

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

TYÖTTÖMIEN TYÖKYKYARVIO TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Tuloksellisuus ja vaikutus itse arvioituun terveyteen ja elämänlaatuun

TEKIJÄ Jatta Soininen

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	TYÖTTÖMIEN TYÖKYKY JA SEN ARVIOINTI.....	7
2.1	Työttömien terveys	7
2.2	Työttömien elämänlaatu	8
2.3	Työttömien työkyky.....	9
2.4	Työkyvyn arviointi.....	12
2.4.1	Työkyvyn arvioinnin järjestäminen	13
2.4.2	Työkyvyn arviointi työterveyshuollossa.....	14
2.5	Työkyvyn arviointien tuloksellisuus.....	15
2.6	Työkyvyn arviointien vaikutukset	16
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
4.1	Tutkimusmenetelmän esittely	19
4.2	Kohderyhmä	20
4.3	Aineiston keruu.....	21
4.4	Aineiston analysointi	23
5	TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1	Työkyvyn arviointien perusteella suunniteltujen työkykyä tukevien toimien toteutuminen	28
5.2	Työkyvyn arvioiden vaikutukset työttömien elämänlaatuun	29
5.3	Työkyvyn arviointien vaikutukset työttömien itse arvioituun terveyteen	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Johtopäätökset ja tulosten pohdinta	32
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	35
6.3	Jatkotutkimus ja kehittämisaiheet	36
	LÄHTEET	39
	LIITE 1: WHOQOL-BREF KYSELYLOMAKE	43
	LIITE 2: TIETOSUOJASELOSTE.....	50
	LIITE 3: SAATEKIRJE.....	53

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Hyvinvointikoordinaattorin tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Jatta Soinen	
Työn nimi Työttömien työkykyarvio työterveyshuollossa: tuloksellisuus ja vaikutus itse arvioituun terveyteen ja elämänlaatuun	
Päiväys 30.5.2023	Sivumäärä/Liitteet 53/3
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Suomen Terveystalo Oy	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa tiedetään jo nyt olevan työvoimapula useilla eri aloilla ja tilanteen arvioidaan pahenevan tulevaisuudessa. Tämän vuoksi on tärkeää saada pidennettyä työuria kaikissa sen vaiheissa. Samaan aikaan maassamme on runsaasti työttömiä työnhakijoita, joiden joukossa on paljon sellaisia, jotka pystyisivät työllistymään. Haasteena onkin miten saada työ ja sen tekijä kohtaamaan. Panostamalla työttömien tukemiseen työelämään on merkittävä vaikutus henkilölle itselleen sekä yhteiskunnallisestikin ajatellen. Työttömyyden kustannukset ovat valtavat, mikä lisää tehtävän työn merkityksellisyyttä.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, ovatko työterveyshuollossa tehdyt työkyvyn arvioinnit tuloksellisia sekä millainen vaikutus niillä on tutkittavien itse arvioimaan terveyteen sekä elämänlaatuun. Tutkimukseen osallistui neljä henkilöä. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Suomen Terveystalo Oy, joka toteutti pilottina pienen Itä-Suomalaisen kunnan työttömien työkykyarviot.</p> <p>Tutkimus tehtiin monimenetelmäisesti. Kvantitatiivisesti tutkittiin itse arvioitua terveyttä ja elämänlaatua Maailman terveysjärjestön (WHO) WHOQOL-Bref kyselyllä, tulokset analysointiin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Kvalitatiivisen aineiston keräämiseen käytettiin edellä mainitun kyselyn ohella strukturoitua haastattelua, joiden avulla selvitettiin työkykyarvioiden toteutumista sekä itsearvioitua terveyttä. Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksessa ilmeni, että työttömien työkyvyn arviointien tekeminen oli melko haasteellista. Tutkimuksen mukaan työkyvyn arvioinnit eivät olleet tuloksellisia, koska arviointien lopputulos ei ollut tutkittavien toivoman mukainen. Tähän ovat olleet vaikuttamassa useat eri asiat, joista isoimpana tekijänä ovat olleet tutkittavat itse. Tutkimuksen tuloksena oli myös, etteivät tutkittavat kokeneet työkyvyn arvioinneilla olleen vaikutusta heidän itse arvioimaan terveyteen tai elämänlaatuun.</p> <p>Yhteenvetona voidaan todeta, että työkyvyn arviointiprosessia tulisi kehittää. Kehittämissuosituksena voidaan esittää työkyvyn arvioinnin monialaisen ja -ammattillisen prosessin luomista työkyvyn arvioinnin tuloksellisuuden parantamiseksi.</p>	
Avainsanat pitkäaikaistyötön, työkyvyn arviointi, koettu työkyky, koettu terveys	

Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme of Health and Welfare Coordinator	
Author(s) Jatta Soinen	
Title of Thesis Work ability assessment of unemployed persons in occupational health care: performance and impact on self-assessed health and quality of life	
Date 30 May 2023	Pages/Appendices 53/3
Client Organisation /Partners Suomen Terveystalo Ltd	
<p>Abstract</p> <p>Finland is already experiencing a shortage of labour in many different sectors and the situation is expected to worsen in the future. There fore, it is important to extend careers at all stages. At the same time, there are many unemployed jobseekers in our country. Among them there are many who would be able to find employment. It is a challenge how to bring the work oppurtunities and jobseekers together. When we invest in support for the unemployed, it has a significant impact for individuals and for society. The costs of unemployment are enormous, which makes the work to be done even more significant.</p> <p>The objective of the thesis was to find out if these work ability assessments done in the occupational health care are successful and what kind of effect they have on the health and quality of life for the persons who were involved with the study. Four people participated in this thesis study. This thesis was commissioned by Terveystalo Finland Ltd who performed the work ability assessments of the unemployed who live in a small community in Eastern Finland as a small-scale preliminary study.</p> <p>The study was conducted using multiple methods. By quantitative method, it was examined the persons self-assessed health and quality of life with World Health Organizations (WHO) WHOQOL-Bref survey. The data was analysed using deductive content analysis. In addition to the above-mentioned survey, structured interviews were used to collect qualitative data, which were used to examine the realisation of work ability assessments and self-assessed health. The qualitative data was analysed using inductive content analysis.</p> <p>The study revealed that assessing the work ability of unemployed people was quite challenging. According to the study, the work ability assessments were not successful because the result of the assessments was not such as desired by the research subjects. This has been influenced by several different things, the biggest factor of which has been the research subjects themselves. As a result of the study, the participants also felt that the work ability assessments had no effect on their self-assessed health or quality of life.</p> <p>In conclusion the work ability assessment process should be developed. A development idea can be proposed to create a multidisciplinary and multiprofessional process for assessing work ability in order to improve the effectiveness of work ability assessment.</p>	
<p>Keywords</p> <p>long-term unemployed, work ability assessment, perceived work ability, perceived health</p>	

1 JOHDANTO

Työ- ja elinkeinoministeriön työllisyyskatsauksen mukaan helmikuussa 2022 maassamme oli 265 600 työtöntä työnhakijaa. Vaikka vuotta aiemmin vastaava luku oli 60 000 enemmän oli katsauksen mukaan helmikuussa 2022 vuoden takaisen verrattuna 7 700 henkilöä enemmän yli vuoden yhtäjaksoisesti pitkäaikaistyöttömänä olleita. Tämä tarkoittaa yhteensä noin 103 800 henkilöä. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2022). Tilastokeskuksen vuonna 2015 tekemän väestöennusteen mukaan työikäisten määrä näyttäisi vähenevän 75 000 henkilöllä vuoteen 2030 mennessä. Tämä tarkoittaa, että työikäisten osuus Suomen väestössä vähenee 64 prosentista 59 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Tämän vähenemän myötä omavaraisennusteen mukaan työikäisen väestön määrä tulee väheneään tuohon mennessä jopa 300 000 henkilöllä. Omavaraisennuste kuvaa tilannetta, jossa ei ole ollenkaan maahan- ja maastamuuttoja, vaan väestön määrään ja ikäranteeseen vaikuttavat ainoastaan kuolleisuus ja syntyvyys. (Tilastokeskus 2022).

Vaikka työllisyys on kehittynyt positiivisesti ja työttömyys on laskenut, jää Suomi kuitenkin pohjoismaisessa työllisyysvertailussa viimeiselle sijalle työllisyysasteen ollessa meillä tällä 72.4 prosenttia. Tämän vuoksi Marinin hallituksen hallitusohjelman tavoitteena on nostaa työllisyysaste 75 prosenttiin. Työelämän tasa-arvon, kehittämisen sekä osaamisen edistämisen ohella hallituksen työllisyysasetavoitteen saavuttaminen edellyttää, että vaikeasti työllistyviä, kuten osatyökykyisiä, ikääntyviä ja maahanmuuttajataustaisia henkilöitä, saadaan nykyistä enemmän osallistumaan työmarkkinoille. Näiden ryhmien työllistämiseksi on pyrittävä aktiivisesti ja ennakkoluulottomastikin löytämään uudenlaisia keinoja. Tarkoituksena on myös saada pidennettyä työuria niiden alusta ja keskeltä eikä pelkästään loppupuolelta. (Valtioneuvosto 2019).

Tavoitteeseen pääseminen ei ole helppoa työvoiman saatavuuden ja yritysten rekrytointihaasteiden vuoksi missään päin Suomea (Valtioneuvosto 2019). Asetettuihin tavoitteisiin pääseminen edellyttää työttömien työ- ja toimintakyvyn arviointia työttömyyden eri vaiheissa. Arvioinnissa on tärkeää tunnistaa erityisesti syrjäytymisriskissä olevat ja ohjata heidät tarvittavien terveyspalveluiden piiriin ei pelkästään sairauksien tunnistamiseksi ja hoitamiseksi tai työ- ja toimintakyvyn arvioimiseksi, vaan myös erilaisiin kuntoutuksiin ohjaamiseksi ja jäljellä olevan työkyvyn tai työkyvyttömyyden toteamiseksi. Nämä toimet tehdään usein kuntien terveydenhuollossa, mutta työterveyshuollon ammattilaisten työterveyden osaamisen hyödyntäminen voisi olla hyödyllistä tehtyjen työkyvyn suunnitelmien toteutumisen takaamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Työttömien työkyky on heikompi ja terveydentila huonompi kuin työllisillä ja huononee lisää työttömyyden pitkittyessä. Hult, Saaranen ja Pietilä myös toteavat tutkimuksessaan, että huonolla terveydentilalla on iso merkitys päättymiseen pois työmarkkinoilta, kuten se myös vaikeuttaa uudelleen työllistymistä. Pitkäaikaistyöttömillä on todettu olevan erilaisia sairauksia sekä muita, kuten mielen-terveyden ja päihteiden käytön ongelmia, jotka huonontavat elämänhallintaa. Tutkimuksessa myös todettiin työttömyyden passivoivan henkilöitä ja aiheuttavan heille ajanhallinnan ongelmia sekä aikaansaamattomuutta. Tämän vuoksi työttömät tarvitsevat monialaista työ- ja toimintakyvyn arviointia sekä tukea näiden ylläpitämiseen. (Wikström, Anttila, Savinainen, Kouvonen & Joensuu 2020, 327 ja Hult, Saaranen & Pietilä 2016, 114).

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan työterveyshuollossa tehtävien työttömien työkykyarvioiden tuloksellisuutta ja vaikutuksia työttömien elämänlaatuun ja itsearvioituun terveyteen. Opinnäytetyön avulla kartoitetaan työterveyshuollon ammattilaisten tekemien työttömien työkyvyn arvioiden pohjalta tehtyjen työkykyä tukevien toimien toteutumista sekä työkykyarvioiden vaikutuksia prosessissa mukana olleiden elämänlaatuun ja itse arvioituun terveyteen. Opinnäytetyön avulla saadaan tietoa pilottina tehtävästä työttömien työkykyarvioprosessista Suomen Terveystalossa. Tutkimuksen avulla voidaan myös kehittää prosessia sekä mahdollisesti tehdä siitä jatkossa pysyvä toimintatapa organisaatiossa. Opinnäytetyön avulla pystytään myös laajentamaan osaamista työelämän ulkopuolella olevien työkykyarvioinnissa ja ymmärtämään millaisiin asioihin on kiinnitettävä huomiota arviointia tehdessä.

2 TYÖTTÖMIEN TYÖKYKY JA SEN ARVIOINTI

2.1 Työttömien terveys

Keskimäärin työikäisten suomalaisten on todettu voivan melko hyvin, kuitenkin hyvinvointi ei jakaudu tasaisesti ja työttömillä tiedetäänkin olevan enemmän ongelmia terveydentilassa kuin työssä käyvillä. Työttömyys voi pahentaa jo olemassa olevia terveydellisiä ongelmia tai se voi olla aiheuttamassa uusien ilmaantumista. Toisaalta olemassa olevat terveyden ongelmat voivat osaltaan olla syynä työttömyyteen. Terveemmät todennäköisesti myös tulevat työllistymään sairaampia helpommin. Pitkään jatkuessaan työttömyyden tiedetään syrjäyttävän ihmisiä työvoimasta jopa pysyvästi ja samalla työttömyyden on todettu heikentävän heidän työ- ja toimintakykyään. (Saikku, Kestilä & Karvonen 2014, 119; Kerätär & Oivo 2018, 19.)

Työkyky käsitteenä pitää sisällään monia eri asioita. Keskeisimpänä tekijänä työkykyä arvioidessa on terveys, mutta tärkeässä osassa ovat myös koulutus, ammatillinen osaaminen ja kertynyt työura. Useiden tutkimusten mukaan työttömien terveys arvioidaan huonoksi, jonka voi päätellä heikentävän työkykyä. Arvioidaan myös, että terveyteen liittyvät valinnat työttömillä selittävät osaltaan alentunutta fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Samoin pitkittyneellä työttömyydellä on oma vaikutuksensa työkykyyn. Työttömien itsearvioiman hyvän terveyden uskotaan olevan tärkein koettuun hyvään työkykyyn vaikuttava tekijä. (Nurmela 2021, 55–58.)

Terveydentilansa huonoimmaksi kokevat henkilöt kuuluvat useimmiten pienituloisimpiin tuloluokkiin ja hyväksi puolestaan suurituloisimmissa tuloluokissa olevat. Tuloluokittain tarkasteluna erot sairastavuudessa ovat kasvaneet viime vuosien aikana. Alimman tuloluokan osalta suhteellisen sairastavuuden on todettu lisääntyneen, kun kaikissa muissa tuloluokissa sairastavuus on vähentynyt. Koko maassa alueittain arvioituna on Itä-Suomen läänissä todettu olevan vähiten henkilöitä, jotka kokevat terveytensä hyväksi. (Klavus 2010, 30.)

Mielenterveysongelmat, kuten ahdistuneisuus, stressi sekä psykosomaattiset oireet nähdään Suomessa yhtenä keskeisimpänä työttömien terveysongelmana. Useiden tutkimusten mukaan työttömyys vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen. Työttömillä onkin todettu olevan lähes kaksi kertaa enemmän huomattavia masennuksen oireita kuin työssäkäyvillä. Tanskasta, Ruotsista ja Suomesta saatavien tietojen mukaan pitkäaikaistyöttömien miesten kuolleisuuden arvioidaan olevan selkeästi korkeammalla tasolla kuin työssäkäyvien miesten. Vaikka tiedetään, että työttömyys aiheuttaa ongelmia on myös havaittu, että työttömyys yleensä kohtaa henkilöitä, joilla on jo ennestään erilaisia ongelmia. (Björklund & Eriksson 1998, 231–233.) Pitkittyneen työttömyyden on todettu vaikuttavan mielenterveyteen, mutta myös työttömäksi joutumisella tiedetään olevan negatiivinen vaikutus henkilön psyykkiseen hyvinvointiin. Tällöin taloudellisen tilanteen heikentymisestä aiheutuu kuormittamista ja työttömäksi joutuminen usein huonontaa henkilön itsetuntoa. (Kauppinen, Saikku & Kokko 2010, 235.)

Alkoholismien on myös todettu olevan yhtenä syynä työttömyyteen. Vaikka työttömillä tiedetään olevan suurentunut riski alkoholin väärinkäytölle ja sen vuoksi sairaalahoitoon joutumiselle, on työttömyyden vaikutuksista alkoholismiin olemassa vain vähän tietoa. Alkoholin käytön ja humalahakuisen

juomisen riskin on todettu kasvavan jo ensimmäisenä työttömyysvuotena, mikä nostaa alkoholiriippuvuuden syntymisen todennäköisyyttä. (Hult 2014, 12.) Humalahakuista juomista on todettu enemmän työttömillä kuin työssä käyvillä, jonka huonontava vaikutus terveydentilaan on kiistaton (Hemmingsson, Kjellberg, Leijon, Lundin & Punnett 2016, 200).

Niin työttömät kuin työssä käyvät sairastavat pitkäaikaissairauksia, työttömät kuitenkin työssä käyviä useammin (Klavus 2010, 30 ja 41). Isolla osalla, jopa 60 prosentilla työkäisestä yli 30- vuotiaasta väestöstä on todettu kohonneet veren kolesteroliarvot. Verenpainetaudin tiedetään olevan edelleen yleinen Suomessa. Noin 50 prosentilla työkäisistä on verenpainelääkitys tai todettu koholla oleva verenpaine. Sepelvaltimotautia tiedetään sairastavan 14 prosenttia miehistä ja 7 prosenttia naisista, jotka ovat täyttäneet 50 vuotta. Sydämen ja aivojen verenkierron sairauksien on todettu edelleen yleistyvän edellä mainitussa ikäluokassa. On myös todettu, että sydän- ja verenkiertoelinten sairauksia esiintyy useammin vähemmän koulutusta saaneen väestön keskuudessa kuin korkeasti koulutetuilla. Lisäksi heillä on sydäntautilaskurilla laskettuna isompi riski sairastua seuraavan 10 vuoden aikana. Näiden lisäksi diabetesta sairastaa tietäen tai tietämättään yli 400 000 suomalaista, mikä on noin 15 % miehistä ja 10 % naisista. Hengityselinsairaudet ovat myös merkittävä terveydellinen ongelma, mikä tarkoittaa joka kymmenennen miehen ja joka seitsemännen naisen sairastavan astmaa. Keuhkohtaumatauti on työkäisillä harvinainen sairaus, mikä kuitenkin lisääntyy iän myötä. Yli 60 -vuotiaista miehistä 6 prosentin on todettu sairastavan keuhkohtaumatautia, naisista puolet vähemmän. (Virtanen, Janlert & Hammarström 2013, 49; Borodulin, Koponen, Koskinen, Lundqvist & Sääksjärvi 2018, 56–75.)

