tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Naisilla seuraavana tulevat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, kun taas miehillä vammat ovat toiseksi yleisin sairauspäivärahan peruste. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat miehillä vasta kolmanneksi suurin sairausryhmä. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella päivärahaa saaneiden määrä on vähentynyt, minkä vuoksi 2007 vuoden jälkeen sairauspäivärahaa saaneiden määrä on laskenut. Tarkastelussa vuoteen 2006 mennessä mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneiden määrä työikäisen väestön keskuudessa kasvoi suhteellisen voimakkaasti etenkin naisilla, mutta tämän jälkeen osuus on kuitenkin vähän pienentynyt. Vuosina 2010–2016 mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen päivärahojen osuudessa ei ole käytännössä tapahtunut juuri muutosta. Miehillä vammojen vuoksi päivärahaa saaneiden osuus on laskenut lievästi, kun taas naisilla se on noussut hieman. (Blomgren 2016, 684–685.)

Nuorilla naisilla yleisin sairauspäivärahan taustalla oleva syy on mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, joiden määrä on kasvanut voimakkaasti viimeisen 20 vuoden aikana. 1990-luvun puolivälin jälkeen tuki- ja liikuntaelinten sairauksien sekä raskauden ja synnytyksen perusteella maksettujen päivärahojen määrä on noussut. Nuorten miesten yleisin sairauspäivärahan taustalla oleva syy on vammat. Myös mielenterveyden häiriöiden perusteella päivärahaa saavien määrä on kasvanut nuorten miesten keskuudessa, joskin nuorten naisten vastaava osuus on selvästi korkeampi. Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnetyn sairauspäivärahan osuus on ohittanut nuorilla miehillä viime vuosina tule-sairaudet. Tarkastelussa olleiden 35–49-vuotiaiden sekä 50–64-vuotiaiden keskuudessa sairauspäivärahan saamisen taustalla oli useimmiten tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Tule-sairauksien määrä on vähentynyt pitkällä aikavälillä erityisesti vuoden 2007 jälkeen suhteellisesti eniten 35–49-vuotiailla miehillä. Tarkastelun kahdessa vanhemmassa ikäryhmässä näkyy myös jyrkkä kasvu mielenterveyssyistä myönnettyjen päivärahojen osuudessa etenkin naisilla vuoteen 2008 saakka, mutta osuus on pienentynyt tarkastelun viimeisien vuosien aikana. (Blomgren 2016, 685–687.)

Yli 35-vuotiailla ja varsinkin yli 50-vuotiaiden ikäryhmässä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus väheni vuosien 2007–2015 aikana, kun syynä oli mielenterveys. Tämä väheneminen ei kuitenkaan jatkunut enää vuosina 2015–2019. Tarkastelujakson aikana alkavuus hieman kasvoi nuorilla. Sen sijaan yli 60-vuotiailla alkavuus kasvoi vuosien 2015–2019 aikana. (Laaksonen, Blomgren & Perhoniemi 2021.)

Mielenterveyden aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden syistä yleisin on masennus. Masennuksen aiheuttamissa työkyvyttömyyseläkkeissä alkavuus on lisääntynyt alle 35-vuotiailla. Yli 35-vuotiailla alkavuus on vähentynyt, mutta alkanut kasvaa vuosina 2015–2019. Alle 35-vuotiailla muissa diagnoosiryhmissä alkavuus on lisääntynyt hieman, paitsi psykoottisten häiriöiden sekä miehillä kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja manian aiheuttamien eläkkeiden osalta. 35–49-vuotiailla alkavuus on ruvennut kasvamaan vuosina 2015–2019. Ennen näitä vuosia alkavuus on vähentynyt kaikissa diagnoosiryhmissä. Yli 50-vuotiailla alkavuus on pääasiassa vähentynyt jokaisessa diagnoosiryhmässä tarkastelujakson aikana. Vuosina 2015–2019 ahdistuneisuuden aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on selkeästi lisääntynyt. (Laaksonen, Blomgren & Perhoniemi 2021.)

Terveys 2000- tutkimuksessa huomattiin, että laaja-alaista kipua ilmenee yhdessä masennusoireiden ja unettomuuden kanssa. Näiden oireiden yhtäaikainen esiintyminen on vahvasti yhteydessä sairauspoissaoloihin, lääkärisäkäynteihin sekä heikentyneeseen työkykyyn. Terveys 2000- tutkimuksen mukaan 15 %:lla esiintyi lievää masentuneisuutta, 5 %:lla keskivaikeaa tai vaikeaa

masennusta. 35 %:lla esiintyi laaja-alaista kipua ja 29 %:lla unihäiriöitä. Tutkimukseen osallistuneista 31 % kärsi vain yhdestä yllä mainitusta oireesta, 16 % kahdesta ja 7 % kaikista kolmesta oireesta. Oireiden lukumäärällä oli suora yhteys työkyvyn heikkenemisen yleisyyteen. Kolmesta oireesta kärsivistä 48 % koki työkykynsä alentuneeksi, kun taas oireettomilla tutkittavilla vain 7 %:lla työkyky oli alentunut. (Miranda, Kaila-Kangas, Heliövaara & Martimo 2016.)

Vuosina 2006–2010 keskimäärin melkein 12 000 suomalaista sai joka vuosi työkyvyttömyyseläkettä. Näillä eläkkeensaajilla aiheuttajana esiintyi alkoholisairaus ensimmäisenä, toisena tai kolmantena diagnoosina. Vuosina 2001–2005 vastaava työkyvyttömyyseläkettä saavien keskiarvo oli runsaat 9 000. (Gockel, Pösö & Nyman 2013, 169.)