Kaikissa ikäryhmissä ovat kuitenkin tuki- ja liikuntaelinsairaudet yleisimmin syynä toimintakyvyn vajavuuden ja hoidon tarpeen aiheuttajana, unohtamatta näiden vuoksi aiheutunutta työkyvyttömyyttä. Työttömien fyysisen terveyden arvioidaan olevan huonompi kuin työssä käyvillä. Pitkittyvä kuten myös toistuva työttömyys ovat hyvin mahdollisesti lisäämässä fyysisiä ongelmia aivan samoin kuin psyykkisiäkin. (Kauppinen ym. 2010, 235.)

Työttömyyden on todettu olevan selkeästi yhteydessä epäterveellisiin elämäntapoihin, jotka lisäävät riskiä sairastua useisiin pitkäaikaissairauksiin. Työelämästä syrjäytyneitä kohdanneen köyhyyden voidaan nähdä vaikuttavan hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Työttömien tiedetään usein syövän epäterveellisemmin ja liikkuvan vähemmän, lisäksi heillä on todettu olevan työssä käyviä runsaammin alkoholin käyttöä ja heidän on todettu myös tupakoivan enemmän. Työttömillä ei useinkaan ole huonon taloudellisen tilanteen vuoksi esimerkiksi mahdollisuutta monipuoliseen ravintoon eikä välttämättömien lääkkeidenkään hankkimiseen, vaikka heillä olisi kenties halua näihin panostaa. (Kauppinen ym 2010, 235 ja 247; Niiranen, Hakulinen, Manninen & Räsänen 2014, 5).

2.2 Työttömien elämänlaatu

Useiden eri tekijöiden tiedetään vaikuttavan ihmisten elämänlaatuun. Elämänlaadulle ei kuitenkaan ole olemassa selkeää määritelmää. Sen nähdään koostuvan kullekin merkityksellisistä ihmissuhteista

sekä fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista kuten myös elinympäristöstä ja elämänlaatua parantavista aineellisista asioista. Tiedetään myös, että elämänlaatu vaihtelee elämämme aikana, jolloin siihen ovat vaikuttamassa edellä mainittujen lisäksi useat tekijät, kuten sukupuoli, ikä, koulutus, ammatti sekä työllisyyden tilanne ja tulotaso. Myös elämänsäsenne vaikuttaa siihen, miten kukin meistä kokee oman elämänsä. (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen, 2010, 128).

Suomen hyvinvointipolitiikan tavoitteena on taata kaikille suomalaisille yhtäläinen mahdollisuus hyvään elämään ja hyvinvointiin. Tavoitteena on kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäksi myös pyrkiä vähentämään eriarvoisuutta. Tavoitteeseen pääsemiseksi on tarkoitus torjua syrjäytymistä ja köyhyyttä sekä huolehtia ympäristömme turvallisuudesta ja terveydestä. (Vaarama ym. 2010, 126).

Vuonna 2013 maamme työllisistä 87 prosenttia koki elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi mutta työttömistä vain 71 prosenttia. Lyhyen aikaa työttömänä olleista useampi (75 %) koki elämänlaatunsa hyväksi, verrattuna pitkään työttömänä olleisiin, joista vain 69 prosentin todettiin kokevan elämänlaatunsa hyväksi. Kaikkiaan voidaankin todeta, että työlliset kokevat elämänlaatunsa hyväksi kaksi kertaa useammin kuin työttömät. Työttömyyden on myös havaittu vaikuttavan työikäisillä merkittävämmiin koettuun elämänlaatuun kuin olemassa olevan koulutus- ja tulotason. (Kauppinen ym 2010, 234; Saikku ym. 2014, 128 ja 130.)

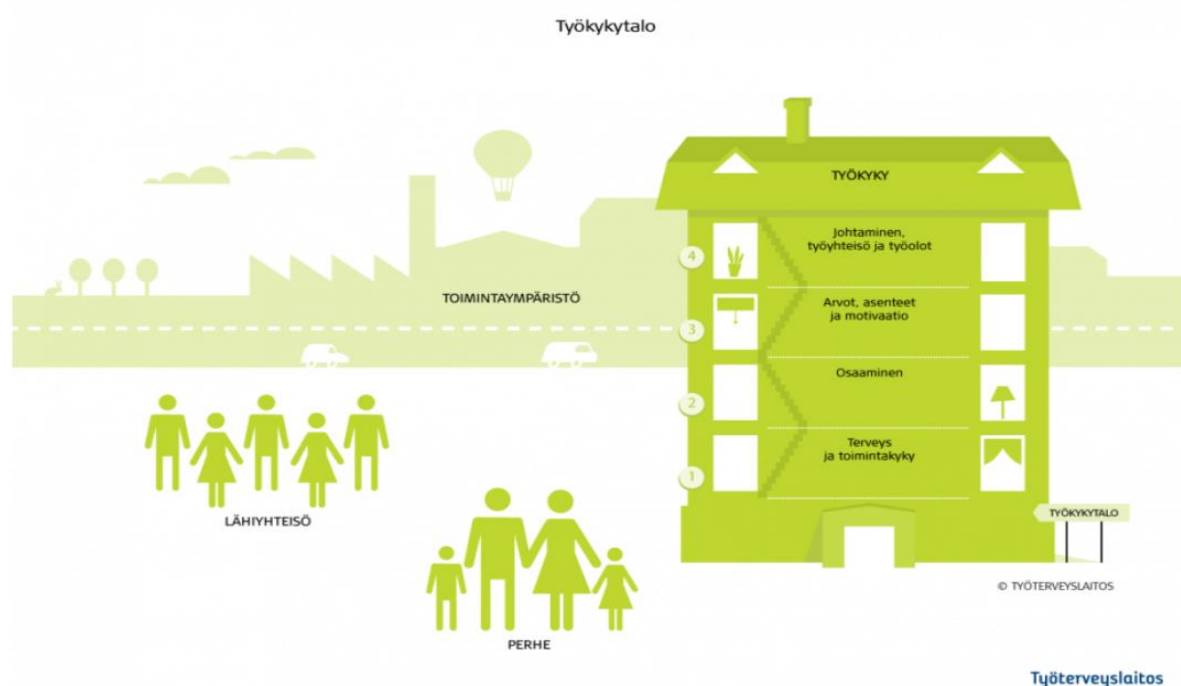
Työttömät, jotka kokevat terveytensä sekä itsetuntonsa hyväksi ja jos he ovat lisäksi tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja vapaa-aikaansa, näkevät useammin myös elämänlaatunsa hyvänä. Jos heillä on tunne näiden edellä mainittujen elementtien puuttumisesta ja epäonnistuvat mahdollisesti myös työnhaussa, on heidän kokemuksensa elämänlaadusta päinvastainen. (Hult, Pietilä, Koponen, Saaranen 2018, 375.) Tarkasteltaessa elämänlaatua neljän eri ulottuvuuden näkökulmasta on sen todettu huononevan ikääntymisen myötä niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Samaa havaintoa ei ole todettavissa sosiaalisessa tai ympäristön ulottuvuudessa (Vaarama ym. 2010, 131.)

Hult, Saaranen ja Pietilän vuonna 2016 tekemässä tutkimuksessa elämänlaadun ja elämän merkityksellisyyden kokemisen yhteydestä työttömien työkykyyn todetaan itse koetun elämänlaadun olevan tärkein tekijä hyvään työkykyyn. Vaikka tutkimuksessa mukana olleet työttömät pääasiassa kokivat elämänlaatunsa hyväksi, koki kuitenkin liki 40 prosenttia elämänlaatunsa huonoksi. (Hult, Saaranen & Pietilä 2017, 84). On myös havaittu työmarkkina- aseman vaikuttavan huomattavan paljon henkilöiden fyysiseen ja myös psyykkiseen elämänlaatuun. Työttömien riski yleiseen huonoon elämänlaatuun nähtiin olevan yli kaksinkertainen työssä käyviin verrattuna ja vain vähän pienempi psyykkisen elämänlaadun huononemiseen. Tätä selittänee työttömien mahdollisuuksien kaventuminen, heidän monella tapaa yhteiskunnallisen alisteisen asemansa vuoksi. (Vaarama ym. 2010, 135).

2.3 Työttömien työkyky

Työkyky koostuu monesta eri tekijästä ja sitä voidaan kuvata eri tavoin, kuten esimerkiksi Työterveyslaitoksen neljän kerroksen työkykytalon mallin (kuva 1) mukaisesti. Siinä työkyvyn perustana ovat terveys ja toimintakyky, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta toimintaky-

vystä. Seuraavan kerroksen taloon luo osaaminen ja kolmannessa kerroksessa puolestaan ovat arvot, asenteet ja motivaatio. Ylimmän kerroksen taloon tekevät johtaminen, työyhteisö sekä työolot. Taloa ympäröivät perhe, lähiyhteisö sekä toimintaympäristö vaikuttavat työkykyyn talon ulkopuolelta. Ensimmäiset kolme kerrosta kuvaavat henkilön itsensä voimavaroja ja ylin kerros varsinaista työtä. Jotta talo pysyisi pystyssä tulee perustan olla kunnossa ja eri kerrosten välillä vallita tasapaino, jo yhdenkin osa-alueen muutos vaikuttaa henkilön työkykyyn. (Työterveyslaitos.)



KUVA 1. Työkykytalo (Työterveyslaitos)

On tunnistettu, että hyvää ja huonoa työkykyä määrittävät erilaiset tekijät. Heikon työkyvyn omaavilla henkilöillä tiedetään olevan huonoa työkykyä ennustavia ongelmia, kuten ammattitaidon tai koulutuksen puutetta ja näiden lisäksi heillä on usein myös taloudellisia vaikeuksia. Lisäksi on todettu, että yli 45 vuoden ikä sekä pitkäaikaistyöttömyys vaikuttavat merkittävästi työkykyyn. (Hult ym. 2017, 80–82; Näsi, Perkiö & Kokkinen 2021, 113.)

Työttömien työkykyä on kuitenkin tutkittu melko vähän. Hultin ja kumppaneiden tekemässä tutkimuksessa tarkastellaan yhteyttä työttömien kokeman elämänlaadun ja elämän merkityksellisyyden välillä. Tutkimuksen mukaan iso osa tutkimuksessa mukana olleista (63 %) koki elämänlaatunsa hyväksi ja vain alle puolet (48 %) elämänsä merkitykselliseksi. Tyytyväisyyttä koettiin yleensä päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä, kuten myös koettiin olevan riittävästi voimavaroja arjen elämää varten. Tyytymättömyyttä puolestaan ilmeni tutkimuksen mukaan rahan riittämiseen ja omaan terveyteen. (Hult ym. 2017, 80–82.)

Hyväksi koettu elämänlaatu nousee työttömien tärkeimmäksi hyvän työkyvyn kokemuksen tuomaksi tekijäksi kuten myös lyhyeksi jäävä työttömyys sekä kokemus oman elämän merkityksellisyydestä. Kun nämä edellä mainitut asiat toteutuvat, uskotaan sen turvaavan henkilön psyykkistä hyvinvointia työttömyyden aikana. Työkykyä ylläpitävinä ja työllistymisen valmiuksia parantavina tekijöinä nähdään koulutustason lisääminen työttömyyden aikana, kuten myös työn kaltainen vaivannäköä vaativa tekeminen. Mielekkään toiminnan löytämisellä pystytään tukemaan työttömien työkykyä ja osamista sekä parantamaan työllistymisen mahdollisuuksia. (Hult ym. 2017, 86; Koskinen ym. 2021).

Työttömyys nähdään poikkeavuutena henkilön sosiaalisessa roolissa. Etenkin pitkään jatkuessa työttömyys koetaan sosiaalisesti negatiivisävytteisesti leimaavaksi verrattuna esimerkiksi eläkkeellä olemiseen. Nurmelan tekemässä tutkimuksessa todettiin alkoholiperäisiä häiriöitä tai masennusta sairastavien työttömien työkyvyn huomiointi riittämättömäksi. Lisäksi havaittiin, että mikäli terveydenhuollossa tunnistetaan työttömillä alkoholin aiheuttamia häiriöitä, jää työkyvyn arviointi tällöin todennäköisesti tekemättä. Miehet, joilla tunnistettiin alkoholin väärinkäyttöä, olivat useimmiten yksinäisiä alle 50-vuotiaita, jotka lisäksi olivat usein ammattitaidottomia ruumiillisen työn tekijöitä. He olivat yleensä olleet vuosia työttöminä ja usein he olivat myös kärsineet oppimisvaikeuksista koulussa ollessaan. Naiset, joilla oli havaittavissa alkoholin väärinkäyttöä, olivat yleisimmin alle 40-vuotiaita naimisissa olevia, lisäksi useilla heillä oli myös ollut oppimisvaikeuksia koulussa ollessaan. (Nurmela 2021, 87–88.)

Itsearvioidun huonon työkyvyn on todettu lisäävän pitkäaikaissairauspoissaoloja ja ennustavan syrjäytymistä työmarkkinoilta tulevaisuudessa. Lisäksi itsearvioitu huono työkyky näyttää myös osoittavan riskiä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen ennen aikaisesti. (Hemmingsson ym. 2016, s.199–202; Bethge, Köhn, Spanier & Schlumbohm 2018, 495.) Tähän tulokseen on tultu Saksassa vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin sairauspoissaoloetuksia saaneiden henkilöiden työkykyindeksi-kyselyn koettua työkykyä sairauspoissaolojen, kuntoutustoimenpiteiden, työttömyysetuuksien sekä työkyvyttömyyseläkkeiden ennustamisessa. Henkilöillä, joilla oli huonot ja kohdalliset pisteet kyselyssä, todettiin muun muassa todennäköisemmin osallistuvan kuntouttaviin toimiin ja omaavan kohonneen riskin päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Huonot pisteet ennustivat myös mahdollisia pitkäaikaisia sairauspoissaoloetuksia aiheuttavia sairauspoissaoloja sekä isompaa todennäköisyyttä pidempiin työttömyysetuusjaksoihin. (Bethge ym. 2018, 501–502.)

Myös Ruotsissa työväestölle tehdyssä seitsemänvuotisessa seurantatutkimuksessa todettiin niiden, jotka arvioivat jo alkutilanteessa, etteivät ole riittävän terveitä työskennelläkseen nykyisessä työssään kahden vuoden kuluttua, päätyvän toistuvampiin pitkäaikaisiin sairauspoissaoloihin sekä eläköityvän ennen aikaisesti työkyvyttömyyseläkkeelle kuin niiden henkilöiden, jotka arvioivat työkykynsä paremmaksi. Tutkimuksessa havaittiin myös jonkin verran eroja työkyvyn kokemisessa muun muassa sukupuolen, iän ja ammattiaseman mukaan. Useammin todettiin naisten, etenkin nuorempien, jotka lisäksi tekivät fyysisesti ja psykososiaalisesti kuormittavaa suorittavaa työtä arvioivan työkykynsä huonoksi. He myös keskimäärin kokivat terveytensä huonommaksi. Kuitenkin koetun työkyvyn ja havaittujen tulosten välillä oli selkeämmin yhteyttä keski-ikäisillä työntekijöillä verrattuna nuorempiin, miehillä enemmän kuin naisilla sekä johtavassa asemassa olevilla verrattuna tuottavaa työtä

tekeviin työntekijöihin. (Hemmingsson ym. 2016, 199–202.) Molempien edellä mainittujen tutkimusten havainnot siitä, että itse arvioidun työkyvyn mukaan pystyy terveydentilan puolesta työskentelemään nykyisessä työssään kahden vuoden kuluttua, on merkittävä ennustaja työmarkkinoilla pysymiseen. Tehty havainto on myös linjassa muiden aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. (Hemmingsson ym. 2016, 195–203; Bethge ym. 2018, 501-502.)

2.4 Työkyvyn arviointi

Sosiaali- ja terveysministeriön kirjelmä 19.8.2013 ottaa kantaa työttömien terveydenhuollon järjestämiseen. Siinä muun muassa ohjeistetaan kuntia toteuttamaan työttömien ennaltaehkäiseviä palveluita terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisesti. Tämä tarkoittaa muun muassa työ- ja toimintakyvyn arviointien toteuttamista moniammatillisessa yhteistyössä. Kuntien kansanterveydellisenä tehtävänä on väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen. Lisäksi tehtävillä toimilla tulee pyrkiä sosiaalisen turvallisuuden lisäämiseen ja näiden lisäksi tavoitteena on kaventaa kansalaisten terveyseroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Hult ym. 2018)

Hyvän terveyden tiedetään tukevan työkykyä ja lisäävän mahdollisuuksia työllistymiseen. Työttömien riski syrjäytyä työmarkkinoilta on kasvanut jo kahden työttömyysvuoden jälkeen, jos tätä ennen ei ole tunnistettu heidän tarvettaan terveyttä ja työkykyä palauttaville palveluille. Tämän vuoksi niin yksilön kuin myös yhteiskunnan kannalta olisi työ- ja toimintakyvyn arviointi kannattavaa jo varhaisessa vaiheessa työttömyyttä, jolloin kyettäisiin tunnistamaan syrjäytymisen riskissä olevat työttömät ja ohjaamaan heidät tarvittavien terveyspalveluiden piiriin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Hult ym. 2018, x; Wikström, Anttila, Savinainen, Kouvonen & Joensuu 2020, 327.)

Työttömille tehtävien terveystarkastuksien selkeänä tavoitteena tulisi olla terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn arviointi sekä näiden ylläpitäminen, joita tarpeen mukaan tulisi myös edistää esimerkiksi sopivan kuntoutuksen avulla. Tarkastusten yhteydessä on tarkoitus ottaa kantaa jäljellä olevaan työkykyyn ja tarvittaessa myös osoittaa todettu työkyvyttömyys. Tavoitteena on myös tukea tarkastettavaa löytämään oma väylä mahdolliseen koulutukseen ja työllistymiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Wikström ym. 2020, 327.)

Perusterveydenhuollon lisäksi työ- ja elinkeinohallinto eli TE-toimisto sekä Kela ovat viranomaistahoja, joiden velvollisuus on tehdä yhteistyötä tukeakseen työttömien työkykyä ja terveyttä. Tehtävällä monitahoisella yhteistyöllä on tarkoituksena löytää ratkaisu tukemaan kunkin työttömän työ- ja toimintakykyä. Tämän jälkeen TE-toimisto ottaa tehtäväkseen löytää työttömälle tämän terveydentila huomioiva työ, johon tällä on mahdollisuus työllistyä. Kelan tehtävänä on omalta osaltaan tilanteen arviointi kuntoutuksien ja etuuksien näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Työllistymistä edistävänä toimenpiteenä on muun muassa työkyvyn edistäminen ja tukeminen, jossa työttömän kokonaistilanteen hallinnassa terveyspalveluilla on iso merkitys. Vuonna 2015 alkaneella kolmevuotisella sosiaali- ja terveysministeriön sekä Euroopan sosiaalirahaston rahoittamalla Polkuja työelämään (TEMPO) -hankkeella pyrittiin kehittämään ja vakiinnuttamaan toimivia malleja osatyökykyisen työnhakijan tukemiseksi. Kirkkonummella, joka oli yksi hankkeessa mukana olleista kunnista, luotiin osatyökykyisille sekä nuorille työelämään pyrkiville työttömille palveluohjausmalli, jonka

avulla he ohjautuvat terveystarkastuksiin, työkykyarvioihin ja muihin tarvittaviin palveluihin. Hankkeessa todettiin varsinkin pitkäaikaistyöttömillä olevan monenlaisia ongelmia terveydessä sekä elämänhallinnassa. Tämän vuoksi jo työttömyyden varhaisessa vaiheessa tehdyt terveystarkastukset sekä työkykyarviot olisivat kannattavia niin yksilön kuin yhteiskunnankin kannalta. Työttömäksi jäävä varsinkin osatyökykyinen tulisi työterveyshuollosta ohjata suoraan terveyskeskukseen terveystarkastukseen. (Vehmas, Railio, Viukari, Mäkelä-Pusa & Anttinen 2017, 44–50.)