Suomalaisten käyttämästä alkoholimäärästä miehet juovat noin 70 % ja naiset noin 30 %. Vuosien 2002–2011 aikana yli kolme neljäsosaa työeläkejärjestelmän voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä koski miehiä, kun ensimmäisenä diagnoosina oli alkoholisairaus. Vähän alle 300 henkilöä jäi vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeelle, jossa päädiagnoosina oli alkoholisairaus. Miehiä näistä ihmisistä oli reilu kolme neljäsosaa. Uusista eläkeläisistä 52 % oli enintään 54-vuotiaita. (Gockel, Pösö & Nyman 2013, 171–172.)

Vuonna 2011 alkoholisairauden (1., 2. tai 3. diagnoosi) perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset olivat euroina noin 135 miljoonaa. 45 miljoonaa euroa eli kolmannes kustannuksista koski työkyvyttömyyseläkkeitä, joissa päädiagnoosina oli alkoholisairaus. (Gockel, Pösö & Nyman 2013, 172.)

Työterveyslaitos toteutti vuosina 2013–2015 Alkoholi ja työkyky – tutkimushankkeen, jossa analysoitiin kolmen eri väestöaineiston avulla, kuinka alkoholinkäyttö vaikuttaa alkoholia käyttävän koettuun työkykyyn, sairauspoissaoloihin, työkyvyttömyyseläkkeisiin sekä työhön osallistumiseen. Aineisto koostui 3739 henkilöstä, miehiä aineistosta oli 47,5 % ja tutkittavien keskimääräinen ikä oli 42,7. 4 % miehistä oli ollut koko elämänsä raittiina ja alkoholin käytön lopettaneita oli 8 %. Alkoholia vähän käyttäviä miehiä oli 28 % ja kohtuullisesti alkoholia käytti 28 %. Alkoholin suurkuluttajia miehistä oli 7 %, humalanhakuisesti juovia 17 % ja alkoholiriippuvaisia 9 %. 9 % naisista oli ollut raittiina koko elämänsä. Alkoholinkäytön oli naisista 18 % lopettanut, vähän alkoholia käyttäviä oli 44 %, kohtuullisesti 21 % ja suurkuluttajia 3 %. Humalanhakuisten juojien osuus naisista oli 3 % ja alkoholiriippuvaisia oli 2 %. (Kaila-Kangas ym. 2016, 3, 24.)

Tutkimushankkeessa tarkasteltiin tulevien Kelan korvaamien eli vähintään 10 arkipäivää kestäneiden sairauspoissaolojen ja alkoholinkäytön yhteyttä vuosina 2000–2010. Toisin kuin naisilla, alkoholinkäytöllä oli miehillä yhteys kaikkiin pitkiin sairauspoissaoloihin yhdessä tarkasteltuina. Sekä

miesten että naisten alkoholinkäytöllä oli yhteys erityisesti sairauslomiin, joiden taustalla olivat mielenterveyden häiriöt. Alkoholinkäytöllä ei ollut tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä tuki- ja liikuntaelinten tai muiden sairauksien takia myönnettyihin sairauslomiin. (Kaila-Kangas ym. 2016, 25.)

Koko elämänsä raittiina olleilla miehillä oli vähiten pitkiä sairauspoissaoloja (40 %) ja eniten alkoholiriippuvaisilla (61 %). Vähän alkoholia käyttävillä (48 %) oli selvästi vähemmän sairauspoissaoloja kuin alkoholinkäytön lopettaneilla (57 %). Alkoholia vähän käyttävillä (4 %) miehillä oli mielenterveyden häiriön takia myönnettyjä sairauslomia vähän verrattuna etenkin alkoholiriippuvaisiin (17 %) mutta myös kohtuullisesti alkoholia käyttäviin (7 %), suurkuluttajiin (9 %) sekä humalanhakuisesti juoviin (8 %) verrattuna. 11 % alkoholin käytön lopettaneista miehistä oli mielenterveyden häiriön takia myönnettyllä sairauslomalla. (Kaila-Kangas ym. 2016, 25.)

Naisilla sairauspoissaoloja oli vähiten mielenterveyden häiriöiden vuoksi suurkuluttajilla (9 %) ja vähän alkoholia käyttäville (12 %) ja eniten sairauspoissaoloja oli alkoholiriippuvaisilla (35 %). Mielenterveyden häiriöiden takia oli myös paljon sairauspoissaoloja humalanhakuisesti juovien naisten keskuudessa (23 %). Miehistä poiketen aina raittiina olleilla naisilla (16 %) oli ollut selvästi suuremmalla osalla sairauspoissaoloja mielenterveyden häiriöiden vuoksi kuin alkoholia käyttävillä. (Kaila-Kangas ym. 2016, 26.)

Tutkimushankkeessa tarkasteltiin alkoholinkäytön yhteyttä vuosina 2000–2011 alkaneisiin osatai kokopäiväisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin, joita oli 468. 37 % eläkkeistä oli myönnetty tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella, 27 % mielenterveyden häiriöiden ja 36 % muiden sairauksien vuoksi. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi erityisesti alkoholiriippuvaiset miehet (21 %) ja noin puolella perusteena oli mielenterveyden häiriö. Keskimääräistä useammin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyivät alkoholinkäytön lopettaneet (18 %), ja usein mielenterveyden häiriön vuoksi (5 %). 2000–2011 vuosina työkyvyttömyyseläkkeelle ei juurikaan siirtynyt koko elämänsä raittiina olleita miehiä. Suurkuluttajista 13 %, vähän alkoholia käyttävistä 9 % ja humalanhakuisesti alkoholia juovista 7 % siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. (Kaila-Kangas ym. 2016, 27.)