Hankkeen aikana nähtiin tarpeelliseksi panostaa työttömien ohjautumista terveystarkastuksiin lisäämällä terveys- ja sosiaalipalveluiden ammattialaisten tietoisuutta näistä palveluista ja tehostamalla ammattilaisten toimesta tapahtuvaa työttömien ohjaamista kunnan järjestämiin terveystarkastuksiin sekä varmistamalla tarkastusten toteutuminen kunnassa. Lisäksi todettiin, että työttömien terveystarkastuksilla tulisi olla selkeä päämäärä, joka olisi kirjattuna jo hyvin tehtyyn lähetteeseen. Tarkoituksena on motivoida tarkastettavaa löytämään oma polkunsä työllistymiseen tai koulutukseen, minkä vuoksi tarkastuksen tekijällä olisi myös oltava ymmärrys tarkastettavan omista suunnitelmista ja motivaatiosta. Ammattilaisen vastuu on pyrkiä vaikuttamaan positiivisesti tarkastettavan motivaation syntymiseen, varsinkin silloin, jos sitä ei ole. Tarkastukset tulisi tehdä moniammatillisesti, jolloin tarkastettavan työkykytilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti esimerkiksi kunnan kuntoutusryhmän yhteistyöllä. Lisäksi tarkastettavalla olisi oltava yhdyshenkilö esimerkiksi työkykykoordinaattori tukemaan tarkastettavaa suunnitellulla polulla etenemisessä. Hankkeessa myös arvioitiin kannattavaksi järjestää työttömyyden alkuvaiheessa ennaltaehkäiseviä ja aktivoivia ryhmämuotoisia kuntoutustoimenpiteitä. (Vehmas ym. 2017, 44–50.)

2.4.1 Työkyvyn arvioinnin järjestäminen

Työttömien tiedetään käyttävän työssä käyviin verrattuna vähemmän terveyspalveluita. Tämän on usein todettu johtuvan heidän heikosta taloudellisesta tilanteestaan kuten myös siitä, etteivät he yleensä vaadi hoitoa tai palveluita itselleen. Ongelmana on myös, ettei työttömien terveyden ongelmia tunneta tarpeeksi hyvin. Tämän takia heidän sairauksiansa ei useinkaan tunnisteta tai hoideta riittävästi, jolloin heidän työkykynsä alenee terveyden huononemisen seurauksena ja lopulta työkyky voi olla myös menetetty kokonaan. (Hult 2014, 15.)

Työttömien terveyspalveluiden kehittäminen sekä työkyvyn arviointi tiedetään olevan tärkeässä roolissa, kun tavoitteena on työurien pidentäminen. Työ- ja toimintakyvyn arviointia tarvitaan myös tilanteissa, kun halutaan esimerkiksi selvittää kuntoutustarvetta, laatia kuntoutussuunnitelmaa tai seurata tehdyn suunnitelman toteutumista. Työ- ja toimintakyvyn arviointia voidaan hyödyntää suunniteltaessa myös toiminta- ja työkykyä ylläpitävää toimintaa. (Kerätär 2016, 38).

Työttömät tulee ohjata terveystarkastukseen työ- ja toimintakyvyn arvioimiseksi viimeistään silloin kun työttömyyden kesto on ollut yhtäjaksoisesti kolme kuukautta. Kuitenkin tarve arviointiin tulee kartoittaa kunkin kohdalla työ- ja elinkeinotoimistossa (TE- toimisto) henkilön ensimmäisessä haas-

tattelussa työnhakijana, jolloin henkilö tulee tarpeen mukaan ohjata terveystarkastukseen sekä lääkärin vastaanotolle saadakseen lääkärin tekemän lausunnon työkyvystään. (Vuokko, Juvonen-Posti & Kaukiainen 2016, 3.)

Perinteisesti työkykyä arvioidessa on tarkasteltu yksinomaan yksilön fyysistä suorituskykyä. Parhaimmillaan työkykyä arvioidaan hyödyntämällä sekä subjektiivisia että objektiivisia menetelmiä ja yhdistämällä henkilön oma käsitys työkyvystään tehtyyn asiantuntija-arvioon. Työkykyä arvioidessa tulee myös verrata henkilön toimintakykyä työhön ja työympäristöön, missä hän on aiemmin toiminut tai missä hän ammattitaitonsa tai koulutuksensa mukaan tulisi oletetusti toimimaan. Työkyvyn ollessa moniulotteinen sekä samalla myös yksilöllinen on yleensä yhteistyössä tehtävä moniammatillinen sekä monialainen arviointi hyödyllisin. On myös mahdollista, ettei työtön välttämättä ole koskaan ollut työsuhteessa tai hänen edellisestä työsuhteestaan on kulunut enemmän aikaa. Tällöin hänellä itsellään ei kenties ole omasta työkyvystään realistista käsitystä. Pitkäaikaistyöttömille kasaantuu usein työn puutteen lisäksi muitakin ongelmia, tavallisimmin heidän taloudellinen tilanteensa on heikko ja asuinolonsa ovat puutteellisen, näiden lisäksi heillä on usein erilaisia ja todennäköisesti haasteellisiakin terveysongelmia. (Kerätär 2016, 38.)

2.4.2 Työkyvyn arviointi työterveyshuollossa

Työttömien terveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla, mutta työterveyden osaaminen on työterveyshuolloissa. Valtioneuvoston asetuksessa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista 7§ määrittellään, että työterveyshuollossa terveystarkastuksia täytyy järjestää muun muassa terveydentilan, työkyvyn tai työhön liittyvien sairauksien sitä edellyttäessä. Kartoittamalla henkilön terveydentilaa ja työkykyä arvioidaan tämän mahdollisuuksia työssä selviytymiseen. Samalla selvitetään henkilön terveydellisiä edellytyksiä työllistymiselle ja laaditaan suunnitelma, jonka avulla pyritään olemassa olevan terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseen sekä ohjataan tarkastettava tarpeellisten jatko-toimien piiriin. Terveystarkastusta tehtäessä kiinnitetään erityisesti huomiota työn ja terveyden väliseen yhteyteen, joka on työterveyshuollon ammattilaisille luontaista toimintaa. Työterveyshuollon ammattitaidon hyödyntäminen useammin olisi työttömän työn ja terveyden välisen yhteyden arvioinnissa hyödyllistä ja mahdollisesti myös tuloksellista. (Valtioneuvosto 2013.)

Kerätär (2016) toteaa tutkimuksessaan työkyvyn huononevan merkittävästi suurimmalla osalla työttömyyden pitkittyessä ja näkee isoimpana tekijänä työkyvyn heikentymiseen erilaiset mielenterveydelliset ongelmat kuten ahdistuneisuuden ja erilaiset pelkotilat. Perinteiset työkyvyn arvioinnin menetelmät eivät kovinkaan hyvin tunnista näitä ongelmia. (Kerätär 2016, 8.) Työkykyä määriteltäessä on myös toimintakyvyn selvittäminen tärkeässä osassa. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleisesti ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä niin kotona, työssä kuin vapaa-aikana. (Lappalainen 2017, 8). Tutkimuksen mukaan hyödyntämällä monialaista yhteistyötä pystyttäisiin saamaan kattavampaa tietoa tutkittavan työ- ja toimintakyvystä. Tämän kaltaista yhteistyötä tulisi-kin hyödyntää nykyistä enemmän. Työkyvyn arvioinnissa olisi tuloksellista käyttää biopsykososiaalista terveystarkastusta, jonka tarkoituksena on sairausnäkökulman lisäksi ymmärtää kyseistä yksilöä ja

pyrkii tulkitsemaan hänen toimintakykyään yhdessä hänen itsensä kanssa. Työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi työterveyshuollon tehtävänä on tarttua havaittuihin työkykyongelmiin jo varhaisessa vaiheessa. (Kerätär 2016, 8.)

Kelan työterveyshuoltotilaston mukaan vuonna 2020 työterveyshuollon piirissä oli lähes kaksi miljoonaa työntekijää mikä on 88,6 % palkansaajista, joilla usein työterveyshuollon palveluihin kuuluu myös sairaanhoitopalveluita. Työttömät työnhakijat, joita Työ- ja elinkeinoministeriön työllisyyskat-
sauksen mukaan oli elokuussa 2022 lähes 240 000 henkilöä, jäävät työterveyshuollon palveluiden ulkopuolelle perusterveydenhuollon piiriin. Työelämän ulkopuolella on myös osatyökykyisiä henkilöitä, joista noin 65 000 arvioi olevansa kykeneviä työhön ja heillä myös tiedetään olevan halua työskentelyyn. (Sarparanta 2022, 7; TEM.)

Työttömän uhkana on yhteiskunnasta syrjäytyminen, ellei tämän sairauksia ja kuntoutuksen tarvetta tunnisteta. Työkykyongelmaisen työkykyä tukisi kokonaisvaltainen neuvontapalvelu, jossa terveyspalvelut ovat tärkeässä roolissa. Tämän vuoksi perusterveydenhuollon lisäksi myös ennaltaehkäisevät palvelut olisi taattava työttömillekin. Lisäksi työvoimatoimistojen ja terveyspalveluiden välinen saumaton yhteistyö olisi tärkeää etenkin niille, jotka ovat kokevat työkykynsä heikoksi tai heillä on lisäksi useita erilaisia terveydellisiä tai sosiaalisia ongelmia. (Lappalainen, Manninen & Räsänen 2017; Wikström, Anttila, Savinainen, Kouvonen & Joensuu 2020, 327.)

Useinkaan henkilöillä ei ole tietoa millaisia palveluita on olemassa tai miten niihin pääsee. Lisäksi palvelut saattavat olla hajallaan. Parhaimmassa tilanteessa yhteyshenkilö, esimerkiksi työkykykoordinaattori ohjaisi henkilön moniammatillisesti toteutettavaan työkykytilanteen tarkasteluun, jossa työtön tutkittaisiin kokonaisuutena sen sijaan, että keskityttäisiin vain yhteen osa-alueeseen kerrallaan. (Vehmas ym. 2017, 44–50; Näsi ym. 2021, 113.)

2.5 Työkyvyn arviointien tuloksellisuus

Tuloksellisuus ei ole ilmiönä tai käsitteenä yksiselitteinen. Ei myöskään ole itsestään selvää, miten tuloksellisuus muodostuu tai miten sitä olisi hyvä arvioida. Käsitteenä tuloksellisuus määritellään erilaisissa toimintaympäristöissä eri tavoilla. (Autero 2012, 40.) Tuloksellisuuden käsitteellä tarkoitetaan, miten hyvin tietyllä aikavälillä ja voimavaroilla resurssit käytetään tavoitteisiin pyrkimiseksi. Pyrkimysten tuloksena odotetaan kyseiseltä toiminnalta tietynlaista odotettavissa olevaa aikaansaannosta. Tuloksellisella toiminnalla saavutetut tulokset ovat suoriutumisen seurausta ja suoriutumista hyvin kuvaavina tekijöinä ovat toiminnan hyötysuhde ja tehokkuus. (Simola 2001, 41–42.)

Toiminnan tuloksellisuuden voidaan tulkita tarkoittavan siinä menestymistä, onnistumista tai hyvyttä. Tulkitsemisen varaa on siinä, miten määritellään edellä mainitut menestys, onnistuminen ja hyvyys. Onnistumista mittaavina käsitteinä voidaan nähdä tehokkuus, tuottavuus tai laatu, joita pidetään tuloksellisuuden alakäsitteinä. Toiminnallisena tuloksena pidetään kyseisellä toiminnalla konkreettisesti saavutettavia operatiivisia tuloksia sekä tuotoksia (Valtiovarainministeriö 2005, 25.)

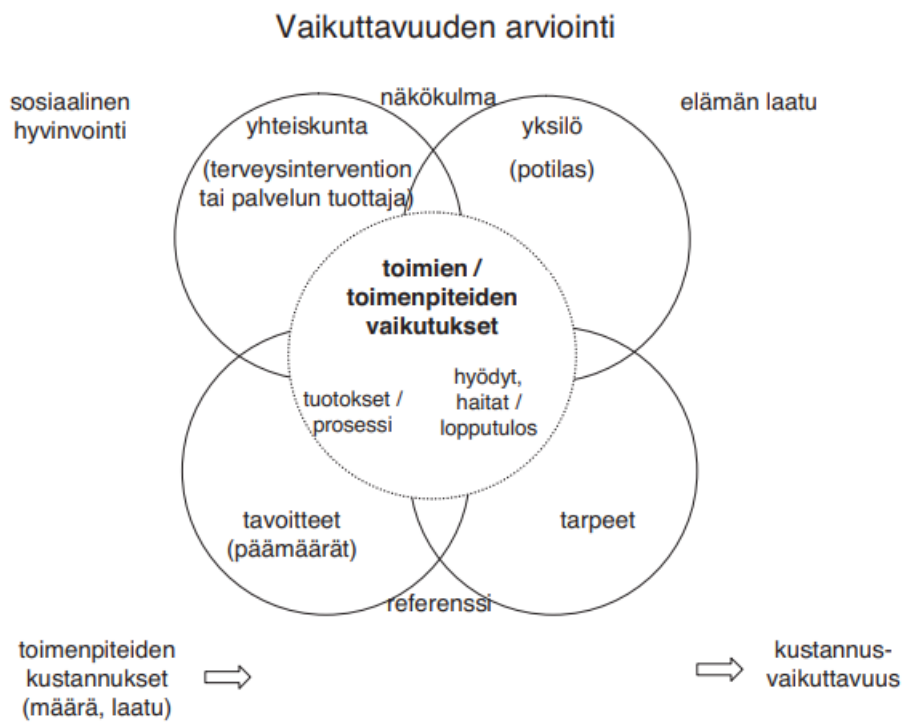
Tässä tutkimuksessa tuloksellisuuden tarkastelu on rajattu koskemaan sitä miten tehtyjen työkykyarvojen perusteella suunnitellut työkykyä tukevat toimet ovat toteutuneet ja millä tavoin kunkin itsearvioitu terveys ja hyvinvointi on muuttunut prosessin aikana.

2.6 Työkyvyn arviointien vaikutukset

Sosiaali- ja terveystalvet koetaan vaikuttavina, kun ne edistävät asiakkaiden terveyttä tai hyvinvointia tai näitä molempia yhdessä. Tällöin palveluilla on saatu aikaan vaikutuksia, jotka koetaan olevan niille asetettujen tavoitteiden mukaisia. (Miettinen, Selander & Linnosmaa 2020, 81.) Palveluilla voi olla hyvin erilaisia vaikutuksia. Savutetut vaikutukset voivat olla myönteisiä, ennakoituja tai tavoitellun mukaisia mutta ne voivat päinvastoin olla myös kielteisiä, ennakoimattomia tai tahattomia. Vaikutukset voivat myös olla yleistettävissä tai eri tavoilla paikallisia. (Dahler-Larsen 2005, 7.)

Työttömille kohdennetuista terveystalveista, kuten terveystarkastuksista ja niiden vaikutuksista yksilöiden hyvinvointiin ja sairastavuuteen on olemassa tieteellistä näyttöä kansainvälisissäkin tutkimuksissa (Lappalainen 2017, 7). On todettu, että tehdyillä interventioilla on positiivisia vaikutuksia elämäntapojen muuttumisessa terveellisemmiksi ja sen myötä on ollut havaittavissa muun muassa sydän- ja verisuonisairauksien riskin pienenemistä sekä masennuksen ja selkäkipujen vähenemistä (Niiranen, Hakulinen, Manninen & Räsänen 2014, 6). Terveystarkastusten tiedetään vaikuttavan terveyteen sekä myös terveellisempiin elämäntapoihin positiivisesti, mutta tarkastusten vaikutuksia työllistymiseen ei koeta lainkaan niin merkityksellisinä. (Lappalainen 2017, 8).

Vaikuttavuutta ja sen arviointia voidaan määritellä monin eri tavoin (kuva 2). Arvioinnin keskiössä ovat tehtyjen toimien tai toimenpiteiden vaikutukset, joita arvioidaan joko tuotosten eli prosessien tai haittojen sekä hyötyjen eli lopputuloksen kautta. Vaikutuksia voidaan arvioida myös molempia edellä mainittuja näkökulmia hyödyntäen. Arvioinnin tekemisen yhteydessä voidaan myös tarkastella tehtyä interventiota ja hoidon tavoitteita tai vaihtoehtoisesti yksilön ja yhteisön kokemia tarpeita. Tarkastelua voidaan tehdä niin palvelun tuottajan kuin potilaan näkökulmasta. (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 286–287.)



KUVA 2. Vaikuttavuuden arvioinnin malli (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 287)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää työterveyshuollossa tehtävien työttömien työkyvyn arviointien tuloksellisuutta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää tehtyjen työkyvyn arviointien vaikutuksia työttömien elämänlaatuun ja itsearvioituun terveyteen. Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella on tavoitteena kehittää työkykyarvion prosessia Terveystalossa.

Tutkimuskysymykset:

Miten työkykyarvioiden perusteella suunnitellut työkykyä tukevat toimet ovat toteutuneet?

Miten työttömien elämänlaatu ja itse arvioitu terveys muuttuvat työkykyarvion vaikutuksesta?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmän esittely

Tutkimuksessa haluttiin saada tietoa tehtävien työkykyarvioiden tuloksellisuudesta sekä niiden vaikutuksesta tutkimuksessa mukana olleiden elämänlaatuun ja itsearvioituun terveyteen. Elämänlaatu ja itse arvioitua terveyttä päätiin kartoittaa Maailman terveysjärjestön (WHO) WHOQOL PROF elämänlaatumittarilla (LIITE 1), joka on kvantitatiivinen kysely. Työkykyarvioiden tuloksellisuutta puolestaan arvioin laadullisella eli kvalitatiivisella haastattelulla. Nämä edellä mainitut asiat ohjasivat tutkimukseni menetelmäksi triangulaation eli monimenetelmäisen tutkimuksen.