Naisilla työkyvyttömyyseläkkeet olivat yhteydessä toisaalta koko elämän kestäneeseen raittiuteen (18 %) ja toisaalta alkoholiriippuvuuteen (24 %). Vähän alkoholia käyttäneistä naisista 10 % siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Alkoholiriippuvuudella oli yhteys erityisesti mielenterveyden häiriön (10 %) vuoksi saatuihin työkyvyttömyyseläkkeisiin. Vähän alkoholia käyttävistä naisista 2 % siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriön vuoksi, kun taas raittiista naisista 6 % ja alkoholinkäytön lopettaneista 5 % jäivät tämän vuoksi eläkkeelle. Aina raittiista naisista 9 %:lle

oli annettu työkyvyttömyyseläke tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi, kun keskimääräinen osuus oli 5 %. (Kaila-Kangas ym. 2016, 28.)

7 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

7.1 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa selvitettiin työkykyyn vaikuttavia tekijöitä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimuksestamme saatujen tuloksien mukaan työkykyyn vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä olivat ikä, sukupuoli, koulutustaso ja elintavat. Suurimpia sairausryhmiä, jotka nousivat tutkimuksessa esille, olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä mielenterveyden häiriöt. Myös psykososiaaliset tekijät ja alkoholi ovat työkykyyn vaikuttavia tekijöitä.

Työkykyä heikentäviä tekijöitä ovat muun muassa korkea työperäinen stressitaso, korkea ikä, työn vaatimukset, sairauksien lukumäärä ja työuupumus. Vähäinen mahdollisuus osallistua päätöksentekoon työssä sekä ongelmat esimiesten tai työkavereiden kanssa ovat yhteydessä työkykyyn. (Rahunen 2013, 36–37.) Työkykyyn vaikuttaa työn luonne. Työkykyä heikentää erityisesti fyysisesti raskas työ. Epäterveelliset elämäntavat kuten vähäinen liikunta, tupakointi, alkoholin käyttö ja ylipaino vaikuttavat työkyvyn huononemiseen, kun nämä tekijät kasautuvat yhdelle ihmiselle. (Seitsamo & Hopsu 2016, 12–13.)

Mielenterveyden aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden syistä yleisin on masennus. Masennuksen aiheuttamissa työkyvyttömyyseläkkeissä alkavuus on lisääntynyt alle 35-vuotiailla, kun taas yli 35-vuotiailla vähentynyt vuoteen 2015 asti. Vuosina 2015–2019 ahdistuneisuuden aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on selkeästi lisääntynyt. (Laaksonen, Blomgren & Perhoniemi 2021.)

Laaja-alaista kipua ilmenee yhdessä masennusoireiden ja unettomuuden kanssa. Tutkimukseen osallistuneista 31 % kärsi vain yhdestä yllä mainitusta oireesta, 16 % kahdesta ja 7 % kaikista kolmesta oireesta. Oireiden lukumäärällä oli suora yhteys työkyvyn heikkenemisen yleisyyteen. (Miranda, Kaila-Kangas, Heliövaara & Martimo 2016.)

Kummankin sukupuolen yleisin sairauspäivärahan taustalla oleva syy on tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Naisilla seuraavana tulevat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, kun taas miehillä vammat ovat toiseksi yleisin sairauspäivärahan peruste. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat miehillä vasta kolmanneksi suurin sairausryhmä. (Blomgren 2016, 684.)

Tule-sairauksien vuoksi eläkkeitä hakeneista enemmistö oli miehiä, kun taas mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkettä hakivat eniten naiset. Korkea-asteen koulutuksen käyneillä enemmistö

haetuista eläkkeistä oli masennussairauden perusteella myönnettyjä, kun taas tule-sairauksien vuoksi eläkettä hakivat eniten matalamman sosioekonomisen ammattiryhmän työntekijät. (Gould ym. 2014, 21.) Meille ei tullut yllätyksenä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tehdessämme se, että suurimpia työkykyä heikentäviä sairausryhmiä ovat mielenterveyshäiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet.

Vuosina 2006–2010 keskimäärin melkein 12 000 suomalaista sai joka vuosi työkyvyttömyyseläkettä. Näillä eläkkeensaajilla aiheuttajana esiintyi alkoholisairaus ensimmäisenä, toisena tai kolmantena diagnoosina. Vuosien 2002–2011 aikana yli kolme neljäsosaa työeläkejärjestelmän voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä koski miehiä, kun ensimmäisenä diagnoosina oli alkoholisairaus. (Gockel, Pösö & Nyman 2013, 169, 171.)

Toisin kuin naisilla, alkoholinkäytöllä oli miehillä yhteys kaikkiin pitkiin sairauspoissaoloihin yhdessä tarkasteltuina. Sekä miesten että naisten alkoholinkäytöllä oli yhteys erityisesti sairauslomiin, joiden taustalla olivat mielenterveyden häiriöt. Alkoholinkäytöllä ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä tuki- ja liikuntaelinten tai muiden sairauksien takia myönnettyihin sairauslomiin. (Kaila-Kangas ym. 2016, 25.) Meidän mielestämme oli yllättävää, kuinka paljon alkoholi aiheuttaa sairauslomia ja kuinka paljon työkyvyttömyyseläkkeelle jää ihmisiä alkoholin vuoksi.