Menetelmä tarkoittaa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän sekä teorian, tutkijan tai aineiston yhdistämistä samaan tutkimuskokonaisuuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2019, 58). Aineiston keruumenetelmänä menetelmätriangulaatiossa käytetään erityyppisiä sekä yleensä myös useampia tutkimus- tai aineistonkeruumenetelmiä (Eskola & Suoranta 2008, 70). Kun yhdistin kvalitatiivista ja kvantitatiivista menetelmää, täydensivät ne toisiaan ja voivat Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2019, 58) mukaan tuoda tutkimukselle myös uudenlaisia näkökulmia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2019, 58). Monimenetelmätutkimus on menetelmänä käyttökelpoinen, kun halutaan tuottaa erityyppistä tietoa ja sen vahvuutena nähdään monipuolinen ilmiöiden tulkinta (Sormunen, Saaranen, Tossavainen & Turunen 2013, 317). Haasteena kyseiselle tutkimusmenetelmälle on kahden erilaisen tutkimustavan ja erityisesti niiden avulla saatujen numeeristen ja sanallisten tulosten yhdistäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2019, 60).

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla on tarkoitus esimerkiksi kartoittaa tai selittää tutkimuksen kohteena olevia luonnon ilmiöitä tai ihmisiä koskevia ominaisuuksia numeerisesti. Keräystä aineistosta pyritään kausaalisuhteen eli tutkittavien asioiden tai ilmiöiden välillä vallitsevan syy-seuraussuhteen löytämiseen. Näiden pohjalta määrällisessä tutkimuksessa on tavoitteena löytää säännönmukaisuuksia, joiden perusteella pystytään ne esittämään arkielämän yli nousevina teorioina ja selittää tai vaihtoehtoisesti uudistamaan tai täsmentämään aiempia teorioita. Kvantitatiivista tutkimusta tehdessään tutkija mittaa tutkimuksen kohteena olevia asioita määrittelemällä ne tietyille mitta-asteikolle, jolla tutkittavat muuttujat järjestellään tai luokitellaan ennalta määritetyllä tavalla. Määrällisen tutkimuksen on tarkoitus olla mahdollisimman objektiivinen. Tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuutta tukee tutkittavan ja tutkijan etäisenä säilyvä suhde tutkimusprosessin ajan. Vaikka haastattelu tehtäisiinkin kasvotusten, takaa puolueettomuuden strukturoitu kyselylomake numeroarvoisine vastauksineen. (Vilka 2007, 18–25.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten subjektiivisia näkemyksiä ja kokemuksia, joka tuo oman haasteensa tutkimuksen tekemiseen. Usein laadullisessa tutkimuksessa keskitytään analysoimaan perusteellisesti pientä tapausmäärää, jolloin aineiston määrä ei ole tieteellisyden kriteerinä vaan sen kattava ja laadukas käsitteellistäminen. Tutkimuksessa tutkijan rooli on hyvin merkityksellinen ja keskeinen. (Eskola & Suoranta 2008, 18–20; Puusa & Juuti

2020, 59.) Laadullisen tutkimuksen tavoitteena voi esimerkiksi olla kuvata ilmiötä, syventää ymmärrystä tai hankkia tietoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisessä roolissa on tutkittavien kokemukset ja heidän tuomansa näkökulma tutkittavaan asiaan, joiden perusteella tutkija pyrkii luomaan tutkittavasta ilmiöstä teoreettisesti ymmärrettävän tulkinnan. (Puusa & Juuti 2020, 76–77.)

4.2 Kohderyhmä

Tutkimukseen oli tarkoitus saada vähintään viisi osallistujaa, jotka ohjautuvat työkyvyn arviointiin tilaajan eli heidän kotikuntansa työllisyyspalveluiden kautta. Tutkimukseen osallistui kuitenkin lopulta neljä henkilöä.

Tutkimuksessa mukana olleet henkilöt olivat iältään 51–60-vuotiaita pitkään työttömänä olleita henkilöitä. Useimmalla työkykyarviossa olevalla oli ammatillinen koulutus ja vaihteleva määrä työkoke-musta. Yhdellä ei ole lainkaan ammatillista koulutusta, eikä kertynyttä työhistoriaa kuin eri mittai-sista työllistämistyöjaksoista vuosien varrella. Lisäksi useimmilla ei ollut lainkaan tietoteknistä osaa-mista eikä heillä esimerkiksi ollut nettipankkitunnuksia käytössään, jonka vuoksi he eivät pysty käyt-tämään tai eivät osaa käyttää sähköisiä kanavia erilaisten asioiden hoitamiseen. Kaikki asuvat pie-nellä Itä-Suomalaisella paikkakunnalla ja vain yhdellä oli ajokortti ja auto käytettävissään. Lisäksi suurin osa tutkimuksessa mukana olleista asui omistusasunnossa ja osalla asui myös muuta perhettä samassa taloudessa. Näiden kolmen edellä mainitun seikan vuoksi, kaikkien mahdollisuudet työsken-nellä tai opiskella toisella paikkakunnalla ovat haasteellisia tai jopa mahdottomia. Eivätkä myöskään julkisen liikenteen aikataulut lähikuntiin palvele työssäkäyvien tai opiskelevien kulkemista.

Usealla henkilöllä oli oireita, jotka vaikuttavat fyysistä toimintakykyä alentavasti tai heillä oli jo aiem-min todettu toimintakykyyn vaikuttava perussairaus, jonka vuoksi kaikki fyysistä rasitusta vaativa tekeminen, niin työssä kuin muussakin elämässä, on haasteellista tai jopa lähes mahdotonta. Esi-merkiksi omakotitalossa asuva ei pysty sairauden tai sen oireiden vuoksi leikkaamaan nurmikkoa, tekemään lumitöitä tai kantamaan itse polttopuita sisälle uunien lämmittämistä varten. Osin todet-tuja sairauksia ei ollut hoidettu asianmukaisesti, oli jätetty sairauksien hoitoon määrätyt lääkkeet käyttämättä tai lääkitystä ei ollut edes aloitettu. Lääkkeitä ei ollut käytetty joko sen vuoksi, ettei nii-hin ole ollut varaa tai ei syystä tai toisesta vain ole aloitettu määrättyä lääkitystä.

Myös mielenterveydellisiä ongelmia tuli esiin osalla ja ne olivat olleet vaihtelevasti vaikuttamassa kunkin työkykyyn sekä työskentelyyn jopa koko aikuisiän ajan. Päihteiden, pääasiassa alkoholin, käyttöä oli havaittavissa osalla, jonka takia työkyvyn arvioiminen oli haasteellista ja osin mahdoton-takin. Päihteiden käytön vuoksi työllistyminen ja työskentelyn jatkuvuus olivat olleet ongelmallista jo aiemmin ja päihteiden käyttö oli ollut joissain tapauksissa syynä työsuhteiden päättymisiin työelä-män aikana.

4.3 Aineiston keruu

Työkyvyn arviointien vastaanotot toteutettiin huhti- ja toukokuun 2022 aikana pääasiassa videoavusteisina etävastaanottoina, osa arvioista tapahtui lähivastanotolla. Kunnan työllisyysohjaaja auttoi kukin keräämään työkyvyn arvioinnissa tarvittavat tiedot muun muassa aiemmasta ammatillisesta koulutuksesta, kertyneestä työhistoriasta, aiemmasta ja nykyisestä terveydentilasta, toteutuneista kuntoutuksista ja tehdyistä työkyvyn arvioinneista. Työllisyysohjaaja myös avusti henkilöitä vastaanottojen käytännön järjestelyissä. Työterveyshoitajana ja tutkijana tapasin tutkimuksen alussa kaksi henkilöä lähi- ja kaksi etävastaanotolla, jolloin tein tarvittavat alkukartoitukset ja samalla varmistin, että kaikki saatavilla olevat työkykyarviossa tarvittavat tiedot ja dokumentit olivat käytettävissä. Tämän jälkeen ohjasin heidät työterveyslääkärin videoavusteiselle etävastaanotolle.

Seurasin kunkin henkilön työkykyarvion etenemistä koko prosessin ajan tehden yhteistyötä työllisyysohjaajan kanssa. Työkykyarvioiden jälkeen jokaisen henkilön kanssa pidettiin yhteispalaveri joulukuussa 2022 työllisyyspalveluiden tiloissa. Palaveriin osallistuivat henkilön itsensä ja tutkijan lisäksi työllisyysohjaaja. Palaverissa vastuu jatkotoimista siirtyi kunnan työllisyyspalveluiden vastuuhenkilölle eli työllisyysohjaajalle. Työkykyarvioon liittyvien toimien lisäksi seurasin kunkin kohdalla työkyvyn arvioinnin kustannusten pysymistä sovitun kattohinnan puitteissa.

Opinnäytetyössäni hankin kahdenlaista aineistoa. Yksi aineisto saatiin tekemällä mukana oleville henkilöille Maailman Terveysjärjestön (WHO) WHOQOL-BREF elämänlaatumittari kysely, joka tehtiin ensimmäisen kerran työkyvyn arvioinnin alussa ja toisen kerran noin kuuden kuukauden kuluttua työkykyarviosta. Toinen aineisto, työkykyarvioiden perusteella tehtyjen työkykyä tukevien toimien toteutumisesta ja niiden vaikutuksesta itse arvioituun terveyteen, saatiin haastattelemalla jokainen tutkimuksessa mukana oleva henkilö henkilökohtaisesti noin kuuden kuukauden kuluttua toteutuneesta työkyvyn arvioinnista.

Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälisestäkin tunnettu **WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari** (Liite 1) on käyttökelpoinen ja luotettava kysely työikäisten ja sitä iäkkäämpienkin elämänlaadun kartoittamiseksi. Kysely on todettu muutosherkäksi, jonka vuoksi se soveltuu vaikuttavuuden arviointiin esimerkiksi hoito- tai kuntoutustutkimuksissa käytettäväksi. Mittari sopii toteutettavaksi haastattelemalla tai täyttämällä itse täytettävän lomakkeen. Kyselyn tulokset on todettu olevan hyväksyttävällä tasolla yhtäpitäviä tehdyissä toistomittauksissa. Vastausvaihtoehdot ovat 1–5 Likertasteikolla. Pisteytysohjeessa olevan laskentaohjeen avulla pisteet lasketaan ja muunnetaan skaalapisteiksi. (Terveysportti 2022.)

WHOQOL-BREF mittari valikoitui tiedon keräämiseen hyvinvoinnin ja itsearvioitun terveyden osalta osin kyselyn helpon toteutuksen ja toistettavuuden vuoksi ja osin, koska mittari on tutkimusten mukaan luotettavaksi mittamaan koettua elämänlaatua. Muun muassa Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen ovat tarkastelleet suomalaisten kokemaa elämänlaatua nuoruudesta vanhuuteen tekemässään valtakunnallisessa tutkimuksessa. Tutkimuksessa suomalaisen aikuisväestön kokemasta elämälaadusta he käyttivät WHOQOL-Bref mittaria, saatujen tulosten perusteella he totesivat tämän lyhyen mittarin soveltuvan väestötutkimukseen tutkittaessa eri ikäisen suomalaisen aikuisväestön kokemaa elämänlaatua. (Vaarama ym, 2010, 127–128). WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarin avulla

on verrattu koettua elämänlaatua myös Rot, Skrzypiec, Jadczyk & Jurkiewiczin (2018) tekemässä tutkimuksessa ennen ja jälkeen nenän väliseinään sekä ulkonenään tehtyä korjausleikkausta. Tutkimuksessa tämä mittari koettiin varsin hyödylliseksi mittaamaan elämänlaatua ja saatujen tulosten avulla pystyttiin osoittamaan tutkimukseen osallistuneiden fyysisessä ja psyykkisessä elämänlaadussa sekä elinympäristössä eroja, jotka voidaan todeta olevan tilastollisestikin merkittäviä. (Rot, Skrzypiec, Jadczyk & Jurkiewicz 2018.)

WHOQOL-BREF elämänlaatumittari mittaa elämänlaatua fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristön indekseinä ja sen avulla pystytään elämänlaadun mittaamiseen myös kansainvälisesti ja samalla voidaan arvioida yksilöiden kokemusta omasta terveydestä ja elämänlaadusta kunkin omat tavoitteet ja arvot huomioiden. Elämänlaatumittarissa on kaikkiaan 26 kysymystä. Kyselyn 24 kysymystä on jaettu neljäksi eri ulottuvuudeksi, jotka ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elinympäristö. Seitsemän kysymyksistä kartoittaa fyysistä terveyttä, kuusi psyykkistä, kolme sosiaalista hyvinvointia ja kahdeksan kysymystä (Vaarama ym. 2010, 128–129; Korpilahti & Takatupa 2015; Rot ym. 2018.)

WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari antaa luotettavaa tietoa, kun halutaan saada tietoa yksilön käsityksestä omasta terveydestään ja elämänlaadustaan kunkin omat arvot ja tavoitteet huomioiden. Mittarin avulla tarkastellaan ympäristöön liittyviä asioita kuten asuin- ja elinympäristöä, taloutta sekä vapaa-aikaa. Saatujen tietojen perusteella pystytään vertailemaan elämänlaatua myös kansainvälisesti sekä tekemään arviota yksilön käsityksestä omasta terveydestä ja elämänlaadusta sen perusteella millaiset tavoitteet ja arvot kullakin on. Edellä mainittujen kysymysten lisäksi itsearvioitua terveydentilaa ja elämänlaatua kartoitettiin kahdella erillisellä kysymyksellä. Nämä mitattiin Likert-asteikolla 1-5 (1=erittäin tyytymätön ja 5= erittäin tyytyväinen). (Vaarama ym. 2010, 128–129; Korpilahti & Takatupa 2015.)

Haastattelu on yleisimmin käytetty kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tapa saada haluttua tietoa. Perinteisesti haastattelussa haastattelija esittää haasteltavalle kysymyksiä, joihin tämä vastaa. Tästä on siirrytty vuosien mittaan haastattelutapaan, joka toteutuu enemmän keskustelun omaisena ja siten myös enemmän vuorovaikutteisena tapahtumana. Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö tai ryhmähaastatteluna. Haastattelun tyyppejä ovat strukturoitu- eli lomakehaastattelu, puolistrukturoitu haastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu, josta käytetään myös nimitystä syvähaastattelu. (Eskola ja Suoranta 2008, 85–87.)

Strukturoidussa haastattelussa kaikille haastateltaville esitetään samat kysymykset, jokaiselle haasteltavalle samalla tavalla ja kysymyksiin on olemassa valmiit vastausvaihtoehdot. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikille esitettävät kysymykset ovat samat, mutta haastateltava vastaa niihin omin sanoin. Teemahaastattelussa on etukäteen määritetty haastattelussa käytävät teema-alueet ja haastattelija huolehtii, että haastattelun aikana käydään kaikki teema-alueet läpi. Avoin haastattelu puolestaan on luonteeltaan lähinnä tavallista keskustelua. Haastattelussa keskustelun aiheena on aiemmin määritetty teema. Avointa haastattelua tehdessä haastattelutilanteita on kunkin haastateltavan kanssa useampia, koska haastattelussa nähdään olevan kolme vaihetta. Ensimmäisessä vai-

heessa tunnustellaan ja yleensä kerrotaan vain aiheeseen etäisesti liittyviä asioita. Toisessa vaiheessa kerronta on jo avointa ja rehellistä ja viimeiseissä eli kolmannessa vaiheessa haastateltava jo jäsentää ja pyrkii selittämään aiemmin kertomaansa. (Eskola ja Suoranta 2008, 85–87.)

Valli & Aaltolan (2015, 59) mukaan tutkimuskysymykset voivat täsmentyä jopa vasta ennen aineiston keruuta tai sen aikana ja heidän näkemyksensä mukaan aineisto tai ainakin osa sitä on mahdollisesti jo olemassa ennen tätä (Valli & Aaltola 2015, 59). Toisena aineiston keruutapana käytettiin strukturoitua haastattelua, jossa jokaiselle esitettiin kaksi kysymystä.

Ensimmäinen kysymys oli ”Toteutuivatko suunnitellut työkykyä tukevat toimet?”. Vastausvaihtoehtoina olivat: toteutuivat kokonaan, toteutuivat osin tai eivät toteutuneet lainkaan. Jos tutkittava vastasi ”toteutuivat osain” tai ”eivät toteutuneet lainkaan”, selvitettiin avoimella jatkokysymyksellä ”miksi eivät toteutuneet?”.

Toisena kysymyksenä oli ”Koetko työkyvyn arvioinnin vaikuttaneen terveyteesi?”. Vastausvaihtoehdot olivat: kyllä, ei ja en osaa sanoa. Jokaista vastausta tarkennettiin avoimella jatkokysymyksellä.

Tähän päädyttiin sen jälkeen, kun työkyvyn arvioinnit oli tehty ja huomattu, että osa tutkimuksessa mukana olevista pystyy keskittymään vain lyhyen aikaa kerrallaan, jonka jälkeen heidän motivoiminsensa jatkamaan oli jonkin verran haasteellista. Tällä haluttiin varmistaa, että kaikki haastateltavat vastaavat sekä WHOQOL-BREF elämänlaatumittari kyselyyn ja pystyvät lisäksi keskittymään myös haastatteluun. Lisäksi tiedon kerääminen työkykyä tukevien toimien tuloksellisuudesta ja työkykyarvioiden vaikutuksesta terveyteen molemmista yhdellä peruskysymyksellä ja tarkentavalla miksi tai miksi ei kysymyksellä antoi tilaa kullekin kertoa toimien toteutumisesta omin sanoin.

Ensimmäisessä tapaamisessa eli työkykyarvioinnin yhteydessä, tutkittavat vastasivat WHOQOL-BREF elämänlaatumittari kyselyyn. Kyselylomake täytettiin kunkin tutkittavan kanssa yhdessä, koska osa työkyvyn arvioinneista tapahtui lähivastaanotolla ja osa etävastaanotolla Teams-sovelluksen välityksellä. Tällä tavalla kaikkien vastaaminen kyselyyn tapahtui samalla tavalla.

Toinen tapaaminen toteutui henkilöiden kotipaikkakunnalla työllisyyspalveluiden tiloissa. Tapaamisessa oli mukana tutkijan ja tutkittavan itsensä lisäksi työllisyysohjaaja, jolle vastuu jatkotoimista siirtyi tilaisuuden lopuksi. Tällöin tutkittavat vastasivat uudelleen WHOQOL-BREF elämänlaatumittari kyselyyn, joka täytettiin yhdessä kunkin tutkittavan kanssa ja lisäksi toteutettiin edellä kuvattu strukturoitu haastattelu, jossa tutkija esitti työkyvyn arvioinnin toteutumisesta yhden kysymyksen ja toisen työkykyarvioiden vaikutuksesta terveyteen sekä tutkittavan vastauksen mukaan myös jatkokysymyksen. Tämän jälkeen haastattelu jatkui keskustellen. Tutkija kirjoitti muistiin kunkin vastaukset.