2005–2014 vuosina työkyvyttömyyseläkkeellä vietetty aika on vähentynyt kaikissa sairausryhmissä, eniten on vähentynyt muihin somaattisiin sairauksiin (verenkiertoelinten sairauksien ja ”muiden sairauksien”) kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvä eläkeaika. Naisilla väheni eniten tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella mutta myös muiden somaattisten sairauksien vuoksi eläkkeellä vietetty aika. Mielenterveyden häiriöiden takia eläkkeellä vietetyn ajan muutos oli sen sijaan vähäisempää. (Laaksonen, Rantala, Järnefelt & Kannisto 2016, 38–39.)

Molemmilla sukupuolilla on selvät erot työkyvyttömyyseläkkeellä vietetyssä ajassa koulutusryhmien välillä. Perus- tai keskitason koulutuksen saaneilla on selvästi enemmän työkyvyttömyyseläkeikää kuin korkeammin koulutetuilla, vaikkakin työkyvyttömyyseläkkeellä vietetty aika on lyhentynyt kaikissa koulutusryhmissä. (Laaksonen ym. 2016, 50.)

8 Pohdinta

Tämä kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää tietoa työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Tuloksista ilmenevät keskeisimmät työkykyyn vaikuttavat tekijät, joita ovat ikä, sukupuoli, koulutustaso, elintavat, psykososiaaliset tekijät, alkoholi, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyden häiriöt. Kaikki kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut vastasivat tutkimuskysymykseen. Julkaisuista kaikki, yhtä lukuun ottamatta, täyttivät sisäänottokriteerit. Tämä yksi julkaisu otettiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen, koska sen sisältö oli merkittävä. Se poikkesi sisäänottokriteereistä ainoastaan työikäisten iän osalta.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kangasniemen ym. (2013, 298) mukaan Grant & Booth (2009) kertovat, että aineiston valinta on merkittävä menetelmän luotettavuuteen vaikuttava tekijä. Kuitenkin on myös huomion arvoista, että luotettavuuden tarkastelu on kytköksissä käytettyyn aineistonvalintamenetelmään. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa on tärkeää kuvata valitun aineiston perusteet, sillä ilman perusteita tehdyt johtopäätökset aineistosta voidaan kyseenalaistaa.

Olemme kuvanneet opinnäytetyössämme kirjallisuuskatsauksen kannalta olennaiset tulokset. Opinnäytetyöhömme valikoidut aineistot täyttävät sisäänotto- ja poissulkukriteerit ja ovat olennaisia tutkimuskysymyksen kannalta.

Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan Heinrich (2002) kertoo, että tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä tutkimusprosessin läpinäkyvällä sekä johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan Baumeister & Leary (1997), Grant & Booth (2009) kertovat, että tutkimuksen luotettavuuden kannalta merkittävää on, että tutkimuskysymys on esitetty selkeästi ja sen tietoon pohjautuva perustelu on eritelty. Kangasniemen ym. (2013, 297–298) mukaan Rhoades (2011) kertoo, että kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointiin vaikuttavat menetelmä osion selkeä kuvaus ja läpinäkyvyys.

Olemme noudattaneet johdonmukaisesti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen rakennetta opinnäytetyötämme tehdessämme. Olemme noudattaneet opinnäytetyömme tutkimusta tehdessämme tutkimuskysymystämme. Olemme kuvanneet opinnäytetyössä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet, ja kuinka noudatimme niitä.

Kangasniemen ym. (2013, 298) mukaan Bettany-Saltikov (2010) kertoo, että kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on tutkimusaineiston perusteiden kuvaaminen. Kangasniemen ym. (2013, 298) mukaan Serola & Vakkari (2005), Rother (2007), Grant & Booth (2009) kertovat, että kirjallisuuskatsauksen luotettavuus vähenee, jos tutkimuksen tekijä on tutkimusaineiston valinnassa tietoisesti tai tiedostamattaan tarkoituksenhakuinen, eikä tätä ole raportoitu. Kangasniemen ym. (2013, 298) mukaan Baumeister & Leary (1997) kertovat, että kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta heikentävä tekijä on se, että analysoitu aineisto liitetään liian kevyesti teoriaan.

Pyrimme tiedonhaku- ja aineistonvalintavaiheessa keskittymään asiakokonaisuuksiin, emmekä esimerkiksi vain yhteen tiettyyn sairauteen. Tiedonhaussa käytimme rajauksia sisäänotto- ja pois-sulkukriteerien mukaan. Finna.fi hauissa käytimme vielä tarkempia rajauksia sisäänotto- ja pois-sulkukriteerien lisäksi. Rajauksena meillä oli Finna.fi haussa seuraavat kohdat: lehti/artikkeli, pro gradu, kieli = suomi, alue = suomi/Finland, vuosi = 2012–2021.

Meidän mielestämme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessi on selkeä, mutta prosessin eri vaiheet vain ovat melko aikaa vieviä. Varsinkin tiedonhaku ja aineiston valinta veivät yllättävän paljon aikaa. Omassa toiminnassamme olisimme voineet kehittää erityisesti aikataulutusta, jotta kuvailevan kirjallisuuskatsauksemme tekeminen olisi edennyt mahdollisimman sujuvasti ja tehokkaasti.

Hyvä puoli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on se, että sitä voi tehdä omaan tahtiin ja omien aikataulujen mukaisesti. Prosessissa tulee melko vähän varsinaisia odotteluajoja, jolloin pitäisi ulkopuolisten tekijöiden vuoksi keskeyttää katsauksen tekeminen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessi on selkeä ja helposti noudatettava. Nämä prosessin piirteet helpottavat huomattavasti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessia.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen täytyy noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä, jotta se on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset uskottavia (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012). Opinnäytetyömme aineistohallintasuunnitelma liitteenä (LIITE 2).

Tutkimusta tehdessä tulee toimia rehellisesti ja huolellisesti. Tarkkuutta tulee noudattaa tutkimuksessa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tarkkuutta tulee noudattaa myös tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä avoimuutta tulosten julkaisemisessa (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.) Opinnäytetyötä tehdessämme olemme dokumentoineet kaikki vaiheet mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Olemme myös lukeneet tutkimuksessamme käytetyt aineistot huolellisesti useampaan kertaan. Tiedonhaussa olemme noudattaneet erityistä tarkkuutta. Tuloksia kirjoittaessamme olemme pitäneet huolen siitä, että kirjoittamamme tekstin olennainen sanoma säilyy muuttumattomana. Olemme kirjoittaneet tutkimuksemme tulokset avoimesti.

Muiden asiantuntijoiden ja tutkijoiden saavutukset ja työ tulee ottaa asianmukaisella tavalla huomioon, eli on tärkeää viitata muiden tekemiin julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset tulee täytyä tutkimusta suunnitellessa, toteutettaessa ja niistä raportoidessa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.) Olemme noudattaneet opinnäytetyötä tehdessämme koulumme ohjetta lähdeviitteiden tekemisessä. Olemme merkinneet jokaisesta lähteestä viitteet, jotta muut tutkijat saavat ansaitsemansa tunnustuksen omasta työstään.

Tutkimusta varten vaadittavat tutkimusluvut sekä eettinen ennakoarviointi täytyy tehdä ennen tutkimuksen aloittamista. Tämän lisäksi tulee sopia kaikkien osapuolten oikeuksista, tekijöitä koskevista periaatteista, vastuista, ja velvollisuuksista sekä aineiston säilyttämisestä ja käyttöoikeuksia koskevista kysymyksistä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.) Haemme tutkimuslupaa, kun opinnäytetyömme lopullinen suunnitelma on hyväksytty. Tutkimusluvan haemme Mehiläinen Oy:ltä. Tutkimusluvan hakua varten täytämme lomakkeen, jonka allekirjoitamme toimeksiantajan kanssa.

Rahoituslähteistä ja muista sidonnaisuuksista tulee ilmoittaa asianomaisille ja tutkimukseen osallistuville ja niistä pitää raportoida tutkimustulosten julkaisun yhteydessä. Rahoituslähteistä ja muista sidonnaisuuksista tulee ilmoittaa asianomaisille ja tutkimukseen osallistuville ja niistä pitää raportoida tutkimustulosten julkaisun yhteydessä. Mikäli on syytä epäillä tutkijan esteellisyyttä, tulee heidän pidättäytyä arviointi- ja päätöksentekotilanteista, jotka liittyvät millään tavalla tutkimukseen. Tutkimusta tehdessä tulee huomioida tietosuojan liittyvät tekijät sekä organisaation tulee noudattaa hyvää henkilöstö- ja taloushallintoa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.) Olemme omassa opinnäytetyössämme tuo-

neet esille, miten työmme rahoitetaan. Meillä opinnäytetyömme kustannuksista vastaa opinnäytetyöntekijät. Olemme myös ilmoittaneet asianosaisille muut sidonnaisuudet opinnäytetyössämme.

Kangasniemen ym. (2013, 297) mukaan Heinrich (2002) kertoo, mistä eettisyys koostuu kirjallisuuskatsauksen eri vaiheissa, kuten tutkimuskysymystä muotoillessa eettisyys nousee esille valitun näkökulman tarkassa ja mahdollisen subjektiivisuuden luoman vinouman tunnistavassa taustatyössä. Aineiston valinnassa sekä käsittelyssä tutkimuksen eettisyys korostuu raportoinnin oikeudenmukaisuudessa, tasavertaisuudessa ja rehellisyydessä.

Opinnäytetyössämme olemme noudattaneet raportoinnin osalta oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä ja tasavertaisuutta. Aineisto on rajattu sisäänotto- ja poissulkukriteerejä käyttäen. Jos olemme poikenneet näistä kriteereistä, olemme kertoneet sen.

8.3 Ammatillinen kehittyminen

Kompetenssi eli osaamisalue määrittää ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset sairaanhoitajakoulutuksessa. Sairaanhoidajien osaamisalueiden kehittämisessä on hyödynnetty osaamista ja asiantuntijuutta useilta tahoilta kuten ammattijärjestöiltä, ammattikorkeakouluilta, ministeriöiltä sekä terveydenhuollon organisaatioilta perus- ja erikoissairaanhoidosta. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen sisältää yhdeksän osa-aluetta: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 7–8.)

Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen osaamisalueen alle kuuluvat terveyden edistämisen terveyspoliittinen ohjaus ja arvoperusta; väestön terveys ja hyvinvointi; sairauksien, tapaturmien ja terveysongelmien ehkäisy sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämisen keskeiset aihepiirit ja menetelmät. Kliinisen hoitotyön osaamisalueen alle kuuluu muun muassa potilaan psykososiaalinen tukeminen, hoitotyön toiminnot sekä mielenterveys- ja päihdehoitotyö. (Eriksson ym. 2015, 38–40, 44.)