4.4 Aineiston analysointi

Aineiston kerääminen ja analysointi tapahtuivat osin yhtä aikaa. Aineistoa kerättiin kahdessa vaiheessa ja kahden eri menetelmän avulla. Analysoinnin tavoitteena oli tutkimuksen kohteena olevan

ilmiön tulkinta ja ymmärtäminen. Tutkija oli aktiivisessa roolissa koko tutkimusprosessin ajan sekä havainnoijana että tulkitsijana. Aineiston analysoinnin tavoitteena on selkeyttää aineistoa ja sen myötä tuottaa tutkittavasta asiasta uutta tietoa. Analyysin avulla on myös tarkoitus tiivistää saatu aineisto ilman, että sen sisältämä tieto häviää. Samalla kootaan mahdollisesti hajanaisestakin aineistosta selkeämpää ja informatiivisempaa. (Eskola & Suoranta 2008, 137.)

Ensin perehdyttiin opinnäytetyön aineistoon huolellisesti, jolloin muodostui kertyneestä aineistosta alustava kokonaiskuva. WHOQOL-BREF elämänlaatumittarin analyysissä tarkasteltiin jokaisen neljän ulottuvuuden (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elinympäristö) pisteitä erikseen, jolloin saatiin jokaisen ulottuvuuden osalta tietoa henkilön kokemasta elämänlaadusta.

Ensin skaalattiin kyselyn raakapisteet välille 0–100 ja tämän jälkeen laskettiin kunkin ulottuvuuden raakapisteet laskemalla yhteen kyseessä olevan ulottuvuuden pisteet. Tulosten kannalta 5–10 pisteen erolla ei ollut merkitystä, mutta jo 10–20 pisteen eron vaikutus on keskinkertainen. Kyselyn mukaan koettu elämänlaatu oli sitä parempi, mitä suurempi oli lukuarvo. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 129.) Jokaiselta elämänlaadun eri ulottuvuudelta laskettiin keskiarvo (average) ja keskihajonta (standard deviation), niin alku- kuin lopputilanteesta. Keskiarvo, joka on sijaintiluku, saadaan, kun jaetaan lukujen summa niiden lukumäärällä. Keskiarvolukua käytetään, silloin kun halutaan tietoa, mikä on yksittäisen muuttujan jakauma. Keskihajonta on puolestaan hajontaluku, joka kertoo, mikä on muuttujien etäisyys suhteessa keskiarvoon. (Vilka 2007, 123–124.) Jokaisen ulottuvuuden osalta verrattiin erikseen alku- ja lopputilanteen keskiarvoja, joita verrattiin myös suomalaisen väestön viitearvoihin (kuva 3) (Vaarama ym. 2010, 133).

Keskiarvojen välinen muutos saatiin laskemalla prosenttiluvuiksi, joiden avulla verrataan, minkälainen elämänlaadun muutos on tapahtunut alku- ja lopputilanteen välissä. Keskihajonnan avulla saatiin tietoa muuttujien sijoittumisesta keskiarvon ympärille. Silloin kun keskihajonta on pieni, on muuttuja lähellä keskiarvoa ja muuttujan ollessa jakautuneena koko vaihteluvälille on keskihajonta suuri.

(Vilka 2007, 124–125.)

TAULUKKO 2. Elämänlaadun ulottuvuuksien väestötason keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (sd.) kolmessa Pohjoismaassa ja Australiassa.

Valtio (havainnot)	Fyysinen ka (sd.)	Psyykinen ka (sd.)	Sosiaalinen ka (sd.)	Ympäristö ka (sd.)
Suomi (n = 4 306)	77 (17)	74 (14)	79 (17)	77 (13)
Tanska (n = 1 101)	82 (17)	71 (16)	67 (18)	75 (16)
Norja (n = 1 691)	75 (17)	69 (14)	69 (16)	69 (14)
Australia (n = 866)	74 (18)	71 (14)	72 (18)	75 (13)

KUVA 3. Elämänlaadun viitearvot (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 133).

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata, ymmärtää ja tulkita tutkittava asia. Laadullisen tutkimuksen avulla on tarkoitus ymmärtää tutkittava asia mahdollisimman perinpohjaisesti. Hyvin usein laadullinen tutkimus on kuvailevaa eli deskriptiivistä ja sen tavoitteena on auttaa näkemään tutkittavia ilmiöitä uudenlaisista näkökulmista. (Kananen 2014, 18–22.)

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa aineiston analysointi voidaan tehdä systemaattisesti ja objektiivisesti sisällönanalyysillä. Laadullisen aineiston analyysillä oli tarkoitus saada aineistosta kokonaisuus, jonka avulla on Juutin ja Puusan (2020,141) mukaan mahdollista saada aikaiseksi perusteltu ja kattava tulkinta perustaksi johtopäätöksien tekemiseen tutkittavasta ilmiöstä (Juuti & Puusa 2020, 141). Analysointi voidaan toteuttaa joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, jolloin edetään yksittäisestä yleiseen tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti edeten yleisestä yksittäiseen riippuen mitä päättelyn logiikkaa tutkimuksessa on tarkoitus käyttää. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107, 117.)

Opinnäytetyön lähestymistapana käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä, joka perustana on aineistolähtöinen päättely, jolloin analyysin tekoa ohjaavat tutkimukselle määritetty tarkoitus ja kysymyksenasettelu. Tehtävän analyysin avulla tutkittava ilmiö on tarkoitus kuvata tiivistetysti. Ensimmäiseksi aineisto puretaan osiin ja samalla yhdistetään sisällöllisesti samaa tarkoittavat asiat yhteen. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheina käytetään aineiston pelkistämistä eli redusointia, aineiston ryhmittelyä eli klusterointia sekä teoreettisten käsitteiden luomista eli olemassa olevan aineiston abstrahointia. (Kylmä & Juvakka 2007, 113–116; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–124.)

Laadullisessa tutkimuksessa analyysitapa määrittyy sen mukaisesti, miten perusteellisesti tutkija tuntee aineistonsa. Aineistoon perehdytään samalla kun sitä kerätään ja litteroidaan. Tarkempi yksityiskohtainen analyysi mahdollistuu kokonaisuuden hahmottuessa. Analyysin teon ensimmäisessä vaiheessa pelkistetään alkuperäisilmaisut aineiston saamiseksi tiiviiseen ja ymmärrettävään muotoon, jolloin myös aineiston käsittely on helpompaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 116; Kananen 2008, 89; Puusa & Juuti 2020, luku 9.) Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysiä aloitettaessa haastatteluaineisto luettiin moneen kertaan läpi. Kun kokonaiskuva oli hahmottunut, teemoitettiin aineisto suurpiirteisesti. Teemat rakentuvat aineiston keruuvaiheen yhteydessä määritellyllä tavalla ja aineistoista on mahdollista myös löytää kokonaan uusia teemakokonaisuuksia (Puusa & Juuti 2020, luku 9). Suurpiirteisen teemoittelun jälkeen aineistoa tarkasteltiin peilaamalla sitä tutkimuskysymyksiin etsien niihin liittyvät ilmaukset. Tämän jälkeen vielä pelkistettiin alkuperäiset ilmaukset (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisten ilmaisujen pelkistämisestä

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
”kyllä mä tiedän, että olis pitäny varata aika lääkärille en vaan oo saanu aikaiseks” H2	ei saa asioita hoidettua
”kyllä mä ymmärrän, että pitäis hoitaa tätä tautia ensin ja sitten vasta kannattais hakea eläkettä” H2	asioiden tärkeyden tiedostaminen
”antaa koko homman olla, ei tästä mitään tuu” H1	antaa periksi

Seuraavassa analyysin vaiheessa luokitellaan tutkimusaineisto ryhmittelemällä pelkistetyt ilmaisut eri luokkiin ja pyritään löytämään niistä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavista sekä samankaltaisista käsitteistä tehdään ryhmiä, joiden sisältöä yhdistetään käsitteiden muodostamiseksi ja niistä pystytään tekemään sisältöä kuvaavia alaluokkia. Luokittelu jatkuu tämän jälkeen yhdistämällä alaluokkia saadaksemme yläluokkia ja niistä taas muodostetaan pääluokkia. Aineiston ryhmittelyä sanotaan abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Ryhmittelyn avulla voidaan erottaa ja valikoida sekä myös muodosta tutkimuksen kannalta olennaisesta tiedosta teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

Aineiston litterointi tehtiin heti haastattelujen jälkeen tammikuussa. Tällä tarkoitetaan erilaisten haastattelutallenteiden kirjoittamista sellaiseen muotoon, että niitä pystytään käsittelemään manuaalisesti tai ohjelmallisesti erilaisilla analysointimeteodeilla. Litterointi on mahdollista tehdä käyttämällä eri litteroinnin tasoja, kuten esimerkiksi karkeatasoista yleiskielistä litterointia eli kuta kuin kaiken tekstin kirjoittamista kirjakielelle, jättämällä kirjaamatta esiintyneet äänenpainot sekä äännähdykset. (Kananen 2014, 101–102). Opinnäytetyön aineiston litterointi toteutettiin sanasta sanaan ja haastattelun aikana esiintyneet sananpainot ja äännähdykset jätettiin huomioimatta. Litterointia tehdessä haastateltavat koodattiin, haastateltava 1 on H1 jne. Litteroiduista haastatteluista kertyi tekstiä 4 sivua, fonttina tahoma, kirjainkoko 11 ja riviväli 1,5.

Luokittelun alussa muodostettiin alaluokkia pelkistetyistä ilmaisuista. Tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, joista sitten löytyivät pääluokat. Pääluokkia muodostui yhteensä viisi (5) kappaletta, joista vielä yhdistettiin aineisto ja luokiteltiin se kolmeen (3) luokkaan. Taulukko 2 kuvaa esimerkkinä pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelyä alaluokiksi ja alaluokista yläluokiksi.

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja luokittelusta

PELKISTÄMINEN	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Ei saa hoidettua tärkeitä asioita Jää kotiin eikä ole voimavaroja yrittämiseen	Passivoituminen arjen hallinnassa	Periksi antaminen
Kokemus kykenemättömydestä työssä käyntiin Kokemus ettei selviä arkiaskareista	Negatiivinen kuva terveydestä	
Lannistutaan pienistäkin vastoinkäymisistä Ei uskalleta luottaa asioiden hoitumiseen	Toivottomuuden kokemus	

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Työkyvyn arviointien perusteella suunniteltujen työkykyä tukevien toimien toteutuminen

Kaikille tutkimuksessa mukana olleille neljälle henkilölle tehtiin sovitut työkyvyn arvioinnit ja tehtyjen arviointien perusteella jokaiselle tehtiin jatkosuunnitelma kunkin oman tilanteen perusteella. Tutkimuksen loppuhaastattelussa mukana oli kolme alkuvaiheen neljästä henkilöstä. Yksi henkilöistä oli omaehtoisesti jättäytynyt pois tutkimuksesta työkykyarvion tekemisen jälkeen.

Kaikilla tutkimuksessa mukana olleilla oli toiveena, että työkyvyn arvioinnin tuloksena on työkyvyttömyyseläke. Vaikka kaikki tutkimuksessa mukana olleet olivat tyytyväisiä työkyvyn arviointien tekemiseen, toivat kaikki kolme loppuhaastattelussa mukana ollutta esiin, etteivät kokeneet tehtyjen työkykyä tukevien toimien toteutuneen.

Ne tutkimukseen osallistuneet, joille haettiin työkyvyttömyyseläkettä, saivat kielteisen päätöksen. Päätöksen perusteena oli, ettei olemassa olevan perussairauden asianmukaisesti hoidettuna nähdä aiheuttavan työkyvyttömyyttä.

Ne, joille työkyvyn arviointien jatkosuunnitelmana oli suunniteltu kuntoutustoimia ja sen jälkeen työkyvyn arvioinnin loppuun saattamista, eivät osallistuneet kuntoutukseen. Osa oli työkyvyn arvioinnin yhteydessä motivoitunut kuntoutuksesta, mutta jätti sitten osallistumatta kuntoutukseen, silloin kun se olisi ollut ajankohtaista. Osa puolestaan ei alkujaankaan kokenut, että kuntoutuksen toimin pystyttäisiin vaikuttamaan työkykyä parantavasti.

Työkyvyn arvioinnissa todettiin osalla olevan erilaisia toiminta- ja todennäköisesti myös työkykyä haittaavia oireita tai sairauksia. Heille tehdyn jatkosuunnitelman mukaan oireiden ja mahdollisten sairauksien tutkiminen ja hoitaminen ovat tarpeen, jonka jälkeen työkyvyn arviointi voitaisiin tehdä loppuun saakka. Heidän tehtäväkseen jäi varata aika lääkärin vastaanotolle julkiseen terveydenhuoltoon, mikä jäi tutkimuksen aikana toteutumatta.

”arvasin, että tässä käy näin, ku ei ennenkään oo lähetty hakemaan eläkettä” H3

”en ymmärrä miks mulle ei myönnetty eläkettä, ku en kykene mitään työtä tekemään” H1

”en vaan oo saanu varattua aikaa lääkäriin” H2

Tutkimuksessa tuli esiin, että tehdyn työkyvyn arvioinnin jälkeen kaikki olivat toiveikkaita tehdyn jatkosuunnitelman toteutumisesta heidän kannaltaan positiivisesti. Esiin tuli myös tieto henkilöiden kokemuksesta, että heidän asioihinsa paneuduttiin työkyvyn arvioinnissa, heitä kuunneltiin sekä mietittiin mahdollisia vaihtoehtoja tulevaisuuteen.

Lisäksi jokaisen kohdalla kerättiin kattavasti työkyvyn arvioinnissa tarvittavia taustatietoja, kuten opiskelu- ja työhistoriaa sekä terveyteen, toimintakykyyn ja arjessa selviytymiseen liittyviä tietoja. Tiedot ovat myöhemmin seuraavan ammattilaisen käytettävissä esimerkiksi mahdollisen uudelleen

tehtävän työkyvyn arvioinnin yhteydessä. Työkyvyn arviointien perusteella tehdyt johtopäätökset oli myös selitetty ja perusteltu heille.

”kyllä mä ymmärrän, että pitäis hoitaa tätä tautia ensin ja sitten vasta kannattais hakea eläkettä” H2

”antaa koko homman olla, ei tästä mitään tuu” H1

Tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät työkykyarvioiden perusteella suunnitellut työkykyä tukevat toimet olleet toteutuneet kenenkään tutkitun kohdalla (kuva 4). Suurin osa tutkimukseen osallistuneista eivät itse olleet toimineet työkyvyn arvioinnin yhteydessä tehdyn jatkosuunnitelman mukaisesti. Osalle työkyvyn arvioinnin lopputulos oli pettymys. Kuitenkin jokainen koki loppuhaastattelun yhteydessä, että heidän elämänsä jatkuu eteenpäin kuten tähänkin saakka.



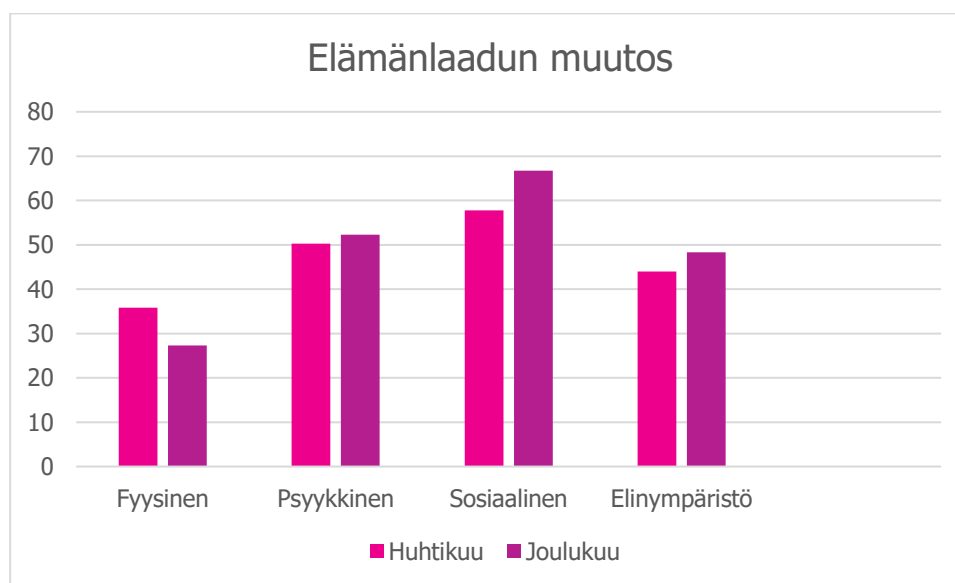
KUVA 4. Työkykytoimien toteutuminen

5.2 Työkyvyn arvioiden vaikutukset työttömien elämänlaatuun

Tutkimuksessa elämänlaadun muutos jaettiin WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarin mukaan neljään ulottuuteen, fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elinympäristö.

Tutkimuksen aikana siinä mukana olleiden henkilöiden elämänlaatu huononi fyysisen ulottuvuuden alueella, jossa keskiarvo oli alkuvaiheessa 35,8 (SD 11,9) ja loppuvaiheessa 27,3 (SD 11,8). Fyysisessä ulottuvuudessa alenemista tapahtui kaikkiaan 23,7 prosenttia. Kaikilla muilla osa-alueilla elämänlaadun todettiin parantuneen. Näistä isoin muutos oli sosiaalisessa ulottuvuudessa, joka parani kaikkiaan 15,4 prosenttiyksikköä. Alkutilanteessa sosiaalisen ulottuvuuden keskiarvo oli 57,8 (SD 16,9) parantuen lopputilanteen lukemaan 66,7 (SD 12,8). Psyykinen ulottuvuus koheni vähiten, vain 4 prosenttiyksikköä. Psyykkisen ulottuvuuden alkuvaiheen keskiarvo oli 50,3 (SD 14,5) ja loppuvaiheen 52,3 (SD 15,1). Elinympäristön kohdalla keskiarvo oli alussa 44,0 (SD 4,2) ja lopussa 48,3 (SD 10,7), tässä oli prosentuaalista nousua 9,7. (kuva 5).

Kaikilla elämänlaadun osa-alueilla keskiarvon todettiin jäävän selkeästi alle suomalaisten väestötason keskiarvon. Sekä alku- että loppuvaiheen kohdalla fyysisen ulottuvuuden alueella elämänlaatu todettiin jäävän eniten väestötason keskiarvon (77) alapuolelle. Lähimpänä väestötason keskiarvoa (79) oli sosiaalinen ulottuvuus. Myös elinympäristö keskiarvon (77) ja psyykkisen osa-alueen keskiarvon (74) todetaan olevan väestön keskiarvoa alempana.