Opinnäytetyöprosessin aikana mielestämme kehittyivät terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ja klinisen hoitotyön kompetenssit. Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen sekä klinisen hoitotyön kompetenssit kehittyivät opinnäytetyön tekemisen aikana mielestämme siten, että meillä on parempi ymmärrys työkykyyn vaikuttavista tekijöistä ja näin ollen voimme ohjata potilaita työkykyyn liittyvissä asioissa kuten esimerkiksi elintavoissa ja ehkäistä näin ollen toiminta- ja työkyvyn heikkenemistä. Eli meillä on paremmat mahdollisuudet hoitotyötä toteuttaessamme tunnistaa työntekijän työkyvyn heikkenemisen uhka ja reagoida siihen ajoissa erilaisin hoitotyön keinoin. Kompetenssien lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana meidän kriittinen lukutaitomme, sekä tiedonhaku taitomme kehittyivät. Nämä tekijät ovat tärkeitä tulevassa ammatissamme, sillä on tärkeää tietää mistä etsiä näyttöön perustuvaa tietoa ja kuinka suhtautua kriittisesti luke- maamme.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Hyviä jatkotutkimusehdotuksia olisivat seuraavat aiheet: maakunnalliset erot työkykyyn vaikuttavissa tekijöissä ja maanosien väliset erot työkykyyn vaikuttavissa tekijöissä.

Lähteet

- Aalto A-M. (2011). Psykkisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus. Duodecim Terveysportti. Saatavilla 10.5.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00011/search/psykkisen%20toimintakyky>
- Ahonen, G. (2006). Työkyvyn taloudellinen merkitys. *Teoksessa M. Antti-Poika, K-P. Martimo & K. Husman (toim.) Työterveyshuolto. (47)* Hämeenlinna: Karisto Oy
- Alahautala, T. & Huhta H-R. (2018). Johda terveyttä. Työnantajan opas. Helsinki: Alma Talent.
- Antti-Poika, M. (2006). Työkykyongelmien varhainen havaitseminen ja hoito. *Teoksessa M. Antti-Poika, K-P. Martimo & K. Husman (toim.) Työterveyshuolto. (206, 208)* Hämeenlinna: Karisto Oy
- Blomgren, J. (2016). Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahan saajat 1996–2015. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016121431442>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus- hanke. Saatavilla <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Finna.fi – Kulttuurin ja tieteen aarteet yhdestä osoitteesta. (2021). Finna.fi. Saatavilla 29.3.2021. https://finna.fi/Content/about_finnafi
- Gockel, M., Pösö, R. & Nyman, H. (2013). 15 Alkoholin liikakäytön heijastuminen työkyvyttömyyseläkkeisiin. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. (168–174). Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-519-2>
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen S. (2006). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 - tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193412>
- Gould, R., Laaksonen, M., Kivekäs, J., Ropponen, T., Kettunen, S., Hannu, T., Käppi, I., Ripatti, P., Rokkanen, T. & Turtiainen, S. (2014). Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet. Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskus. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-202-1>

Hasu, M., Kupiainen, M., Känsälä, M., Kovalainen, A., Leppänen, A. & Toivanen, M. (2010) Onnistu osaamisen uudistajana: Osaamisen ja uran innovatiivinen ja tasa-arvoinen kehittäminen. Hyvin-
 kää: Printman Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-047-8>

Huttunen, J. (2018). Terveyskirjasto. Mitä terveys on? Saatavilla 14.9.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. (2012). Tutkimus-
 eettinen neuvottelukunta. Saatavilla 18.4.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Julkari. (2021). Julkari STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. Saatavilla 29.3.2021.
<https://www.julkari.fi/>

Juvonen-Posti, P., Joensuu, M., Reiman, A., Heusala, T., Takala, E-P., & Ahonen, G. (2014). Työky-
 kyjohtaminen – johdettua yhdessä tekemistä: Tapaustutkimus käytännön johtamismenettelyistä
 ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Työterveyslaitos. Tampere: Ju-
 venes Print. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-363-9> (PDF)

Kaila-Kangas, L., Hirvonen, L., Hirvonen, M., Kivekäs, T., Koskinen, A., Laitinen, J., Leino-Arjas, P.,
 Perkiö-Mäkelä, M., Remes, J., Härkänen, T. & Ala-Mursula, L. (2016). Alkoholi ja työkyky suoma-
 laisten väestöaineistojen valossa. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopisto-
 paino Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-642-5>(PDF)

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen, E. (2013).
 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoito-
 tiede 25 (4), 291–301.

Kanniainen, V. (2014). Sairastumisen taloudelliset seuraamukset – kansantalouden näkökulma.
 Yhteiskuntapolitiikka 79 (2). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014082733406>

Kela. (2019). Työterveyshuollon kustannukset kasvoivat edelleen maltillisesti.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041112020>

Korkiakangas, E., Batista, L., Turpeinen, M., Salmi, A., & Laitinen, J. (2019). Työkyvyn talo -mallin
 soveltuvuus yhteisölliseen terveyden ja työkyvyn edistämiseen. Työelämän tutkimus 17(2), 103–
 118.

Laaksonen, M., Blomgren, J. & Perhoniemi, R. (2021). Mielenterveysyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. *Lääkärilehti* 76 (36), 1889–1897.

Laaksonen, M., Rantala J., Järnefelt, N. & Kannisto, J. (2016). *Työkyvyttömyyden vuoksi menetetty työura*. Eläketurvakeskus. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-247-2>

Mehiläinen yrityksenä. (2020) Mehiläinen. Saatavilla 8.5.2020. <https://www.mehilainen.fi/yritys-info/mehilainen-yrityksena>

Millaisia asioita arvostan?. (2020). Mieli. Suomen Mielenterveys ry. Saatavilla 15.9.2020. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/itsetuntemus/millaisia-asioita-arvostan>

Miranda, H., Kaila-Kangas, L., Heliövaara, M. & Martimo, K-P. (2016). Laaja-alainen kipu, unettomuus ja masentuneisuus – työkyvyn vakava uhka?. *Lääkärilehti* 71 (1–2), 33.