KUVA 5. Elämänlaadun muutos

Keskihajonta vaihteli alkutilanteessa välillä 4,2–16,9 ja oli suurinta sosiaalisen ulottuvuuden alueella. Lopputilanteessa keskihajonnan vaihtelu oli 10,7–15,1, ollen suurin psyykkisessä ulottuvuudessa. Keskihajonta pieneni sosiaalisessa ulottuvuudessa ja suureni elinympäristön kohdalla alkutilanteesta. Fyysisen ulottuvuuden keskihajonta pysyi kuta kuin samana ja psyykkisessä ulottuvuudessaakin kasvua oli vain hyvin vähän. Sekä alkuvaiheen (11,9) että loppuvaiheen (11,8) keskihajonta fyysisen ulottuvuuden osalta oli selkeästi pienempi kuin Suomalaisilla väestötasolla mitattuna (17). Psyykkisellä osa-alueella keskihajonta oli alkuvaiheessa 14,5 ja loppuvaiheessa 15,1, mikä oli vain vähän Suomalaisten väestötason arvoa 14 korkeampi. Sosiaalisen ulottuvuuden kohdalla keskihajonta 16,9 oli alkutilanteessa samalla tasolla kuin väestötasolla mitattuna (17) ja pieneni sitten selkeästi ollen lopputilanteessa 12,8. Suurin muutos keskihajonnassa tapahtui elinympäristön ulottuvuudessa, vaikkakin lukema pysyi väestötason arvoa (13) alempana koko tutkimuksen ajan. Keskihajonta nousi alkutilanteen 4,2 lukemasta lopputilanteen lukemaan 10,7.

5.3 Työkyvyn arviointien vaikutukset työttömien itse arvioituun terveyteen

WHOQOL-Bref- mittarissa olevan koetun terveyden yleismittarin mukaan itsearvioitun terveyden alkutilanteen keskiarvo oli 2,5 ja lopputilanteessa 2,33. Kyselyssä kysymysten vastausvaihtoehdot olivat asteikolla 0–5, jossa vaihtoehto 5 tarkoittaa erittäin tyytyväinen, 4 melko tyytyväinen, 3 ei tyytyväinen eikä tyytymätön, 2 melko tyytymätön ja 1 erittäin tyytymätön. Alkutilanteessa puolet koki

olevansa melko tyytymätön terveyteensä ja puolet arvioi, ettei ole tyytymätön, mutta ei myöskään tyytyväinen. Lopputilanteessa puolestaan kaksi kolmasosaa koki olevansa melko tyytymätön ja vain yksi kolmasosa ei tyytyväinen eikä tyytymätön. Sekä alku- että lopputilanteen keskiarvon perusteella todettiin, että omaan terveyteen oltiin melko tyytymättömiä ja tyytymättömyyden todettiin hieman lisääntyneen tutkimuksen aikana.

Tutkittavat kokivat, ettei tehdyillä työkyvyn arvioinneilla ollut juurikaan vaikutusta heidän terveyteensä. Kaikki kokivat terveytensä olevan kuta kuin samanlainen ennen työkyvynarvioiteja kuten niiden jälkeenkin. Osa kuitenkin toi esiin näkemyksen, että kokisi terveydentilansa todennäköisesti paremmaksi, jos suunnitellut terveydentilaan liittyvät tutkimukset sekä niiden myötä mahdollisesti toteutetut hoitotoimenpiteet ja kuntouttavat toimet olisivat toteutuneet. Kuitenkin kaikki kolme lopputilanteen haastattelussa olleista koki, että kokemus omasta terveydestä olisi huonompi ilman tehtyä työkyvyn arviointia, koska arvioinneissa heidän terveyteensä ja työkykyysä liittyviin ja niihin vaikuttaviin asioihin oli paneuduttu ja tehty työkyvyn arviot tämän perusteella. Myös arvioiden perusteella tehdyt työkykyä ylläpitävien toimien suunnitelmat oli selitetty kullekin ymmärrettävästi. Lisäksi työkyvyn arvioinneissa kootut tiedot jatkosuunnitelmiseen oli kirjattu kunkin terveystietoihin ja ovat hyödynnettävissä siinä vaiheessa, kun he hakeutuvat terveydenhuoltoon myöhemmin joko terveydellisten ongelmien vuoksi tai työkyvyn arvioinnin tekemiseksi.

”on hyvä, että minun terveystiedot on nyt kaikki kerätty yhteen” H3

”kyllä mä tiedän, että olis pitäny varata aika lääkärille en vaan oo saanu aikaiseks” H2

”kyllä minun pitää mennä sinne lääkäriin, varaatko ajan mulle, kun se on niin hankalaa” H1

Osalla oli loppuhaastattelun aikana akuuttia terveydellistä ongelmaa, jonka vuoksi he eivät myöskään olleet hakeutuneet terveydenhuoltoon hoitoon. Lisäksi osalla oli tapahtunut elämässä psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia huonontavia asioita, joiden he kokivat vaikuttavan merkittävästi kokemukseen omasta terveydestä loppuhaastattelun hetkellä. Nämä tekijät hyvin todennäköisesti vaikuttivat haastattelun hetkellä negatiivisesti henkilöiden kokemukseen terveydestä ja elämänlaadusta.

”en oo nyt jaksanu mitään, kun on ollu tämä kova flunssa jo monta viikkoa” H2

”puoliso joutu hoitokotiin ja jäin ihan yksin enkä oo jaksanu mitään asioita hoitaa” H1

”se lääkäri puhui mulle sairausloman mahdollisuudesta, saisinko minä sitä?” H3

6 POHDINTA

6.1 Johtopäätökset ja tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää miten työkykyarvioiden perusteella suunnitellut työkykyä tukevat toimet ovat toteutuneet. Lisäksi haluttiin selvittää, miten työttömien elämänlaatu ja itse arvioitu terveys muuttuvat työkykyarvioiden vaikutuksesta.

Työkykytarkastuksiin henkilöt ohjautuivat heidän kotikuntansa työllisyyspalveluiden ohjaamana. Työkyvyn arvioon oli valikoitu henkilöt, joiden tilanne nähtiin kunnan työllisyyspalveluiden asiakkaista haasteellisimpana. Kaikki olivat olleet vuosien ajan työttömänä, lukuun ottamatta kahden henkilön osa-aikaisia heille räätälöityjä työllistymistyöjaksoja työkyvyn kartoittamiseksi. Kolme heistä oli iältään jo aivan työuran loppupuolella, yksi oli nuorempi ja hänellä olisi työuraa edessä vielä useita vuosia ennen eläkeiän saavuttamista.

Työkyvyn arvioinnissa tehtyjen työkykytoimien toteutuminen

Tutkimustulosten perusteella kenenkään kohdalla työkyvyn arviointien perusteella tehdyt työkykyä ylläpitävät toimet eivät toteutuneet. Syyksi todettiin pääosin se, etteivät henkilöt olleet hakeutuneet työkyvyn arvioinnin yhteydessä suunniteltuihin jatkotutkimuksiin tai kuntoutuksiin. Jos suunnitellut toimet olisivat toteutuneet olisi työkyvyn arvioinnit pystytty viemään loppuun saakka tutkimuksen aikana ja suunnitella kunkin toivomia eläkeratkaisuja tai muita mahdollisia työkykyä tukevia vaihtoehtoja. Samanlaiseen tulokseen ovat tulleet Hult, Saaranen ja Pietilä (2016) tekemässään tutkimuksessa, jonka mukaan työttömien hakeutuminen palveluihin on heikkoa. Tämä johtuu ainakin osaltaan siitä, että työttömyyden on todettu passivoivan ihmisiä, minkä puolestaan myös nähdään heikentävän henkilöiden hyvinvointia ja terveyttä. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että työttömyyden myötä sosiaaliset kontaktit vähenevät, mikä myös johtaa psyykkisen hyvinvoinnin alenemiseen. Lisäksi tutkimuksen mukaan työttömien passivoitumista lisää, että he ovat arjessaan sosiaalisessa kontaktissa pääasiassa toisten työttömien kanssa. Samoin on Kerätär vuonna 2016 tekemässään tutkimuksessa havainnut, että työttömät ovat osallistuneet kuntouttaviin toimiin vähäisessä määrin ennen siirtymistä työkyvyttömyyseläkkeelle.

Tutkimuksessa todettiin, etteivät tutkimukseen osallistuneet henkilöt olleet itse hakeutuneet aktiivisesti terveydenhuollon tai muihinkaan palveluihin työkyvyn arvioinnissa tehdyn suunnitelman mukaan kuten eivät myöskään tätä aiemmin. Oletamus on, että työkykytoimien kohteena olevien henkilöt ovat itse aktiivisia ja hoitavan itseensä liittyvät asiat, kuten aikojen varaamisen kulloinkin tarvittavalle taholle. Todellisuudessa henkilön jäädessä itse hoitamaan asiaansa, jää se hyvin todennäköisesti hoitamatta. Tätä tukee tehty tutkimus pitkäaikaistyöttömien terveydestä, jossa Herbig, Dragano ja Angerer (2013) toteavat työttömien hakeutuvan terveydenhuoltoon työllisiä harvemmin, vaikka he kuuluvat työttömyyden vuoksi terveysongelmien riskiryhmään ja näin ollen tarvitsisivat edellä mainittuja palveluita työllisiä enemmän. Lisäksi edellä mainitussa tutkimuksessa tulee esiin pitkään työttömänä olleiden tarvitsevan nykyistä kohdennetumpaa terveydenhuoltoa, jotta heidän terveytensä kohenisi ja heidän mahdollisuutensa olla työmarkkinoiden käytettävissä mahdollisesti myös paranisi.

Kaikilla tutkimuksessa mukana olleilla oli toiveena päästä työkyvyttömyyseläkkeelle, ja kaikki kokivat terveytensä ja työkykynsä huonoksi tai melko huonoksi. Mitkään näistä edellä mainituista asioista eivät tue henkilöiden mahdollista työllistymistä. Kuten myös Kokkinen, Näsi ja Perkiö tutkimuksessaan (2021) toteavat, on itse arvioidulla terveydellä ja työkyvyllä iso merkitys siinä, miten todennäköisesti henkilön työhön paluu tai työllistyminen tulee onnistumaan jatkossa. Terveytensä ja työkykynsä huonoksi arvioivat ovat usein eläkekeskeisiä, eivätkä tämän vuoksi todennäköisesti tule kovinkaan helposti työllistymään, kun taas terveytensä ja työkykynsä hyväksi arvioivat selkeästi suuntautuvat kohti työelämää, jolloin heidän palaamisensa työhön luonnollisestikin on todennäköisempää.

Tutkimuksessa todettiin, että työkyvyn arvioinnissa työkyvyttömäksi todetuille, joille haettiin työkyvyttömyyseläkettä, saivat hylkäävän päätöksen, koska nähtiin, ettei todetut sairaudet asianmukaisesti hoidettuina aiheuta työkyvyttömyyttä, vaikka lääkäri oli todennut arviota tehdessään toisin. Samaa tulokseen on tultu Hult, Saaranen ja Pietilän (2016) tekemässä tutkimuksessa, jossa on toettu pitkään työttömänä olleiden sekä vähemmän koulutusta saaneiden olevan vaikeaa päästä työkyvyttömyyseläkkeelle. Tutkimuksen mukaan työttömillä todettiin usein olevan toiveena päästä työkyvyttömyyseläkkeelle päästäkseen työttömyydestä ja työllistämistoimien piiristä.

Työttömien itsearvioitu terveys

Tutkimuksessa mukana olleilla kaikilla oli erilaisia terveydellisiä ongelmia, joita oli jo aiemmin tutkittu ja hoidettu terveydenhuollossa hyvin vaihtelevasti. Isolla osalla tutkituista oli havaittavissa mielen-terveys- sekä päihdeongelmaa, jotka vaikuttavat kyseisten henkilöiden elämään kokonaisvaltaisesti, kuten elämänhallintaan ja myös heidän hakeutumiseen tarvitsemiensa palveluiden piiriin. Päihdeongelmien vuoksi myös työkyvyn arviointien tekeminen on hankalaa ja jopa mahdotonta. Kaikki kokivat terveysongelmien huonontaneen terveydentilaa ja toimintakykyä niin paljon, etteivät kokeneet itseään lainkaan työkykyisiksi. Tätä tulosta tukee Nurmelan 2021 tekemän tutkimuksen tulos, että lähes kaikilla pitkään työttömänä olleilla on useampiakin diagnosoituja sairauksia, joiden vuoksi heillä on selkeä tarve lääketieteelliseen hoitoon, mutta henkilöt ovat käyttäneet palveluita vain vähän tai eivät ole käyttäneet niitä lainkaan. Lisäksi tutkimuksessa on havaittu pitkäaikaistyöttömillä olevan alkoholin ja mahdollisesti myös muiden päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia sekä masennusta, jotka osaltaan huonontavat terveyspalveluiden käyttöä. Samoin on todettu Kerättären (2016) tutkimuksessa, jossa todetaan isoimmiksi esteiksi työllistymiselle henkilöiden vajaakuntoisuus sekä todettu jonkin asteinen mielenterveyden häiriö ja päihteiden käyttö.

Tutkimuksessa todettiin, että jokainen itse arvioi oman terveytensä melko huonoksi. Omaan arvioon vaikutti selkeästi sen hetkinen terveydentila ja elämäntilanne, kuten muutokset perheessä tai muussa lähipiirissä. Tähän tulokseen on tultu myös Hultin (2014) tekemässä tutkimuksessa, jonka mukaan työttömien itsearvioituun terveyteen vaikuttaa huomattavan paljon kunkin sosiaalinen verkosto ja sen tuoma tuki. Työttömien verkoston muodostuessa useimmiten samassa tilanteessa olevista toisista työttömistä ei heillä yleensä ole kykyä tarjota riittävää emotionaalista, sosiaalista tai taloudellista tukea. Hult, Saaranen ja Pietilän (2016) tutkimuksessa puolestaan todettiin työttömien

kokevan häpeän tunnetta heidän verratessa itseään työssä käyviin, mikä lisää heidän eristäytymistään sosiaalisesti ja hakeutumaan samassa tilanteessa olevien seuraan. Koettu arvottomuuden tunne nähtiin myös yhtenä hyvinvointia huonontavana tekijänä.

Työkyvyn arviointien vaikutus työttömien elämänlaatuun

Tutkimuksessa tuli myös esiin, että kaikki tutkimuksessa mukana olleet kokivat elämänlaatunsa muuta väestöä heikommaksi kaikilla tutkituilla osa-alueilla. Tutkimuksen aikana ei todettu tapahtuneen merkittävää muutosta työttömien elämänlaadussa millään osa-alueella. Fyysisen osa-alueen elämänlaadun aleneminen selittynee usean henkilön kroonisilla ja myös akuuteilla terveysongelmilla, jotka olivat ilmenneet tehtyjen työkyvyn arviointien jälkeen ja osalla myös juuri ennen tehtyjä loppuhaastatteluja. Psykkisen ja elinympäristön osa-alueen hienoinen paraneminen lopputilanteeseen tullessa selittynee yhden tutkimuksessa mukana olleen poisjännillä tutkimuksesta tehdyn työkyvyn arvioinnin jälkeen, koska hänen osaltaan oli havaittavissa muita huonompi tulos näillä osa-alueilla jo alkutilanteen haastattelussa. Eniten parani sosiaalisen ulottuvuuden koettu elämänlaatu. Kaikkiaan elämänlaadun muutokset ovat todennäköisesti sattumaa, joka johtuu pienestä otannasta (alkutilanteen neljä ja lopputilanteen kolme henkilöä) ja osaltaan myös kyselyiden ajankohdan sen hetkisestä kunkin henkilökohtaisesta tilanteesta.

Yhtenä selkeänä havaintona tutkimuksessa oli, että terveys- ja työkykyongelmien lisäksi muut yksilölliset, kuten työhön liittyvät ongelmat tai sosiaaliset ja ympäristöolosuhteet vaikuttavat siihen, onnistuvatko yksilöt palaamaan työelämään. Tässä tutkimuksessa mukana olleiden asuinpaikan sijaitseminen pienellä paikkakunnalla, jossa työllistymisen mahdollisuudet ovat rajalliset koulutusmahdollisuuksista puhumattakaan hankaloittavat mahdollista työllistymistä tulevaisuudessa. Lisäksi tämän päivän normaalin arjen sujuvuuden kannalta tärkeiden asioiden kuten ajokortin ja tietoteknisten taitojen puute sekä toimimaton julkinen liikenne hankaloittavat oleellisesti ja jopa estävät työllistymisen tai hakeutumisen koulutukseen lähipaikkakunnille, puhumattakaan omien asioiden hoitamisen ongelmista sähköisten kanavien kautta. Työkykyä ja mahdollista työllistymistä arvioidessa nämä seikat ovat terveyden ja toimintakyvyn ohella merkityksellisiä ja ne tulee huomioida.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tutkimuksessa mukana olleet vuosia työttömänä olleet henkilöt olivat ennättäneet syrjäytyä monella tapaa. Olemassa olevat fyysiset ja psyykkiset sairaudet sekä henkilökohtaiset muut ongelmat ovat vuosien aikana alentaneet merkittävästi kunkin työkykyä, joka on todennäköisesti ollut heikohko jo paljon aiemminkin. Myös ammattitaito ja sen ylläpitämiseksi tarvittavat valmiudet olivat puutteellisia tai heikkoja, mikä hankaloittaa merkittävästi mahdollista työllistymistä kaikkien kohdalla. Samaan tulokseen ovat tulleet Kokkinen, Näsi ja Perkiö (2021) tutkimuksessaan, jossa on todettu, että etenkin yli 50-vuotiaiden on vaikea löytää työtä. Tätä vaikeutta vielä lisää, jos työtä olisi tarve keventää osatyökykyisyyden vuoksi. Työllistymistä voivat olla estämässä myös riittämätön koulutus tai vanhentunut ammattitaito työelämän ulkopuolella pitkää ollessa.

Henkilöiden työkykyä ylläpitävien toimien kuten kuntoutuksen ja työllistymisen onnistuminen olisi todennäköisempää, jos henkilöillä olisi mahdollisuus päästä työkyvyn arviointiin jo työttömyyden varhaisessa vaiheessa ja sen jälkeen tietyin väliajoin uudelleen työttömyyden jatkuessa tai uusiutuessa. Tällöin olemassa oleviin terveydellisiin ja mahdollisesti osaamiseen liittyviin ongelmiin pystyttäisiin vaikuttamaan tuloksellisemmin. Kuten tässäkin tutkimuksessa todettiin, oli yhteistyö eri tahojen kuten työllisyyspalveluiden, sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ollut vähäistä. Työkyvynarviointien toteutuminen oikeasti moniammatillisessa sekä monialaisessa yhteistyössä mahdollistaisi muun muassa tiedon kulun toteutumisen työttömän edun mukaisesti. Lisäksi jos työttömän tukena olisi työkykyasioihin perehtynyt henkilö, joka varmistaisi tarvittavien toimien toteutumisen ja työttömän ohjaamisen eteenpäin esimerkiksi auttamalla aikojen varaamisessa, kaavakkeiden täyttämässä ja toimitamisessa eikä nämä jäisi henkilön itsensä vastuulle.