Mitä toimintakyky on?. (2019). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 14.9.2020. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Pehkonen, I., Turunen, J., Juvonen-Posti, P., Henriksson, L., Vihtonen, T., Seppänen, J., Liira, J., Uitti, J. & Leino, T. (2017). *Yhteistyöllä tulosta työkykyjohtamisessa*. Tampere: Juvenes Print. [https://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-727-9%20\(PDF\)](https://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-727-9%20(PDF))

Perhe-elämän ja työn yhteensovittaminen. (2020). STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 16.9.2020. <https://stm.fi/perhe-elama-ja-tyo>

Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. (2016). *Työhyvinvointi paremmaksi*. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print. <https://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-652-4>

Rahunen N. (2013). *Työkyky ja siihen vaikuttavat psykososiaaliset kuormitustekijät – kirjallisuuskatsaus*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130534>

Sainio, P., Valkeinen, H., Stenholm, S., Vaara, M. & Rinne, M. (2020). *Fyysisen toimintakyvyn mitaaminen ja arviointi väestötutkimuksissa*. TOIMIA-suositus. Duodecim Terveysportti. Saatavilla 10.5.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00057/search/toimintakyky>

Seitsamo, J. & Hopsu, L. (2016). Hyvä työkyky rakentuu hyvistä työoloista ja terveyttä tukevista elintavoista. Työterveyshoitaja (1), 12–13.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) (2016). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes print.

Terkko Navigator / Medic. (2021). Saatavilla 29.3.2021. [Medic - bibliographic database Finnish - Terkko Navigator \(helsinki.fi\)](https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00018/search/sosiaalisen%20toimintakyky)

Tiikkainen, P. & Pynnönen, K. (2018). Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksessa. TOIMIA-suositus. Duodecim Terveysportti. Saatavilla 10.5.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00018/search/sosiaalisen%20toimintakyky>

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2018. (2019). Eläketurvakeskus. Kansaneläkelaitos. Saatavilla 7.5.2020. <https://www.etk.fi/wp-content/uploads/Tilasto-suomen-elakkeensaajista-2018.pdf>

Tuulio-Henriksson, A. (2011a). Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus. Duodecim Terveysportti. Saatavilla 10.5.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00016/search/kognitiivinen%20toimintakyky>

Tuulio-Henriksson, A. (2011b). Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201703315911>

Työhyvinvointi on yhteinen asia. (2020). Työterveyslaitos. Saatavilla 16.9.2020. <https://www.ttl.fi/perehdytys-tyohyvinvointiin-tyoterveyteen-ja-tyoturvallisuuteen/tyohyvinvointi-yhteinen-asia/>

Työkykytalo. (2020). Työterveyslaitos. Saatavilla 7.5.2020. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyokykytalo/>

Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. (2020). Findikaattori. Saatavilla 17.9.2020. <https://findikaattori.fi/fi/76>

Työssä jaksaminen. (2020). JHL. Saatavilla 16.9.2020. <https://www.jhl.fi/tyoelama/perustietoa/tyosuojelu-ja-hyvivointi/tyossa-jaksaminen/>

LIITELUETTELO

LIITE 1: ALUSTAVA OPINNÄYTETYÖN SISÄLLYSLUETTELO

LIITE 2: TAULUKKO TYÖKYKYYN VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ

ALUSTAVA OPINNÄYTETYÖN SISÄLLYSLUETTELO

1. Johdanto
2. Työkyky ja työhyvinvointi
 - 2.1. Työkyvyn määritelmä
 - 2.2. Terveys ja toimintakyky
 - 2.3. Osaaminen sekä arvot, asenteet ja motivaatio
 - 2.4. Työhyvinvointi
 - 2.5. Johtaminen, työyhteisö ja työolot
3. Työkyvyn heikkenemisen määritelmä ja syyt
4. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät
5. Tutkimusmenetelmä
 - 5.1. Laadullinen tutkimus
 - 5.2. Kirjallisuuskatsaus
6. Tulokset
7. Tulosten tarkastelu
 - 7.1 Johtopäätökset
 - 7.2 Jatkotutkimusideat
8. Pohdinta
 - 8.1 Tutkimuksen luotettavuus
 - 8.2 Tutkimuksen eettisyys
 - 8.3 Ammatillinen kehittyminen
9. Lähteet

LIITELUETTELO

Alla taulukko (taulukko 3) työkykyyn vaikuttavista tekijöistä.

Millaiset tekijät vaikuttavat työkykyyn?

Lähde	Keskeinen tulos
Miranda H., Kaila-Kangas L., Heliövaara M. & Martimo K-P. (2016). Laaja-alainen kipu, unettomuus ja masentuneisuus – työkyvyn vakava uhka?. Lääkärilehti 71 (1–2), 33.	Lievää masentuneisuutta oli 15 %:lla, keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta oli 5 %:lla, unihäiriöitä oli 29 %:lla ja laaja-alaista kipua oli 35 %:lla. Yli 80 %:lla tutkittavista, joilla oli heikentynyt työkyky, oli vähintään yksi kolmesta oireesta. Näiden oireiden lukumäärä oli yhteydessä työkyvyn alenemisen yleisyyteen.
Seitsamo J. & Hopsu L. (2016). Hyvä työkyky rakentuu hyvistä työoloista ja terveyttä tukevista elintavoista. Työterveyshoitaja (1), 12–13.	Kun epäterveelliset elämäntavat kuten ylipaino, tupakointi, alkoholin käyttö ja vähäinen liikunta kasautuvat samoille henkilöille, tämä näkyi työkyvyn heikkenemisenä.
Rahunen N. (2013). <i>Työkyky ja siihen vaikuttavat psyykososiaaliset kuormitustekijät – kirjallisuuskatsaus</i> . Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130534	Korkea työperäinen stressitaso, työn vaatimukset, henkilön korkea ikä ja ammattitaidon puute sekä matala koulutustaso heikentävät työntekijän työkykyä. Myös sairauspoissaoloilla, sairauksien lukumäärällä sekä huonolla fyysisellä kunnolla ja terveydentilalla on työkykyä heikentävä vaikutus.

<p>Blomgren, J. (2016). Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahan saajat 1996–2015. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016121431442</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin Kelan korvaamien sairauspoissaolojen muutoksia työikäisillä naisilla sekä miehillä ikäryhmien ja diagnoosien pohjalta viimeisten 20-vuoden ajalta.</p>
<p>Laaksonen M., Blomgren J. & Perhoniemi R. (2021). Mielenterveyssyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. <i>Lääkärilehti</i> 76 (36), 1889–1897</p>	<p>Masennus on yleisin syy mielenterveydestä johtuville työkyvyttömyyseläkkeille. Ahdistuneisuudesta johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden alkaavuus on kasvanut vuosien 2015–2019 aikana.</p>
<p>Gould, R., Laaksonen, M., Kivekäs, J., Ropponen, T., Kettunen, S., Hannu, T., Käppi, I., Ripatti, P., Rokkanen, T. & Turtiainen, S. (2014). Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet. Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskus. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-202-1</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella viiden vuoden ajalta ennen eläkepääätöstä mielenterveyden häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella työkyvyttömyyseläkettä hakeneiden vaiheita. Tarkasteluun otettiin pääasiallisesti kolme sairausryhmää: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, masennus sekä muut mielenterveyssyyt. Tarkastelussa nousi esille sairausryhmittäisiä eroja eläkkeenhakijoiden taustoihin liittyen. Muiden mielenterveyssyiden vuoksi eläkettä hakeneet poikkesivat monella tapaa muista hakijoista. Tässä ryhmässä sairaus oli alkanut varhaisemmassa vaiheessa, keskiansiot olivat pienemmät eläkkeen hakemista edeltävällä ajalla, työttömyyttä esiintyi enemmän ja työssä olo aikaa vähemmän kahteen muuhun sairausryhmään verrattuna. Masennuksen</p>

	<p>vuoksi eläkettä hakeneiden sosioekonominen asia oli korkeampi kuin muilla. Tässä sairausryhmässä oli eniten korkea-asteen koulutusta saaneita sekä johto- tai asiantuntijatyössä olevia.</p>
<p>Laaksonen, M., Rantala J., Järnefelt, N. & Kannisto, J. (2016). Työkyvyttömyyden vuoksi menetetty työura. Eläketurvakeskus. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-247-2</p>	<p>Tutkimuksessa kymmenen vuoden tarkastelujakson aikana työkyvyttömyyseläkkeellä vietetty aika väheni. Miehet viettävät enemmän aikaa työkyvyttömyyseläkkeellä kuin naiset, mutta tarkastelujakson aikana sukupuolten välinen ero kuitenkin kaventui. Työkyvyttömyyseläkkeen määrä vaihtelee iän mukaan: 25- vuotiaat viettävät n. 5 % mahdollisesta työurastaan työkyvyttömyyseläkkeellä, kun taas 60-vuotiaat viettävät työkyvyttömyyseläkkeellä noin viidenneksen edessä olevasta työurastaan. Sukupuolten välillä on eroja sairausryhmissä. Naiset ovat työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveysongelmien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi enemmän kuin miehet. Miehillä työuraa taas lyhentävät enemmän muut somaattiset sairaudet kuin tuki- ja liikuntaelinsairaudet.</p>
<p>Gockel M., Pösö R. & Nyman H. (2013). 15 Alkoholin liikakäytön heijastuminen työkyvyttömyyseläkkeisiin. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja</p>	<p>Artikkelissa tarkastelun kohteena oli alkoholisairauksien perusteella myönnettyt työkyvyttömyyseläkkeet henkilömäärän, sukupuoli jakauman</p>

<p>yhteiskunnalle. (168–174). Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy: Tampere. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-519-2</p>	<p>sekä eläkkeiden aiheuttamat kustannukset. Artikkelissa myös kuvataan edellä mainittujen asioiden kehitys viimeisen kymmenen vuoden aikana.</p>
<p>Kaila-Kangas, L., Hirvonen, L., Hirvonen, M., Kivekäs, T., Koskinen, A., Laitinen, J., Leino-Arjas, P., Perkiö-Mäkelä, M., Remes, J., Härkänen, T. & Ala-Mursula, L. (2016). Alkoholi ja työkyky suomalaisten väestöaineistojen valossa. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-642-5(PDF)</p>	<p>Miehillä alkoholinkäytöllä oli yhteys sairauspoissaoloihin toisin kuin naisilla. Alkoholinkäyttöön liittyi eritoten mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnetyt sairauslomamattolemilla sukupolvilla. Alkoholinkäytöllä ei löytynyt tilastollisesti merkittävää yhteyttä tuki- ja liikuntaelinten tai muiden sairauksien vuoksi myönnettyihin sairauslomiin. Suomalaisen väestön sairauspoissaolot sekä työkyvyttömyyseläkkeet olivat yhteydessä alkoholinkäyttöön. Alkoholiriippuvaisilla miehillä ja naisilla esiintyi pitkiä sairauslomia, ja he olivat päätyneet työkyvyttömyyseläkkeelle muita huomattavasti useammin.</p>