Tätä tulkintaa tukee Kerättären vuonna 2016 tekemä tutkimus monialaisesta työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnista, jossa todetaan, että terveydenhuollon tulisi osallistua nykyistä aktiivisemmin eri toimijoiden yhteiseen verkostoyhteistyöhön. Tutkimuksessa on myös todettu työttömien tarvitsevan palveluja, joissa on huomioitu heidän erityistarpeensa. Monialaista lähestymistapaa hyödyntämällä pystyttäisiin nykyistä paremmin tunnistamaan työttömän tarve terveys- ja kuntoutuspalveluille, jonka myötä pystyttäisiin parantamaan tarvittavan hoidon ja kuntoutuspalveluiden sekä heille tarkoitettujen sosiaalietuuksien osuvuutta ja saatavuutta kullekin parhaalla mahdollisella tavalla.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut hyvän tieteellisen käytännön tutkimuseettiset ohjeet, joiden tavoitteena on tutkimuseettikan edistäminen eettisesti oikeita ja vastuullisia toimintatapoja noudattamalla. Tutkimustyön hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat tarkkuus, huolellisuus ja rehellisyys käsitellessä ja esitettäessä tutkimuksen tuloksia sekä myös tutkimusta arvioidessa. (TENK 2012, 4, 6.) Tutkimustyötä tehdessäni olen toiminut kuten hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää ja toiminut vastuullisesti eri tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä käyttäessäni. Lisäksi olen ottanut huomioon muiden tutkijoiden työt hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja asianmukaisesti viitannut muiden tutkijoiden töihin sekä huolehtinut lähdeviitteistä.

Olen työskennellyt koko opinnäytetyön prosessin ajan järjestelmällisesti ja johdonmukaisesti, mikä lisää tehdyn työn luotettavuutta (Vilka 2021, 185). Työn loogiselle etenemiselle on luonut pohjan huolellisesti tekemäni opinnäytetyösuunnitelma ja sen noudattaminen koko ajan tutkimusta tehdessä. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä olen keskustellut siitä sekä tilaajan että ohjaajan kanssa. Tekemäni tutkimuksen olen raportoinut tieteelliselle tiedolle määritettyjen vaatimusten mukaisesti. Olen hankkinut tarvittavat tutkimusluvut ja tehnyt toimeksiantajan sekä oppilaitoksen kanssa sopimukset tutkimuksen tekemiseen liittyen.

Käsitteitä eettisyys, uskottavuus sekä luotettavuus käytetään pohdittaessa luotettavuutta tutkimuksen yhteydessä. Eettisyys on sitä, että tutkija on noudattanut tutkimusta tehdessään sen kaikissa vaiheissa olemassa olevia eettisiä ohjeita. Tällöin tutkimuksen tekemisessä käytetyt menetelmät ja

analyysitavat voivat olla ohjenuorina mille tahansa asianmukaisesti tehtävälle tutkimukselle. Luotettavuus tutkimuksessa tarkoittaa, että lukija vakuuttuu tutkijan ammattitaidosta tutkimusongelman ratkaisemisesta käyttämällä tutkimuksen toteutukseen perusteltuja, oikeanlaisia menetelmiä sekä lähestymistapoja. Tämän vuoksi tutkijan täytyy kuvata jokainen vaihe totuudenmukaisesti siitä, kuinka tutkimus on edennyt. Tutkimuksen uskottavuus puolestaan tarkoittaa sitä, että tehdyn tutkimuksen tulokset voidaan hyväksyä tosiksi sekä luottaa siihen, että käytetty aineisto on kerätty ja analysoitu asianmukaisesti sekä huolellisesti. (Juuti & Puusa 2020, 167).

Tutkittavan ollessa vuorovaikutuksessa tutkijaan, edellytyksenä on saada kultakin tutkimukseen osallistujalta tietoon perustettava eettinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi heidän tulee saada tutkimuksesta sekä tutkittavan oikeuksista riittävät tiedot suostumuksen antamiseksi (Kuula-Luumi 2021). Tein opinnäytetyöstäni tietosuojaselosteen (Liite 2), vaikka asiakkaiden henkilötietoja tai nimiä ei tullut esille. Tutkimuksessa tiedon keräämisessä käytettäviin kyselyihin vastattiin anonyymisti. Tutkimusluvan pyysin tutkimuksen toimeksiantajalta Suomen Terveystalolta ja suostumuksen jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla henkilöasiakkaalta itseltään (Liite 3).

Kyselyyn osallistujille on kerrottava opinnäytetyön tekijä ja tämän taustaorganisaatio, mitä konkreettisesti tarkoitetaan tutkimukseen osallistumisella sekä käytetäänkö opinnäytetyössä henkilötietoja. Kyselyyn osallistuja osallistuu tutkimukseen vapaaehtoisesti ja hänellä on myös oikeus kieltäytyä osallistumasta sekä oikeus peruuttaa osallistumissuostumuksensa. Osallistujalla on myös mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa joko väliaikaisesti tai toistaiseksi ilman mitään kielteisiä seurauksia. Hänellä oikeus on saada ymmärrettävä ja totuudenmukainen kuva osallistumisesta mahdollisesti aiheutuvista riskeistä ja haitoista sekä tehtävän tutkimuksen tavoitteista. Lisäksi hänellä on oikeus tietää olevansa tutkittavana erityisesti tilanteissa, joissa tutkija on jossakin muussa roolissa tutkittavaan nähden kuin tutkijan roolissa. (Kuula-Luumi 2021.)

Tehtäessä kyselytutkimusta mahdollisia riskitekijöitä voivat olla aineiston pinnallisuus, vastaajien vastaaminen kysymyksiin huolimattomasti tai vastausvaihtoehtojen väärin ymmärtäminen. Mahdollista myös on, että tutkittava asia on vieras tai tuntematon vastaajille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 181–187). Kyselytutkimuksen heikkoutena voidaan myös pitää sitä, että tutkimus on teoreettisesti vähäinen ja on myös mahdollista, että kyselytutkimusta tehdessä ei voida olla täysin varmoja ovatko tutkimukseen osallistuneet vastanneet kyselyyn rehellisesti ja huolellisesti (Vilkkä 2021, 95).

6.3 Jatkotutkimus ja kehittämisaiheet

Vuoden 2022 työ- ja elinkeinoministeriön tekemän työllisyyskatsauksen mukaan Suomessa oli lähes 270 000 työtöntä, mikä tarkoittaa yli 7 000 työtöntä enemmän kuin vuotta aiemmin. Vaikka samaan aikaan työssä olevia todettiin olevan yli 2 500 000, joka puolestaan oli 106 000 työllistä enemmän kuin vuotta aiemmin, on maassamme jo nyt työvoimapula

Viime aikoina on uutisoitu tarpeesta löytää keinoja olemassa olevan työvoimapulan ratkaisemiseksi. Tiettyjen alojen koulutuspaikkojen ja työvoiman maahanmuuton lisäämisen lisäksi olemassa olevasta

lähes 300 000 työttömän joukosta löytyisi varmastikin potentiaalista työvoimaa, kun vain osattaisiin tukea heitä oikealla tavalla kohti työllistymistä. Työttömät ovat isolta osin työttömyyden vuoksi yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna heikommassa asemassa olevia. Tämän vuoksi he tarvitsevat tavanomaista enemmän tukea työ- sekä toimintakykynsä ylläpitämiseksi.

Kuten Kerätär (2016) tuo esiin, on työttömien työmarkkinatuista aiheutuvat kustannukset todella isoja, mikä tarkoittaa, että tulisi kiinnittää selkeästi nykyistä enemmän huomiota pitkään työttömänä olleiden työkykyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Työttömien työkykytarkastuksien järjestämisvastuu on aiemmin ollut kunnilla ja usein sitä on toteutettu yksinomaan terveydenhuollon toimesta ja jäänyt tämän vuoksi helposti terveys- sairauskeskeiseksi. Työkyvyn tuen järjestämisvastuu on siirtynyt tämän vuoden alussa toimintansa aloittaneiden hyvinvointialueiden vastuulle. Tehtävän työn tavoitteena on työllisyysasteen nostaminen, huomioiden myös osatyökykyisten ja vammaisten henkilöiden työllistyminen aiempaa enemmän. Tätä varten hyvinvointialueet ovat perustamassa sote-keskuksiinsa monialaisen ja -ammattillisen työkyvyn tuen tiimejä, jonka lisäksi alueet tulevat ottamaan käyttöön Sijota ja valmenna -mallin mukaisesti määritettyihin laatuksiteereihin perustuvan tuetun työllistymisen työhönvalmennuksen.

Tutkimus todensi myös sen, että työttömien kokonaisvaltainen työkyvyn tukeminen ei tämänhetkellä toimintamallilla toteudu yksilön eikä yhteiskunnan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Laaja-alainen työkyvyn arvioiminen ja tukeminen todennäköisesti tukisi työttömiä paremmin ja auttaisi kutakin löytämään itselleen oikean väylän. Toimilla tulisi hyvin todennäköisesti olemaan myös positiivisia taloudellisia vaikutuksia niin henkilölle itselleen kuin yhteiskunnallekin, vaikkakin taloudellisen hyödyn mittaaminen on vaikeaa ihmisten terveyttä ja hyvinvointia tarkastellessa.

Tutkimuksen myötä vahvistui näkemys, että työkyvyn arviointiprosessia tulisi kehittää, jotta tehdyillä toimilla olisi nykyistä enemmän vaikuttavuutta. Tätä näkemystä tukee myös uusi hyvinvointialueilla aloitettava työkyvyn tuen malli, jossa on tavoitteena toteuttaa työkyvyn arvioinnit eri tahojen moniammatillisessa yhteistyössä. Kehittämis ehdotuksena on, että luotaisiin työkyvyn arviointiin prosessi, jossa määritettäisiin työkyvyn arviointien toteuttamisen malli, jossa tavoitteena olisi, että arvioitaisiin monialaisesti henkilön työ- ja toimintakykyä fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristönäkökulma huomioiden. Arviointi sisältäisi tarvittavat terveydentilaan liittyvät tutkimukset ja jatkotoimet kuten esimerkiksi hoidon tai kuntoutuksen. Toimintamallin mukaan tutkimuksiin kuuluisivat tehdyn arvion mukaan myös esimerkiksi fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn testaaminen. Tällöin löydetäisiin kunkin kohdalla juuri ne osa-alueet, joissa tarvitaan eniten tukea ja osattaisiin suunnata tarvittavat toimet oikein. Prosessin mukaisesti toimimalla työttömien työkyvyn arvioinnit olisivat mahdollisimman tasalaatuisia missä tahansa toteutettuina. Koska työttömien myös tiedetään passivoituvan ja käyttävän palveluita selkeästi muita vähemmän olisi hyödyllistä, että työkykyarvioinnin toimintamallissa olisi huomioitu ns. koordinaattorin nimeäminen kullekin työttömälle tukemaan ja varmistamaan, että tarvittavat asiat ja toimet hoituvat kuten on suunniteltu.

Edellä mainitun kaltaisen prosessinomaisen toimintamallin voisi toteuttaa esimerkiksi opinnäytetyön tilaajana oleva Suomen Terveystalo Oy tai maamme hyvinvointialueet. Mallia voitaisiin hyödyntää suoraan omassa toiminnassa eri toimipaikoissa. Jatkokehittämisideana voisi olla myös julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen työttömien tai työttömyyden uhan alla olevien

työkyvyn tukemiseen, jolloin voitaisiin hyödyntää oikeanlaista osaamista siellä missä sitä kulloinkin on saatavilla riippumatta mikä taho työkyvyn arvioinnin tai osan siitä kulloinkin toteuttaa.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia kuinka tuloksellisia ovat työkyvyn arvioinnit, jotka tehdään monialaisen työ- ja toimintakyvyn kartoittamisen mallin mukaan ja sisältävät koordinaattorin tuen tehdyn suunnitelman mukaisten toimien toteutumiseen.

LÄHTEET

- Autero, Anniina 2012. Tuloksellisuuden arvioinnin monitulkintaisuus. Tapaus: suomalainen paloturvallisuuspolitiikka. TamPub.uta.fi. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100751/tuloksellisuuden_arvioinnin_monitulkintaisuus.pdf?sequence=1. Viitattu 21.5.2022.
- Bethge, Matthias, Spanier, Katja, Köhn, Stefanie & Schlumbohm, Anna 2018. Artikkel: Self-reported work ability predicts health-related exit and absence from work, work participation, and death: longitudinal findings from a sample of German employees. *Journal of Occupational Rehabilitation* 28: 495–503. Viitattu 14.9.2022.
- Björklund A, Eriksson T 1998. Unemployment and mental health: evidence from research in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1998-07, 7 (3), 219-235. <https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=38a9f6b2-3311-444c-9bfa-37dcd5b82003%40redis>. Viitattu 23.4.2022.
- Borodulin, Katja, Koponen, Päivikki, Koskinen, Seppo, Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 24.4.2022.
- Dahler-Larsen, Peter 2005. Vaikuttavuuden arviointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77071/vaikuttavuuden_arv.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 23.5.2022.
- Eskola, Jari, Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- Herbig, Britta, Dragano, Nico & Angerer, Peter 2013. Health in the Long-Term Unemployed. https://www.researchgate.net/publication/247773091_Health_in_the_Long-Term_Unemployed. *Deutsches Ärzteblatt International* 110 (23-24), 413-419. Viitattu 3.5.2023.
- Hemmingsson, T, Kjellberg, Katarina, Leijon, Ola, Lundin, Andreas & Punnett, Laura 2016. The Association Between Self-Assessed Future Work Ability and Long-Term Sickness Absence, Disability Pension and Unemployment in a General Working Population: A 7-Year Follow-Up Study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 26 (2), 195–203. Viitattu 14.9.2022.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi. Viitattu 10.5.2023.
- Hult, Marja 2014. Health and wellbeing of the unemployed: an interview study. Väitöskirja. University of Eastern Finland. Viitattu 10.5.2023.
- Hult, Marja, Pietilä, Anna-Maija & Saaranen, Terhi 2017. Elämänlaadun ja elämän merkityksellisyyden kokemisen yhteydet työttömien työkykyyn. *HOITOTIEDE* 29 (2), 78–88. Viitattu 26.4.2022.
- Hult, Marja, Saaranen, Terhi & Pietilä, Anna-Maija 2016. Työttömien kokemuksia terveydestä ja hyvinvoinnista: haastattelututkimus, *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2016: 53 s.108–118. Viitattu 3.5.2023.
- Hult, Marja, Koponen, Päivikki, Pietilä, Anna-Maija & Saaranen, Terhi. 2018. Artikkel: Good work ability among unemployed individuals: Association of sociodemographic, work-related and well-being factors. *Journal of Public Health* 46 (3), 375–381. Viitattu 14.9.2022
- Kananen, Jorma 2008. KVALI, Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut -yksikkö. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Viitattu 10.5.2023.

- Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut -yksikkö. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Viitattu 10.5.2023.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Kauppinen, Timo, Saikku, Peppi & Kokko, Riitta-Liisa 2010. Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Vaarama Marja, Moisio Pasi, Karvonen Sakari (toim). Suomalaisen hyvinvointi 2010, 234–250. Viitattu 5.3.2023.
- Kerätär, Raija & Oivo, Tuija 2018. Helsinki. Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43/2018. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%20Osatyökykyisten%20reitit%20työllisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Viitattu 28.4.2022.
- Kerätär, Raija 2016. Oulu. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf>. Viitattu 28.4.2022.
- Klavus, Jan 2010. Suomalaisen terveys, terveyspalveluiden käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Suomalaisen hyvinvointi 2010, 28–59. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1>. Viitattu 10.5.2023.
- Konu, Anne, Rissanen Pekka, Ihantola, Mervi & Sund, Reijo 2009. "Vaikuttavuus" suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 46, 285–297. https://www.researchgate.net/publication/277066484_Vaikuttavuus_suomalaisissa_terveydenhuollon_tutkimuksissa. Viitattu 23.5.2022.
- Korpilahti, Ulla Terveysportti. 2022. WHOQOL-Bref-mittarin soveltuvuus aikuisten elämänlaadun mittaamiseen terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa. Verkkojulkaisu. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tma00103/search/WHOQOL-BREF%20el%C3%A4m%C3%A4nlaatumittari%20>. Viitattu 29.4.2022.
- Kuula-Luumi, Arja 2021. Tutkimuslupa, suostumus, informointi ja tietosuojat. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 24.4.2022.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy Viitattu 10.5.2023.
- Lappalainen, Kirsi 2017. Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen - painopisteenä terveydenhuolto ja verkostoyhteistyö. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/18009/urn_isbn_978-952-61-2452-0.pdf. Viitattu 22.4.2022.
- Lappalainen, Kirsi, Manninen, Pirjo, Räsänen, Kimmo 2017. Association Among Sociodemographic Factors, Work Ability, Health Behavior, and Mental Status for Young People after Prolonged Unemployment. *Workplace Health & Safety* 65 (2), 65–73. Viitattu 29.9.2022.
- Miettinen, Janissa, Selander, Kirsikka & Linnosmaa, Ismo 2020. Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 77–128. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>. Viitattu 22.5.2022.

Niiranen, Kirsi, Hakulinen, Hanna, Manninen, Pirjo & Räsänen, Kimmo 2014. Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen- verkosto mahdollisuutena. Työelämän tutkimus – Arbetslivsforskning 12 (1), 3-22. Viitattu 10.5.2023.

Nurmela, Kirsti 2021. Identification of Mental Health Disorders among Long-term Unemployed People and Their Ability to Work. Does health care meet the case? Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta.

Näsi, Ella, Perkiö, Mikko & Kokkinen, Lauri 2021. The Complexity of Decreased Work Ability: Individuals' Perceptions of Factors That Affect Returning to Work after Sickness Absence. International Journal Environ Research and Public Health 19 (1),113-135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8750323/pdf/ijerph-19-00113.pdf>. Viitattu 26.9.2022.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Verkkojulkaisu. Gaudeamus. <https://www.ellibrary.com/book/9789523456167>. Viitattu 24.4.2022.

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 2019. Valtioneuvosto. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>. Viitattu 26.4.2022.

Rot, Piotr, Skrzypiec, Lukasz, Jadczyk, Marcin & Jurkiewicz, Dariusz 2018. Comparison of quality of life before and after open septorhinoplasty with the WHOQOL-BREF questionnaire. Otolaryngol Pol 73 (1), 13–16. <https://otolaryngologypl.com/resources/html/article/details?id=181904&language=en>. Viitattu 8.10.2022.

Saikkumäki, Peppi, Kestilä, Laura & Karvonen Sakari 2014. Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehäksessä. Teoksessa Vaarama Marja, Karvonen Sakari, Kestilä, Laura, Moisio Pasi & Muuri Anu (toim). Suomalaisten hyvinvointi 2014, 118–143. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1. Viitattu 5.3.2023.

Sarparanta, Tuomas 2022. Kelan työterveyshuoltotilasto 2020. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/344595/Kelan_tyoterveyshuoltotilasto_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Helsinki, Kela. Käytetty 27.9.2022.

Simola, Ahti 2001. Työterveyshuolto-organisaation toiminta, sen henkilöstön henkinen hyvinvointi ja toiminnan tuloksellisuus. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/71665>. Viitattu 2.6.2022.

Sormunen, Marjorita, Saaranen, Terhi, Tossavainen, Kerttu & Turunen, Hannele 2013. Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 50, 312–321. <https://journal.fi/sla/article/view/41281>. Viitattu 13.5.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Työttömien terveydenhuollon järjestäminen. Kirje. <https://stm.fi/documents/1271139/1365032/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen/3b1979ea-c36c-4114-9399-6c45e49b40b1/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?t=1430130792000>. Käytetty 22.4.2022.

Tampereen yliopisto. Punamusta Oy. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/130700/978-952-03-1949-6.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Viitattu 26.4.2022.

Tilastokeskus. Työvoimatutkimus 2022. Verkkojulkaisu. https://www.stat.fi/til/tyti/2022/02/tyti_2022_02_2022-03-22_tie_001_fi.html. Viitattu 23.4.2022.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 10.5.2023.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2022. Työllisyyskatsaus. Verkkojulkaisu. https://temtyollisyyskatsaus.fi/TextBase/Tkat/Prs/Tkat_fi.htm. Viitattu 28.9.2022.

Työterveyslaitos 2021. Työkykytalo. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyokyky>. Viitattu 10.5.2023.

Vaarama Marja, Siljander Eero, Luoma Minna-Liisa & Meriläinen Satu 2010. Artikkel: Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama Marja, Moisio Pasi, Karvonen Sakari (toim). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki, 126–149. Viitattu 5.3.2023.

Valtiovarainministeriö 2005. Tulosohjauksen käsikirja 2/2005. <https://vm.fi/documents/10623/307545/Tulosohjauksen+k%C3%A4sikirja.pdf/b7f9a7f9-2b46-4dbb-bb66-85bf1074b88a>. Viitattu 29.9.2022.

Valtioneuvosto 2013. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. Helsinki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>. Viitattu 27.4.2022.

Vehmas, Ari, Railio, Ulla, Viukari, Eija, Mäkelä-Pusa, Pirkko & Anttilainen, Julia 2017. Työtä vaille olevien terveystarkastukset päämäärätietoisesti ja moniammatillisesti yhteistyötä tehden. Kuntoutus 40 (1), 44–50. Viitattu 14.9.2022.

Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi. Viitattu 5.5.2023.

Vilkka, Hanna 2021. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Ps- kustannus. Viitattu 10.5.2023.

Virtanen Pekka, Janlert, Urban & Hammarström, Anne 2013. Health status and health behaviour as predictors of the occurrence of unemployment and prolonged unemployment. Public Health 127 (1), 46–52. Viitattu 10.5.2023.

Vuokko, Aki, Juvonen-Posti, Pirjo & Kaukiainen, Aki 2016. Työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvä arviointikäytäntö terveydenhuollossa. <https://www.julkari.fi/handle/10024/132200>. Viitattu 10.5.2023.

Wikström, Miia, Anttila, Heidi, Savinainen, Minna, Kouvonen, Anne & Joensuu, Matti 2020. Development and content validity of the Abilitator: a self-report questionnaire on work ability and functioning aimed at the population in a weak labour market position. BMC Public Health 20 (1): 327. Viitattu 3.5.2023.

Kuva 2. Elämänlaadun viitearvot (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 133).'

LIITE 1: WHOQOL-BREF KYSELYLOMAKE

WHOQOL-BREF

**MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖN
ELÄMÄNLAATUMITTARI - LYHYT VERSIO**

Ohjeet

Tällä lomakkeella pyydämme Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muita arkielämänne asioita. **Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin.** Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valitsitte, **valitkaa se, joka vaikuttaa sopivimmalta.** Usein sopivin vastaus on se, joka ensimmäiseksi tulee mieleen.

Kun vastaatte, ajatelkaa tärkeinä pitämiänne asioita, toiveitanne sekä mielihyvän ja huolenaiheitanne. Muistelkaa elämäännne kahden viimeisen viikon aikana. Kahta viimeistä viikkoa koskeva kysymys voi kuulua esimerkiksi seuraavasti:

	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Täysin riittävästi
Oletteko saanut muilta tarvitsemaanne tukea?	1	2	3	4	5

Ympyröikää numero, joka parhaiten vastaa sitä, kuinka paljon olette saanut tukea muilta viimeisten kahden viikon aikana. Jos olette saanut paljon tukea, ympyröikää numero 4. Jos ette ole lainkaan saanut tarvitsemaanne tukea muilta viimeisen kahden viikon aikana, ympyröikää numero 1.

Lukekaa jokainen kysymys ja arvioikaa, miltä Teistä tuntuu. Ympyröikää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka vastaa mielestänne sopivinta vastausta kysymykseen.

		Erittäin huonoksi	Huonoksi	Ei hyväksi eikä huonoksi	Hyväksi	Erittäin hyväksi
1	Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	1	2	3	4	5

		Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
2	Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Erittäin paljon
3	Missä määrin fyysinen kipu estää Teitä tekemästä päivittäisen elämänne kannalta tarpeellisia asioita?	1	2	3	4	5
4	Kuinka paljon tarvitsette lääkettä tai muuta hoitoa pystyäksenne toimimaan päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
5	Kuinka paljon nautitte elämästä?	1	2	3	4	5
6	Missä määrin tunnette, että elämänne on merkityksellistä?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Hyvin	Erinomaisesti
7	Kuinka hyvin pystytte keskittymään asioihin?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen turvalliseksi	Hyvin turvalliseksi	Erittäin turvalliseksi
8	Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen terveellisenä	Hyvin terveellisenä	Erittäin terveellisenä
9	Kuinka terveellisenä pidätte fyysistä ympäristöänne?	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette viimeisten kahden viikon aikana kokenut tai voinut tehdä tiettyjä asioita.

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
10	Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	1	2	3	4	5
11	Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon?	1	2	3	4	5
12	Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?	1	2	3	4	5
13	Saatteko tarpeeksi tietoa jokapäiväisen elämänne kannalta tärkeistä asioista?	1	2	3	4	5
14	Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?	1	2	3	4	5

		Erittäin huono	Huono	Ei hyvä eikä huono	Hyvä	Erittäin hyvä
15	Millainen on liikuntakykynne?	1	2	3	4	5

Seuraavissa kysymyksissä Teitä pyydetään kertomaan, kuinka tyytyväinen olette ollut viimeisten kahden viikon aikana erilaisiin asioihin elämässänne.

		Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
16	Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?	1	2	3	4	5
17	Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?	1	2	3	4	5
18	Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?	1	2	3	4	5
19	Kuinka tyytyväinen olette itseenne?	1	2	3	4	5
20	Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?	1	2	3	4	5
21	Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne?	1	2	3	4	5
22	Kuinka tyytyväinen olette ystäviltänne saamaanne tukeen?	1	2	3	4	5
23	Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?	1	2	3	4	5
24	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveyspalveluja?	1	2	3	4	5
25	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne käyttää julkisia ja/tai muita liikennevälineitä?	1	2	3	4	5

Seuraava kysymys koskee sitä, kuinka usein olette tuntenut tai kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei koskaan	Harvoin	Melko usein	Hyvin usein	Aina
26	Kuinka usein Teillä on ollut sellaisia kielteisiä tuntemuksia kuten alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus?	1	2	3	4	5

Auttoiko joku Teitä tämän lomakkeen täyttämässä? _____

Kuinka kauan lomakkeen täyttäminen kesti? _____

Haluatteko sanoa jotain tästä kyselystä?

KIITOS AVUSTANNE!

WHOQOL-BREF

MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖN ELÄMÄNLAATUMITTARI - LYHYT VERSIO

	Kaavat eri ulottuvuuksien yhteispisteiden laskemiseen	Raaka- pistearvo	Muunnetut skaalapistearvot*	
			4–20	0–100
Ulottu- vuus 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ + + + + + + +	=		
Ulottu- vuus 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ + + + + + +	=		
Ulottu- vuus 3	$Q20 + Q21 + Q22$ + + +	=		
Ulottu- vuus 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ + + + + + + + +	=		

*Raakapistearvojen muuttamiseksi muunnetuiksi skaalapistearvoiksi, katso Pisteytysohje.

WHOQOL-BREF -mittarin kaikki oikeudet kuuluvat Maailman terveysjärjestölle (WHO). Suomenkielinen kyselylomake on julkaistu TOIMIA-tietokannassa WHO:n Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle myöntämän julkaisuluvan perusteella. Kyselylomakkeen saa ottaa omaan, ei-kaupalliseen käyttöön, eikä sitä saa muuttaa. Nämä lähdetiedot tulee olla aina kirjattuna lomakkeeseen: WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med May. 1998; 28(3):551–558. Lomakkeen suomennos ja validointi Suomessa: Vaarama M & Ylönen L. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuusprojekti. Osa- raportti I. 2006. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Espoon kaupunki ja STAKES; 2006.



Opinnäytetyön tietosuojaseloste
EU:n yleinen tietosuoja-asetus
13 ja 14 artiklat
Laatimispäivä: 1.8.2022

Tietoa tutkimukseen osallistuvalle

Olet osallistumassa Savonia- ammattikorkeakoulussa tehtävään opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen. Tässä selosteessa kuvataan, miten henkilötietojasi käsitellään tutkimuksessa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Sinuun ei kohdistu mitään negatiivista seuraamusta, jos et osallistu tutkimukseen tai jos keskeytät osallistumisesi siihen. Jos keskeytät osallistumisen, voidaan ennen keskeytystä kerättyä aineistoa käyttää kuitenkin tutkimuksessa. Selosteen kohdassa 14 kerrotaan, mitä oikeuksia sinulla on ja millä tavoin pystyt vaikuttamaan tietojesi käsittelyyn.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Nimi: Jatta Soininen
Osoite: Tykkitie 125, 78210 Varkaus
Puhelinnumero: 044 5579610
Sähköpostiosoite: jatta.soininen@edu.savonia.fi

Kuvaus tutkimuksesta ja henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Kysely on osa Savonia-ammattikorkeakouluun toteutettavaa opinnäytetyötä (terveydenhoitaja YAMK). Opinnäytetyö toteutetaan monimenetelmällisenä tutkimuksena ja sen tavoitteena on kartoittaa työterveyshuollossa tehtyjen työkyvyn arviointien tuloksellisuus ja vaikutukset työttömien elämänlaatuun ja itsearvioituun terveyteen.

Opinnäytetyötä varten kerätty aineisto käsitellään niin, etteivät kyselyyn vastanneet ole niistä tunnistettavissa.

Tutkimuksen suorittajat

Jatta Soininen

Tutkimuksen nimi ja tutkimuksen kestoaika

Tutkimuksen nimi: Työterveyshuollossa tehtyjen työkyvyn arviointien tuloksellisuus ja vaikutukset työttömien elämänlaatuun ja itsearvioituun terveyteen. Tutkimus alkaa keväällä 2022 ja päättyy vuoden 2022 lopussa.

Henkilötietojen käsittelyn kesto:

Tietoja käsitellään opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön on määrä valmistua alkuvuodesta 2023.

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietoja käsitellään yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan perusteella.

Henkilötietojen käsittelyperusta tässä tutkimuksessa on

- tutkittavan suostumus
- tieteellinen tai historiallinen tutkimus tai tilastointi



Opinnäytetyön tietosuojaseloste
EU:n yleinen tietosuoja-asetus
13 ja 14 artiklat
Laatimispäivä: 1.8.2022

Mitä henkilötietoja tutkimusaineisto sisältää

Vastaajan henkilötietoja ei käsitellä.

Arkaluonteiset henkilötiedot

Tutkimuksessa ei käsitellä arkaluonteisia henkilötietoja.

Mistä lähteistä henkilötietoja kerätään

Tiedot kerätään haastattelemalla toteutettavassa kyselyllä, joista toinen tehdään yhden kerran tutkimuksen lopussa ja toinen kaksi kertaa, ensimmäisen kerran tutkimuksen alussa ja toisen kerran tutkimuksen lopussa.

Tietojen siirto tai luovutus edelleen

Henkilötietoja ei siirretä tai luovuteta edelleen.

Henkilötietojen suojauksen periaatteet

Tiedot ovat salassa pidettäviä. Suorat tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa.

Henkilötietojen käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Tutkimusrekisteri hävitetään

Tutkimusrekisteri arkistoidaan ilman tunnistetietoja / tunnistetiedoin

Savonia-ammattikorkeakoulun tietosuojavastaava on hallinnon suunnittelija Mervi Hätinen. Häneen saa yhteyden sähköpostiosoitteesta tietosuojavastaava@avonia.fi

Mitä oikeuksia sinulla on ja oikeuksista poikkeaminen

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa on tämän ilmoituksen kohdassa mainittu 1 henkilö.

Suostumuksen peruuttaminen (tietosuoja-asetuksen 7 artikla)

Sinulla on oikeus peruuttaa antamasi suostumus, mikäli henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta suostumuksen perusteella ennen sen peruuttamista suoritettun käsittelyn lainmukaisuuteen.

Oikeus saada pääsy tietoihin (tietosuoja-asetuksen 15 artikla)

Sinulla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö henkilötietojasi tutkimuksessa ja mitä henkilötietojasi käsitellään. Voit myös halutessasi pyytää jäljennöksen käsiteltävistä henkilötiedoista.

Oikeus tietojen oikaisemiseen (tietosuoja-asetuksen 16 artikla)

Jos käsiteltävissä henkilötiedoissasi on epätarkkuuksia tai virheitä, sinulla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydentämistä.

Oikeus tietojen poistamiseen (tietosuoja-asetus 17 artikla)

Sinulla on oikeus vaatia henkilötietojesi poistamista seuraavissa tapauksissa:

- a) henkilötietoja ei enää tarvita niihin tarkoituksiin, joita varten ne kerättiin tai joita varten niitä muutoin käsiteltiin
- b) peruutat suostumuksen, johon käsittely perustui, eikä käsittelyyn ole muuta laillista perustetta
- c) vastustat käsittelyä (kuvaus vastustamisoikeudesta on alempana) eikä käsittelyyn ole olemassa perusteltua syytä
- d) henkilötietoja on käsitelty lainvastaisesti; tai
- e) henkilötiedot on poistettava unionin oikeuteen tai jäsenvaltion lainsäädäntöön perustuvan rekisterinpitäjään sovellettavan lakisääteisen veloitteen noudattamiseksi.

Oikeutta tietojen poistamiseen ei kuitenkaan ole, jos tietojen poistaminen estää tai vaikeuttaa suuresti käsittelyn tarkoituksen toteutusta tieteellisessä tutkimuksessa.

Oikeus käsittelyn rajoittamiseen (tietosuoja-asetuksen 18 artikla)

Sinulla on oikeus henkilötietojesi rajoittamiseen, jos kyseessä on jokin seuraavista olosuhteista:

- a) kiistät henkilötietojesi paikkansapitävyyden, jolloin käsittelyä rajoitetaan ajaksi, jonka kuluessa tutkija voi varmistaa niiden paikkansapitävyyden
- b) käsittely on lainvastaista ja vastustat henkilötietojen poistamista ja vaadit sen sijaan niiden käytön rajoittamista
- c) tutkija ei enää tarvitse kyseisiä henkilötietoja käsittelyn tarkoituksiin, mutta sinä tarvitset niitä oikeudellisen vaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi
- d) olet vastustanut henkilötietojen käsittelyä (ks. tarkemmin alla) odottaessa sen todentamista, syrjäyttävätkö rekisterinpitäjän oikeudet perusteet rekisteröidyn perusteet.

Oikeus siirtää tiedot järjestelmästä toiseen (tietosuoja-asetuksen 20 artikla)

Sinulla on oikeus saada tutkijalle toimittamasi henkilötiedot jäsennellyssä, yleisesti käytetyssä ja koneellisesti luettavassa muodossa ja oikeus siirtää kyseiset tiedot toiselle rekisterinpitäjälle, jos käsittelyn oikeusperuste on suostumus tai sopimus, ja käsittely suoritetaan automaattisesti.



Opinnäytetyön tietosuojaseloste
EU:n yleinen tietosuoja-asetus
13 ja 14 artiklat
Laatimispäivä: 1.8.2022

Kun käytät oikeuttasi siirtää tiedot järjestelmästä toiseen, sinulla on oikeus saada henkilötiedot siirrettyä suoraan rekisterinpitäjältä toiselle, jos se on teknisesti mahdollista.

Vastustamisoikeus (tietosuoja-asetuksen 21 artikla)

Sinulla on oikeus vastustaa henkilötietojesi käsittelyä, jos käsittely perustuu yleiseen etuun tai oikeutettuun etuun. Tällöin tutkija ei voi käsitellä henkilötietojasi, paitsi jos se voi osoittaa, että käsittelyyn on olemassa huomattavan tärkeä ja perusteltu syy, joka syrjäyttää rekisteröidyn edut, oikeudet ja vapaudet tai jos se on tarpeen oikeusvaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi. Tutkija voi jatkaa henkilötietojesi käsittelyä myös silloin, kun se on tarpeellista yleistä etua koskevan tehtävän suorittamiseksi.

Oikeuksista poikkeaminen

Tässä kohdassa kuvatuista oikeuksista saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa poiketa tietosuoja-asetuksessa ja Suomen tietosuojalaissa säädetyllä perusteella siitä osin, kuin oikeudet estävät tieteellisen tai historiallisen tutkimustarkoituksen tai tilastollisen tarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Valitusoikeus

Sinulla on oikeus tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli katsot, että henkilötietojesi käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

Yhteystiedot:

Tietosuojavaltuutetun toimisto
Käyntiosoite: Ratapihantie 9, 6. krs, 00520 Helsinki
Postiosoite: PL 800, 00521 Helsinki
vaihde: 029 56 66700
Faksi: 029 56 66735
Sähköposti: tietosuoja(at)om.fi

LIITE 3: Saatekirje

KYSELYN SAATEKIRJE

Opiskelen Savonia ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa hyvinvointikoordinaattorin koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni aiheena on työterveyshuollossa tehtyjen työkyvyn arviointien tuloksellisuus ja vaikutukset työttömien elämänlaatuun ja itse arvioituun terveyteen. Toimeksiantaja opinnäytetyössä on Suomen Terveystalo Oy.

Kyselyt liittyvät edellä mainittuun opinnäytetyöhön. Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa toimeksiantajalta eli Suomen Terveystalolta.

Vastaukset tullaan käsittelemään nimettömänä ja osallistuminen on vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista.

Kiitos osallistumisestasi ja avustasi.

Jatta Soininen

jatta.soininen@edu.savonia.fi

p 0445579610

Olen lukenut kyselyn tietosuojaselosteen ja hyväksyn vastausteni tallentamisen ja käyttämisen kuten tietosuojaselosteessa kuvataan: