

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Huppunen-Vänskä Marjo-Riikka
Tietäväinen Maija

IKÄÄNTYVIEN TYÖNTEKIJÖIDEN PAREMPI TYÖKYKY TYÖURIEN
PIDENTYESSÄ

Opinnäytetyö
Lokakuu 2015

**OPINNÄYTETYÖ**

Lokakuu 2015

Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma**Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**

Tikkarinne 9

80220 Joensuu

(013) 260 600 (vaihde)

Tekijät:

Huppunen-Vänskä Marjo-Riikka

Tietäväinen Maija

Nimeke

Ikääntyvien työntekijöiden parempi työkyky työurien pidentyessä

Tiivistelmä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tavoitteena on ollut kehittää alueellista terveysseurantaa. Tuotettavia tietoja käytetään maakunnan, seutukuntien ja kuntien terveys- ja hyvinvointityön tueksi. Tässä opinnäytetyössä on käytetty materiaalina Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttamaa Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) Pohjois-Karjalan aineistoa.

Tulevaisuudessa työvoima koostuu yhä enemmän eri-ikäisistä ja työkyvyltään erilaisista työntekijöistä. Työurien pidentyessä on keskeistä selvittää, miten ikääntyvien työntekijöiden työkyky säilyy ja miten työssä jatkamista voitaisiin tukea eläkeikään saakka. Tässä opinnäytetyössä ikääntyvällä tarkoitetaan 45–65-vuotiasta työntekijää.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää elintapojen, terveydentilan, palveluiden- ja niiden tarpeiden sekä sosiaalisten- ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutusta 45–65-vuotiaiden työkykyyn. Tarkoituksena oli löytää keinoja ikääntyvien työntekijöiden työurien pidentämisen tueksi. Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä.

Opinnäytetyön tuloksista nostettiin esille keinoja työkyvyn ylläpitämiseksi ja heikkenemisen ehkäisemiseksi. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnettiin osana työelämäyhteistyötä. Opinnäytetyön tuloksista kirjoitettiin artikkeli, joka oli osa ”Moninaisuusosaaminen tulevaisuuden työyhteisöjen johtamisen työkaluna”. Artikkelin julkaistiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarjassa.

Kieli

suomi

Sivuja 93

Liitteet 3

Liitesivumäärä 11

Asiasanattyökyky, elintavat, palvelut, terveydentila, sosioekonomia, terveyden edistäminen, esi-
miestyö



THESIS
October 2015
Degree Programme in Development and Management of Social and Health Care (Master`s Degree)
Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
FINLAND
+358 13 260 600

Authors

Huppunen-Vänskä Marjo-Riikka
Tietäväinen Maija

Title

How to Support Ageing Workers to Maintain Their Ability to Work As Retirement Age Rises

Abstract

The aim the Finnish National Institute for Health and Welfare (abbreviated to THL in Finnish) aims to develop regional health monitoring. The produced information is used to support health and welfare work carried out in provinces, sub-regions and municipalities. This thesis has uses material related to the population group of North Karelia, which was yielded by the Regional health and Welfare Study (abbreviated to ATH in Finnish) conducted by THL.

In the future, the workforce consists of people of different ages and their ability to work varies. As careers become longer, it is essential to find out how ageing workers can maintain their ability to work and how these workers can be supported as they approach the retirement age. In this thesis, aging workers refers to employees aged 45 to 65.

The purpose of this thesis, which is a research-based development assignment, was to study the impact of lifestyle, health, available services and workers` need for them, as well as social and socioeconomic factors effecting the 45- to 65-year-olds ability to work. The aim was to find ways to support ageing workers to lengthen their work careers.

From the results of the thesis, ways were identified to ability to work and prevent its deterioration. The results of the thesis were used to promote co-operation with working life. These results were included in an article published under the title "Diversity of Expertise as a Tool in the Management of the Future Workplaces". The article was published in the publication series of Jyväskylä University of Applied Sciences.

Language

Finnish

Pages 93

Appendices 3

Pages of Appendices 11

Keywords

ability to work, way of life, services, sosioeconomic, health promotion, managerial work

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	6
2	Työkyky 45–65-vuotiailla.....	7
2.1	Työkykyyn vaikuttavia tekijöitä 45–65-vuotiailla työntekijöillä	8
2.2	Työkyvyn muutokset aiempien tutkimusten mukaan.....	9
2.3	Varhainen tukeminen työkykyyn liittyvissä ongelmissa	10
3	Työkykyyn vaikuttavat tekijät	12
3.1	Elintapojen vaikutus työkykyyn	12
3.1.1	Liikunta	13
3.1.2	Uni	15
3.1.3	Ravitsemus	17
3.1.4	Alkoholi ja tupakka.....	18
3.2	Palvelut ja niiden tarpeiden vaikutus työkykyyn	20
3.3	Terveydentila ja työkyky	23
3.3.1	Työ ja mielenterveys	24
3.3.2	Työ ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet	25
3.4	Sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus työkykyyn	27
4	Historiaa terveyden edistämisestä ja vaikutuksia työkykyyn	29
4.1	Kansanterveystyön ja lainsäädännön kehittyminen Suomessa	30
4.2	Terveyden edistäminen Suomessa.....	31
4.3	Kansalaisten vastuu omasta terveydestään.....	33
5	Työelämän keinoja kehittää 45–65-vuotiaiden työkykyä	35
5.1	Ikääntyvien työntekijöiden työurien pidentäminen.....	36
5.2	Esimiestyön vaikutus työkykyyn.....	37
5.3	Terveyden edistäminen työpaikoilla.....	40
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	41
7	Opinnäytetyön aineiston kuvaus ja menetelmät.....	42
7.1	Aineiston keruu	43
7.2	Aineiston koko	44
7.3	Aineiston rajaus	45
7.4	Muuttujien valinta ja kuvaukset	46
7.5	Aineiston analysointi	49
8	Tulokset	51
8.1	Työkyky	52
8.2	Elintapojen vaikutus työkykyyn	55
8.3	Luottamus julkisiin palveluihin työkykypisteiden mukaan.....	58
8.4	Terveydentilan vaikutus työkykyyn	60
8.5	Sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus työkykyyn	62
9	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	65
10	Opinnäytetyön toteuttaminen	67
10.1	Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen kehittämisen näkökulmasta	68
10.2	Artikkeli osana kehittämistä	68
10.3	Opinnäytetyön tulokset osana työelämän yhteistyötä	70
11	Pohdinta.....	72
	Lähteet.....	86

Liitteet

Liite 1	Artikkeli opinnäytetyöstä
Liite 2	Power Point-esitys
Liite 3	Opinnäytetyöprosessi

1 Johdanto

Työkyvyn monimuotoisuus tekee työkyvyn mittaamisen ja arvioinnin haasteelliseksi. Työkyvyn arvio voi perustua henkilön omaan käsitykseen. Arvion voi tehdä terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen ammattilainen tai muu asiantuntijaryhmä. Myös työnjohto voi arvioida työntekijän suoriutumista työstään. Työkykyä arvioitaessa tarkastellaan erilaisista näkökulmista työkyvyn osa-alueita. (Gould & Ilmarinen 2010, 33.) Tässä opinnäytetyössä työkykyyn vaikuttaviksi osa-alueiksi on valittu elintapojen-, palveluiden ja niiden tarpeiden-, terveydentilan-, sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus työkykyyn.

Joka neljäs työikäinen suomalainen kokee työkykynsä heikentyneeksi, eli 863 000 suomalaista. Kaupunkien välillä on eroja sekä työkyvyssä, että siinä, kuinka hyvin jaksetaan työelämässä eläkeikään saakka. (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskenniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen 2014.) Helsingin kaupungin työntekijänaisista jopa 15 prosenttia ja miehistä 18 prosenttia harkitsi vakavasti varhaiseläkkeelle siirtymistä (Harkonmäki, Lahelma, Väänänen, Rahkonen 2006, 6).

Tässä opinnäytetyössä selvitetään tekijöitä, jotka ovat yhteydessä 45–65-vuotiaiden työkykyyn. Mitkä ovat niitä asioita, joihin pitäisi kiinnittää huomiota työyhteisöissä ja työterveyshuollossa ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi. Näillä toimenpiteillä voidaan vaikuttaa työntekijöiden työkykyyn, että työkyky säilyy ja työssä jaksetaan eläkeikään saakka työurien pidentyessä. Työssä jatkamisen haasteet koskevat ikääntyvien työssä pysymisen ohella keskiikäisten työhyvinvoinnin ja työuran tukemista. Työvoima koostuu tulevaisuudessa yhä enemmän eri-ikäisistä ja työkyvyltään erilaisista työntekijöistä. On keskeistä selvittää miten työssä jatkamista voitaisiin tukea. (Heikkilä-Tammi, Nuutinen, Bordi & Manka 2015, 143–144.)

Päätäjillä täytyy olla aluettaan kuvaavaa, reaaliaikaista tietoa väestöryhmittäin, niistä ilmiöistä joihin päätöksillä voidaan vaikuttaa. Tässä opinnäytetyössä on

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttama Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) Pohjois-Karjalan aineisto. Tässä aineistossa on selvitetty vastaajien työkykyä ja elintapojen vaikutusta työkykyyn. Tällä hetkellä tulevat eläkeiät ja työurien pidentäminen ovat paljon keskusteltuja aiheita.

2 Työkyky 45–65-vuotiailla

Väestörakenteen muutos ja sen vaikutukset työllisyyteen ja työurien pituuteen ovat haasteina useissa teollisissa maissa. Siksi ikääntyvien työntekijöiden fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta jaksamisesta keskustellaan. Työterveyshuollon roolia siinä, miten se voisi edistää ikääntyvien työntekijöiden terveempiä työoloja, ei voi korostaa liikaa. (Stössel 2008, 287.) Työkyvyn käsite, olipa näkökulmana työkykyisyys tai kyvyttömyys, on moninainen. Se riippuu kulloinkin käytettävästä lähestymistavasta. Työkyky ei ole yhteydessä ainoastaan yksilöllisiin tekijöihin, kuten terveyteen, toimintakykyyn, ammattitaitoon, stressinsietokykyyn ja persoonallisuuteen, vaan myös työhön liittyviin muihin ulkopuolisiin tekijöihin. Esimerkiksi työn kuormitustekijät, kuten hankalat työasennot, lihastyö, rooliepäselvyydet sekä kiire vaikuttavat haitallisesti ikääntyvän työntekijän työkykyyn. (Pensola, Rinne, Kankainen & Roine 2008, 108.)

Työkyky syntyy yksilön, työn ja työyhteisön vuorovaikutuksen tuloksena. Työntekijöiden vaikuttaessa työhönsä, lisääntyy hallinnan kokemus. Jos työntekijällä on kuormittava työ tai terveysongelmia, voi hän pitää työkykyään kuitenkin hyvänä, jos hänellä on mahdollisuus saada tukea työssään. Jokaisen työntekijän työkyky perustuu hänen omaan arvioonsa ja tulkintaansa käytettävissä olevista voimavaroista ja työn asettamien vaatimusten välisestä suhteesta. (Nummelin 2008, 29; Aro 2004, 22–23; Ilmarinen 2005, 48–49.) Työ voi muuttua helposti raskaaksi ja vastenmieliseksi, jos työn iloa ja sisäistä paloa työntekoon ei ole (Sydänmaalakka 2006, 237).

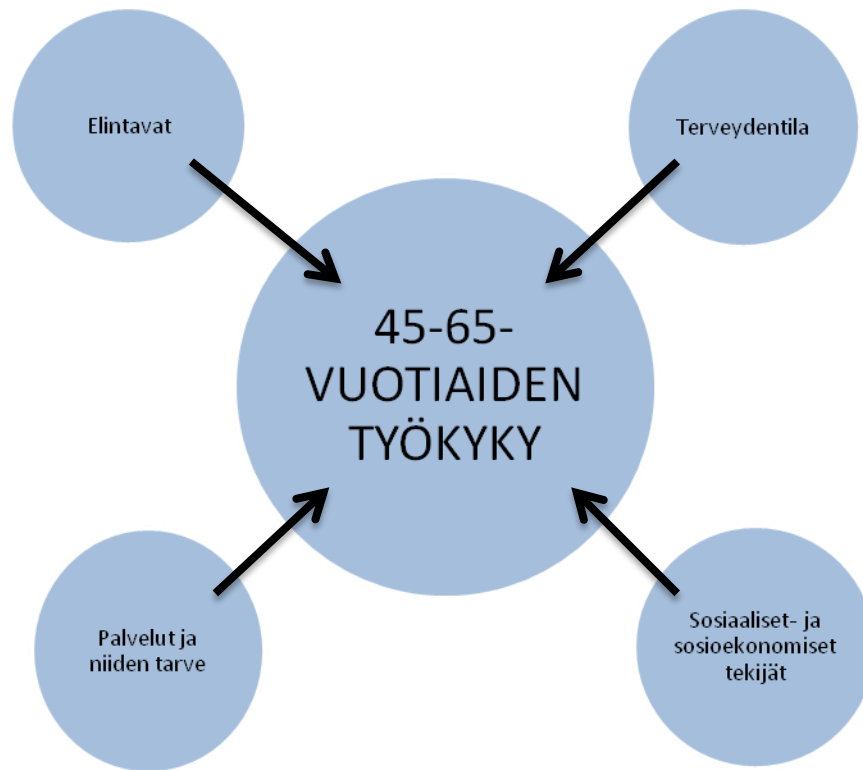
Kun työntekijä pystyy itse vaikuttamaan työhönsä, työn psyykkinen kuormitus pysyy sopivana. Tällainen työ on tavoitteeltaan selkeä, sisällöltään mielenkiintoinen

ja vaihteleva, sekä työ on itsenäistä. Vaikka työntekijä kohtaisi ongelmatilanteita työssään, osaa hän ottaa ne haasteina. Työntekijällä on kyky ratkaista ongelmat. Kannustava työilmapiiri antaa tarvittavaa tukea työntekijälle. Tällöin työntekijän työkykyä voidaan pitää hyvänä. (Nummelin 2008, 69; Ahola 2011, 112.)

2.1 Työkykyyn vaikuttavia tekijöitä 45–65-vuotiailla työntekijöillä

Työelämän jatkuvat muutokset merkitsevät muutosta myös työtehtävissä ja työyhteisöissä (Airila 2015, 9; Ilmarinen 2005, 16). Jatkuvat muutokset merkitsevät sitä, ettei seestynyttä ja tasaista vaihetta jatku kovin pitkään. Omien voimavarojen muutokset ovat todellisuutta 45-vuotissyntymäpäivien jälkeen. Työntekijöiden voimavarat muuttuvat merkittävästi. Vaikka muutoksia on aluksi vaikea huomata, raskas työ kuluttaa terveyttä eri tavalla kuin siisti sisätyö. Muutokset ovat seurausta elintavoista ja perimästä. Toimintakyvyn hupeneminen lisää väsymistä ja hidastaa rasituksista palautumista. Terveelliset elämäntavat auttavat jaksamaan paremmin. (Ilmarinen 2005, 16–19.)

Noin kolmasosa työssä käyvistä 45–50-vuotiaista kokee terveytensä huonoksi. Noin viidesosa arvioi työkykynsä keskinkertaiseksi tai huonoksi. Terveytensä puolesta runsas neljännes ei usko pystyvänsä työskentelemään eläkeikään saakka. Lähes kaksikolmasosaa on ajatellut eläköityä terveydellisistä syistä jo ennen vanhuuseläkeikää. Usein 45 ikävuoden jälkeen terveydentila panee miettimään, jaksako työssä eläkeikään asti. (Ilmarinen 2005, 17.)



Kuvio 1. Opinnäytetyössä käsiteltävien 45–65-vuotiaiden työkykyyn vaikuttavat tekijät.

2.2 Työkyvyn muutokset aiempien tutkimusten mukaan

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2011 toteuttama Terveys 2011–tutkimus, johon kutsuttiin elossa olevat Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneet henkilöt. Tutkimuksen suunnittelun ja toteutuksen koordinoiti tapahtui Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laajan asiantuntijaverkoston kanssa. Tutkimuksen mukaan suomalaisten terveys, toimintakyky ja hyvinvointi näyttävät monelta osin kohentuneet vuodesta 2000. Kansansairaudet vähenivät, koettu terveys parani ja pitkäaikaissairauksien osuus pieneni. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 3.) Terveys 2000-tutkimuksen otos edusti Manner-Suomen aikuisväestöä vuonna 2000 (Härkänen & Koskinen 2012, 16).

Terveys 2011-tutkimuksen mukaan valtaosa 30–64-vuotiaasta väestöstä koki itsensä täysin työkykyiseksi. Työkykyisenä itsensä pitävien osuus 45 vuotta täytäneistä kasvoi selvästi vuoteen 2000 verrattuna. Vuosikymmenen aikana täysin

työkykyisenä itseään pitävien osuus kasvoi 1,3-kertaiseksi 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä. Työssä olleista 55–64-vuotiaista miehistä ja naisista yhä useampi luotti siihen, että selviytyy ammatistaan vielä kahden vuoden kuluttuakin. Kasvu oli kymmenen vuoden aikana runsaat kymmenen prosenttiyksikköä. (Gould, Koskinen, Sainio, Blomgren, Kivekäs, Ilmarinen, Husman & Seitsamo 2012, 141–143.)

Nuorimpien eläkeikäisten ja vanhimpien työikäisten työkyky näyttäisi parantuneen. Tämä tuo näille ikäryhmille lisää hyvinvointia ja samalla se antaa tukea myös työurien pidentämistavoitteille. Jotta myönteinen kehitys jatkuisi, edellyttää se työkyvyn heikkenemisen tehokasta ehkäisemistä. (Gould ym. 2012, 144.)

Eri-ikäiset arvioivat eri lähtökohdista kykyään työskennellä eläkeikään saakka. Lääkkäämmät työntekijät arvioivat realistisemmin omat voimavaransa ja niiden riittävyyden. (Lundell, Tuominen, Hussi, Klemola, Lehto, Mäkinen, Oldenberg, Saarelma-Thiel & Ilmarinen 2011, 86.) Vuonna 2012 työssä käyvät antoivat nykyiselle työkyvylleen arvion 8,3 asteikoilla 1–10. Työkyvyn arvio laskee iän myötä. 55–64-vuotiailla arvio työkyvystä on 7,9. Mitä koulutetumpi henkilö on, sitä paremmaksi työkyky arvioidaan. Ammattiryhmistä erityisasiantuntijat ja asiantuntijat kokivat useammin työkykynsä hyväksi, kuin muut ammattiryhmät. Tiedot käyvät ilmi Työ ja terveys–haastattelututkimus 2012. (Perkiö–Mäkelä & Hirvonen 2013, 98.)

2.3 Varhainen tukeminen työkykyyn liittyvissä ongelmissa

Vietämme työpaikoilla kohtuullisen paljon ajastamme. Tästä johtuen monet ongelmat tulevat näkyviin juuri työpaikoilla. Näin ollen työpaikoilla on mahdollisuus puuttua sellaisiin merkkeihin, jotka kertovat avun tarpeesta. Varhaisella tuella ehkäisemme työkyvyttömyyden pitkittymistä. Varhainen puuttuminen ongelmiin vaatii osaamista esimieheltä, eikä ikävien asioiden puheeksi ottaminenkaan ole helppoa. Työkyky on yksi toimintakyvyn osa-alue. Työntekijän päivittäistä toimintakykyä alentaa sairaus tai sairastamisen oireet, tyytymättömyys työhön, osaa-

misen vaje, työn organisoinnin ongelmat, työn vaatimusten ja työntekijän voimavarojen kohtaamattomuus, vuorovaikutukselliset ongelmat, elämäntilanteeseen liittyvät haasteet sekä päihde- tai muut riippuvuusongelmat. (Ahola 2011, 33–35.)

Työssä käyvistä suomalaisista 40 prosentilla oli vuonna 2009 sellaisia henkisiä tai ruumiillisia vaivoja tai oireita, jotka aiheutuivat työstä tai jota työ pahensi. Eri-tyyseen yleisiä oireita olivat 45–64-vuotiailla naisilla. Yleisimpiä oireita olivat niskahartiavaivat, lanne-ristiselän kipu sekä olkapäiden ja käsien särky. (Perkiö–Mäkelä, Ahola & Manninen 2010, 137.) Suunnitelmallinen ja kattava ennaltaehkäisy, varhainen toteaminen ja hoito parantaisivat työkykyä. Varhainen tukeminen ja hoidon tiedetään vaikuttavan mahdollisuuksiin jatkaa työelämässä ja parantavan ihmisen elämänlaatua. (Bäcmand & Vuori 2010, 10.)

Tilanteissa, joissa työntekijän ongelma on työn ulkopuolella, merkitykselliseksi nousee esimiehen tuki sekä väliaikaisten joustojen mahdollisuus. Jokainen kohtaa työuransa aikana tällaisia tilanteita. Toisilla ne vaikuttavat työkykyyn enemmän, toisella vähemmän, eivätkä kaikki työntekijät näitä joustoja tarvitse. (Ahola 2011, 35.) Toimivan työyhteisön perusta on vastuullinen esimiestyöskentely. Työn tuloksellisuuden, stressin hallinnan ja työtyytyväisyyden kannalta esimiehen ja työntekijöiden välinen suhde on hyvin merkityksellinen. Hyvä yhteistyö työntekijän ja esimiehen välillä auttaa hallitsemaan stressitilanteen vaikutuksia. Työyhteisöissä, joissa työskentelyilmapiiri on hyvä, on myös sairauspoissaolot vähäisiä, työnteko on tehokasta, ilmapiiri on innovatiivinen ja työhön ollaan sitoutuneita. (Nummelin 2008, 58–61.)

Henkilöstön työkyvyn huomioiminen tulee olla osa organisaatioiden jatkuvaa toimintaa. Systemaattisella työhyvinvoinnin seurannalla saadaan realistista kuvaa henkilöstön kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Työkykyä voidaan ylläpitää erilaisilla hankkeilla, jotka kohottavat työntekijöiden motivaatiota. (Rauramo 2008, 24–25.)

Hyvinvoivat työntekijät tekevät hyvää työntulosta. Kun kaikki ei työyhteisössä suju oletetulla tavalla, on syytä tarkastella työyhteisön hyvinvointia. Työkyvyn ylläpitämisen ydin on varhainen reagointi. Ensisijaisesti ongelmatilanteissa pitäisi

keskustella henkilön kanssa, jota ongelma koskettaa. Jos keskustelu ei onnistu, täytyy asia ottaa puheeksi esimiehen, työsuojeluvaltuutetun tai luottamusmiehen kanssa. Varhainen puuttuminen asioihin on konkreettinen tapa osoittaa välittämistä. (Nummelin 2008, 128–129.)

3 Työkykyyn vaikuttavat tekijät

Terveysteen ja työkykyyn vaikuttavat laajasti useat asiat. Taloudellinen tilanne, väestön ikääntyminen, nopea kaupungistuminen ja epäterveelliset elämäntavat, kuten tupakointi, epäterveellinen ravinto, vähäinen liikunta ja lisääntynyt alkoholin käyttö, ovat riskitekijöitä pitkäaikaissairauksien synnylle. Viimeisten vuosikymmenien aikana näiden pitkäaikaissairauksien määrä on lisääntynyt. (Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas & Lammintakanen 2006, 2.)

3.1 Elintapojen vaikutus työkykyyn

Elintavoilla on keskeinen merkitys terveyden edistämässä ja työkyvyn- ja pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyssä (Kuusi ym. 2006, 2). Ylipaino, alkoholin runsas käyttö, tupakointi ja unihäiriöt ovat keskeisiä teemoja, jotka vaikuttavat työkykyyn. Miehillä epäterveelliset elintavat ovat yleisempiä kuin naisilla. (Laitinen, Perkiö-Mäkelä & Virtanen 2010, 141; Pietilä 2010, 166.) FINRISKI 2012-terveys-tutkimuksen mukaan terveysmenot ovat lihavilla ihmisillä 25 prosenttia korkeammat kuin normaalipainoisilla. Lihavuuden vuosittaiset kustannukset terveydenhuollossa on arvioitu olevan 330 miljoonaa euroa. Kulut muodostuvat osastohoitopäivistä, lääkekustannuksista sekä työkyvyttömyyseläkkeistä. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 1.)

Jokainen ihminen päättää omista elintavoistaan ja mitä muutoksia haluaa näihin tehdä parantaakseen työkykyään. Kaikkein vaikeimpia ovat muutokset, jotka vaikuttavat oman työhyvinvoinnin parantumiseen. Syy tähän löytyy siitä, että elämme omien tapojemme, uskomustemme ja mielikuviamme sisällä. Vanhoja

tapoja ja tottumuksia on erittäin vaikea lähteä muuttamaan, eikä muutokseen riitä pelkkä päätöksenteko. Muutoksen on lähdettävä liikkeelle omien tunteiden ja uskomusten tasolla, koska ihminen ohjautuu pääosin tunteiden, ei järjen perusteella. (Juuti & Salmi 2014, 206–207).

Työn aiheuttaessa työntekijälle stressiä, lisääntyy esimerkiksi tupakoitsijoilla polttaminen ja kahvia juovat nauttivat sitä enemmän. Myös riski lihomiseen kasvaa. Liikunnan määrän vähentyessä paino on vaarassa nousta. Alkoholin ja lääkkeiden käyttö voi lisääntyä. Näillä elintavoilla on vaikutusta työkykyyn ja terveyteen. Näin ollen stressin, elintapojen ja työkyvyn välille voi syntyä noidankehä, joka voi lopulta johtaa työuupumukseen. (Nummelin 2008, 79.)

Elintavoilla on suuri merkitys työkykyyn. Huolehtiessamme omasta hyvinvoinnista, selviämme paremmin työn asettamista haasteista. Omien voimavarojen ollessa kohdallaan, työntekijä pystyy näkemään realistisesti työtehtävät, joista voi suoriutua. Käytännössä elintavat, joista tulisi huolehtia, ovat rentoutuminen, uni, terveellinen ravitsemus, liikunta ja harrastaminen. (Nummelin 2008, 92.) Terveys on suuri voimavara työntekijälle ja siitä kannattaakin huolehtia (Rauramo 2008, 60).

3.1.1 Liikunta

Liikunta on yksi perusasia ja välttämättömyys yksilölle työkyvyn säilyttämiseksi (Heikkinen & Ilmarinen 2001, 654). Liikuntaa edistetään vaikuttamalla yksilön tietoihin, taitoihin, asenteisiin ja sosiaalisen tuen tarjoamiseen. Liikunnan harrastamista voidaan tukea muokkaamalla ympäristöä. (Fogelholm 2006, 48.)

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan istuminen on liikunnan harrastamisesta riippumaton riskitekijä. Arki- ja hyötyliikunta ovat vähentyneet, tietokoneiden ja yleisen digitalisoitumisen, hissien ja lukuportaiden sekä auton käytön vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013, 21). Naiset ovat työikäisistä aktiivisempia terveystiikunnan harrastajia kuin miehet. Työmatkaliikunnassa sukupuoli on suurin, työssä käyvistä naisista noin puolet kävelee tai pyöräilee

työmatkoillaan vähintään 15 minuuttia päivässä. Miehistä noin neljäsosa harrastaa edellä mainittua työmatkaliikuntaa. (Luoto 2005, 186–187.)

Liikunta säilyttää ja ylläpitää fyysistä kuntoa, säilyttää toimintakykyä ikääntyessä, pienentää riskiä sairastua eri sairauksiin ja näin ollen vähentää ennen aikaista kuolleisuutta. Puoli tuntia päivässä 4-7 kertaa viikossa kohtalaisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa sekä ainakin kahdesti viikossa lihasten voimaa kehittävästä liikuntaa on suositeltu terveystieteiden annos viikossa. (Vuori 2005, 78.)

Terveystottumuksista liikunta on ainoa laji, jolla on johdonmukainen yhteys hyvinvointikokemukseen. Liikunta tuottaa mielihyvää, rentoutumisen tunnetta ja virkistystä. Liikunnan ollessa rutiinia, myönteiset elämykset voimistuvat. Näin syntyy liikuntamotivaation kehä. Kehä toimii myös toiseen suuntaan. Jos liikunta koetaan epämiellyttäväksi, lopetetaan liikunnan harrastaminen helposti. Liikunta lisää sekä fyysisen että psyykkisen stressin sietoa, mutta jos psyykinen kuormitus jatkuu pitkään, liikunta ei riitä suojaamaan hyvinvointia. (Nupponen 2005, 48.)

Hyvä suoriutuminen työelämässä edellyttää työntekijältä riittävää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä riippuen työn luonteesta. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa loppuraportissa todetaan, että kaikilla liikkumisvaikeuksien osoittimilla oli voimakas yhteys työkykyyn. Esimerkiksi lähes 80 prosenttia niistä miehistä, joilla oli vaikeuksia kahden kilometrin kävelyssä, koki olevansa täysin tai osittain työkyvyttömiä. Sen sijaan kävelystä vaikeuksista suoriutuvista vain runsaat 15 prosenttia piti työkykyään rajoittuneena. Naisilla kävelyvaikeudet liittyivät vahvasti koettuun työkykyyn. Työkykyrajoitukset yleistyvät iän mukana molemmilla sukupuolilla niin liikkumisvaikeuksia ilmoittaneiden kuin hyvin liikkumaan kykenevien keskuudessa. (Sainio, Koskinen, Martelin & Gould 2010, 60–61.)

3.1.2 Uni

Hyvä uni on tärkeää ihmisen fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle. Hyvällä unella on keskeisiä tehtäviä, esimerkiksi estää elimistön ylikuormitusta, täydentää valvellaolon aikana kulutettuja energiavarastoja ja huoltaa elimistön perusfysiologisia toimintoja. (Anders, Breckenkamp, Blettner, Schlehofer & Berg-Beckhoff 2014, 968; Paunio 2012, 2788.) Partisen (2009) mukaan unen tarve on yksilöllistä, mutta keskimäärin jokaista kolmesta neljään valvottua tuntia kohti tarvitaan yksi tunti unta. Suomalainen aikuinen nukkuu seitsemästä kahdeksaan tuntia yössä. Hyvää unen laatua pidetään tärkeänä, kuusi tuntia hyvälaatuista unta on parempi kuin yhdeksän tuntia huonolaatuista unta. Univaje voi johtaa muistin huononemiseen, vastustuskyvyn laskuun, päätöksenteon vaikeutumiseen ja jatkuvaan väsymyksen tunteeseen. Ilman unta ihminen ei tule toimeen, suorituskyky romahtaa viimeistään neljännen perättäin valvotun yön jälkeen. Unen määrä on yleensä riittävä, jos olo tuntuu herättäessä virkeältä (Pihl & Aronen 2015, 20.)

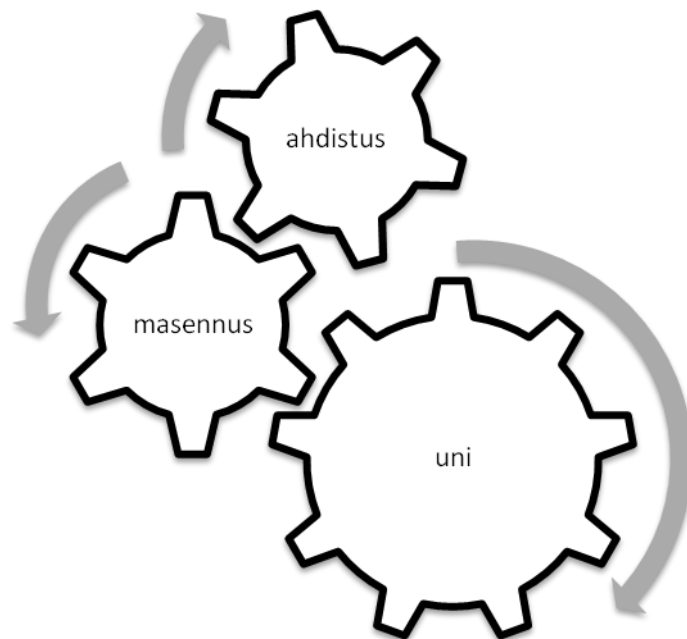
Ihminen kokee univajeen päiväväsymyksenä eli vireyden heikkenemisenä. Päiväväsymys voi aiheuttaa työ- ja opintasuoritusten heikkenemistä, muistihäiriöitä, liikenneonnettomuuksia, työtapaturmia ja parisuhdeongelmia. Työtahdin nopeutuminen ja kiire kuormittavat ihmistä henkisesti. Psyykkisinä rasitusoireina nämä aiheuttavat nukkumisen häiriöitä. (Hyypä & Kronholm 2005, 89.) Elämäntavoilla on vaikutusta uneen. Oma ajankäyttö on syytä nostaa tarkasteluun, onko sosiaalisille suhteille, liikkumiselle, levolle ja rentoutumiselle aikaa sopivassa mittasuhteessa. Unirytmisi tulisi säilyttää mahdollisimman tasaisena, sekä arkena että viikonloppuna. (Pihl & Aronen 2015, 84–85.)

Terveys 2011-tutkimuksen mukaan suomalaisista noin viidennes nukkuu enintään kuusi tuntia vuorokaudessa. Naisilla oli miehiä enemmän ongelmia nukahamisessa ja unen katkonaisuudessa. Tämä ongelma näyttöytyy myös enemmän vanhemmassa kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Terveys 2011-tutkimuksesta käy ilmi, että lyhytunisten osuus ei ole kasvanut, jolloin siihen liittyvät terveysriskit ja kohonnut kuolleisuus eivät todennäköisesti ole lisääntymässä. Aikuisväestöstä

merkittävä osuus kärsii kuitenkin lyhytunisuudesta ja nukahtamisvaikeuksista, joten edelleen on tärkeää kiinnittää huomiota unen kestoon ja nukahtamiseen. (Lallukka, Kronholm, Partonen & Lundqvist 2012, 59–61, Pensola ym. 2008, 64.)

Muutoksia unirakenteeseen alkaa tulla noin 50–60-vuotiaana, koska biologiset ja fysiologiset rytmit hidastuvat. Iän myötä unirytmiiin muutoksia tulee myös siksi, että aiemmin iäkkäämmät kokevat väsymystä jo aiemmin illalla ja aamuherääminen aikaistuu. Iäkkäämmät heräilevät yöllä useammin, mikä voi johtua esimerkiksi joistakin iän mukana tulleista sairauksista. (Pihl & Aronen 2015, 21.)

Koska uni vaikuttaa terveyteen ja sairastumisriskiin, uni ja työkyky ovat yhteydessä toisiinsa (Väänänen 2010, 19). Tyypillinen uneton ihminen on tunnollinen työntekijä, joka pyrkii jatkuvasti hyvään työsuoritukseen (Partinen 2009). Unen ja työkyvyn välistä suhdetta on usein mitattu sairauspoissaololla tai työkyvyttömyydellä. Unen ja itsearvioitun työkyvyn välistä suhdetta on tutkittu vähän. Useiden tutkimusten mukaan uniongelmat ennustavat pitkäaikaista sairauspoissaoloa ja työkyvyttömyyttä. (Väänänen 2010, 20.)



Kuvio 2. Unettomuus, masennus ja ahdistus ovat usein toisiinsa liittyviä asioita (Pihl & Aronen 2015, 38 mukailten Huppunen-Vänskä & Tietäväinen 2015).

3.1.3 Ravitsemus

Elintason nousu sekä elinympäristön ja elintapojen muuttuminen ovat johtaneet ylipainon ja lihavuuden yleistymiseen. Energian kulutusta ovat pienentäneet työn fyysisen kuormittavuuden ja arkiliikunnan väheneminen sekä istuvan elämäntavan yleistyminen. Ylimääräistä energiaa kertyy muun muassa sokeri- ja rasvapi-toisista välipaloista, alkoholista sekä liian isoista ruoka-annoksista. Elintarvikkeiden kulutusta lisäävät niiden helppo saatavuus, runsas valikoima ja edullinen hinta. (Männistö, Laatikainen, Harald, Borodulin, Jousilahti, Kanerva, Peltonen & Vartiainen 2015, 969; Mustajoki 2015, 1345.)

Jos ihminen saa ravinnosta enemmän energiaa kuin hän sitä kuluttaa, johtaa tilanne yksilön lihomiseen. Vaikka ruuasta saatavan energian määrä on Suomessa vähentynyt, on lihavuus yleistynyt. Tämä kertoo siitä, että energiankulutuksen on täytynyt suhteellisesti vähentyä vielä enemmän. Energiatasapainoon vaikuttavat liikunta, ruokavalio, alkoholin käyttö ja tupakointi. (Lahti-Koski 2005, 95–96.)

Suomalaisten miesten painoindeksi on noussut 1970-luvulta ja naisten 1980-luvulta lähtien. Työikäisten miesten painoindeksi oli 26,9 kg/m² ja naisten 25,9 kg/m² vuonna 2012. Miehistä ylipainoisia oli 65 prosenttia ja naisista 46 prosenttia. Vuosikymmeniä jatkunut suomalaisten työikäisten miesten ja naisten painoindeksin nousu ja vyötärönympäryksen suureneminen on nyt hidastunut. Suomi on ensimmäisiä maita, jossa tämän tyyppinen kansanterveyden kannalta merkittävä muutos on raportoitu. (Männistö ym. 2015, 971.) Työikäisistä amerikkalaisista 70 prosenttia on ylipainoisia tai lihavia (Roos, Laaksonen, Rahkonen, Lahelma & Lallukka 2015, 263). Pitkäaikaissairauksien vaara kasvaa lihavuuden myötä. Lihavuuden merkitys sekä yksilön, että väestön terveyteen on suuri. (Lahti-Koski 2005, 95–96.) Toimenpiteitä lihavuuden vähentämiseksi tarvitaan, sillä enemmistö työikäisistä on vähintään ylipainoisia (Männistö ym. 2015, 969).

Terveys 2011-tutkimuksessa ruokailutottumuksia tutkittaessa ilmeni, että miehistä puolet ja naisista runsaat 60 prosenttia söivät kasviksia. Ikäryhmien välistä eroa ei tutkimuksen mukaan ollut. Hedelmiä ja marjoja eläkeikäiset söivät kuitenkin huomattavasti enemmän kuin 30–54-vuotiaat. Kasvisten kulutuksessa ei ole

tapahtunut juurikaan muutoksia viimeisen 11 vuoden aikana. Ruisleivän syönti on vähentynyt, paitsi 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, jossa se oli pysynyt ennallaan. Terveys 2011-tutkimuksen mukaan suomalaisten ruokatottumukset ovat muuttuneet suositeltavampaan suuntaan ja väestön terveydessä on tapahtunut myönteistä kehitystä. Kuitenkin esim. ravintokuidun suositeltava määrä ei täyty, koska kuidun lähteiden käyttö on vähentynyt. Tulosten valossa voidaan todeta, että suomalaisten tulisi lisätä ruokavalionsa täysjyväviljatuotteita, vihanneksia, hedelmiä, marjoja sekä pehmeitä hyvänlaatuisia rasvoja. Kulutustottumuksissa tulisi myös kiinnittää huomiota ruuan määrään. (Männistö, Lundqvist, Prättälä, Jääskeläinen, Roos, Similä, Knekt 2012, 51–54; Männistö ym. 2015, 972.)

Ruokavaliolla ja ravitsemuksella on tärkeä merkitys useiden elintapasairauksien ehkäisyssä. Ylipaino kuormittaa tuki- ja liikuntaelimestöä ja rasittaa insuliini- ja muuta aineenvaihduntaa. Sen seurauksena monien sairauksien riski kasvaa. Sydämen ja verisuonten, mahan, hengityselinten ja tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet liittyvät usein ylipainoon, jotka taas osaltaan vaikuttavat työkykyyn. (THL-elintavat ja ravitsemus 2014.) Työpaikka ruokailu tukee terveellisiä ruokatottumuksia (Helldän, Lallukka, Rahkonen & Lahelma 2011, 156).

3.1.4 Alkoholi ja tupakka

Ihmiset ottavat joitakin riskejä omilla elämäntapavalinnoillaan. Riskikäyttäytymistä ovat käyttäytymismuodot, joihin liittyy keskimääräistä suurempi sairastumisalttius. Tällaisia ovat esimerkiksi tupakointi ja alkoholinkäyttö. (Sievers & Leppo 1975, 21.)

Suomalainen tupakkapolitiikka ja sen tulokset on dokumentoitu poikkeuksellisen hyvin ja niiden arviointi onkin helpompaa kuin monessa muussa maassa. Tupakatuotteiden kulutuksesta ja käytöksestä sekä niiden aiheuttamista haitoista ja muutoksista on tietoa saatavilla 1970-luvun lopulta lähtien. Vuonna 2007 miehistä tupakoi säännöllisesti 24 ja naisista 17 prosenttia. Luvut ovat Euroopan al-

haisimpia. Viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana ei ole tapahtunut suuria muutoksia tupakoinnin lopettamishalukkuudessa. Tupakoijista suurin osa on huolistaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. (Vertio 2010, 67–69.)

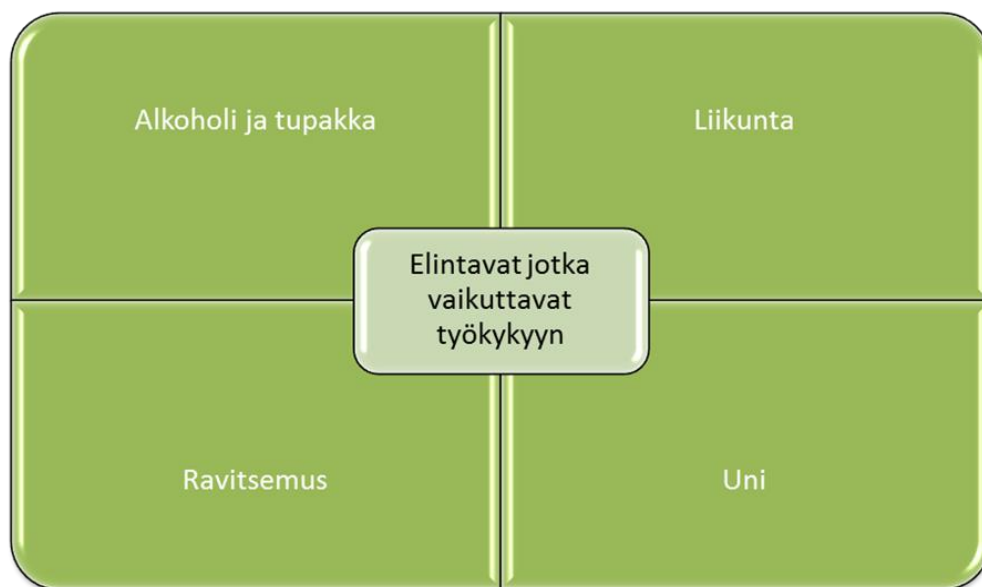
Terveys 2011-tutkimuksen mukaan viimeisen kymmenen vuoden aikana tupakointi on vähentynyt jokaisessa ikäryhmässä. Eniten se on vähentynyt 65–74-vuotiailla miehillä. Työkäiset miehet ovat vähentäneet päivittäistä tupakointiaan 11 prosenttiyksikköä. Yleisesti ottaen tupakoinnin väheneminen on ollut nopeampaa miehillä kuin naisilla. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että jatkossa pitäisi kiinnittää huomiota ja parantaa erityisesti tupakasta vieroituspalveluja ja niiden saatavuutta kaikissa ikäryhmissä. (Heloma, Helakorpi, Heliövaara & Ruokolainen 2012, 44–45.)

Alkoholijuomien kokonaiskulutus oli vuonna 2014 11,2 litraa 100-prosenttista alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti. Kokonaiskulutus väheni 3,4 prosenttia vuoteen 2013 verrattuna. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus väheni 9,1 litrasta 8,8 litraan sataprosenttisena alkoholina 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti vuonna 2014. Alkoholijuomien tilastoidun kulutuksen rakenteessa on nähtävissä pientä muutosta viime vuosina. Mietojen viinien ja mallasjuomien osuus tilastoidusta kulutuksesta on noussut, kun samaan aikaan väkevien juomien osuus on vähentynyt. (Varis 2015.)

Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa moninaisia haittoja yksilölle, hänen lähipiirilleen ja yhteiskunnalle. Alkoholin ongelmakäytön vaikein muoto on alkoholiriippuvuus, joka koskettaa noin 5-10 prosenttia suomalaisista. Eli noin kahdeksaa prosenttia miehistä ja kahta prosenttia naisista. Tämän yleisyytensä perusteella alkoholiriippuvuus on kansansairaus. Tällä hetkellä alkoholiin liittyvät kuolinsyyt ovat työikäisten 15–64-vuotiaiden suomalaisväestön, yleisin kuolinsyy. Alkoholin ongelmakäyttö on lisäksi yli 200 muun sairauden riskitekijä. (Castren, Pakkanen & Alho 2015, 1497.)

Alkoholin käyttö aiheuttaa haittoja työikäiselle väestölle ja alentaa työkykyä. Valtaosa alkoholin suurkuluttajista käy töissä. Työikäisistä riskikuluttajista noin 85 prosenttia ja alkoholiriippuvaisistakin noin 70 prosenttia on mukana työelämässä.

Suomalaisen tutkimuksen mukaan alkoholin suurkuluttajilla on eniten sairauspoissaoloja verrattuna muihin alkoholin käyttäjä ryhmiin. Runsaasti alkoholia käyttävillä ja täysin raittiilla on kohonnut työkyvyttömyyseläke riski verrattuna kohtuukäyttäjiin. Alkoholin suurkulutus kaksinkertaistaa työkyvyttömyyseläkkeen riskin. Kohtuukuluttajien haittana on humalanhakuinen juominen, joka aiheuttaa runsaasti haittoja myös työelämässä. Alkoholiriippuvuus ei ole työkyvyttömyyden peruste. Työkyvyttömyyden syynä on usein masennus jota alkoholi aiheuttaa. (Kaarne & Aalto 2009, 905.)



Kuvio 3. Yhteenveto elintavoista.

3.2 Palvelut ja niiden tarpeiden vaikutus työkykyyn

Keski-ikäisissä havaittavat kehityssuunnat jatkuvat joiltakin osin myös vanhemmissa väestöissä, kun kyseessä on kansanterveys ja palvelujen tarve (Heikkinen 2005, 332). Palvelujen tehtävänä on tukea ihmisten hyvinvointia sekä arjen selviytymistä, parantaa sairauksia, auttaa ratkaisemaan sosiaalisia ongelmatilanteita ja näin vähentää hyvinvointipuutteita. (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 139.)

Suomen terveystaloudessa on viime vuosina korostunut terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan merkitys. Perusterveydenhuolto on palvelujärjestelmän kehittämisessä keskeinen, terveyden edistämisen ja ennalta ehkäisy puitteiden luomiseksi. Samanaikaisesti pyritään taloudellisen tehokkuuden, laadun ja vaikuttavuuden sekä palvelujen yhdenmukaisuuden saatavuuden parantamiseen. Tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa sekä parantaa terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuotantoa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä pyritään kehittämään. (Klavus 2010, 28.)

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut-kyselyt (HYPA) tutkimusaineiston perusteella vastaajista 70 prosenttia oli saanut riittävästi hoitoa ja 7 prosenttia ilmoitti, ettei ollut saanut riittävästi hoitoa. Hoidon saamista haittasi eniten palvelujen puute. Väestöryhmittäiset erot näkyvät myös terveyspalvelujen käytössä. Terveyskeskuspalvelujen käyttö on painottunut alempiin tuloluokkiin, kun taas työterveyshuollon ja yksityisten palveluiden käyttö on sitä runsaampi mitä korkeampi tulotaso. Terveyskeskuslääkärikäynnit ovat vähentyneet ja työterveyslääkärikäynnit vastaavasti lisääntyneet. (Klavus 2010, 41.)

Kokonaisuutena suomalaiset olivat terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan ja laatuun melko tyytyväisiä. Näyttää siltä, että suurin osa väestöstä on sitä mieltä, että nykyinen terveydenhuoltomenojen taso on riittävä ja rahoittamista pääosin verovaroin pidetään ensisijaisena vaihtoehtona. Väestön mielipiteiden perusteella vaikuttaa siltä, että terveydenhuollon suuriin linjauksiin ollaan tyytyväisiä. Kuitenkin palvelujen käyttöön liittyen mm. hoitoon pääsyssä koetaan olevan parantamisen varaa. Koska julkinen terveydenhuolto näyttää nauttivan väestön luottamusta, on tärkeää, että julkisen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon palveluita kehitetään sekä laadun, hoitokäytäntöjen ja toimintatapojen, että koko palvelujärjestelmän läpileikkaavan sujuvuuden edistämiseksi. (Klavus 2010, 42–42.)

Työterveyshuollon tavoitteena on työkyvyn tukeminen. Työkykyä ylläpitävä toiminta on erotettu kolmelle tasolle. Ensimmäisen tason kohderyhmänä on koko henkilöstö. Toiminta on yleistä terveyttä edistävää ja sairauksia ehkäisevää toimintaa, kuten terveellisten elämäntapojen edistämistä sekä työn, työympäristön

ja työyhteisön kehittämistä. Työkykyä ylläpitävän ja edistävän toiminnan tulee olla osa työnteon arkea työpaikalla. Työterveyshuollon tehtävänä on tarjota näyttöön perustuvaa tietoa siitä, mitä on perusteltua tehdä, ja edistää yhdessä työpaikan kanssa, terveellisten elämäntapojen omaksumiseksi. Toisen tason kohderyhmänä ovat henkilöt, joita uhkaa työkyvyn aleneminen. Se voi ilmetä lisääntyneenä oireiluna tai sairasteluna. Henkilö itse, hänen esimiehensä, työyhteisö tai työterveyshuolto voi tunnistaa työkyvyn alenemisen uhan. Tilanne selvitetään lääketieteellisesti, kannustetaan työntekijää omakohtaiseen ongelman hallintaan ja tarvittaessa työtä mukautetaan työntekijän edellytysten mukaiseksi. Kolmannen tason toiminta kohdistuu henkilöihin, joita uhkaa työkyvyttömyys. Heillä on sairauksia tai vammoja, jotka heikentävät heidän työstä suoriutumistaan ja aiheuttavat toistuvia tai pitkittyneitä sairauspoissaoloja. Sairauksien asianmukainen hoito ja hoidon koordinointi työterveyshuollossa, työn mukauttaminen sekä lääketieteellinen ja ammatillinen kuntoutus ovat toimia, joita tarvitaan tukemaan työssä jatkamista. (Husman, Haring, Kaukinen, Lagerstedt, Laine, Manninen, Mukala & Sauni 2010, 5–16.)

Työssä käyvät käyttävät työterveyshuollon yhteydessä järjestettyjä sairaanhoitopalveluja paljon. Noin puolet työssäkäyvien sairaanhoitokäynneistä tehdään työterveyshuoltoon. Palvelujen kohdentamisen kannalta on haastavaa, että esimerkiksi Terveys 2000-aineistoon perustuen työuupuneista, masennusoireisista tai TULE-oireisista työntekijöistä vain noin puolet oli käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla tutkimusajankohtaa edeltäneen 12 kuukauden aikana. Suurella osalla työssäkäyvistä palvelujen käyttötarve on vähäinen, palvelujen suuntaamisessa olisi kyettävä tunnistamaan ne, jotka palveluista eniten hyötyvät ja tarvitsevat työkyvyn tukemista. Toisaalta joustavien palvelujen saanti on turvattava myös niiden satunnaiskäyttäjille. (Husman ym. 2010, 5–16.)

Pitkäaikaissairauksien ehkäisyn ja niiden riskitekijöiden hoidosta ja seurannasta ei ole olemassa valtakunnallista kannanottoa siitä, mikä on työterveyshuollon ja mikä muun terveydenhuollon vastuulla olevaa toimintaa. Pitkäaikaissairauksien tiivis ja pitkäaikainen potilas-lääkäri-hoitajasuhde mahdollistaa varhaisen diagnostiikan, hoidon ja seurannan. Tavoitteena on hoitoketjun hyvä toimivuus ja työkyvyn seuranta yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

kanssa. Kaikkien pitkäaikaissairauksien seuranta ja tarvittavia seurantatutkimuksia ei ole tarkoituksenmukaista ottaa työterveyshuollon vastuulle. Yhteistyön sujuminen on tärkeää sekä työterveysyksikön sisällä, että ulkopuolisten asiakasta hoitavien tahojen kanssa. Ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintakäytäntöjä ja yhteistyötä kehittämällä voidaan sairauksien seuranta ja hoitoa tehostaa työkyvyn ylläpidon näkökulmasta. (Husman ym. 2010, 5–16.)

3.3 Terveydentila ja työkyky

Vielä 1900-luvun puolivälissä työelämänvaatimukset olivat selväpiirteisiä; oleellista oli ruumiillinen voima ja sitkeys. Työstä suoriutumista rajoittivat voimien ehtyminen ja vammaisuus, joiden taustalla oli yleensä ruumiillisia sairauksia. Yhteiskunnan kehittyessä työ ja sairastavuus ovat muuttuneet ja niiden välinen kytkentä on tullut vaikeammin tunnistettavaksi. Aikaisemmin työelämän terveyttä vaarantavat tekijät liittyivät työn fyysiseen kuormitukseen, työympäristön fysikaalisiin ja kemiallisiin altisteisiin sekä tapaturmavaaraan. Näiden rinnalle on nyt noussut mm. kiireen, aikapaineen, suurten osaamisvaatimusten, organisaatiomuutosten ja työttömyyden uhan aiheuttama psyykkinen kuormitus. (Aromaa & Koskinen 2010, 3.)

Työssä voi olla monenlaisia terveystarpeita. Niiden vakavuusaste vaihtelee lievästä haitoista aina kuolemaan johtaviin tapaturmiin ja sairauksiin saakka. Suurin osa työssä käyvistä altistuu ainakin yhdelle altisteelle tai rasisitustekijälle. Altistuminen voi aiheuttaa koettua haittaa tai oireita. Rasisitustekijästä riippuen oireet voivat esiintyä kehon eri osissa. Oireet voivat myös olla luonteeltaan henkisiä, kuten stressiä tai univaikeuksia. Koetuista haitoista kärsitään varsin yleisesti. Kyselytutkimusten mukaan haittaa kokevia on työpaikoilla useita satoja tuhansia. Monissa tapauksissa altistumisen seurauksena voi olla vamma tai työperäinen sairaus. Työkyvyttömyyteen voivat vaikuttaa myös vakavat tapaturmat. Kuitenkin Suomessa työkyvyttömyyteen johtavat useimmiten tuki- ja liikuntaelinsairaudet kuten, selkäsairaudet ja nivelvaivat, sekä mielenterveyden häiriöt, kuten masennus. Työttömyys on varsinkin pitkittyessään uhka psyykkiselle terveydelle.

Näissä sairauksissa työ ei ole usein selkeä pääasiallinen aiheuttaja. Työhön liittyvä rasitus voi myötävaikuttaa sairauden syntyyn tai pahentaa muista syistä johtuvia oireita. (Kauppinen, Seitsamo & Ilmarinen 2010, 7–8, 13.)

3.3.1 Työ ja mielenterveys

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) raportissa 11/2010 esiteltiin tuloksia Suomalaisten työstä, työkyvystä ja terveydestä. Raportti perustuu kansallisesti Terveys 2000-tutkimus aineistoon. Raportin mukaan, matala tulotaso on yksi mielenterveyden häiriölle altistava tekijä. Korkeat vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki työssä olivat yhteydessä masennus ja ahdistuneisuushäiriöihin. Masennus ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivistä työntekijöistä kolmannes oli edeltävän vuoden aikana saanut jotakin hoitoa ongelmiinsa. Alkoholiin liittyvistä ongelmista kärsivistä vain joka kahdeksas oli saanut hoitoa. Työssä käyvät olivat hakeneet hoitoa harvemmin kuin työttömät. Mielenterveyden häiriöt, erityisesti masennustilat, ovat merkittävä työkyvyttömyyden peruste Suomessa. (Ahola, Virtanen, Pirkola & Suvisaari 2010, 16–17.)

Työkyvyttömyyseläkkeen saajilla on työkyvyttömyyseläkkeen perusteena tavallisimmin jokin mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden sairauspääryhmään kuuluva sairaus. Kaikista vuonna 2014 työeläkkeenä työkyvyttömyyseläkettä saaneista 40 prosenttia, noin 70 000 henkilöä sai eläkettä mielenterveyssyistä. Työkyvyttömyyseläkkeensaajista 48 000 pääasiallinen sairaus kuului tuki- ja liikuntaelinten sairausryhmään. Nämä kaksi sairausryhmää kattoivat siis kaksi kolmasosaa työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevista sairauksista, eli suurimman osan. Mielenterveyssyihin perustuvat eläkkeet myönnetään yleensä selvästi nuoremmille kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat ja siksi niitä maksetaan myös keskimäärin kauemmin. Vuonna 2014 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä yli puolet oli alle 50-vuotiaita, kun vastaavan ikäisten osuus tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa oli vain 16 prosenttia. (Nyman & Kiviniemi 2015, 26–27.) Työterveyshuolto on avainasemassa

masennuksen ja myös muiden mielenterveyden häiriöiden varhaisessa tunnistamisessa. Monipuolinen hoito yhdessä työhön paluun tuen kanssa voi tukea mielenterveydestä kärsivien työkykyä ja työssä jatkamista. (Ahola ym. 2010, 16–17.)

Työuupumus on pitkittynyt stressioireyhtymä, joka kehittyy jatkuvan työstressin seurauksena ja vaikuttaa mielenterveyteen. Työuupumus näyttää olevan yleisempää 55 vuotta täyttäneillä työntekijöillä kuin nuoremmilla. Kuormittavaa työtä tekevillä, eli niillä, joiden työn vaatimukset olivat korkeat ja vaikutusmahdollisuudet vähäiset, oli useammin työuupumusta kuin vähän kuormittavaa työtä tekevillä. Yhteys työkuormituksen ja työuupumuksen välillä säilyi, vaikka työntekijöiden samanaikainen masennusoireilu ja mielenterveyden häiriöt otettiin huomioon. (Ahola ym. 2010, 16–18.) Masentuneisuudella on merkitystä työyhteisölle, tuloksellisuus voi laskea ja työyhteisössä voi aiheutua todellisia vaaratilanteita masentuneen työntekijän huomiokyvyn ollessa huono. (Moisalo 2011, 397).

Liiallinen stressi ja kiire sekä tunne, että ei hallitse työtään, ovat asioita, jotka altistavat työuupumiselle ja sitä kautta vaikuttavat mielenterveyteen (Nummelin 2008, 81; Manka 2011, 16). On epäselvää, missä määrin työuupumuksen yleisyys väestössä heijastaa työelämässä vallitsevaa tilannetta ja sen muutoksia. Työuupumuksen on todettu olevan yhteydessä mielenterveyden häiriöihin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin. Nämä sairaudet ovat yleisimmin perusteena ennenaikaiselle eläkkeelle jäämiselle Suomessa. (Ahola ym. 2010, 18.)

3.3.2 Työ ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Keskeisimpiä työikäisten kansanterveydellisiä haasteita ovat tuki- ja liikuntaelintalon (TULE) sairaudet (Pietilä 2010, 166). Nämä sairaudet aiheuttavat eniten poissaoloja työstä sekä toiseksi eniten varhaiselle eläkkeelle siirtymistä (Pohjolainen 2005, 12; Bäckmand & Vuori 2010, 5-8; Martimo 2010, 6). Yli miljoonalla suomalaisella on pitkäaikainen TULE-sairaus (Heliövaara, Kaila-Kangas & Viikari-Juntura 2010, 26). TULE-sairauksiin lasketaan selkäkipu ja alaselkäoireyht-

tymä, niskahartiakipu ja olkapään sairaudet, niveltulehdukset, fibromyalgia ja nivelrikko. Erilaiset tapaturmat aiheuttavat myös TULE-sairauksia. (Pohjolainen 2005, 13–14.) Aikuisväestön liikuntaelimestön työ- ja toimintakykyä haittaavat erityisesti lanneselkävaivat ja yhä enemmän erilaiset niskan- ja hartianseudun kiputilat (Suni & Rinne 2011, 166).

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat enemmän kustannuksia kuin mikään muu sairausryhmä. TULE vaivat kuormittavat tuntuvasti terveydenhuoltoa, työelämää ja sosiaalivakuutuksia. Tuki- ja liikuntaelinten terveyttä on välttämättömyyttä edistää, jotta sairauksien ja vammojen ja vaivojen aiheuttama kuorma pysyy siedettävänä väestömme ikääntyessä. (Heliövaara ym. 2010, 26.) Esimerkiksi krooninen niskakipu on yleinen vaiva, joka aiheuttaa haittaa sekä huomattavia taloudellisia tappioita niin yksilölle, kuin yhteiskunnalle (Ylinen 2004, 1). Tuki- ja liikuntaelimestön hyvä terveys ja toimintakyky ovat tärkeitä selviytymisen, suoriutumisen, saavutusten ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä. Ne antavat pohjan terveyden edistämiseksi yleensä ja monien kansansairauksien ehkäisylle. (Heliövaara ym. 2010, 26.)

TULE-vaivoja on lähes kaikilla, ainakin joskus (Heliövaara ym. 2010, 31). Tuki- ja liikuntaelimestön terveyteen vaikuttavat monet asiat, muun muassa ikä, perintötekijät ja yksilölliset elintavat kuten liikunta, ravitsemus, tupakointi, terveydentila, sosioekonominen asema sekä elin- ja työskentelyolot. Monet näistä seikoista ovat yhteydessä toisiinsa. (Bäckmand & Vuori 2010, 20.)

Vaikeat TULE-sairaudet ovat hitaasti vähenemässä, mutta ovat silti suomalaisten ongelma. Iso osa TULE-sairauksista olisi ehkäistävissä. TULE-sairauksien ehkäisyssä tärkeimmät, muutettavissa olevat riskitekijät ovat lihavuus, liikunnan vähäisyys, työn liiallinen tai virheellinen kuormitus ja tupakointi. Terveys 2000-tutkimus on vahvistanut näyttöä siitä, että työhön liittyvä liiallinen tai virheellinen kuormitus lisää selkävivun, iskiasoireyhtymän, niska-hartia-oireyhtymän, olkapään, kyynärpään ja ranteen seudun rasitussairauksien sekä polven- ja lonkan nivelrikon vaaraa. Siksi TULE-terveyden edistämisen yhden painopisteen tulee olla työikäiseen väestöön, työympäristöön ja työelämään kohdistuvissa toimenpi-

teissä. Tavoitteeksi voisi asettaa sen, että jokainen työntekijä pystyy varmistamaan työpisteensä, työkalujensa ja työmenetelmiensä riittävän ergonomian ja saa tarvittaessa sitä varten asiantuntijan apua. (Heliövaara ym. 2010, 31.)

3.4 Sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus työkykyyn

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan niitä väestön terveydentilan osoittimissa ilmeneviä eroja, joiden on havaittu liittyvän tutkimuksissa ihmisten erilaiseen asemaan yhteiskunnassa (Kangas, Keskimäki, Koskinen, Manderbacka, Lahelma, Prättälä & Sihto 2002, 5; Palosuo 2004, 15–17). Jo kansainvälisestikin tiedetään, että yksilöiden taloudellinen asema liittyy läheisesti terveydentilaan (Schofield, Callander, Shrestha, Passey, Kelly & Percival 2015, 285). Tällä tarkoitetaan eroja, joita havaitaan koulutuksen, ammatin ja tulojen mukaan muodostuneiden ryhmien välillä terveydentilassa ja kuolleisuudessa tai elinajan odotteessa. Sosioekonomisista terveyseroista puhuttaessa tarkoitetaan samaa kun puhutaan terveyden eriarvoisuudesta. Terveyserot ovat viime vuosikymmeninä pysyneet suurina. Kansanterveyden kohentamisen ja terveyden tasa-arvoisen jakautumisen vuoksi terveyserojen kaventamiseen on ryhdyttävä pikaisesti. Sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi. Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on Suomen Terveys 2015-kansanterveysohjelman keskeinen tavoite. (Kangas ym. 2002, 5; Palosuo 2004, 15–17; Vaarama ym. 2010, 10; Isomäki 2015, 14.)

Suomalaisen terveystalouden päämääränä on ollut niin sanottu tasotavoite eli väestön keskimääräisen terveydentilan parantaminen ja odotettavissa olevan elinajan pidentäminen. Toiminta on ollut menestyksellistä ja johtanut kansantautien vähenemiseen sekä keskimääräisen eliniän pitenemiseen. Toinen julkilautettu päämäärä on ollut jakaumatavoite eli sosioekonomisten ja muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kaventaminen ja terveyden tasainen jakautuminen. Tähän on pyritty mm. tasaamalla kustannuksia ja parantamalla terveyspalvelujen saatavuutta eri väestöryhmissä. Toimenpiteet ovat olleet osa Suomessa harjoitettua terveystaloutta, jonka tavoitteena on ollut luoda edellytyksiä terveyden kohentumiselle kaikissa väestöryhmissä tarjoamalla kansalaisille yhdenvertaisia

palveluita ja kehittää koko väestön terveyttä edistäviä palveluita. Sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja ei ole kuitenkaan toistaiseksi pystytty kaventamaan. (Kangas ym. 2002, 12; Palosuo 2004, 15.) Suurin osa eroista johtuu pienituloisten ihmisten epäterveellisistä elämäntavoista. Työttömät tupakoivat useammin, käyttävät alkoholia enemmän, harrastavat vähemmän liikuntaa ja syövät epäterveellisempää ruokaa. Lisäksi terveydenhuoltopalvelut jakautuvat Suomessa epätasaisesti tulo-ryhmien ja asuinpaikan perusteella. (Isomäki 2015, 14.)

Suomalaisten terveydentilan kehitystä voidaan viime vuosikymmeninä pitää menestystarinana. Eri väestöryhmät eivät ole kuitenkaan hyötynet yhtäläisesti tästä myönteisestä kehityksestä. Menestystarina ei koske terveyden jakautumista väestön keskuudessa, sillä sekä Suomessa, että muissa maissa sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet ja terveyserojen kaventaminen on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi kaikkialla. On vaikeaa osoittaa muita alueita, joilla olisi mahdollista saavuttaa koko väestön terveyden kannalta yhtä hyviä tuloksia. Mikäli alempien sosioekonomisten ryhmien terveyttä voitaisiin kohentaa lähelle ylempien ryhmien terveyttä, olisi tuloksena terveyden tasa-arvon toteutuminen ja koko kansanterveyden kohentuminen. Erityisesti Ruotsissa, Hollannissa ja Englannissa on 1990-luvulta alkaen kehitetty terveyseroihin kohdistuvaa politiikkaa. Näiden maiden terveystoimittisissa ohjelmissa pidetään tärkeänä vähentää sekä yleistä eriarvoisuutta ylläpitäviä tekijöitä, että sosioekonomisia terveyseroja lisääviä syytekijöitä kuten tupakointia. (Palosuo 2004, 12; Hakkarainen, Londén & Peltosalmi 2015, 17; Mackenbach 2015, 185.)

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen ei ole vaihtoehto terveyden edistämiseksi eikä sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen ole löydettävissä yhtä menetelmää. Erojen syyt ovat monenlaisia ja monitasoisia. Terveystoimittisiin voidaan yleisimmin vaikuttaa puuttamalla niihin rakenteellisiin tekijöihin, jotka aiheuttavat yhteiskunnallista eriarvoisuutta. Sen lisäksi voidaan pyrkiä estämään tai vähentämään terveyttä eriarvoisesti vaarantavia tekijöitä. On myös huomiotava, että terveyserot muuttuvat hitaasti. Niin Suomessa kuin Iso-Britanniassakin on viime aikoina korostettu elämänkaarinäkökulmaa terveyserojen synnyssä ja niihin ajoissa puuttuessa. Eri ikävaiheissa löytyy kriittisiä ajanjaksoja, jolloin terveyserojen ehkäisyyn olisi kiinnitettävä huomiota. (Palosuo 2004, 132.)

Väestön sosioekonomisella asemalla on vaikutusta työkykyyn. Toimihenkilö ammateissa ja fyysisesti kevyemmällä aloilla työskentelevät kokevat työkykynsä muita ammattiryhmiä paremmaksi. Toisaalta henkisen rasitukseen ongelmia esiintyy myös fyysisesti rasittavissa ammateissa. Työkyky on selvästi parempi, mitä enemmän koulutusta henkilö on saanut. Koulutus lisää työkyvyn ylläpitämisen mahdollisuuksia. Se lisää työn fyysisen kuormittavuuden riskiä ja lisää työn hallintaa. Hyvin koulutetut ovat yleensä hyväosaisia myös taloudellisen, ammatillisen, sosiaalisten ja terveydellisten mittareiden mukaan. Työkyvyn kokemisen koulutustason mukaiset erot onkin syytä tulkita koulutuksen heijastaman sosioekonomisen kokonaisuuden näkökulmasta. Perheen antamat sosiaaliset resurssit ovat myös yhteydessä koettuun työkykyisyyteen. (Martelin, Sainio, Polvinen, Pensola, Koskinen & Gould 2010, 43–44.)

4 Historiaa terveyden edistämisestä ja vaikutuksia työkykyyn

Suomen terveydenhuolto on suurten muutosten edessä. Väestö ikääntyy ja huoltosuhte heikkenee, se merkitsee hoidon tarpeen jatkuvaa lisääntymistä. Hoidettavia on kohta enemmän kuin maksajia. Väestön ikääntyminen johtaa terveydenhuolto- ja hyvinvointipalveluiden kysynnän kasvamiseen kroonisten sairauksien lisääntyessä. Tilannetta ei helpota lisääntyvät väärät elintavat, joista seuraa kroonisia sairauksia yhä enemmän. Terveyden edistäminen vaatii tulevaisuudessa entistä enemmän jokaisen kansalaisen vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä. Terveyden ylläpito ei ole vain alan ammattilaisten asia. Se on kaikkien asia. (Kuusi ym. 2006, 1–2; Haapala 2008, 7; Lehtonen 2008, 26; Miettinen 2014, 3.) Työkyvyn ylläpitämisellä on keskeinen merkitys terveyttä edistävässä toiminnassa.

4.1 Kansanterveystyön ja lainsäädännön kehittyminen Suomessa

Kansanterveystoimikunta (1969) kiteytti pitkään valmistellun uudistuksen esitykseksi kansanterveyslaiksi. Tuolloin pohdittiin olisiko ehkäisevästä työstä säädettävä yksityiskohtaisemmin. Yksityiskohtaisia säädöksiä kuitenkin pidettiin tarpeettomina. Kehitys oli tuolloin jopa niin, että kunnat mieluummin ylittivät kuin alittivat tehtävänsä ehkäisevien palvelujen järjestämisestä. Kuitenkin varsin pian huomattiin, että terveyskeskuksista muodostui toisenlaisia kuin mitä oli hahmoteltu. Terveyskeskusten kehittämistyön painopiste siirtyi 1970-luvulla sairaanhoitoon. Ehkäisevät palvelut, tutkimus- ja kehitystyö sekä henkilöstön koulutus jäi vaatimattomaksi. (Rimpelä 2010, 24–26.)

Ehkäisevät toiminnot jäivät 1980-luvulla sivuun terveyskeskusten johtamisen ja kehittämisen ydinteemoista. Väestövastuusovelluksissa purettiin terveydenhoidon ja terveysneuvonnan yksiköt ja johtaminen. Terveyskeskukset pelkistyivät perussairaanhoidon toteuttajiksi. Vuonna 1993 purettiin terveydenhuollon valtakunnallisiin ja kunnallisiin suunnitelmiin perustuva valtiosuusjärjestelmä. Terveydenhuollon tehtävät väestön terveyden edistämiseksi ovat olleet varsin vähän esillä valtakunnallisen terveyspolitiikan asiakirjoissa 1990-luvulta alkaen. Niissä on enemmän korostettu, että väestön terveyttä edistetään pääosin terveydenhuollon ulkopuolella ja että, terveydenhuollon vaikutus kansanterveyteen on varsin rajoitettua. Vuosien 2003, 2005 ja 2008 terveyskeskuskyselyt antavat yhtenäisen kuvan väestön terveyden edistämiseen tähtäävästä toiminnasta. (Rimpelä 2010, 22, 26–28.)

Kansanterveyslaki (66/1972, muut.928/2005) velvoittaa kuntia huolehtimaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvasta terveyden edistämisestä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, sairaanhoito mukaan lukien. Lain 14 §:ssä määritellään tarkemmin kunnalle kuuluvista kansanterveystyön tehtävistä, joihin olennaisena osana kuuluu huolehtia asukkaidensa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista. Lakia uudistettiin vuonna 2005, tavoitteena vahvistaa terveyden edistämisen asemaa laissa. Lakiin tuli muun muassa velvoite huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä

yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. (Terveys-2015-kansanterveysohjelman väliarviointi 2013, 91.)

Terveydenhuoltolaissa 30.12.2010/1326 painotetaan terveyden edistämisen merkitystä. Lain tarkoituksena on velvoittaa kuntia edistämään ja ylläpitämään väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Kuntalain mukaan kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolain 18§ koskee työterveyshuoltoa. Siinä sanotaan, että kunnan on järjestettävä alueellaan sijaitsevista työpaikoissa työskenteleville työntekijöille työterveyshuoltolain 1383/2001 12§:ssä laissa säädetyt työterveyshuoltopalvelut. Tämän lain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Lailla on tarkoitus edistää työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa, sekä työyhteisön toimintaa. Tätä lakia sovelletaan työhön, jossa työnantaja on velvollinen noudattamaan työturvallisuuslakia 738/2002. Lisäksi kunnan on järjestettävä alueellaan toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säädöksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa. Kunta voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa siitä, että kunnan terveyskeskus järjestää työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille työterveyshuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Vastaavanlainen sopimus voidaan tehdä myös yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän kanssa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

4.2 Terveyden edistäminen Suomessa

Käsitettä terveyden edistäminen pidetään moniulotteisena, vaikka se on esiintynyt kansanterveystyön määritelmässä jo 1920-luvulla. Yleisesti terveyden edistämistä pidetään yhteiskunnallisesti laajennettuna tulkintana terveystieteistä. Terveyden edistäminen tarkoittaa yksilöiden ja yhteisöjen terveydentilan

parantamista. Terveyden edistäminen on yksilöön, väestöön, yhteisöihin, ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa. Sen tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen. Tavoitteena on sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen, sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveyden edistäminen on sisällöllinen ja keskeinen alue suomalaisten kansanterveyden ylläpitämisessä. (Hakulinen & Savela 2001, 12; Suhonen 2014, 237; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 3§.)

Terveyden edistäminen on painotetusti yhteisön terveyden edellytyksiin vaikuttavaa toimintaa. Siinä lähestytään terveyttä kahdesta suunnasta: yksilön ja yhteisöjen näkökulmasta samaan aikaan. Terveys ja sen edistäminen ovat yksilön sekä yhteiskunnan asia. Yksilötasolla terveyden edistämisen tarkoituksena on lisätä yksilön mahdollisuuksia hallita terveyteensä vaikuttavia tekijöitä. Yhteisöllinen terveyden edistäminen tarkoittaa yhteisön mukaan ottamista terveyden edistämiseen. Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja suunnitelmallinen voimavarojen kohdentaminen on terveyttä edistävää toimintaa. Yhteiskunnallinen päätöksenteko on siksi terveyden edistämisen kannalta olennaisen tärkeää. (Hakulinen & Savela 2001, 12; Vertio 2003, 29; Pietilä 2010, 3; Suhonen 2014, 237.)

Terveyden edistämisen sisältö, lähestymistavat ja päämäärät ovat muotoutuneet pääasiassa Maailman Terveysjärjestön (WHO) kehittämistyön tuloksena. Ottawan asiakirjaa (WHO 1986) pidetään terveyden edistämisen perustajana ja innoittajana. Asiakirjan viisi strategiaa ovat edelleen olennaisia terveyden edistämisen onnistumiselle. Strategiat kehottavat terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämiseen, terveellisen ympäristön luomiseen, yhteisöjen toiminnan tehostamiseen, henkilökohtaisten taitojen kehittämiseen ja terveyspalvelujen uudistamiseen. Asiakirjassa terveys on myönteinen käsite, jossa painottuvat yhteiskunnalliset ja henkilökohtaiset voimavarat sekä fyysiset toimintamahdollisuudet. (World Health Organization 1986.)

Terveys, sen edistäminen ja siihen kohdistuvien uhkien torjuminen ovat nykyään Suomessa perustuslaillisesti suojattuja ihmisoikeuksia ja julkisen vallan tehtävä.

Yhtäläisten mahdollisuuksien turvaaminen palvelujen saatavuudessa ikään, sukupuoleen, kieleen, etniseen taustaan, alueeseen tai varallisuuteen katsomatta saa laajaa kannatusta kaikkialla yhteiskunnassa. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. (Kuusi ym. 2006, 2.)

Terveyden edistämisessä ja ennaltaehkäisevässä työssä korostuu yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Potilasjärjestöt tekevät tärkeää työtä suomalaisten terveyden edistämiseksi (Särkelä 2013, 9). Potilasjärjestö on järjestö, joka täyttää seuraavat kolme kriteeriä. Järjestön tulee olla muodostunut tietyn sairauden tai vamman, tai sairaus- tauti- tai vamma-ryhmän ympärille ja tila on virallisesti hyväksytty ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Järjestössä tulee olla jäsenenä potilaita tai sairaiden lasten vanhempia, joko välillisesti paikallis-/ alueellisten yhdistysten kautta tai suoraan keskusjärjestötasolla. Järjestön tulee olla valtakunnallinen niin, että sen toimialueena on koko Suomi. Pohjoismaissa sosiaali- ja terveyspalvelut ylipäänsä ovat olleet osa valtiollista sosiaalipolitiikkaa. Järjestötoiminta on osa systeemiä, jossa vapaaehtoistoiminta, ammatillinen toiminta ja valtio toimivat yhdessä rinnakkain. Varsinkin sosiaali- ja terveysjärjestöjen rooli vertaistuen antajana ja palvelujen tuottajina on ollut hyvin näkyvää. (Toiviainen 2005, 8–9.)

4.3 Kansalaisten vastuu omasta terveydestään

Tietämys itsehoidon mahdollisuuksista on viime vuosina lisääntynyt. Viime vuosien tutkimusnäytöllä on saatu vahvaa näyttöä siitä, että joitakin pitkäaikaissairauksia voidaan ehkäistä tehokkaasti pelkillä omatoimisilla elämäntapamuutoksilla. (Turku 2007, 14–15.) On tärkeää saada ihmiset ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja terveellisistä elintavoista, kuten tupakoimattomuus, terveellinen ravinto, riittävä liikunta ja lepo (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2011, 7).

Vastuulla omasta terveydestä tarkoitetaan terveyshaittojen ennaltaehkäisyä ja terveysongelmiin puuttumista jo niiden varhaisten oireiden perusteella. Tämä pitää sisällään myös vastuun läheisistä ja terveyttä edistävän toiminnan erilaisissa

yhteisöissä. Perheen lisäksi tärkeitä yhteisöjä ovat työpaikat, koulut ja yhdistykset ja kaupunkien lähiöihin perustetut kaikenikäisten kohtaamispaikat. (Kuusi ym. 2006, 2.)

Kansanterveys ei edisty ilman terveellisiä elämäntapoja. Terveystieteiden tavoite on auttaa ihmisiä yhä paremmin kantamaan vastuuta elämästään ja välittämään itsestään. Terveelliset elämäntavat on omaksuttava ilman painostusta, houkuttelemalla eikä pakottamalla. Liikkumista, tupakoinnista luopumista ja alkoholin kohtuullista käyttöä tulisi tukea ja palkita. Olisi luotava tilaisuuksia ja mahdollisuuksia liikkua. Kansanopistoissa ja työväenopistoissa voisi olla enemmän terveystieteiden koulutukseen, kuten ruokailun välttämiseen, liittyviä teemoja. Mukaan keskusteluun tulisi ottaa pohdittavaksi kysymys, missä määrin tulisi olla omavastuuta itse aiheutetuista vammoista tai taudeista tai narsistisesta huolestumisesta omasta terveydestä. Terveellisiin elämäntapoihin pakottamiseen sanktioilla asiantuntijat suhtautuvat kuitenkin kielteisesti. (Kuusi ym. 2006, 104.)

Terveystieteiden vaikuttavuuden kehittämisessä uusien keinojen löytäminen väestön terveyden edistämiseen on keskeistä. Terveystieteiden päämääränä on yksittäisen asiakkaan ja väestön terveys. Suomessa suurin osa hoitajista ja lääkäreistä pitää elintapoihin vaikuttamista tärkeänä, mutta omia motivoivien keinojen riittämättöminä. Huono hoitoon sitoutuminen on kasvava ongelma terveystieteiden alalla. Terveellisten elämäntapojen tai sovitun hoidon laiminlyönti rajoittaa terveystieteiden mahdollisuuksia vaikuttaa ihmisten terveyteen. Pitkäaikaissairaat taas arvioivat itse, ettei heidän tarpeitaan huomioida riittävästi eikä heidän kanssaan ole keskusteltu heidän terveyteensä liittyvistä tavoitteista. Lisäksi on todettu, että potilaat ovat useimmiten passiivisia tiedon vastaanottajia. On esitetty, että hyvä hoitoon sitoutuminen saa aikaan enemmän ja parempia tuloksia ja sitä kautta säästöjä kuin mikään yksittäinen toimenpide. Potilaslähtöinen toiminta mahdollistaa hoitoon osallistumisen, potilaan tarpeiden huomioimisen ja palautteen saamisen. Sitoutumalla terveellisiin elintapoihin ja hoitoon voidaan edistää hyvinvointia ja elämänlaatua. Sitoutumisen hyötyjä voidaan tarkastella ainakin kahdesta näkökulmasta, asiakkaan ja yhteiskunnan, jolloin saavutetaan myös taloudellisia säästöjä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 11,13; Bäckmand & Vuori 2010, 22; Kivelä, Kyngäs, Elo & Kääriäinen 2014, 263–264.)

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 1993 on selvittänyt potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisten vuorovaikutuksen sääntöjä ja potilaan oikeusturvaa. Laajempaa valinnanvapautta merkitsi uusi terveydenhuoltolaki vuodelta 2011, jonka mukaan potilas on voinut valita vapaammin hoitopaikkansa julkisessa terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa vuoden 2014 alusta lähtien. Potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisäämisen omaa terveyttä koskevassa päätöksenteossa nähdään lievittävän terveydenhuollon toimijoiden ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa ilmeneviä jännitteitä, mikä lisää potilastyytyväisyyttä, parantaa hoitotuloksia ja lisää potilaan sitoutumista hoidon tavoitteisiin. Valintamahdollisuudet ovat laajat ja yksilö tekee jatkuvasti terveyteensä vaikuttavia valintoja mm. elämäntavoissa ja terveyskäyttäytymisessä. Lisääntyvän valinnanvapauden myötä potilaan vastuu lisääntyy ja yksilön tasolla korostuvat kysymykset, haluaako potilaat valita ja ottaa vastuuta itsestään ja terveydestään. Kansantaloudellisesti valinnanvapauden katsotaan parantavan terveydenhuollon toiminnan tehokkuutta ja taloudellisuutta ja johtavan julkisen terveydenhuollon rakenteiden ja toimintatapojen merkittävään muutokseen siirtämällä painopistettä potilaan lähtökohdista toimiville markkinoille. (Isotalo, Leino-Kilpi & Suhonen 2014, 41–42.)

5 Työelämän keinoja kehittää 45–65-vuotiaiden työkykyä

Vuoteen 2005 mennessä suuret ikäluokat siirtyivät kokonaisuudessaan ikäryhmään 55–60 vuotta. Jo vuodesta 2003 lähtien on runsas 30 prosenttia työvoimasta ollut 50–64-vuotiaita. Ennusteen mukaan senioreiden määrä työvoimasta säilyy ainakin vuoteen 2040 saakka. Tätä ennustetta selittää se tosiasia, että vielä 1950 ja 1960 luvulla syntyneet ovat nykyisiä ikäluokkia huomattavasti suurempia. Ennusteiden perusteella ei voida sanoa, kuinka moni ikääntyvä työntekijä todellisuudessa tulee olemaan työelämässä. (Ilmarinen 2006, 68.) Eläketurvakeskuksen raportin mukaan vuonna 2014 eläkkeelle siirryttiin keskimäärin 61,2-vuotiaana (Kannisto 2015).

Työn ja terveyden välillä on selvä yhteys. Työllä on yleensä myös myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Jos työtehtävät ja työolot on järjestetty hyvin ja työntekijän voimavarat, tarpeet ja rajoitukset on otettu huomioon, on työntekijän terveyskin parempi. Työ saa aikaan ihmisissä tyytyväisyyttä ja hyvinvointia, joilla on terveyttä edistävä vaikutus. Työn terveyttä tukevat vaikutukset perustuvat moniin tekijöihin. Monille työntekijöille on tärkeää kokea tekevänsä mielekästä työtä ja vielä hyvässä työyhteisössä. Työtyytyväisyys tarkoittaa sitä, kuinka paljon työntekijä pitää työstään. Työtoverit ovat tärkeä voimavara ja voivat tarjota jopa päivittäistä psyykkistä tukea. (Koskinen ym. 2010, 13; Pietilä 2010, 166; Peltomaa 2015, 105.)

5.1 Ikääntyvien työntekijöiden työurien pidentäminen

Ikääntyvällä työntekijällä on korkeammat työnantajamaksut kuin nuoremmalla työntekijällä ja työvoiman ikääntyessä työnantajamaksut nousevat. Lisäksi ikääntyvät työntekijät ovat vähemmän aktiivisia fyysisesti, joka heikentää heidän työkykyään. Alentuneen työkyvyn vuoksi ikääntyvät työntekijät ovat todennäköisemmin väsyneempiä töissä, jolloin työteho laskee ja riski työtapaturmille kasvaa. (Mackey, Maher, Wong & Collins 2007.) Kuitenkin keskimäärin odotettavissa oleva elinaika ja eläkkeellä oloaika ovat pidentyneet. Tämä lisää kiinnostusta työurien pidentämiseen. Työllisyysaste on ollut matala erityisesti 55 vuotta täyttäneillä työikäisillä, joten on ollut keskeistä muuttaa eläketurvaa, sekä erilaisia ikärajoja. Työikäisen väestön määrän vähentyminen kasvattaa ikääntyvän työvoiman tarvetta. Myös työnantajien kiinnostus ikääntyvään työvoimaan on kasvanut. (Pensola ym. 2008, 1–5, 13; Lehto 2004, 19.) Viimeaikaiset selvitykset tuovat esille niin myönteisiä kuin huolestuttavia seikkoja työssä jatkamisesta. Myönteistä on, että työurat ovat 2010-luvulla pidentyneet ja myös 45–63-vuotiaiden halukkuus jatkaa työssä on lisääntynyt. (Heikkilä-Tammi ym. 2015, 143–144.)

Raskas, epähygieeninen työ, työn ergonomiset epäkohdat, psyykkinen ylikuormitus, huonot työjärjestelyt ja huono työilmapiiri ovat työkykyä heikentäviä tekijöitä.

Ergonominen ja hyvin järjestetty työ vaikuttavat parantavasti työkykyyn. Mahdollisuus itse säädellä sekä kehittää omaa työtä säilyttävät työkykyä. Hyvä työilmapiiri vaikuttaa myös positiivisesti työkykyyn. Työssä jaksamiseen vaikuttaa erilaiset eläkejärjestelyt, oma terveys sekä kiinnostus jatkaa työelämässä. Kuormitusta lisäävät kiire, aikapaine, työvoiman vanheneminen sekä työelämän taitotietovaatimusten kasvaminen. Moni ikääntyvä kaipaa jonkinasteista työajan lyhentämistä työssä jaksamisen tueksi. Erilaiset tuetut mahdollisuudet osa-aikatyön tekemiseen voivat olla keinoja ikääntyvien työllisyysasteen nostamisessa. (Rantanen 2005, 58; Pensola 2008, 4–11.)

Tilanteissa joissa tarvitaan kokemusta, harkintakykyä, viisautta ja kykyä ajatella strategisesti, on ikääntyvällä työntekijällä useasti paremmat taidot kuin nuoremmalla. Ikääntyviä työntekijöitä tarvitaan työssä nykyistä pidempään. (Pensola 2008, 1.) Ikääntymisen mukanaan tuoma kypsyyt ilmenee suhtautumisessa työhön. Iällä on positiivinen yhteys työtyytyväisyyteen, työhön ja organisaatioon sitoutumiseen sekä työmotivaatioon. (Utriainen, Nikkilä & Kyngäs 2007, 315.) Työnantajaan sitoutuminen ja uskollisuus työnantajaa kohtaan ovat myös usein ikääntyvän työntekijän valtteja. Tehtävän hallitsemisen tunne on myös tavallisempaa hyvin kokeneella työntekijällä. (Jabe 2010, 156–157.) Tuottavuuden kasvu on hidastunut ja työikäisten väestö on vähentynyt, ja näin ollen ikääntyvien työntekijöiden työpanoksen määrä nousee kiinnostuksen kohteeksi (Pensola ym. 2008, 1–5, 13). Nämä asiat motivoivat ikääntyviä työntekijöitä pidentämään työuriansa.

5.2 Esimiestyön vaikutus työkykyyn

Hyvällä johtamisella on suuri vaikutus ihmisen työhyvinvointiin ja työurien pidentymiseen (Husman 2014, 9). Hyvä johtaminen vähentää työntekijöiden sairauspoissaoloja ja samalla työhyvinvointi, tulos ja tuottavuus parantuvat (Murto 2015). Työpaikan arkisella johtamisella on vaikutus siihen, miten työntekijät kokevat asemansa työpaikalla. Esimies vaikuttaa työpaikan tunnelmaan ja työpaikalla olevien ihmisten tunteisiin monin eri tavoin. Työntekijöiden kannalta on keskeistä miten paljon esimiehet osoittavat kiinnostusta henkilöstön arkista aherrusta ja

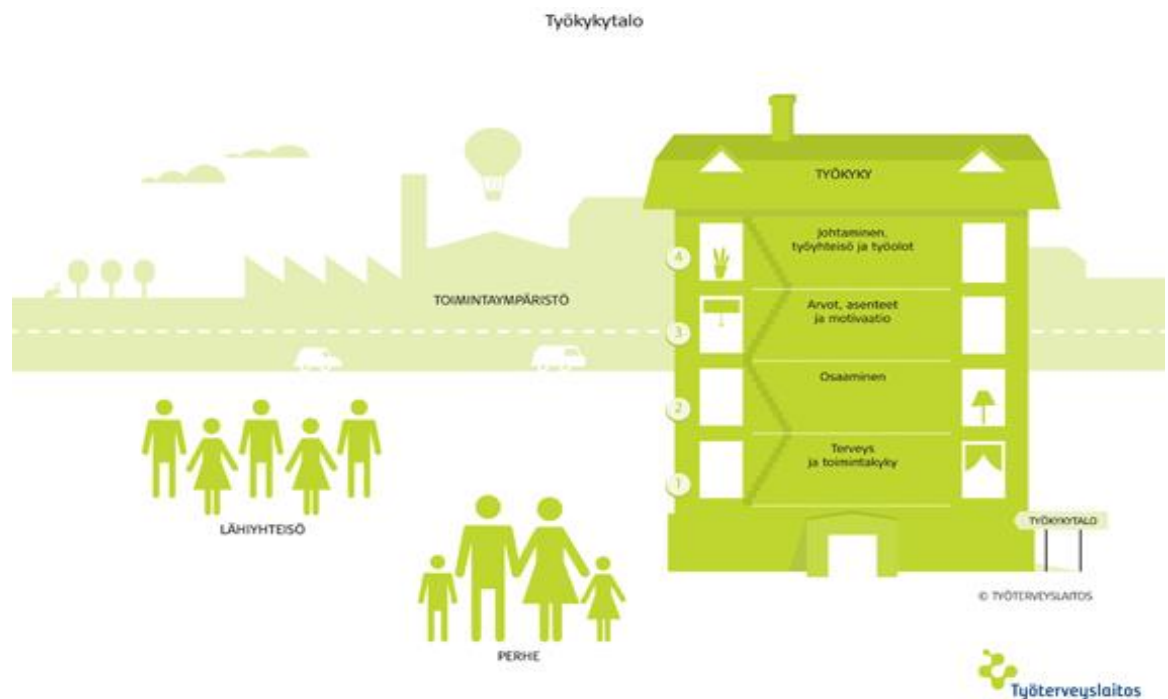
työntekijöiden tärkeinä pitämiään asioita kohtaan. Monia työyhteisön tavoitteita ja tuloksia korostava esimies voi pitää tällaisten asioiden pohtimista ajanhukkana, vaikka siinä voi olla yksi organisaation menestymisen kannalta keskeinen tekijä. Arjen vuorovaikutuksen merkitys korostuu, kun organisaation pitää nopeasti muuttaa strategiaansa ja siitä johdettuja toimintatapoja. (Juuti & Salmi 2014, 149–151.)

Työpaikan keskeiset velvollisuudet ja toimintatavat muodostuvat työturvallisuuslaista ja työterveyshuoltolaista. Jokaista työntekijää ja hänen työkykyään voidaan tukea työpaikan toiminnalla. Työkyvyn säilyttämisen eteen on tehtävä töitä työpaikan ylimmältä tasolta alkaen. Tulosten saavuttamiseksi vaaditaan työkyvyn edellytyksistä huolehtimista. (Ahola 2011, 111.)

Dialoginen johtaminen, jossa viestintä on keskeinen osaamisalue, mahdollistaa työnantajan ja työntekijöiden tarpeiden yhteisen sävelen löytymisen. Dialoginen johtaminen luo vahvan pohjan organisaatioiden uudistumiskyvylle, mutta se mahdollistaa myös työkyvyn myönteisen kehittymisen. (Juholin 2015, 136.) Johtaminen on vuorovaikutuksellista toimintaa, jossa on aina suhde kahden ihmisen välillä. Johtamisen haaste johtuu työn luonteesta. Esimerkiksi hoitotyössä tehdään työtä yksin, mutta ollaan kuitenkin riippuvaisia toisista. Esimiehen tehtäviin kuuluu tilanteiden arviointi, toiminnan suunnittelu ja organisointi, henkilöstöasiat, kontrolli, johtaminen ja erilaisten ongelmatilanteiden käsittely. Organisaation toiminnan on oltava tuttua esimiehille, koska tehtävänä on pitkällekin tulevaisuuteen vaikuttavia päätöksiä. Tulevaisuuden kehittämistarpeiden arvioinnissa voidaan käyttää hyväksi mm. erilaisia tilastoja, selvityksiä sekä tutkimushankkeita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 329–330.)

Johtajien tulee olla kehitysmyönteisiä, visiönäärisiä, sitoutuneita ja hahmottaa palvelukokonaisuuksia sekä ennakoida hyvin niiden kehitysvaiheita. Johtajilta vaaditaan muutosjohtamisen valmiuksia ja kykyä innostaa ja sitouttaa henkilöstöä. Esimiehiltä odotetaan taitoja implementoida uusinta tutkimustietoa ja huolehtia toiminnan tehokkuudesta, taloudellisuudesta ja vaikuttavuudesta. Johtaminen vaikuttaa myös myönteisesti työntekijöiden työhyvinvointiin, työtyytyväisyyteen ja työssä pysymiseen. Johtajia tarvitaan organisaatioissa strategisiin suunnittelu- ja

kehittämistehtäviin sekä henkilöstön lähijohtoon. (Häggman-Laitila 2014, 3, 9; Pölkki & Häggman-Laitila 2015, 3.)



Kuva 1. Työkykytalo (Ilmarinen 2014)

Ilmarisen (2014) kehittämä työkykytalo perustuu tutkimuksiin, joissa on selvitetty työkykyyn vaikuttavia osa-alueita. Talon perustana toimii terveys ja toimintakyky. Työkyvyn perusta on fyysinen toimintakyky, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä terveys. Toisessa kerroksessa on osaaminen, jonka perustana ovat ammatilliset tiedot sekä taidot. Viime vuosina tämä kerros on korostunut jatkuvan osaamisalueiden kasvun ja työelämässä vallitsevan muutos paineiden myötä. Kolmannessa kerroksessa ovat arvot, asenteet ja motivaatio. Merkittävä vaikuttaja työkykyyn on työntekijän omilla asenteilla. Työn kokeminen mielekkääksi vahvistaa työkykyä ja vastaavasti heikentää, jos työ koetaan vain pakoksi osana elämää. Neljännessä kerroksessa ovat johtaminen, työyhteisö ja työolot. Työpäivän konkreettinen kuvaus kuuluu tähän kerrokseen. Johtajat ja esimiehet voivat tukea työkykyä kehittämällä ja organisoimalla työkykyä ylläpitävää toimintaa. Työkykytalossa jokaisen kerroksen on tarkoitus tukea toisiaan. (Ilmarinen 2014.)

Henkistä pahoinvointia ja työssä väsymistä voidaan vähentää useilla keinoilla. Johtamisen ja lähijohtamisen kehittäminen ovat yksi keino. Jokaisella esimiehellä on mahdollisuus vaikuttaa niihin asioihin, jotka vaikuttavat työntekijän työhyvinvointiin. Jokaisella työntekijällä tulisi olla henkilö, jonka kanssa työhön liittyvistä asioista voi keskustella. Tämän henkilön tulisi olla esimies, henkilöstöammattilainen tai henkilö työterveysorganisaatiosta. Työnkuvien parantaminen, työn tekemisen tavat, työvälineet ja työympäristö ovat myös kehitettäviä asioita. Liikkumisesta palkitseminen on myös oiva keino parantaa työkykyä. Työkykyä voidaan parantaa ennaltaehkäisevillä ohjelmilla, jotka motivoivat tupakoimattomuuteen, painonpudottamiseen ja liikkumisen lisäämiseen. Osaamisen puute johtaa yhä useammin väsymiseen ja turhautumiseen. Osaamisen ollessa puutteellista, syntyy työssä kangertelua ja epävarmuutta onnistumisesta. Moniin työhyvinvoinnin ongelmiin voidaan puuttua hyvällä esimiestyöllä. (Viitala 2013, 229–230.)

Henkilöstövoimavarat oikein johdettuina tuottavat laadukkaita, vaikuttavia ja turvallisia palveluita. Johtamisvaje puolestaan johtaa voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön, työhyvinvoinnin vajeeseen ja tuottaa mittavia taloudellisia menetyksiä. (Häggman-Laitila 2015, 3.) Työntekijöiden kokiessa, että johto ei piittaa työntekijöistään, on työpaikalla enemmän tyytymättömyyttä, työuupumusta ja haluttomuutta lähteä töihin. Esimies on työyhteisön ilmapiirin avainrakentaja. Työntekijän hallinnan tunnetta lisää tieto, että työtä kehitetään ja kehittämiseen käytetään yhteisiä voimavaroja. (Nummelin 2008, 58.)

5.3 Terveiden edistäminen työpaikoilla

Terveiden ja työhyvinvoinnin edistäminen työpaikalla on työnantajien, työntekijöiden ja yhteiskunnan yhteistyötä, työssäkäyvien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Se perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja on menestyksellistä vain, jos kaikki tahot ovat motivoituneita ja osallistuvat toimintaan. Terveyttä edistävä työpaikka kehittää työtä, työyhteisöä ja työympäristöä. Se kannustaa työntekijöitään aktiiviseen osallistumiseen ja rohkaisee henkilöstöään kehittämään itseään. Terveiden edistäminen on kokonaisvaltaista ja laaja-alaista. (Ilmarinen 2014.)

Kokonaisvaltaisen työpaikan terveyttä edistävä toiminta noudattaa seuraavia periaatteita: johtaminen on osallistavaa ja koko henkilöstö on mukana toiminnassa. Terveyden edistämisen näkökulma on mukana kaikessa päätöksenteossa. Työyhteisössä toiminta noudattaa prosessin hallinnan periaatteita ja terveyden edistäminen on osa johtamisjärjestelmiä, rakenteita ja prosesseja sekä toiminta on ratkaisu- ja voimavarakeskeistä. (Ilmarinen 2014.)

Henkilöstön hyvinvointia kannattaa tukea, sillä osaava ja hyvinvoiva henkilöstö on koko organisaatiolle kilpailuvaltti. Pysyvää ja pitkäkestoista vaikuttavuutta ei saavuteta työstä irrallisilla terveystempauksilla vaan terveyden edistäminen on huomioitu kaikilla organisaation tasoilla ja toiminnoissa. (Ilmarinen 2014.) Parhaimmassa tilanteessa työ on henkisen kasvun lähde ja huonoimmassa tilanteessa se on terveysriski. Esimiehen rooli työhyvinvoinnin kehittäjänä on merkittävä, mutta ei yksittäisenä tekijänä riittävä. Koko organisaation tuella on suuri merkitys työssä jaksamisen tukena ja niillä puitteilla, jotka organisaatiossa vallitsevat. Työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin tulee olla tavoitteellista ja sen pitää olla koko työyhteisön haaste, johon koko henkilöstö sitoutuu. Työkyky ei ole yksittäinen asia, vaan kokonaisuus, jossa yhdistyy hyvä esimiestyö ja hyvinvointia tukevat toimintatavat. (Nummelin 2008, 144–145.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) tavoitteena on ollut kehittää alueellista terveysseurantaa. Terveyden edistämisen professori Tiina Laatikainen on ottanut vastuun aineiston säilyttämisestä ja hallinnoinnista yhdessä alueellisten toimijoiden kanssa, toteuttaa aineiston analyysiä. Näitä tuotettavia tietoja käytetään maakunnan, seutukuntien ja kuntien terveys- ja hyvinvointityön tueksi. (ATH-aineistot–tutkimussuunnitelmat 2015.)

Karelia-AMK voi hyödyntää aineistoa opinnäytetöihin. Tällöin Laatikainen luovuttaa aineistosta ko. työhön tarvittavan osion ja toimittaa kyseisen opinnäytetyön tutkimussuunnitelman ATH-johtoryhmälle ja raportoi aineiston käytöstä. (ATH-

aineistot-tutkimussuunnitelmat 2015.) Tässä opinnäytetyössä on toimittu edellä mainitulla tavalla.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää elintapojen, terveydentilan, palveluiden- ja niiden tarpeiden sekä sosiaalisten- ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutusta 45–65-vuotiaiden työkykyyn. Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä.

Opinnäytetyön tehtävät:

Selvittää ikääntyvien työntekijöiden työkykyyn vaikuttavia tekijöitä.

Löytää keinoja ikääntyvien työntekijöiden työurien pidentämisen tueksi.

7 Opinnäytetyön aineiston kuvaus ja menetelmät

Asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on yksi kuntien perustehtävistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttama Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) tukee kuntia niiden palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) luo kunnille ja kuntayhtymille edellytykset seurata asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Tarkka tieto kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista helpottaa palveluiden suunnittelua sekä terveyttä edistävien toimien vaikuttavuuden arviointia. Aineistoa käytetään myös yleisiin tutkimustarkoituksiin. Tutkimuksen avulla kerätään laajasti väestöryhmittäistä seurantatietoa keskeisistä ilmiöistä. Näitä ovat esimerkiksi asukkaiden elintavat ja kokemukset. Tutkimus auttaa kuntia suoriutumaan lakisääteisestä veloitteestaan seurata asukkaiden terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. (ATH-aineisto-ATH-tiiviisti 2015.)

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineisto koostuu tiedoista, joiden avulla alueellinen terveysseuranta on pyritty tekemään mahdollisimman helpoksi ja tehokkaaksi. Terveys- ja hyvinvointiseurannan perustana ovat tiedot, joista jalostetaan osoittimia. Näiden osoittimien tarkoitus on kuvata eri terveyden

ja hyvinvoinnin osa-alueiden toteutumista. Väestötutkimuksen kannalta on olennaista valita sellaiset osoittimet, jotka parhaiten palvelevat terveys- ja hyvinvointipolitiikkaa, palvelujen arviointia sekä suunnittelua. Osoittimien tulee olla päteviä ja vertailukelpoisia ja palvella hyvin käytännön tavoitteita: arviointia ja suunnittelua. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on esittänyt käytettäviksi rajatun määrän terveysosoittimia (esim. päivittäin tupakoivien osuus, alkoholikuolemien takia menetetyt elinvuodet), jotka kuvaavat terveyden tärkeimpiä ulottuvuuksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. (ATH-aineisto-ATH-aineisto 2015.) Tässä opinnäytetyössä pohjana käytettiin ATH-tutkimuksen kyselylomakkeita. Muuttujia valittiin kahdesta kyselylomakkeesta, 19–54-vuotiaiden ja 55–74-vuotiaiden kyselylomakkeista.

7.1 Aineiston keruu

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa kysymysten ja kysymyslomakkeiden laatiminen on keskeinen tekijä tutkimusaineiston keräämiselle ja analyysille. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä eri menetelmin, esimerkiksi haastatteleamalla tai kyselylomakkeella. Kyselylomakkeella saadaan tutkimuksen otokseen kuuluvilta kerättyä tietoa muun muassa heidän mielipiteistään, arvoistaan, asenteistaan ja kokemuksistaan jostakin asiasta. Postikyselyn etuna on sen edullisuus ja keruuvaiheessa selkeys ja nopeus. Postikyselyissä otoskato jää usein suureksi. Lomakekyselyssä saadaan harvoin niin monipuolista tietoa kuin haastatteleamalla. Kyselylomakkeen laadintavaihe on keskeinen tutkimuksen onnistumisen kannalta. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011, 20–21.) ATH-tutkimuksen lomakesuunnittelussa oli käytetty eri aihepiirien suomalaisia asiantuntijoita. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koordinoanut noin 40 asiantuntijan verkostoa, jotta lomakkeelle mukaan otettavien kysymysten kattamat ilmiöalueet olisivat tasapuolisesti esillä. (ATH-aineisto-mukaan ATH-tutkimukseen 2015.)

Kaikkien tutkimukseen osallistuvien tiedot on poimittu Väestörekisterikeskuksen tietojärjestelmistä tehdyllä satunnaisotannalla. Osallistujat ovat voineet osallistua joko vastaamalla postitettuun kyselylomakkeeseen tai vastaamalla verkkosivuilla olevaan sähköiseen, terveyttä ja hyvinvointia laajasti kartoittavaan kyselyyn. (ATH-aineisto-mukaan ATH-tutkimukseen 2015.)

Tutkimuslomakkeita on kolmelle eri ikäryhmälle, 20–54-vuotiaat, 55–74-vuotiaat ja 75+-vuotiaat. Tutkimuslomakkeita on suomen, ruotsin venäjän ja englannin kielellä. Kyselylomakkeen kysymykset on jaoteltu eri osa-alueisiin, joita ovat: taustatiedot, elinolot, työolot ja hyvinvointi, terveys, toiminta- ja työkyky, ruoka, suun terveys, liikunta, tupakka, alkoholi ja päihteet, elintapamuutokset, uni, tapaturmat ja väkivalta sekä palvelut. Opinnäytetyötä varten kahden eri tutkimuslomakkeen ikäryhmien vastaajia yhdistettiin samaan ryhmään, josta muodostettiin opinnäytetyötä varten aineisto 45–65-vuotiaista vastaajista. Tässä työssä käytetyt tutkimuslomakkeet löytyvät osoitteesta: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/tutkimuslomakkeet/>

7.2 Aineiston koko

Tilastollisessa tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä selitetään tilastollisen yleistyksen avulla. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen tutkimusotoksen perusteella muodostetaan kyseistä populaatiota koskevia väittämiä ja päätelmiä. Otannalla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen perusjoukon yksilöllä on yhtä suuri ja sattumanvarainen mahdollisuus tulla valituksi tutkimuksen otokseen. Tutkimuksen otoksen valintaan tulee kiinnittää huomiota, koska se vaikuttaa ratkaisevasti tulosten yleistettävyyteen ja luotettavuuteen. Otoksen koko vaikuttaa siihen, kuinka suuret erot tulevat analyysissä merkittäväksi. Harvoin on mielekäästä tutkia koko perusjoukkoa, tarkoituksenmukaisempaa on rajoittaa tutkimus perusjoukosta muodostettuun otokseen. Otoksen tulisi vastata kattavasti perusjoukkoa, koska tarkoitus on tehdä perusjoukkoa koskevia päätelmiä. Ongelmaksi voi muodostua otantavirhe, joka tarkoittaa otoksen muodostamisesta aiheutuneita tulosten vinoutumia todellisen perusjoukon suhteen. Ongelmaa voidaan minimoida suurentamalla otoskoko. (Tähtinen ym. 2011, 12–13; Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2014, 26.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttaman Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) kansallinen otoskoko on 150 000 henkilöä, josta tä-

män opinnäytetyön toteuttamishetkellä oli toteutettu 95 000 henkilön otannan tiedonkeruu. Lisäksi alueille on annettu mahdollisuus täydentää omia otoksiaan tarpeidensa mukaan. (ATH-aineisto-ATH-aineisto 2015.) Tässä opinnäytetyössä on mukana otanta Pohjois-Karjalasta, jonka otoskoko oli yhteensä 7980. Näistä 4126 vastasi kyselyyn. THL toimitti valmiiksi kasatun tutkimusaineiston pohjois-karjalaisista vastaajista opinnäytetyötämme varten kesäkuussa 2015.

7.3 Aineiston rajaus

Suurimmassa osassa tutkimuksista aineisto joudutaan keräämään alusta alkaen. Valmista havaintoaineistoa kannattaa hyödyntää, jos sitä on käytettävissä. (Nummenmaa ym. 2014, 21.) ATH-tulostiedot ovat avoimesti käytettävissä ja niitä kannustetaan hyödyntämään eri organisaatioiden tutkimushankkeissa. Halutessaan anonyymiä tutkimusaineistoa tutkimuskäyttöön tutkijan on täytettävä tutkimussuunnitelmalomake, ja se osoitetaan yhteyshenkilölle THL:stä. (ATH-aineisto-ATH-tiiviisti 2015.) Tässä opinnäytetyössä yhteyshenkilönä oli terveyden edistämisen professori Tiina Laatikainen, jolle osoitettiin anomus tutkimusaineiston tutkimuskäytöstä opinnäytetyössämme.

Tammikuussa 2014 professori Laatikainen kävi esittelemässä opiskelijaryhmällemme Karelia-AMK:lla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Alueellista terveys- ja hyvinvointitutkimusta (ATH). Kiinnostuimme molemmat aiheesta omista lähtökohdistamme. Toista kiinnosti terveyden edistäminen ja toista työkyky. Molemmilla oli huoli kaavailluista työurien pidentämisestä. Lisäksi menetelmä oli molemmille uusi. Näin suurta valmista aineistoa ei kumpikaan ollut aikaisemmin käsitellyt. Vuoden 2015 alussa huomasimme, että opinnäytetyömme olivat aihepiireiltään hyvin lähellä toisiaan ja lisäksi käytimme samaa aineistoa työssämme. Tuntuikin luonnolliselta yhdistää työmme.

Mitä tahansa tutkimusta tehtäessä on ensin määriteltävä, mikä joukko on tutkimuksen kohteena (Nummenmaa ym. 2014, 17). Pohjois-Karjalasta oli muodostettu valmiiksi tutkimusaineisto THL:n toimesta. Tämä datatiedosto oli syötetty valmiiksi tilasto-ohjelmaan SPSS.

Alkuperäismatriisin sisältämää aineistoa tiivistettiin tulkittavampaan muotoon (Tähtinen ym. 2011, 33). Opinnäytetyötä varten ATH-aineisto rajattiin 45–65-vuotiaisiin (N=1609). Tätä rajattua aineistoa käytimme analysoidessamme ikääntyvän työntekijän työkykyyn vaikuttavia tekijöitä.

7.4 Muuttujien valinta ja kuvaukset

Keskeistä tilastollisessa tutkimuksessa on havaittujen tekijöiden välisen suhteen kuvaaminen, analysointi ja tulkitseminen (Tähtinen ym. 2011, 12). Nykyisin lähes kaikissa tutkimuksissa käytetään tilastollisia menetelmiä. Tilastollisilla menetelmillä saatua tietoa käytetään tutkimusaineiston kuvailemiseen, riskien arvioimiseen, ennusteiden laatimiseen sekä päätöksentekoon. Tilastollisten menetelmien avulla käsiteltyä tietoa esitellään päivittäin esimerkiksi lehdissä ja televisiossa. Taito ymmärtää tilastollisia menetelmiä sekä arvioida tuloksia on tärkeää. (Karjalainen 2010, 10; Nummenmaa ym. 2014, 3–15.)

Analyysin tavoitteena on paljastaa tutkittavat ilmiöt ja kuvailla ne ymmärrettävällä tavalla. Tilastoaineistot ovat usein suuria ja kattavia tiedostoja ja niitä on usein tiivistettävä, että niiden sisältämä tieto saadaan helpommin näkyville. (Nummenmaa ym. 2014, 38.) Varsinaisen aineiston analyysi kannattaa aloittaa tarkastelemalla keskeisiä muuttujia (Tähtinen ym. 2011, 59).

Tässä opinnäytetyössä keskeisiksi muuttujiksi valittiin opinnäytetyöhön liittyvät kysymykset aihealueittain. Lisäksi katsottiin tarpeelliseksi analysoida taustatiedoista sukupuoli, ikä, siviilisäätö ja koulutus. Miesten ja naisten vastaukset analysoitiin erikseen. Ennen lopullista päätöstä keskeisten muuttujien valinnasta tehtiin ristiintaulukointia useilla eri muuttujilla. Tutkimuslomakkeista valittiin kuvaavimmat ja opinnäytetyöhön merkityksellisimmät kysymykset peilaten kysymyksiä opinnäytetyön viitekehityksen sisältöön. Tähän opinnäytetyöhön valittiin tutkimuslomakkeista ristiintaulukointia varten seuraavat kysymykset:

Työkykyä kuvaavat kysymykset

”Onko / oliko viimeisin työnne luonteeltaan ruumiillisesti / henkisesti: kevyttä, melko kevyttä, jonkin verran rasittavaa, melko rasittavaa, hyvin rasittavaa, en ole koskaan ollut ansiotyössä?” Tästä kysymyksestä tehtiin uudelleen luokittelu, jossa vastausasteikko yhdistettiin kuudesta kolmiluokkaiseksi. Uudelleen luokiteltua asteikkoa käytettiin tulosten analyysissä.

”Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka?”

”Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10? 0 tarkoittaa, ettette pystyisi nykyisin lainkaan työhön.” Työkykyä kuvaava asteikko muodostettiin työkykypisteistä seuraavanlaiseksi: 0–2 p. huono työkyky, 3–5 p. kohtalainen työkyky, 6–8 p. hyvä työkyky ja 9–10 p. erinomainen työkyky.

Elintapoja kuvaavat kysymykset

”Vakituaisesti useita tunteja vähintään kuntoliikuntaa harrastavien osuus.

⇒ Kuvastaa niitä vastaajia, jotka harrastavat säännöllisesti liikuntaa.

”Nukutteko mielestänne tarpeeksi?”

⇒ Kertoo siitä, kokeeko vastaaja nukkuvansa tarpeeksi.

”BMI” (body mass index). BMI on laskettu jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä.

⇒ Tämä valittiin kuvaamaan sitä, vaikuttaako työntekijän ylipaino koettuun työkykyyn.

”Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia. Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon olutta tai lasin viiniä.”

⇒ Kuvaa vastaajan alkoholi käyttäytymistä.

”Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikaria tai piippua)?”

⇒ Kuvaa vastaajan tupakointia.

Luottamus julkisiin palveluihin työkykyisten mukaan

”Kuinka paljon luotatte julkiseen terveydenhuoltoon? ”Kuinka paljon luotatte julkiseen sosiaaliinhuoltoon?”

⇒ Tällä kysymyksellä haluttiin saada vastaus siihen, vaikuttaako työkykyisyys siihen, että luotetaanko palvelujen saatavuuteen.

Terveydentila ja työkyky

”Onko teillä seuraavia lääkärin toteamia sairauksia: nivelreuma, muu niveltulehdus, selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus, masennus tai muu mielenterveysongelma?”

⇒ Nämä sairausryhmät valittiin siksi, että ne ovat yleisimpiä sairauksia, joiden vuoksi työelämästä siirrytään ennenaikaiselle eläkkeelle.

Sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus työkykyyn

”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?”

”Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla: erittäin hankalaa, hankalaa, melko hankalaa, melko helppoa, helppoa, hyvin helppoa?” Tästä kysymyksestä tehtiin uudelleen luokittelu jossa vastausasteikko yhdistettiin kuudesta kolmiluokkaiseksi. Uudelleen luokiteltua asteikkoa käytettiin tulosten analyysissä.

”Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti?” Vastaukset uudelleen luokiteltiin opiskeluvuosiksi (yhdeksän vuotta tai vähemmän, 10–12 vuotta ja 13 vuotta tai enemmän).

”Siviilisääty”

⇒ Näillä kysymyksillä haluttiin vastauksia siihen, onko koulutuksella tai tuloilla vaikutusta koettuun työkykyyn.

7.5 Aineiston analysointi

Tutkimustulosten tulkinta on tärkein vaihe kaikessa tutkimustoiminnassa. Tulkinnan myötä tutkimuksen löydökset muuttuvat merkityksellisiksi ja tulosten merkitystä pyritään arvioimaan suhteessa aiempaan tietoon. Jos analyysin tuloksia ei voi tulkita mielekkäästi, eikä tulosten teoreettista tai käytännön merkitystä pystytä arvioimaan, on tutkimukseen käytetty aika mennyt hukkaan. Ennen kuin tutkimus on lopullisesti tehty, pysähdytään arvioimaan käytettyjä menetelmiä ja tuloksia. Tässä vaiheessa on pystyttävä tarkastelemaan aiempia tutkimustuloksia ja omia tuloksia. (Nummenmaa ym. 2014, 15.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimustulosten tulkinta aloitettiin opettelemalla SPSS-tilasto-ohjelma käyttöä. Ensin käytettiin harjoitusaineistoa, joka saatiin käyttöön joensuulaisista vastaajista toukokuussa 2015. Taustatyönä kyselylomakkeiden kysymykset tutkittiin tarkoin ennen muuttujien valintaa. Ristiintaulukointia tehtiin useilla eri muuttujilla, ennen kuin kuvaavimmat muuttujat valittiin. Muuttujilla tarkoitetaan opinnäytetyöhön valittuja kysymyksiä kyselylomakkeesta.

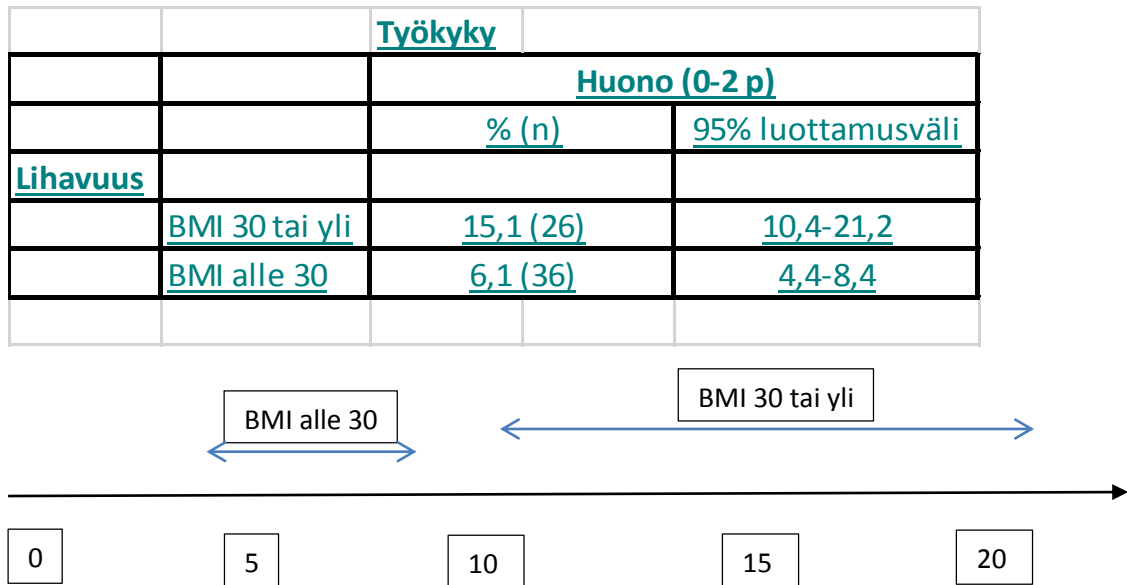
Opinnäytetyön tulosten analyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin luokittelu työkykypisteistä. Näistä työkykypisteistä analysoitiin prosenttiosuudet ja frekvenssit eli havaintojen määrät, miehistä ja naisista erikseen. Työkykypisteitä ristiintaulukoitiin opinnäytetyöhön valittujen muuttujien kanssa. Näillä muuttujilla tarkoitetaan kyselylomakkeista valittuja kysymyksiä elintapojen, palveluiden ja niiden tarpeiden, terveydentilan, sekä sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutuksista työkykyyn.

Ristiintaulukoinnin avulla on helppo hahmottaa tutkimusaineiston muuttujien suhteita, niiden luonnetta ja jatkoanalysoinnin tarvetta. Se on yksi käytetyimmistä ja yksinkertaisimmista menetelmistä. Tämä tekee siitä selkeän, tehokkaan ja suositeltavan analyysimenetelmän. Ristiintaulukoinnissa aineisto esitetään frekvensseinä ja prosenttiosuuksina. (Tähtinen ym. 2011, 123.) Tässä opinnäytetyössä ristiintaulukoinnin avulla paljastetaan asioita, joilla on vaikutusta 45–65-vuotiaiden työkykyyn. Tulosten analysoinnissa käytettiin SPSS tilasto-ohjelmaa.

Tilastollisten menetelmien avulla kuvaillaan erilaisten otoksien eli valitun aineiston ominaisuuksia. Lähestymistapaa tarvitaan, kun tarkastellaan ja esitellään ilmiötä yleisluonteisesti. Kuitenkin usein halutaan arvioida ilmiöiden esiintymistä suurissa populaatioissa. Käytännössä koskaan ei voida tutkia koko populaatiota, vaan päätelmät pyritään tekemään poimitun otoksen avulla. Otos ei kuitenkaan ole täysin populaation kaltainen. Tämän vuoksi pyritään arvioimaan, kuinka todennäköisesti päätelmät pitävät paikkansa. Tällöin tarvitaan todennäköisyysjakumiin ja todennäköisyyslaskentaan perustuvia menetelmiä. Näillä arvioidaan, millä todennäköisyydellä valitut ilmiöt toistuvat myös populaatiossa. Tällaisessa päättelyssä käytetään apuna siihen tarkoitukseen kehitettyjä tilastollisia testejä. (Nummenmaa ym. 2014, 123, 161.)

Tilastollisen päättelyn avulla pyritään arvioimaan, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää koko populaation tuloksiin. Tiettyjen olettamusten ja väitteiden todenperäisyyden testaaminen kuuluu tutkimustoimintaan. Näillä testeillä tutkitaan olettamusten paikkansapitävyyttä. Tällaisen testin valinta voi olla vaikeaa, koska erilaisia aineistoja pitää analysoida eri tavalla. (Nummenmaa ym. 2014, 161.)

Aineiston luovuttajalta tuli ohjeistus, kuinka aineisto analysoidaan SPSS-ohjelmalla eri komentoja käyttäen. Samalla tuli ohjeistus opinnäytetyön luotettavuuden testaukseen. Tässä opinnäytetyössä mitattiin prosenttiosuuden luottamusväli. Luottamusväli ilmaisee otoksesta laskettuun tunnuslukuun sisältyvän virhemarginaalin. Mitä kapeampi luottamusväli on, sitä luotettavammin tiedetään todellinen suuruus arvolle. Prosenttiosuuden luottamusväli toimii kohtalaisen suurilla aineistoilla. (Karjalainen 2010, 215; Nummenmaa ym. 2014, 169–171.) Tässä opinnäytetyössä laskettiin 95 prosentin luottamusväli. Se tarkoittaa, että saatu tulos mahtuu luottamusvälin sisälle 95 prosentin varmuudella. Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu vastausten luottamusvälejä, joista on tulkittu vastausten eroja ja erojen merkitsevyyttä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin valmista aineistoa, joka oli kooltaan suuri, otoskoko 1609. Seuraavassa esimerkki luottamusvälin tulkinnasta:



Esimerkki 1. Luottamusvälin tulkinta (Laatikainen 2015, mukailen Huppunen–Vänskä & Tietäväinen 2015).

Esimerkissä 1 on esitetty luottamusvälien vertailu. Luottamusvälit ovat 10,4–21,2 ja 4,4–8,4, jolloin luvut eivät ole päällekkäisiä ja eroavat toisistaan. Koska luottamusvälit eivät ole päällekkäin, tulos on luotettava ja vastauksella on merkittävyyttä.

8 Tulokset

Tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyt tiedot esitetään usein tiivistetysti taulukoina. Tulosten kuvaaminen sanallisesti voi olla hankalaa. Hyvin laaditun taulukon avulla voidaan viestiä suuriakin tietomääriä tehokkaasti. (Nummenmaa ym. 2014, 37.) Tässä opinnäytetyössä tiedot esitetään taulukoina, joissa näkyvät prosenttiosuudet ja frekvenssijakaumat sekä 95 prosentin luottamusväli.

Tutkimustulosten tulkinta on tärkein vaihe kaikkea tutkimustoimintaa. Tulokinnan myötä tutkimuksen löydökset muuttuvat merkityksellisiksi ja tulosten merkitystä pyritään arvioimaan suhteessa aiempaan tietoon. (Nummenmaa ym. 2014, 15.)

Seuraavassa esitellään ATH-aineistosta kootut tutkimustulokset. Mukana vastauksissa on 45–65-vuotiaiden aineisto Pohjois-Karjalasta, yhteensä 1609 vastaajaa. Tulokset esitetään opinnäytetyössä valittujen osa-alueiden mukaisesti.

8.1 Työkyky

Kyselylomakkeen kysymyksellä ”Oletetaan, että työkykyenne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10? 0 tarkoittaa, ettette pystyisi nykyisin lainkaan työhön.” Työkykyä kuvaava asteikko muodostettiin työkykypisteistä seuraavanlaisiksi: 0–2 p. huono työkyky, 3–5 p. kohtalainen työkyky, 6–8 p. hyvä työkyky ja 9–10 p. erinomainen työkyky.

Taulukko 1. Työkykypisteet luokiteltuna

Työkykypisteet luokiteltuna	Työkyky				Yhteensä
	Huono (0-2 p)	Kohtalainen (3-5p)	Hyvä (6-8 p)	Erinomainen (9-10 p)	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Miehet (n)	8.7 (n=63)	11.5 (n=84)	55 (n=400)	24.8 (n=180)	100 (n=727)
Naiset (n)	8.2 (n=67)	7.3 (n=60)	45 (n=368)	39.4 (n=322)	100 (n=817)

Työkykypisteet oli luokitellut 1544 vastaajaa (N=1609), joka on 96,0 prosenttia otoksesta. Vastaajista työkykypisteet oli luokitellut 727 miestä ja 817 naista. Miehistä huonoksi (0-2 pistettä) työkykynsä luokitteli 8,7 prosenttia (n=63). Naisista huonoksi työkykynsä luokitteli 8,2 prosenttia (n=67). Erinomaiseksi (9-10 pistettä) työkykynsä luokitteli 24,8 prosenttia (n=180) miehistä ja 39,4 prosenttia (n=322) naisista.

Työkykypisteistä haluttiin katsoa, miten ne jakautuvat ikäryhmittäin miesten ja naisten kesken. Vastaajien iästä muodostettiin neljä ikäryhmää: 45–50-vuotiaat, 51–55-vuotiaat, 56–60-vuotiaat ja 61–65-vuotiaat ja ne ristiintaulukoitiin työkykypisteiden kanssa.

Taulukko 2. Työkykyasteet luokiteltuna ikäryhmittäin.

Miehet	Työkyky								Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		
	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
45-50 v	8.1 (10)	4.3-14.8	7.0 (9)	3.7-12.9	58.2 (72)	49.2-66.6	26.7 (37)	19.8-35.0	100 (128)
51-55 v	7.7 (12)	4.4-13.1	10.1 (16)	6.2-15.9	58.0 (87)	49.9-65.7	24.2 (39)	18.1-31.7	100 (154)
56-60 v	9.3 (20)	6.1-14.1	11.6 (25)	7.9-16.7	51.0 (110)	44.2-57.7	28.1 (62)	22.5-34.5	100 (217)
61-65 v	10.0 (21)	6.5-15.0	16.1 (34)	11.7-21.8	56.8 (131)	50.1-63.3	17.1 (42)	12.8-22.5	100 (228)
Naiset	Työkyky								Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		
	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
45-50 v	7.3 (11)	4.1-12.7	3.6 (6)	1.6-7.7	35.2 (58)	28.2-42.9	54.0 (92)	46.3-61.5	100 (167)
51-55 v	8.8 (17)	5.5-13.7	8.0 (16)	5.0-12.7	44.5 (84)	37.5-51.7	38.7 (77)	32.0-45.8	100 (194)
56-60 v	7.4 (15)	4.5-11.9	10.0 (20)	6.5-15.0	43.9 (91)	37.3-50.7	38.8 (82)	32.4-45.6	100 (208)
61-65 v	10.8 (24)	7.3-15.7	7.2 (18)	4.6-11.1	53.8 (135)	47.5-60.0	28.2 (71)	22.9-34.2	100 (248)

Vastaajista 45–50-vuotiaista miehistä työkykyasteensa luokitteli huonoksi 8,1 prosenttia (n=10) ja naisista 7,3 prosenttia (n=11). Työkykyasteensa 45–50-vuotiaista miehistä luokitteli erinomaiseksi 26,7 prosenttia (n=37) ja naisista 54,0 prosenttia (n=92). Työkykyasteensa 61–65-vuotiaista miehistä luokitteli huonoksi 10,0 prosenttia (n=21) ja naisista 10,8 prosenttia (n=24). Työkykyasteensa 61–65-vuotiaista luokitteli erinomaiseksi 17,1 prosenttia (n=42) ja naisista 28,2 prosenttia (n=71).

Henkisen- ja ruumiillisen työn vaatimuksia kysyttiin kysymyksellä ”Onko / oliko viimeisin työnnä luonteeltaan ruumiillisesti / henkisesti: kevyttä, melko kevyttä, jonkin verran rasittavaa, melko rasittavaa, hyvin rasittavaa, en ole koskaan ollut ansiotyössä?” Vastausasteikko yhdistettiin kyselylomakkeen kuusiluokkaisesta kolmiluokkaiseksi. Uudelleen luokiteltua asteikkoa käytettiin tulosten analyysissä.

Taulukko 3. Miehet: Työkykyasteet työn ruumiillisen ja henkisen vaikuttavuuden ja eläkeikäen työskentelyn jaksamisen mukaan

Miehet	Työkyky								Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		
	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
Ruumiillinen työ									
Kevyttä	5.8 (11)	3.2-10.3	7.9 (16)	4.9-12.7	57.7 (119)	50.7-64.4	28.6 (62)	22.8-35.2	100 (208)
Jonkin verran rasittavaa	4.7 (7)	2.1-10.2	11.8 (21)	7.8-17.5	59.9 (100)	52.1-67.2	23.6 (41)	17.7-30.7	100 (169)
Rasittavaa	12.5 (41)	9.3-16.6	14.1 (45)	10.6-18.5	52.4 (162)	46.7-58.1	21.0 (68)	16.8-25.9	100 (316)
Henkinen työ									
Kevyttä	3.1 (16)	1.9-5.0	6.7 (33)	4.7-9.3	58.0 (282)	53.5-62.4	32.3 (166)	28.2-36.6	100 (596)
Jonkin verran rasittavaa	10.6 (14)	6.3-17.2	22.1 (34)	16.1-29.6	61.8 (91)	53.5-69.5	5.5 (8)	2.8-10.7	100 (147)
Rasittavaa	49.1 (28)	36.0-62.3	24.9 (14)	15.2-38.2	26.0 (15)	16.1-39.1	0	0	100 (57)
Työskentelee eläkeikäen*									
En	32.4 (33)	23.7-42.4	30.8 (32)	22.5-40.7	34.0 (35)	25.1-44.1	2.8 (3)	0.9-8.3	100 (103)
Todennäköisesti en	5.8 (7)	2.8-11.7	15.5 (20)	10.1-23.0	64.9 (78)	55.8-73.0	13.8 (16)	8.6-21.5	100 (121)
Todennäköisesti kyllä	0.5 (1)	0.1-3.2	1.9 (4)	0.7-5.0	68.9 (148)	62.4-74.8	28.7 (66)	23.1-35.1	100 (219)
Kyllä	0	0	1.5 (2)	0.4-6.1	44.0 (60)	35.6-52.8	54.4 (72)	45.6-63.0	100 (134)
Olen eläkkeellä	16.2 (22)	10.8-23.5	17.3 (24)	11.7-24.8	52.9 (77)	44.5-61.1	13.6 (23)	9.1-19.9	100 (146)

* Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikäen saakka?

Ruumiillisesti kevyttä työtä tekevistä **miehistä** luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 5,8 prosenttia (n=11) ja **erinomaiseksi** 28,6 prosenttia (n=62). Kun taas **ruumiillisesti rasittavaa** työtä tekevistä miehistä luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 12,5 prosenttia (n=41) ja **erinomaiseksi** 21,0 prosenttia (n=68).

Henkisesti kevyttä työtä tekevistä **miehistä** luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 3,1 prosenttia (n=16) ja **erinomaiseksi** 32,3 prosenttia (n=166). **Henkisesti rasittavaa** työtä tekevistä miehistä luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 49,1 prosenttia (n=28) ja **erinomaiseksi** ei luokitellut kukaan. Ne, jotka kokivat työnsä henkisesti rasittavaksi, raportoivat työkykynsä merkittävästi huonommaksi kuin ne, joiden työ oli henkisesti kevyttä.

Vastanneista miehistä 32,4 prosenttia (n=33) koki työkykynsä huonoksi, eivätkä he uskoneet pystyvänsä työskentelemään terveytensä puolesta eläkeikään saakka. Ne, jotka uskoivat pystyvänsä työskentelemään terveytensä puolesta eläkeikään saakka, kokivat työkykynsä selkeästi paremmaksi verrattuna heihin, jotka kokivat työkykynsä huonoksi.

Taulukko 4. Naiset: Työkykypisteet työn ruumiillisen ja henkisen vaikuttavuuden ja eläkeikään työskentelyn jaksamisen mukaan

Naiset	Työkyky								Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		
	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
Ruumiillinen työ									
Kevyttä	3.3 (10)	1.8-6.0	4.8 (16)	3.0-7.8	39.6 (121)	34.2-45.3	52.2 (157)	46.5-57.9	100 (304)
Jonkin verran rasittavaa	3.7 (6)	1.7-8.1	8.0 (14)	4.8-13.0	42.0 (75)	34.9-49.6	46.2 (81)	38.9-53.7	100 (176)
Rasittavaa	15.8 (45)	12.0-20.5	9.4 (29)	6.6-13.2	50.6 (153)	44.9-56.3	24.2 (73)	19.7-29.5	100 (300)
Henkinen työ									
Kevyttä	4.3 (24)	2.9-6.3	3.9 (23)	2.6-5.8	41.9 (250)	37.9-46.0	50.0 (299)	45.9-54.0	100 (596)
Jonkin verran rasittavaa	13.6 (20)	8.9-20.0	13.2 (22)	8.8-10.3	62.2 (100)	54.3-69.6	11.0 (17)	6.9-17.1	100 (159)
Rasittavaa	49.7 (22)	35.6-63.9	28.6 (14)	17.6-42.9	19.8 (9)	10.6-34.2	1.9 (1)	0.3-12.0	100 (46)
Työskentelee eläkeikään*									
En	39.0 (39)	29.9-49.0	19.0 (21)	12.7-27.6	38.5 (38)	29.3-48.6	3.4 (3)	1.1-10.1	100 (101)
Todennäköisesti en	6.5 (8)	3.3-12.6	15.2 (19)	9.8-22.6	58.6 (74)	49.7-67.0	19.7 (24)	13.6-27.7	100 (125)
Todennäköisesti kyllä	0	0	2.8 (7)	1.3-5.8	47.0 (121)	40.8-53.2	50.2 (125)	44.0-56.4	100 (253)
Kyllä	0.6 (1)	0.1-4.4	0.5 (1)	0.1-3.6	24.1 (42)	18.2-31.1	74.8 (133)	67.7-80.7	100 (177)
Olen eläkkeellä	14.0 (19)	9.1-21.0	7.5 (12)	4.3-12.9	57.0 (89)	49-64.7	21.4 (35)	15.7-28.5	100 (155)

* Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka?

Ruumiillisesti kevyttä työtä tekevistä **naisista** luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 3,3 prosenttia (n=10) ja **erinomaiseksi** 52,2 prosenttia (n=157). Kun taas **ruumiillisesti rasittavaa** työtä tekevistä naisista luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 15,8 prosenttia (n=45) ja **erinomaiseksi** 24,2 prosenttia (n=73).

Henkisesti kevyttä työtä tekevistä naisista luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 4,3 prosenttia (n=24) ja **erinomaiseksi** 50,0 prosenttia (n=299). **Henkisesti rasittavaa** työtä tekevistä naisista luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 49,7 prosenttia (n=22) ja **erinomaiseksi** 1,9 prosenttia (n=1). Ne, jotka kokivat työnsä henkisesti rasittavaksi, raportoivat työkykynsä merkittävästi huonommaksi kuin ne, joiden työ oli henkisesti kevyttä.

Naisista 39,0 prosenttia (n=39) kokivat työkykynsä huonoksi, eivätkä he uskoneet pystyvänsä työskentelemään terveytensä puolesta eläkeikään saakka. Ne, jotka uskoivat pystyvänsä työskentelemään terveytensä puolesta eläkeikään saakka, kokivat työkykynsä selkeästi paremmaksi kuin ne, jotka kokivat työkykynsä huonoksi.

8.2 Elintapojen vaikutus työkykyyn

Vastaajien elintapoja ja niiden vaikutusta työkykyyn selvitettiin kysymyksillä, jotka liittyivät liikuntaan, unen määrään, alkoholin käyttöön ja tupakointiin. Lisäksi analysoitiin vastaajien BMI.

Taulukko 5. Miehet: Työkykypisteet elintapojen mukaan

Miehet	Työkyky								Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		
ELINTAVAT	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
Liikunta useita tunteja/vko *									
Kyllä	5.0 (3)	1.5-15.6	3.4 (3)	1.1-10.1	44.0 (43)	34.0-54.5	47.7 (45)	37.4-58.1	100 (94)
Ei	9.2 (58)	7.2-11.8	12.6 (79)	10.2-15.5	57.4 (350)	53.4-61.3	20.8 (135)	17.7-24.2	100 (622)
Uni									
Nukkuu tarpeeksi									
Lähes aina	5.3 (14)	3.2-8.9	9.5 (28)	6.6-13.5	55.9 (150)	49.8-61.9	29.2 (81)	24.0-35.1	100 (273)
Usein	7.4 (22)	4.9-11.1	7.9 (23)	5.2-11.7	59.1 (167)	53.2-64.8	25.6 (76)	20.8-31.0	100 (288)
Harvoin	19.6 (22)	13.0-28.4	19.6 (22)	13.2-28.2	48.6 (55)	39.4-58.0	12.1 (15)	7.3-19.3	100 (114)
Ravitsemus									
Lihavuus									
BMI 30 tai yli	14.3 (26)	9.8-20.4	15.1 (25)	10.3-21.6	57.1 (99)	49.4-64.5	13.5 (23)	9.0-19.7	100 (173)
BMI alle 30	7.2 (37)	5.2-9.9	10.3 (58)	8.0-13.1	55.2 (293)	50.8-59.4	27.3 (154)	23.7-31.3	100 (542)
Alkoholi									
ei koskaan	15.8 (3)	5.5-39.1	15.4 (4)	5.9-34.7	38.1 (11)	21.9-57.5	30.6 (8)	15.9-50.7	100 (26)
1x/kk tai harvemmin	10.8 (13)	6.3-17.9	14.6 (16)	9.1-22.7	56.6 (67)	47.3-65.5	18.0 (23)	12.1-26.0	100 (119)
2-4x/kk	7.4 (18)	4.7-11.5	7.3 (17)	4.5-11.6	56.0 (125)	49.3-62.4	29.3 (66)	23.6-35.8	100 (226)
2-3x/vko	3.7 (7)	1.8-7.5	14.4 (28)	10.0-20.2	59.6 (109)	52.3-66.5	22.3 (46)	17.0-28.8	100 (190)
4x/vko tai useammin	9.9 (7)	4.8-19.5	12.8 (10)	6.8-22.7	52.9 (40)	41.1-64.3	24.5 (19)	15.9-35.6	100 (76)
Tupakointi									
Tupakoi päivittäin	13.6 (16)	9.9-18.5	15.8 (28)	11.6-21.1	48.0 (74)	41.8-54.4	22.5 (27)	17.8-28.1	100 (145)
Tupakoi satunnaisesti	7.7 (2)	3.5-16.3	8.0 (4)	3.8-16.1	58.4 (25)	47.0-68.9	25.9 (9)	17.4-36.6	100 (40)
Ei tupakoi lainkaan	9.6 (37)	7.5-12.2	7.6 (29)	5.8-9.9	50.4 (194)	46.6-54.3	32.4 (93)	28.9-36.0	100 (353)

* Vakuisesti useita tunteja viikossa vähintään kuntoliikuntaa harrastavien osuus

Vastanneista miehistä vakituisesti useita tunteja viikossa vähintään **kuntoliikuntaa harrastavat** luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 5,0 prosenttia (n=3) ja **erinomaiseksi** 47,7 prosenttia (n=45). Niistä miehistä, jotka **eivät harrastaneet** edellä mainittua liikuntaa, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 9,2 prosenttia (n=58) ja **erinomaiseksi** 20,8 prosenttia (n=135). Säännöllisesti useita tunteja viikossa kuntoliikuntaa harrastavat miehet raportoivat työkykynsä selkeästi paremmaksi kuin miehet, jotka eivät harrastaneet kuntoliikuntaa säännöllisesti.

Niistä miehistä, jotka raportoivat nukkuvansa lähes aina tarpeeksi, luokitteli työkykypisteensä huonoksi 5,3 prosenttia (n=14) ja erinomaiseksi 29,2 prosenttia (n=81). Miehistä ne, jotka nukkuivat harvoin tarpeeksi, luokittelivat työkykypisteensä huonoksi 19,6 prosenttia (n=22) ja erinomaiseksi 12,1 prosenttia (n=15). Ne miehet, jotka kertoivat nukkuvansa tarpeeksi, raportoivat työkykypisteensä selkeästi paremmiksi kuin ne, jotka raportoivat nukkuvansa harvoin tarpeeksi. Ne miehet, joilla **BMI oli 30 tai enemmän**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 14,3 prosenttia (n=26). Ne miehet, joilla **BMI oli 30 tai enemmän**, luokitteli työkykypisteensä **erinomaiseksi** 13,5 prosenttia (n=23).

Vastaavasti ne miehet, joilla **BMI oli alle 30**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi vain** 7,2 prosenttia (n=37). Niistä miehistä, joilla **BMI oli alle 30**, luokitteli työkykypisteet **erinomaiseksi** 27,3 prosenttia (n=154). Miehet, joiden **BMI oli alle 30**, raportoivat työkykynsä huomattavasti paremmaksi.

Vastanneista miehistä ne, jotka **eivät** lainkaan **käyttäneet alkoholia**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 15,8 prosenttia (n=3) ja **erinomaiseksi** 30,6 prosenttia (n=8). Kahdesta neljään kertaa kuukaudessa **alkoholia käyttävistä** miehistä luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 7,4 prosenttia (n=18) ja **erinomaiseksi** 29,3 prosenttia (n=66). Ne miehet, jotka eivät ollenkaan käyttäneet alkoholia, luokittelivat työkykynsä huonommaksi useammin kuin he, jotka käyttivät alkoholia kahdesta neljään kertaa kuukaudessa.

Vastanneista miehistä **päivittäin tupakoivat** luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 13,6 prosenttia (n=16) ja **erinomaiseksi** 22,5 prosenttia (n=27). Miehistä,

jotka **eivät tupakoineet lainkaan**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 9,6 prosenttia (n=37) ja **erinomaiseksi** 32,4 prosenttia (n=93). Päivittäin tupakoivat miehet raportoivat työkykynsä merkittävästi huonommaksi kuin ne miehet, jotka eivät tupakoineet lainkaan.

Taulukko 6. Naiset: työkykypisteet elintapojen mukaan

Naiset	Työkyky									Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)			
ELINTAVAT	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli		
Liikunta useita tunteja/vko *										
Kyllä	2.6 (3)	0.8-7.9	3.0 (4)	1.1-7.8	28.0 (34)	20.7-36.6	66.4 (82)	57.5-74.2	100 (123)	
Ei	9.6 (62)	7.5-12.2	7.8 (54)	6.0-10.1	47.7 (327)	43.9-51.5	34.9 (237)	31.3-38.6	100 (680)	
Uni Nukkuu tarpeeksi										
Lähes aina	6.9 (21)	4.5-10.4	6.3 (20)	4.1-9.6	42.1 (131)	36.7-47.7	44.7 (143)	39.3-50.3	100 (315)	
Usein	6.5 (19)	4.2-10.1	5.3 (17)	3.3-8.3	47.1 (151)	41.6-52.8	41.1 (130)	35.7-46.7	100 (317)	
Harvoin	13.9 (15)	8.5-21.9	13.7 (16)	8.5-21.3	44.1 (51)	35.2-53.4	28.3 (32)	20.7-37.3	100 (114)	
Ravitsemus										
Lihavuus										
BMI 30 tai yli	15.1 (26)	10.4-21.2	14.1 (26)	9.8-20.0	47.7 (89)	40.5-55.1	23.1 (42)	17.5-29.9	100 (183)	
BMI alle 30	6.1 (36)	4.4-8.4	5.1 (32)	3.6-7.1	44.5 (269)	40.5-48.5	44.3 (269)	40.3-48.3	100 (606)	
Alkoholi										
ei koskaan	17.6 (9)	9.3-30.8	9.7 (5)	4.0-21.5	42.4 (22)	29.5-56.4	30.4 (15)	19.0-44.8	100 (51)	
1x/kk tai harvemmin	6.7 (11)	3.7-11.7	8.6 (16)	5.3-13.6	48.3 (95)	41.2-55.3	36.5 (72)	30.0-43.5	100 (194)	
2-4x/kk	6.4 (16)	3.9-10.2	3.9 (10)	2.1-7.1	45.0 (115)	39.0-51.3	44.7 (117)	38.7-50.9	100 (258)	
2-3x/vko	9.6 (13)	5.6-15.9	5.9 (9)	3.1-11.0	40.2 (58)	32.5-48.5	44.3 (65)	36.3-52.5	100 (145)	
4x/vko tai useammin			5.1 (2)	1.3-18.3	35.1 (13)	21.1-52.2	59.9 (19)	42.8-74.8	100 (34)	
Tupakointi										
Tupakoi päivittäin	18.5 (20)	12.2-27.0	9.0 (10)	4.9-16.0	42.7 (48)	33.7-52.2	29.9 (34)	22.1-39.1	100 (112)	
Tupakoi satunnaisesti	11.5 (4)	4.3-27.0	7.0 (3)	2.2-19.5	48.1 (17)	32.6-64.0	33.5 (13)	20.3-49.8	100 (37)	
Ei tupakoi lainkaan	8.2 (26)	5.6-11.8	6.9 (24)	4.7-10.2	43.9 (151)	38.6-49.3	41.0 (140)	35.8-46.4	100 (341)	

* Vakituksisesti useita tunteja viikossa vähintään kuntoliikuntaa harrastavien osuus

Vastanneista naisista vakituksisesti useita tunteja viikossa vähintään **kuntoliikuntaa harrastavat** luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 2,6 prosenttia (n=3) ja **erinomaiseksi** 66,4 prosenttia (n=82). Naisista ne, jotka **eivät harrastaneet** edellä mainittua liikuntaa, luokitteli työkykynsä **huonoksi** 9,6 prosenttia (n=62) ja **erinomaiseksi** 34,9 prosenttia (n=237). Säännöllisesti useita tunteja kuntoliikuntaa harrastavat naiset raportoivat työkykynsä selkeästi paremmaksi kuin naiset, jotka eivät harrastaneet kuntoliikuntaa säännöllisesti.

Naisista, jotka kokivat nukkuvansa tarpeeksi, luokitteli työkykypisteensä huonoksi 6,9 prosenttia (n=21) ja erinomaiseksi 44,7 prosenttia (n=143). Naisista ne, jotka nukkuivat harvoin tarpeeksi, luokittelivat työkykypisteensä huonoksi 13,9 prosenttia (n=15) ja erinomaiseksi 28,3 prosenttia (n=32). Ne naiset, jotka kertoivat nukkuvansa tarpeeksi, raportoivat työkykypisteensä selkeästi paremmiksi kuin ne, jotka raportoivat nukkuvansa harvoin tarpeeksi.

Naisista joilla **BMI** oli **30 tai enemmän**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 15,1 prosenttia (n=26). Naisista, joilla **BMI** oli **30 tai enemmän**, luokitteli työkykypisteensä **erinomaiseksi** 23,1 prosenttia (n=42).

Vastaavasti naisista ne, joilla **BMI** oli **alle 30**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi vain** 6.1 prosenttia (n=36). Naisista ne, joilla **BMI** oli **alle 30**, luokitteli työkykypisteet **erinomaiseksi** 44,3 prosenttia (n=269). Ne naiset, joiden **BMI** oli **alle 30**, raportoivat työkykynsä huomattavasti paremmaksi.

Naisista ne, jotka **eivät** lainkaan **käyttäneet alkoholia**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 17,6 prosenttia (n=3) ja **erinomaiseksi** 30,4 prosenttia (n=15). Kahdesta neljään kertaa kuukaudessa **alkoholia käyttävistä** naisista luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 6,4 prosenttia (n=16) ja **erinomaiseksi** 44,7 prosenttia (n=117). Naisista ne, jotka eivät ollenkaan käyttäneet alkoholia, luokitteli työkykynsä huonommaksi useammin kuin ne, jotka käyttivät alkoholia kahdesta neljään kertaa kuukaudessa.

Vastanneista naisista **päivittäin tupakoivista** luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 18,5 prosenttia (n=20) ja **erinomaiseksi** 29,9 prosenttia (n=34). Niistä naisista, jotka **eivät tupakoineet lainkaan**, luokitteli työkykypisteensä **huonoksi** 8,2 prosenttia (n=26) ja **erinomaiseksi** 41,0 prosenttia (n=140). Päivittäin tupakoivat naiset raportoivat työkykynsä merkittävästi huonommaksi kuin ne naiset, jotka eivät tupakoineet lainkaan.

8.3 Luottamus julkisiin palveluihin työkykypisteiden mukaan

Julkiseen terveyden- ja sosiaalihuoltoon luottamusta ja sen yhteyttä työkykyyn haettiin kysymyksillä: ”Kuinka paljon luotatte julkiseen terveydenhuoltoon?” ja ”Kuinka paljon luotatte julkiseen sosiaalihuoltoon?”

Taulukko 7. Miehet: ”Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon” ja ”luottaa julkiseen sosiaalihuoltoon” työkykyasteiden mukaan?

Miehet							
Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon							
	Ei luota		Ei osaa sanoa		Luottaa		Yhteensä
	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	
Työkykyasteet							
Huono 0-2 p	23.0 (16)	14.1-35.1	23.4 (15)	14.4-35.6	53.6 (32)	40.9-65.9	100 (63)
Kohtalainen 3-5 p	30.1 (26)	21.0-41.1	29.8 (25)	20.9-40.7	40.1 (33)	29.9-51.2	100 (84)
Hyvä 6-8 p	23.6 (93)	19.5-28.3	31.2 (124)	26.6-36.1	45.2 (183)	40.1-50.3	100 (400)
Erinomainen 9-10 p	21.5 (36)	15.9-28.3	23.1 (43)	17.4-30.0	55.4 (98)	47.8-62.7	100 (177)
Luottaa julkiseen sosiaalihuoltoon							
	Ei luota		Ei osaa sanoa		Luottaa		Yhteensä
	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	
Työkykyasteet							
Huono 0-2 p	38.9 (26)	27.5-51.7	17.7 (12)	10.2-28.9	43.4 (26)	31.3-56.3	100 (64)
Kohtalainen 3-5 p	37.5 (30)	27.4-48.9	37.1 (30)	27.1-48.4	25.4 (21)	17.0-36.1	100 (81)
Hyvä 6-8 p	27.2 (108)	22.8-32.1	37.6 (147)	32.7-42.7	35.2 (140)	30.5-40.3	100 (395)
Erinomainen 9-10 p	26.0 (44)	19.9-33.2	34.5 (61)	27.6-42.0	39.5 (70)	32.4-47.1	100 (175)

Niistä miehistä, joilla oli huonot työkykyasteet 23,0 prosenttia (n=16), ja niistä joilla oli kohtalaiset työkykyasteet 30,1 prosenttia (n=26) ei luottanut julkiseen terveydenhuoltoon. Niistä, joilla oli hyvät tai erinomaiset työkykyasteet 23,6 prosenttia (n=93) ja 21,5 prosenttia (n=36) ei luottanut julkiseen terveydenhuoltoon. Luottamuksessa terveydenhuoltoon ei ollut eroja työkykyryhmien välillä.

Niistä miehistä, joilla oli huonot työkykyasteet 38,9 prosenttia (n=26) ja niistä joilla oli kohtalaiset työkykyasteet 37,5 prosenttia (n=30) ei luottanut julkiseen sosiaalihuoltoon. Niistä, joilla oli hyvät tai erinomaiset työkykyasteet 27,2 prosenttia (n=108) ja 26,0 prosenttia (n=44) ei luottanut julkiseen sosiaalihuoltoon. Luottamuksessa sosiaalihuoltoon oli työkykyryhmien välillä joitakin eroja.

Taulukko 8. Naiset: ”Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon” ja ”luottaa julkiseen sosiaalihuoltoon” työkykyasteiden mukaan?

Naiset							
Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon							
	Ei luota		Ei osaa sanoa		Luottaa		Yhteensä
	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	
Työkykyasteet							
Huono 0-2 p	35.3 (23)	24.4-47.9	24.2 (15)	15.1-36.4	40.5 (25)	29.0-53.2	100 (63)
Kohtalainen 3-5 p	18.0 (11)	10.2-29.8	40.8 (24)	28.9-53.8	41.2 (23)	29.2-54.3	100 (58)
Hyvä 6-8 p	23.3 (79)	19.1-28.2	33.2 (122)	28.5-38.3	43.4 (156)	38.3-48.7	100 (357)
Erinomainen 9-10 p	13.6 (43)	10.2-17.9	32.9 (102)	27.8-38.5	53.5 (169)	47.8-59.0	100 (314)
Luottaa julkiseen sosiaalihuoltoon							
	Ei luota		Ei osaa sanoa		Luottaa		Yhteensä
	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	% (n)	95 % Luottamusväli	
Työkykyasteet							
Huono 0-2 p	54.2 (33)	41.7-66.3	21.4 (13)	12.8-33.6	24.4 (16)	15.4-36.4	100 (62)
Kohtalainen 3-5 p	42.1 (23)	29.8-55.5	23.6 (14)	14.3-36.3	34.3 (18)	22.8-48.0	100 (55)
Hyvä 6-8 p	29.6 (98)	24.9-34.8	38.3 (136)	33.3-43.6	32.1 (111)	27.3-37.2	100 (345)
Erinomainen 9-10 p	21.1 (62)	16.7-26.3	38.5 (122)	33.2-44.1	40.4 (126)	34.9-46.1	100 (310)

Niistä naisista, joilla oli huonot työkykyasteet 35,3 prosenttia (n=23), ja niistä joilla oli kohtalaiset työkykyasteet 18,0 prosenttia (n=11) ei luottanut julkiseen terveydenhuoltoon. Niistä, joilla oli hyvät tai erinomaiset työkykyasteet 23,3 prosenttia (n=79) ja 13,6 prosenttia (n=43) ei luottanut julkiseen terveydenhuoltoon. Luottamuksessa terveydenhuoltoon oli eroja työkykyryhmien välillä.

Niistä naisista, joilla oli huonot työkykyasteet 54,2 prosenttia (n=33) ja niistä joilla oli kohtalaiset työkykyasteet 42,1 prosenttia (n=23) ei luottanut julkiseen sosiaalihuoltoon. Niistä, joilla oli hyvät tai erinomaiset työkykyasteet 29,6 prosenttia (n=98) ja 21,1 prosenttia (n=62) ei luottanut julkiseen sosiaalihuoltoon. Luottamuksessa sosiaalihuoltoon oli työkykyryhmien välillä joitakin eroja.

8.4 Terveydentilan vaikutus työkykyyn

Vastaajien terveydentilan vaikutusta työkykyyn selvitettiin kyselylomakkeen kysymyksellä ”Onko teillä seuraavia lääkärin toteamia sairauksia: nivelreuma, muu niveltulehdus, selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus, masennus tai muu mielenterveysongelma?”

Taulukko 9. Miehet: Terveydentila ja miten tyytyväinen olette terveyteenne.

Miehet	Työkyky								
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		Yhteensä
	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
TERVEYDENTILA									
ei sairasta masennusta	6.8 (42)	5.0-9.1	10.1 (63)	7.9-12.8	56.5 (350)	52.5-60.5	26.6 (172)	23.2-30.2	100 (627)
sairastaa masennusta	20.0 (14)	11.-31.7	22.8 (15)	13.9-35.0	49.0 (28)	36.1-62.1	8.2 (5)	3.3-18.6	100 (62)
* ei mielenerv.ongelmia	7.8 (52)	5.9-10.1	10.5 (71)	8.4-13.2	56.2 (369)	52.3-60.0	25.5 (176)	22.3-29.0	100 (668)
on mielenerv.ongelmia	24.4 (5)	10.4-47.4	28.7 (6)	13.2-51.1	42.3 (8)	22.1-65.4	4.6 (1)	0.6-26.2	100 (20)
** ei selkäsairautta	5.9 (26)	4.0-8.7	8.2 (39)	6.0-11.1	53.8 (240)	49.1-58.5	32.1 (152)	27.9-36.6	100 (457)
selkäsairaus	12.4 (31)	8.8-17.2	17.7 (41)	13.2-23.3	59.4 (142)	52.8-65.6	10.6 (25)	7.2-15.4	100 (239)
*** ei nivelreumaa	7.5 (44)	5.6-10.0	9.6 (59)	7.5-12.3	57.1 (333)	53.0-61.1	25.8 (161)	22.4-29.5	100 (597)
nivelreuma	14.8 (14)	8.9-23.6	20.4 (19)	13.3-30.0	48.2 (47)	38.1-58.4	16.6 (15)	10.2-25.9	100 (95)
Miten tyytyväinen olette terveyteenne									
Tyytymätön	28.8 (37)	21.4-37.5	24.6 (32)	17.8-33.0	37.0 (47)	28.7-46.0	9.6 (13)	5.5-16.1	100 (129)
Ei osaa sanoa****	7.9 (13)	4.5-13.3	15.7 (26)	10.8-22.4	71.8 (103)	64.1-78.4	4.6 (8)	2.3-9.1	100 (150)
Tyytyväinen	3.1 (13)	1.8-5.3	5.2 (23)	3.4-7.8	55.9 (243)	51.1-60.6	35.8 (157)	31.3-40.5	100 (436)
* Muu mielenterveys ongelma									
** Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus									
*** Nivelreuma tai muu niveltulehdus									
**** Ei tyytyväinen eikä tyytymätön									

Masennusta sairastavista miehistä työkykypisteensä luokitteli huonoksi 20,0 prosenttia (n=14) ja erinomaiseksi 8,2 prosenttia (n=5). Mielenterveysongelmaisista työkykypisteensä luokitteli huonoksi 24,4 prosenttia (n=5) ja erinomaiseksi 4,6 prosenttia (n=1). Selkäsairautta potevista miehistä työkykypisteensä luokitteli huonoksi 12,4 prosenttia (n=31) ja erinomaiseksi 10,6 prosenttia (n=25). Nivelreumaa tai muuta niveltulehdusta sairastavista miehistä työkykypisteensä luokitteli huonoksi 14,8 prosenttia (n=14) ja erinomaiseksi 16,6 prosenttia (n=15). Vastaajista niitä miehiä, jotka **olivat terveyteensä tyytyväisiä** ja luokittelivat työkykypisteensä **huonoksi**, oli 3,1 prosenttia (n=13). Niitä miehiä, jotka luokittelivat työkykypisteensä **erinomaiseksi**, oli 35,8 prosenttia (n=157). Koetulla terveydellä on merkitystä työkykyyn.

Taulukko 10. Naiset: Terveydentila ja miten tyytyväinen olette terveyteenne.

Naiset	Työkyky								
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		Yhteensä
	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
TERVEYDENTILA									
ei sairasta masennusta	4.7 (32)	3.3-6.6	5.1 (35)	3.6-7.0	46.7 (319)	43.0-50.5	43.5 (300)	39.8-47.3	100 (686)
sairastaa masennusta	37.1 (29)	27.1-48.3	15.6 (14)	9.4-24.9	32.6 (28)	23.3-43.5	14.7 (11)	8.1-25.3	100 (82)
* ei mielenterv.ongelmia	7.1 (49)	5.4-9.3	5.9 (43)	4.4-7.8	45.4 (332)	41.7-49.1	41.7 (306)	38.1-45.3	100 (730)
on mielenterv.ongelmia	33.3 (11)	19.3-51.1	12.6 (5)	5.2-27.2	38.0 (12)	22.8-56.0	16.1 (5)	6.6-34.1	100 (33)
** ei selkäsairautta	5.2 (25)	3.5-7.6	4.7 (25)	3.2-6.9	42.8 (220)	38.5-47.2	47.4 (246)	43.0-51.7	100 (516)
selkäsairaus	15.4 (38)	11.4-20.6	10.0 (26)	6.8-14.3	50.1 (133)	43.9-56.2	24.5 (65)	19.6-30.2	100 (262)
*** ei nivelreumaa	7.2 (41)	5.3-9.7	4.8 (29)	3.4-6.9	43.0 (257)	39.0-47.1	45.9 (272)	41.0-49.0	100 (599)
nivelreuma	12.3 (20)	8.1-18.4	13.9 (25)	9.5-19.8	51.2 (91)	43.7-58.6	22.6 (40)	17.0-29.4	100 (176)
Miten tyytyväinen olette terveyteenne									
Tyytymätön	27.4 (36)	20.4-35.8	20.6 (29)	14.6-28.2	39.9 (53)	31.7-48.7	12.1 (14)	7.1-19.9	100 (132)
Ei osaa sanoa****	15.5 (19)	10.1-23.1	11.4 (15)	7.0-18.2	55.0 (71)	46.1-63.6	18.1 (22)	12.1-26.1	100 (127)
Tyytyväinen	2.1 (11)	1.2-3.8	2.5 (14)	1.5-4.2	44.4 (243)	40.2-48.7	51.0 (279)	46.7-55.2	100 (547)
* Muu mielenterveys ongelma									
** Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus									
*** Nivelreuma tai muu niveltulehdus									

Masennusta sairastavista naisista työkykypisteensä luokitteli huonoksi 37,1 prosenttia (n=29) ja erinomaiseksi 14,7 prosenttia (n=11). Mielenterveysongelmaisista työkykypisteensä huonoksi luokitteli 33,3 prosenttia (n=11) ja erinomaiseksi 16,1 prosenttia (n=5). Selkäsairautta potevista naisista työkykypisteensä luokitteli huonoksi 15,4 prosenttia (n=38) ja erinomaiseksi 24,5 prosenttia (n=65). Nivelreumaa tai muuta niveltulehdusta sairastavista naisista työkykypisteensä luokitteli huonoksi 12,3 prosenttia (n=20) ja erinomaiseksi 22,6 prosenttia (n=40). Vastaajista niitä naisia, jotka **olivat terveyteensä tyytyväisiä** ja luokitteli työkykypisteensä **huonoksi**, oli 2,1 prosenttia (n=11). Niitä naisia, jotka luokittelivat työkykypisteensä **erinomaiseksi**, oli 51,0 prosenttia (n=279). Koetulla terveydellä on merkitystä työkykyyn.

8.5 Sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus työkykyyn

Vastaajien sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutusta työkykyyn selvitettiin analysoimalla siviilisääty, koulutus, elämänlaatu ja kotitalouden tulot työkykypisteisiin.

Taulukko 11. Miehet: siviilisäätö, koulutus/opiskelu vuosia, elämänlaatu ja kotitalouden tulot ja selviytyminen työkykykypisteiden mukaan.

Miehet	Työkyky								Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		
SOSIOEKONOMIA	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
Siviilisäätö									
Avoliitto	8.5 (37)	6.2-11.5	9.8 (44)	7.4-12.9	54.1 (238)	49.4-58.7	27.6 (124)	23.6-32.0	100 (443)
Avoliitto	3.6 (4)	1.4-9.4	11.6 (12)	6.6-19.5	60.2 (58)	50.0-69.6	24.6 (24)	16.9-34.2	100 (98)
Eronnut	13.3 (9)	6.9-24.2	12.3 (9)	6.5-22.3	59.4 (44)	47.4-70.3	14.9 (12)	8.5-24.9	100 (74)
Leski	23.0 (4)	8.4-49.4	12.9 (2)	3.1-41.0	42.8 (6)	20.1-69.0	21.2 (3)	6.8-49.8	100 (15)
Naimaton	10.0 (9)	5.3-18.2	16.0 (16)	9.9-24.8	56.5 (53)	46.1-66.3	17.5 (17)	11.1-26.5	100 (95)
Koulutus/opiskelu vuosia									
9 vuotta	15.2 (10)	8.0-26.9	4.2 (3)	1.4-12.5	61.2 (40)	48.6-72.5	19.3 (15)	11.7-30.1	100 (68)
12 vuotta	9.4 (7)	4.5-18.6	11.5 (9)	6.0-20.9	50.9 (40)	39.5-62.2	28.2 (22)	19.2-39.5	100 (78)
15 vuotta	5.4 (2)	1.4-19.0	13.1 (6)	5.9-26.4	57.7 (25)	42.5-71.6	23.8 (11)	13.5-38.6	100 (44)
Elämänlaatu									
Huono	44.9 (14)	28.4-62.5	22.7 (8)	11.5-39.9	26.8 (9)	14.3-44.4	5.7 (2)	1.4-20.0	100 (33)
Ei hyvä eikä huono	13.7 (28)	9.6-19.3	13.3 (39)	14.3-25.6	60.4 (117)	53.1-67.2	6.5 (13)	3.8-11.0	100 (197)
Hyvä	4.2 (21)	2.7-6.4	6.5 (33)	4.6-9.1	55.8 (264)	51.2-60.3	33.5 (163)	29.4-38.0	100 (481)
Kotitalouden tulot ja selviytyminen*									
Hankalaa	17.0 (18)	10.8-25.8	17.7 (17)	11.1-27.0	56.1 (50)	45.5-66.1	9.2 (9)	4.8-17.0	100 (94)
Melko hankalaa	8.1 (11)	4.3-14.5	20.8 (32)	14.9-28.2	54.5 (76)	46.0-62.7	16.6 (25)	11.7-23.7	100 (144)
Melko helppoa	9.2 (28)	6.4-13.1	8.4 (26)	5.7-12.2	58.1 (177)	52.3-63.6	24.3 (73)	19.7-29.6	100 (304)
Helppoa	2.5 (4)	0.9-6.8	5.1 (9)	2.6-9.5	53.1 (92)	45.6-60.6	39.3 (71)	32.2-46.8	100 (176)

* Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutteen kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla:

Avoliitossa elävistä miehistä luokitteli työkykykypisteensä huonoksi 8,5 prosenttia (n=37) ja erinomaiseksi 27,6 prosenttia (n=124). Eronneista miehistä työkykykypisteensä luokitteli huonoksi 13,3 prosenttia (n=9) ja erinomaiseksi 14,9 prosenttia (n=12).

Taulukko 12. Naiset: siviilisäätö, koulutus/opiskelu vuosia, elämänlaatu ja kotitalouden tulot ja selviytyminen työkykykypisteiden mukaan.

Naiset	Työkyky								Yhteensä
	Huono (0-2 p)		Kohtalainen (3-5 p)		Hyvä (6-8 p)		Erinomainen (9-10 p)		
SOSIOEKONOMIA	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	% (n)	95 % luottamusväli	
Siviilisäätö									
Avoliitto	6.2 (32)	4.4-8.7	6.7 (34)	4.8-9.2	44.5 (228)	40.3-48.9	42.6 (214)	38.3-46.9	100 (508)
Avoliitto	8.2 (9)	4.3-15.2	9.3 (10)	5.0-16.5	52.6 (55)	42.9-62.1	29.8 (31)	21.7-39.5	100 (105)
Eronnut	15.6 (15)	9.6-24.3	4.5 (5)	1.9-10.4	39.8 (43)	30.8-49.6	40.1 (43)	31.0-49.9	100 (106)
Leski	9.8 (3)	3.2-26.3	21.1 (7)	10.3-38.5	44.5 (14)	28.4-61.9	24.5 (8)	12.7-42.1	100 (32)
Naimaton	14.1 (8)	7.2-25.7	4.2 (3)	1.4-12.3	43.4 (27)	31.5-56.2	38.2 (24)	26.9-51.0	100 (62)
Koulutus/opiskelu vuosia									
9 vuotta	14.2 (10)	7.7-24.6	3.8 (3)	1.2-11.2	56.8 (39)	44.6-68.2	25.2 (17)	16.0-37.3	100 (69)
12 vuotta	5.7 (5)	2.4-12.9	7.6 (7)	3.7-15.2	48.6 (49)	38.7-58.4	38.2 (37)	29.0-48.3	100 (98)
15 vuotta	2.8 (2)	0.7-10.5	3.7 (3)	1.2-10.9	40.0 (29)	29.4-51.7	53.5 (39)	42.0-64.6	100 (73)
Elämänlaatu									
Huono	53.6 (16)	36.5-69.9	13.9 (5)	5.9-29.7	26.6 (9)	14.3-44.0	5.9 (2)	1.5-20.8	100 (32)
Ei hyvä eikä huono	16.3 (28)	11.4-22.7	16.3 (27)	11.3-22.8	55.6 (91)	47.8-63.1	11.9 (20)	7.7-17.7	100 (166)
Hyvä	3.5 (20)	2.2-5.3	3.9 (25)	2.7-5.8	43.6 (264)	39.6-47.7	49.0 (290)	44.9-43.0	100 (599)
Kotitalouden tulot ja selviytyminen*									
Hankalaa	25.9 (21)	17.4-36.6	17.3 (16)	10.8-26.6	38.7 (31)	28.6-49.8	18.2 (15)	11.1-28.4	100 (83)
Melko hankalaa	11.5 (18)	7.3-17.6	11.5 (18)	7.3-17.6	48.8 (79)	41.0-56.7	28.2 (42)	21.4-36.1	100 (157)
Melko helppoa	5.9 (20)	3.8-9.0	4.8 (18)	3.0-7.5	49.3 (177)	44.1-54.5	40.1 (139)	35.0-45.3	100 (354)
Helppoa	2.7 (6)	1.2-5.9	3.6 (8)	1.8-7.1	36.7 (76)	30.3-43.5	57.0 (122)	50.1-63.6	100 (212)

* Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutteen kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla:

Avoliitossa elävistä naisista luokitteli työkykykypisteensä huonoksi 6,2 prosenttia (n=32) ja erinomaiseksi 42,6 prosenttia (n=214). Eronneista naisista työkykykypisteensä luokitteli huonoksi 15,6 prosenttia (n=15) ja erinomaiseksi 40,1 prosenttia (n=43).

Kaikista vastaajista he, jotka kokivat elämänlaatunsa huonoksi, kokivat myös työkykypisteensä huonoksi. He, jotka kokivat elämänlaatunsa hyväksi, kokivat myös työkykynsä erinomaiseksi. Heitäkin oli, jotka kokivat elämänlaatunsa hyväksi mutta työkykynsä huonoksi.

Seuraavassa kuviossa esitetään opinnäytetyön keskeiset tulokset.



Kuvio 4. Opinnäytetyön keskeiset tulokset. (Huppunen-Vänskä & Tietäväinen 2015)

9 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä on Suomessa sitouduttu turvaamaan Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 173). Julistus sopii hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi, vaikka se on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin. Julistuksessa otetaan kantaa tutkimustyön perusteluihin, haavoittuviin ryhmiin, määritellään, millä tavalla tutkimussuunnitelma tulee arvioitaa eettisessä toimikunnassa sekä annetaan ohjeita potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseksi tutkimustyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 213–214.)

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. Perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Eettisyyteen kuuluu, miten tutkimustuloksia raportoidaan, ketkä osallistuvat kirjoittamiseen ja kenen aineisto kuuluu tutkimusalueeseen. Eettisyys vaikuttaa tutkimusaiheen valintaan, siihen miksi tutkimustyöhön ryhdytään ja miten asiaa tutkitaan. Kehittämistyössä toistuvat nämä samat tieteen tekemisen eettiset säännöt. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 24; Viskari 2009, 107; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172–173; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 48–49.)

Tämän opinnäytetyön aiheen valinta tapahtui opinnäytetyön tekijöiden omasta mielenkiinnosta, vaikkakin lopulliseen näkökulmaan olivat vaikuttamassa professori Laatikainen ja yliopettaja Tiainen. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti merkittävä. Ikääntyvien työntekijöiden työurien pidentäminen on valtakunnallisessa keskustelussa ja mediassa lähes päivittäin. Tässä opinnäytetyössä on käytetty valmista tutkimusaineistoa, jonka keräämistä koskevasta tutkimuseettisestä toiminnasta vastaa Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos (THL).

Kyselytutkimuksina toteutettavat väestötutkimukset perustuvat tutkittavien itsensä ilmoittamaan tietoon. Osa väestötutkimuksista sisältää vielä lisäksi terveystarkastuksista saatavaa tietoa. Näissä tutkimuksissa kyselylomakkeiden lisäksi tutkimushoitaja tekee tutkittaville mittauksia. Tutkimusaineistosta vastaa

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, joka säilyttää ja käsittelee tietoja luottamuksellisesti, salassapitovelvollisuutta ja henkilötietolakia noudattaen. Kaikilla tietoja keräävillä ja käsittelevillä on vaitiolovelvollisuus. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista, ja henkilötietoja tai muita identifioitavia tietoja ei luovuteta tutkijoiden käyttöön. (ATH-aineisto-väestötutkimukset 2015; ATH-aineisto-tausta ja tavoitteet 2015.)

Tutkimuslomakkeita säilytetään THL:ssä lukituissa arkistohyllyissä, ja tutkimusaineisto pidetään erillään tutkittavien henkilötiedoista. Henkilötietoja ei luovuteta asuinkunnille tai muille tahoille. Henkilötietoja käsitellään ainoastaan tutkimuskäyttöön liitettävien rekisterien yhdistelyissä. Internet-vastaukset tallentuvat salattuna tietojärjestelmiin, joista ne luovutetaan viranomaisluvalla Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. (ATH-aineisto-tausta ja tavoitteet 2015.)

Valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti ja punnittava niiden luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2008, 184). Virhemarginaalin merkitys vähenee, jos tutkimukseen osallistuneiden lukumäärä on suuri tai se on lähellä alueen väkilukua, jolloin tulokset ovat tarkempia. Tämä huomioidaan tulkinnassa siten, että virhemarginaalin merkitys vähenee ja tilastollinen merkitsevyys kasvaa. Virhemarginaalia laskettaessa otoskoon ja otoksen taustalla olevan väkiluvun suhde on myös huomioitu. (ATH-aineisto-ATH-aineisto 2015.) Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tulosten analysointiin ja tulkintaan osallistui useampi tekijä (Hirsjärvi ym. 2008, 228). Tässä opinnäytetyössä oli mukana otanta Pohjois-Karjalasta, jonka otoskoko oli yhteensä 7980, joista 4126 vastasi kyselyyn. Tässä opinnäytetyössä lopullinen aineiston määrä oli 1609.

Opinnäytetyön luotettavuutta voi tarkastella siitä näkökulmasta, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Tutkimuslomakkeista on otettu analyysiin vain ne kysymykset, jotka liittyvät opinnäytetyön kysymyksiin ja aihealueisiin. Tämä viittaa siihen, että teoreettiset käsitteet on pystytty löytämään valmiista aineistosta. Ulkoista luotettavuutta lisää, että tuloksia voi yleistää ulkoiseen perusjoukkoon, koska se on kattava. Luotettavuutta lisää, että opinnäytetyön tekijät ovat tutustuneet kattavasti saatavilla olevaan tutkimustietoon, kirjallisuuteen

ja sähköisiin aineistoihin. Koko opinnäytetyön prosessin ajan on tutustuttu kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja artikkeleihin, jotka liittyvät opinnäytetyön aiheeseen. Lähdemateriaalia on ollut saatavilla paljon, joten teorian tiedon osalta on jouduttu olemaan kriittisiä. Lisäksi lähteiden valinnassa on kiinnitetty huomiota lähteiden tuoreuteen. Luotettavuutta on pyritty lisäämään kuvailemalla opinnäytetyön prosessin vaiheet.

Kehittämistyön luotettavuudella tarkoitetaan tieteellisen tiedon tunnusmerkkejä. Tässä luotettavuus kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Tällä tarkoitetaan käyttökelpoisuutta, ja syntyvän tiedon tulee olla hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty ristiintaulukointia tutkimusaineiston analyysi menetelmänä. Asiantuntija-apua on saatu Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL). Tästä opinnäytetyöstä saatu tieto on hyödyllistä, koska saatuja tuloksia voidaan käyttää työyhteisöjen, työterveyshuollon ja strategisen johtamisen tukena, kun mietitään ikääntyvien 45–65-vuotiaiden työntekijöiden työkykyä ja työssä pysymistä eläkeikien pidentyessä.

10 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tiedontuotannon tapojen luokittelu perustutkimukseen, soveltavaan tutkimukseen ja kehitystyöhön on tiedeyhteisöjen hyväksymä jaottelu. Lähtökohdiana on oletus, että perustutkimus on kaiken alku ja juuri. Sen tuottamaa tietoa joko sovelletaan tai sitä käytetään kehitystyön tukena. Tänä päivänä tutkimukselta vaaditaan enemmän sovellettavuutta, kaupallista hyödynnettävyyttä ja yhteiskunnallista vaikuttavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 20–21.)

10.1 Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen kehittämisen näkökulmasta

Kehittäminen nähdään usein konkreettisenä toimintana. Siinä tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittäminen voi olla yksikkökohtaista, jolloin tavoitellaan toimintatavallisia ja rakenteellisia uudistuksia. Kehittäminen voi pitää sisällään uusien ideoiden keksimisen sekä niiden levittämisen ja vakiinnuttamisen. Kehittäminen on ennen kaikkea käytännöllistä asioiden korjaamista, parantamista ja edistämistä. Onnistuessaan kehittäminen voi laajeta yli oman organisaation rajojen. Tässä mielessä kehittäminen tähtää uuden taidon ja tiedon siirtoon. Kehittäminen tähtää aina muutokseen ja sillä tavoitellaan aina jotakin parempaa ja tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat tai rakenteet. (Toikko & Rantanen 2009, 10–17.)

Puhuttaessa kehittämistoiminnan menetelmistä viitataan usein tutkimusmenetelmiin. Kuitenkin on tehty selkeä erottelu tutkimusmenetelmien ja kehittämismenetelmien välille. Tutkimusmenetelmien valinta perustuu tutkimusongelmiin eli siihen, millaisiin kysymyksiin etsitään ratkaisuja, ja menetelmien luotettavuus arvioidaan tieteellisten periaatteiden mukaisesti. Kehittämistoiminnan lähtökohta on usein käytännöllisempi. Kehittämismenetelmillä oletetaan, että saadaan aikaan tavoiteltuja tuloksia. (Toikko & Rantanen 2009, 18.) Tämän opinnäytetyön prosessin edetessä käytettiin hyväksi artikkelin kirjoittamista ja työelämän kehittämistä. Seuraavissa kappaleissa kuvataan molempien prosessien etenemistä.

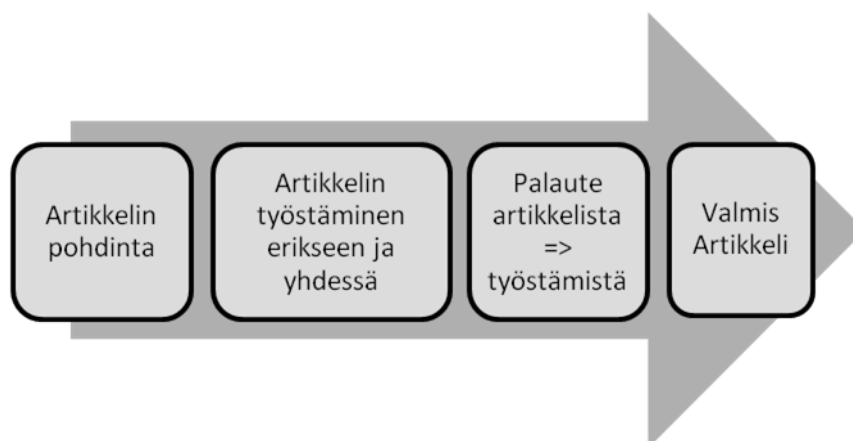
10.2 Artikkeliksi osana kehittämistä

Meille tarjoutui mahdollisuus kirjoittaa opinnäytetyöstä artikkeli (liite 1.) Opinnäytetyöstä kirjoitettu artikkeli kuuluu kokonaisuuteen ”Moninaisuusosaaminen tulevaisuuden työyhteisöjen johtamisen työkaluna”. Tämä on osa OKM:n rahoittamaa hanketta ”YAMK-koulutus vahvaksi TKI-vaikuttajaksi”, jossa ovat mukana kaikki Suomen ammattikorkeakoulut. Opinnäytetyöstä kirjoitetun artikkelin tavoitteena oli lisätä opinnäytetyön tulosten vaikuttavuutta. Artikkelissa tuli noudattaa akateemista kirjoitustyyliä. Viitteet ja lähteet tuli merkitä akateemisen kirjoitustyy-

lin mukaisesti. Artikkelin tuli olla pituudeltaan 6000–10 000 merkkiä. Artikkelin julkaistaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarjassa vuoden 2015 loppuun mennessä. (Mäkelä & Timonen 2015.)

Artikkeli kirjoitettiin tiivistäen opinnäytetyön tausta ja teoreettinen viitekehys. Artikkelissa pohdittiin opinnäytetyön tuloksia, ja sitä mitä tietoa opinnäytetyö antaa työelämän kehittämiseksi työkykyyn vaikuttavissa asioissa. Artikkelin kirjoittaminen edisti myös opinnäytetyön pohdinnan kirjoittamista. Artikkelia kirjoittaessa ajatuksia reflektointiin ja tiivistettiin asioita, joita opinnäytetyössä oli käsitelty.

Artikkelin kirjoittaminen tapahtui prosessimaisesti. Artikkelin runko tehtiin yhdessä. Artikkelin alku työstettiin myös yhdessä, että pääsimme molemmat artikkelin kirjoittamisen juoneen mukaan. Yhteiseen alkuun käytettiin useita tunteja työskentelyaikaa. Tämän jälkeen sovittiin, että kirjoittamista jatketaan vuoronperään. Vaihdon tapahtuessa toinen jatkoi siitä, mihin ensimmäinen kirjoittaja oli jäänyt. Näin artikkelia työstettiin vuorotellen. Opinnäytetyön ohjaava yliopettaja Arja-Irene Tiainen luki keskeneräisen artikkelin ja antoi siitä kannustavaa palautetta. Tuon palautteen perusteella työstettiin artikkeli yhdessä valmiiksi. Aikataulu artikkelin kirjoittamiselle oli tiukka. Kiinnostuimme artikkelin kirjoittamisesta ohjaavan opettajan ohjauksen myötä ja päätös artikkelin kirjoittamisesta tehtiin 25.8.2015. Artikkelin kirjoittajaohje saatiin sähköpostitse 31.8.2015. Aiheen vahvistus tuli tehdä osaltamme 15.9.2015 mennessä, ja artikkelin aihiot piti saada yhteiseen käsittelyyn 25.9.2015 mennessä. Valmis teksti meidän osaltamme tuli palauttaa 30.9.2015 mennessä.



Kuvio 5. Artikkelin kirjoittaminen prosessimaisesti kuvattuna (Huppunen-Vänskä & Tietäväinen 2015).

10.3 Opinnäytetyön tulokset osana työelämän yhteistyötä

Opinnäytetyön aihe on yhteiskunnallisesti ajankohtainen. Keskustelua eläkeikien pidentämisestä kuulee lähes päivittäin eri yhteyksissä; tiedotusvälineissä, ruokapöytäkeskusteluissa, kahvihuoneissa, kaupassa, työyhteisöissä sekä omien vanhempien ja ystävien keskuudessa. Suoritamme johtamisen ja kehittämisen YAMK-tutkintoa ja olemme usein hyvin kuulolla näissä keskusteluissa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta: Ikääntyvien 45–65-vuotiaiden työntekijöiden työkykyyn vaikuttavia tekijöitä, ja niiden huomiointi työelämässä työurien pidentyessä. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) va rekrytointipäällikkö Hannele Pussinen kiinnostui opinnäytetyön aiheesta erään keskustelun päätteeksi. Aihe oli ajankohtainen ja merkittävä myös hänen työnsä näkökulmasta. Hän pyysi meitä esittelemään työn tuloksia opinnäytetyön valmistuttua. Tästä lähti ajatus työelämän kehittämisen näkökulmasta.

Sovimme yhteisen ajan ja pidimme 24.9.2015 PKSSK va rekrytointipäällikkö Pussisen järjestämänä tilaisuuden, johon hän oli kutsunut mukaan työhyvinvointipäällikön sekä työkykykoordinaattorin. Tilaisuuteen osallistui va rekrytointipäällikkö, rekrytointisihteeri, työkykykoordinaattori ja ohjaava opettaja. Työhyvinvointipäällikkö oli estynyt tulemasta tilaisuuteen. Tilaisuudessa esiteltiin opinnäytetyö kokonaisuudessaan. Pidimme Power Point-esityksen (liite 2), jossa halusimme nostaa erityisesti esille tulokset, joihin voidaan puuttua työntekijöiden työkyvyn parantamiseksi. Opinnäytetyön tuloksista käytiin hyvää keskustelua, ja yhdessä mietimme työkyvyn ylläpitämiseen vaikuttavia tekijöitä.

PKSSK:lla on työhyvinvointiin ja työkyvyn ylläpitämiseen olemassa hyviä työkaluja, mm. HARAVA (havaitse varhain) ja työnantajan ja työntekijöiden kesken luotu MYÖ & TYÖ työhyvinvointisopimus. Lisäksi työnantajalla on virkistystoiminnan tukea jokaiselle työntekijälle, muun muassa kuntosalien kuukausikortista maksaa työnantaja puolet. Lisäksi on myös muita etuisuuksia, joilla on suora vaikutus fyysisen työkyvyn ylläpitämisen tueksi. Myös työpaikkaruokailu on järjestetty. Pienten työyhteisöjen ja yritysten työntekijät ovat eriarvoisessa asemassa. Voi olla, että heille on järjestynyt vain lakisääteiset palvelut.

Usein elintavat nähdään jokaisen ihmisen henkilökohtaisena asiana. Tulosten mukaan niillä on kuitenkin suora merkitys työkykyyn. Tässä opinnäytetyössä on todettu, että työkyvyn heikkenemistä tulee ehkäistä ja asioihin on puuttuttava ajoissa. On hyvä pohtia, millaisia keinoja esimiehillä on puuttua henkilöstön elintapoja koskeviin kysymyksiin. Voisiko kehityskeskustelu olla oikea paikka keskustella työntekijän elintavoista. Työkyky on osa työhyvinvointia, mutta kiinnitetäänkö työpaikoilla tarpeeksi huomiota juuri työkykyyn. Vaikuttaminen työkykyyn on tärkeää, mutta motivoinnin keinot ovat usein riittämättömät. Hyvät suhteet esimiehen kanssa voivat helpottaa tilannetta ja madaltaa kynnystä puuttua asioihin. Asiaa ei voi jättää yksinomaan työterveyshuollon harteille. Yleensä, kun työterveyshuolto tulee mukaan, on työntekijän työkyky jo alentunut huomattavasti.

Käydyssä keskustelussa tuli ilmi, että ennakointi ja varhainen puuttuminen esimiestyössä ovat ensiarvoisen tärkeää. Henkilöstön ja esimiehen väliset keskustelut auttavat havaitsemaan varhain, jos työntekijällä on työkyvyn alentumista. On tärkeää, että työntekijöiden rekrytointi on onnistunutta. Tämä tarkoittaa, että oikeat ihmiset työskentelevät oikeissa tehtävissä. Työntekijän osaamisen tulee olla oikeassa suhteessa työtehtäviin. Työn mielekkyys ja osaamisen oikea kohdentaminen on myös työntekijän omalla vastuulla. Esimerkiksi työntekijä voi kokea, että työtehtävät eivät ole tarpeeksi haastavia. Aina ei ole enää mahdollista työnantajan puolelta vaikuttaa työntekijän työkykyyn. Esimerkiksi tilanteissa, joissa työntekijän työkyky on alentunut jo aikaisemmissa työpaikoissa. Keskustelussa nostettiin vahvasti esille työntekijän omavastuu työkyvyn ylläpitämisestä. Työkyvyn ja työtehtävistä selviämisen ollessa alentunut ratkaisuina voivat olla esimerkiksi erilaiset kuntoutumiseen liittyvät järjestelyt ja kurssit sekä työtehtävien uudelleen arviointi. Opinnäytetyössä esitetyt keinot työkyvyn ylläpitämiseksi nähtiin hyvinä (kuvio 6.)



Kuvio 6. Keinoja työkyvyn ylläpitämiseksi esimiestyön näkökulmasta.

Tilaisuus työelämän edustajien kanssa oli antoisa ja keskustelu oli vilkasta. Aihe koettiin ajankohtaiseksi ja opinnäytetyön tuloksista oltiin kiinnostuneita. Power Point-esityksen kuvioon (kuvio 6) oli onnistuttu kasaamaan työkyvyn heikkenemisen tehokkaaseen ehkäisemiseen vaikuttavat tekijät esimiestyön näkökulmasta.

11 Pohdinta

Opintojen alkuvaiheesta lähtien oli molemmilla omat kiinnostuksen kohteet opinnäytetyöhön. Tähän olivat vaikuttaneet molempien käytännön kokemukset työelämästä. Tammikuussa 2014 professori Tiina Laatikainen kävi puhumassa opiskeluryhmällemme Karelia AMK:lla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta (ATH). Tuolloin kiinnostuimme molemmat aiheesta omista lähtökohdistamme. Keväällä 2014 työstimme omia opinnäytetyön aiheita ja tutkimussuunnitelmia. Syksyllä 2014 opinnäytetyön aiheet alkoivat hahmottua, ja ensimmäinen henkilökohtainen tapaaminen Laatikaisen kanssa oli joulukuussa 2014. Suunnitelmavaiheessa opinnäytetyöt olivat

vielä kaksi erillistä kokonaisuutta. Vuoden 2015 alussa huomasimme, että opinnäytetyöt olivat aihepiireiltään hyvin lähellä toisiaan. Käytimme molemmat samaa aineistoa töissämme. Tästä alkoi tiivis työskentely kahden työn hitsaamiseksi yhdeksi.

Kevään 2015 aikana kirjoitimme tiiviisti opinnäytetyön teoreettista viitekehystä. Opinnäytetyötä työstettiin nyt uudesta näkökulmasta. Hyppäsimme mukavuusalueen ulkopuolelle tutustuessamme uuteen lähestymis- ja työskentelytapaan. Tapasimme säännöllisesti professori Laatikaista, joka ohjasi opinnäytetyötä sisällöllisesti eteenpäin. Kevään 2015 aikana kävimme säännöllisesti ryhmätyönohjauksessa Karelia AMK:lla, jossa oli paikalla opiskelijoiden pienryhmä sekä näiden ryhmäläisten opinnäytetöitä ohjaavat opettajat. Lisäksi työskentelyä tapahtui muutaman oppilaan pienryhmässä, jossa pohdittiin yhteistyössä vuorolleen kaikkien töitä ja työskentelyä. Vertaistuki työskentelyn tuossa vaiheessa oli arvokasta.

Toukokuussa 2015 saimme Laatikaiselta käyttöömme harjoitteluaineiston, jonka avulla aloimme perehtyä SPSS-ohjelmaan. Harjoitteluaineisto kattoi ATH-aineiston Joensuun otoksen. Kesäkuussa 2015 saimme varsinaisen analyysidatan 45–65-vuotiaista. Sen Laatikainen poimi ATH:n aineistosta ja muodosti siitä uuden analyysidatan. Kesä käytettiin viitekehyksen kirjoittamiseen ja hiomiseen. Analyysidatan käsitteleminen SPSS-ohjelmalla aloitettiin kesällä 2015. Ensimmäiset tulokset saatiin paperille heinäkuussa 2015. Tuon jälkeen alkoi tulosten analysointi ja auki kirjoittaminen peilaten aikaisempaan tutkimustietoon aiheesta. Elokuun 2015 kirjoitimme tuloksia auki ja pohdimme erittäin tiiviisti. Syyskuun alkupuoli meni tulosten ja pohdinnan kirjoittamiseen. Kävimme säännöllisesti yliopettaja Tiaisen ja professori Laatikaisen ohjauksissa. Molemmat kannustivat ja konkreettisesti neuvoillaan auttoivat suuresti työtämme eteenpäin. Kesällä 2015 otimme mukaan työelämän kehittämisen näkökulman. Opinnäytetyön prosessin kuvaus on esitetty liitteessä 3.

Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille valmiuksia lukea ja ymmärtää tilastoja sekä tulkita niitä oikein. Esimies- ja kehittämistehtävissä olevat tarvitsevat tätä osaamista, jolla voi arvioida esimerkiksi näytön luotettavuutta. Opinnäytetyön

tekeminen kahdestaan on vaatinut täsmällistä aikataulujen suunnittelua. Koko opinnäytetyön prosessin ajan meillä on ollut säännölliset viikkotapaamiset ja olimme toisiimme yhteydessä lähes päivittäin jollakin tavalla. Yhdessä työskentely tapahtui iltaisin ja viikonloppuisin sekä loma-aikoina. Opinnäytetyön tekemisen myötä on prosessinomainen työskentely korostunut. Opinnäytetyön tekeminen yhdessä on antanut herkullisia näkökulmia ja mahdollisuuden laajempaan osaamiseen. Työtehtävät, joihin koulutuksen myötä hakeudumme, tulevat olemaan asiantuntija- ja esimiestehtäviä. Näihin tehtäviin olemme saaneet valmiuksia koulutuksen myötä. Opinnäytetyön tekeminen parityönä on lisännyt näitä valmiuksia, koska työtä tullaan tekemään projekteissa, tiimeissä, työyhteisöissä mutta myös yksin.

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiltä edellytetään nykyisessä työelämässä kehittämisosaamista syvällisen ammattiosaamisen lisäksi. Alalla on meneillään suuret rakenteelliset ja sisällölliset muutokset. Palveluiden täytyy olla asiakaslähtöisiä mutta myös kustannustehokkaita ja vaikuttavia. Alaa on kehitetty viime vuosina esimerkiksi lyhytkestoisilla projekteilla ja tieteelliseen tutkimukseen pohjautuvalla tiedontuotannolla. Valitettavasti käytänteet eivät ole automaattisesti juurtuneet työkäytäntöihin. (Arola & Suhonen 2014, 15.)

Tässä opinnäytetyössä ei ole selkeää rajaa, onko se tutkimus- vai kehittämistyö. Sitä voisi kuvailla sanoilla tutkimuksellinen kehittämistyö. Kuten Toikko & Rantanen (2009) on kirjoittanut, lähtökohtana on oletus, että perustutkimus on kaiken alku ja juuri. Sen tuottamaa tietoa joko sovelletaan tai sitä käytetään kehitystyön tukena. Tänä päivänä tutkimukselta vaaditaan enemmän sovellettavuutta, kaupallista hyödynnettävyyttä ja yhteiskunnallista vaikuttavuutta.

Opinnäytetyön alkumetreillä törmäsimme ongelmaan, ettei opinnäytetyömme vastaa ammattikorkeakoulun YAMK-kehittämistyölle asetettuja vaatimuksia sen puutteellisen työelämälähtöisen kehittämisotteen vuoksi. Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, joten päätimme kuitenkin jatkaa jo aloitetun opinnäytetyön työstämistä. YAMK-opiskelijat tulevat työelämässä sijoittumaan erilaisiin sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen työtehtäviin. Näissä tehtävissä tarvitaan osaamista arvioida ja tuottaa tutkittua tietoa ja näyttöä. Opinnäytetyön aihe

on yhteiskunnallisesti merkittävä, sillä työurien pidentämisestä käydään jatkuvaa keskustelua. Työurien pidentämiseen liittyy olennaisesti ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen ja lisääminen.

Kaikki elintavat vaikuttavat joihinkin terveyden- ja työkyvyn osoittimiin. Tupakointimattomuus, terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta ja kohtuullinen alkoholin käyttö pienentävät riskiä ennenaikaiseen kuolemaan ja suurentavat tervettä vanhenemista. Yksilötasolla terveet elintavat pienentävät monia riskejä, väestötasolla vaikutukset kertaantuvat. Terveellisiä elintapoja tulee edistää. Sen toteuttamiseksi on lisättävä kiinnostusta ja mahdollisuuksia kohdentaa voimavaroja terveellisten elintapojen edistämiseen. Yksittäisten elintapojen vaikutukset eivät ole riittäviä herättääkseen tarvetta elintapojen muuttamiseen. Viime vuosina on tehty useiden elintapojen erillis- ja yhteisvaikutuksia selvittäneitä analyyseja. Tulokset osoittavat vakuuttavasti, että useiden elintapojen yhteisvaikutukset ovat suuria. (Vuori 2015, 729.) Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa saatiin samansuuntaisia tuloksia kuin aiemmissa tutkimuksissa, esim. Vuori 2015, Anders ym. 2014, Väänänen 2010.

Tässä opinnäytetyössä vastaajien liikuntatottumuksia analysoitaessa selvisi, että erinomaiset työkykypisteet olivat niillä miehillä ja naisilla, jotka harrastivat useita tunteja vähintään kuntoliikuntaa viikossa. Tulosten luottamusväliä tulkitsemalla on kuntoliikunnalla näiden tulosten mukaan selkeästi merkitystä työkykyyn. Tulos oli naisilla vielä merkityksellisempi kuin miehillä. Vain noin kolmasosa miehistä ja naisista liikkuu vapaa-ajallaan terveytensä kannalta riittävästi, käy ilmi sosiaali- ja terveystietomuksesta 2010. Sen mukaan vähiten vapaa-ajalla liikuntaa harrastivat 35–44-vuotiaat miehet ja 25–44-vuotiaat naiset. Ahkerimpia liikkuja olivat nuoret ja lähellä eläkeikää olevat. Lisäksi korkeammin koulutetut harrastavat liikuntaa useammin kuin vähiten koulutetut. (Järvelin & Muuri 2010, 31.) Näyttäisi siltä, että ikääntyvät työntekijät harrastavat liikuntaa enemmän kuin nuoremmat. Koska liikunnalla on merkitystä työkykyyn, huomiota tulee kiinnittää työikäisten liikuntatottumuksiin kaikissa ikäryhmissä. Erityisesti huomiota tulee osoittaa huomionmassa sosioekonomisessa ryhmässä oleville ikääntyville työntekijöille.

Unella on todettu olevan merkitystä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin (Anders ym. 2014, 968). Häiriintynyt uni tai unettomuus voi olla oire masennuksesta, joka puolestaan heikentää työkykyä (Väänänen 2010, 21). Miehillä ja naisilla, jotka nukkuivat lähes aina tarpeeksi, oli selkeästi paremmat työkykypisteet kuin niillä, jotka ilmoittivat nukkuvansa harvoin hyvin. Unella todetaan olevan vaikutusta työntekijän työkykyyn. Terveys- ja työterveydenhuollossa tulisi kiinnittää huomiota samalla painoarvolla työntekijän nukkumiseen, kuin esimerkiksi alkoholin käyttöön. Tallöin tunnistettaisiin työntekijät, jotka kärsivät unihäiriöistä ja voivat aiheuttaa väsymyksen vuoksi jopa vaaratilanteita työelämässä. Mielestämme unihäiriöillä on yhteys myös muihin epäterveellisiin elämäntapoihin. Unihäiriöstä kärsivä henkilö voi hakea ratkaisua esimerkiksi alkoholista, lääkkeistä tai ruuasta.

Ulkona syöminen vapaa-ajalla on lisääntynyt länsimaissa. Pikaruuan, ravintola-ruuan ja kaupasta ostetun ruuan määrä on kasvanut, kuitenkin kotona ei syödä sen useammin. Tutkimukset osoittavat, että kodin ulkopuolella syötävät ateriat edistävät epäterveellistä ruokavaliota. (Roos, Sarlio-Lähteenkorva & Lallukka 2004, 53.) Sosiaali- ja terveystieteen tutkimuksen 2010 mukaan energian liiallinen saanti ja siitä aiheutuva lihominen on yksi suomalaisten terveyttä eniten uhkaava tekijä. Työikäisistä miehistä 70 prosenttia ja naisista 50 prosenttia ovat vähintään lievästi lihavia, BMI on siis 25 tai enemmän. (Järvelin & Muuri 2010, 29.)

Tässä opinnäytetyössä selkeästi huonommat työkykypisteet oli niillä miehillä ja naisilla, joiden BMI oli 30 tai yli. Työkykypisteet erosivat selkeimmin silloin, kun ne oli luokiteltu erinomaiseksi. Ylipainolla ja keskivartalolihavuudella on yhteys muihin sairauksiin, jotka heikentävät työkykyä. Työ on keskeisessä osassa useimpien aikuisten elämässä. Työikäisellä ateriointilla on vaikutusta työntekijöiden terveyteen ja hyvinvointiin. Huomiota tulee kiinnittää ulkona syödyn ruuan laatuun, ja työpaikkojen henkilöstöravintoloilla on keskeinen merkitys edesauttaa kohti terveellisiä ruokailutottumuksia. Ylemmässä ammattiasemassa olevat käyvät henkilöstöravintoloissa muita useammin ja valitsevat lautaselleen useammin tuoreita kasviksia ja kasvi- ja kalaruokia verrattuna eväitä syöviin työntekijöihin. Työnantajien tulee edistää henkilöstöravintolan saatavuutta erityisesti matalammissa sosioekonomisissa väestöryhmissä. (Roos ym. 2004, 53; Raulio & Roos 2012, 140–142.)

Erikoista oli huomata, että työkykypisteensä paremmaksi luokittelivat ne 45–65-vuotiaat, jotka ilmoittivat käyttävänsä alkoholia 2–4 kertaa kuukaudessa, kuin ne ketkä eivät käyttäneet alkoholia lainkaan. Tämä tulos oli sama miehillä ja naisilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) raportissa 13/2013 Alkoholi Suomessa mukaan suomalaisten alkoholin kulutus on viisinkertaistunut 50 vuodessa. Tämä perustuu kolmeen seikkaan: alkoholinkuluttajien määrä on lisääntynyt, alkoholin kuluttajat ovat alkaneet juoda yhä useammin ja alkoholin kuluttajat juovat isompia määriä kullakin juomiskerralla. (Karlsson, Kotovirta, Tigerstedt & Warpenius 2013, 20.) Tämä selittää osaltaan tässäkin opinnäytetyössä saadut tulokset. Toisaalta on vaikea arvioida, koetaanko alkoholin käytöllä olevan yhteys hyvinvointiin ja rentoutumiseen. On toki huolestuttavaa, jos työntekijä ei pysty rentoutumaan ilman alkoholia. Työstä palautuminen on työkyvyn kannalta tärkeää. Levosta tulisi huolehtia, ja alkoholi mm. heikentää unen laatua. Toisaalta opinnäytetyössä ei selvitetty, oliko niillä vastaajilla, jotka eivät käyttäneet alkoholia lainkaan, joitakin perussairauksia. Oliko jokin perussairaus esteenä sille, ettei alkoholi käytetty lainkaan.

Tupakointi on väestömme suurin yksittäinen terveysriski. Joka toinen tupakoitsija kuolee ennenaikaisesti tupakoinnista aiheutuviin sairauksiin. Eduskunnan vuonna 2010 säätämä tupakkalain tavoite tupakkatuotteiden käytön loppumisesta on perusteltavissa väestön terveyden edistämisen ja taloudellisten seikkojen pohjalta. (Hara & Simonen 2013, 3.) Tupakoinnilla on selkeästi vaikutusta työkykyyn. Työkykypisteensä paremmaksi luokittelivat miehet ja naiset, jotka eivät tupakoineet ollenkaan. Työkykypisteet olivat hieman paremmat tupakoimattomilla naisilla kuin miehillä.

Jos suomalaiset noudattaisivat terveellisiä elintapoja, suuri osa olisi nykyistä terveempiä ja toimintakykyisempiä, vanhenisi terveemmin ja heidän elämänlaatussa olisi parempi. Työssä jaksettaisiin paremmin ja pidempään. Elintavoilla on suora vaikutus työntekijän työkykyyn ja työssä pysymiseen työurien pidentyessä. Terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä tulee tehostaa laatimalla elintapoja koskevia toimintamalleja. Terveyden- ja työterveyshuollon käytäntöjen tulisi kannustaa ja tukea yksittäisiä ihmisiä muuttamaan elintapojaan terveellisempään

suuntaan. Yhtä monia ja yhtä suuria vaikutuksia ei voida saavuttaa muilla keinoilla. (Vuori 2015, 734–735.)

Suomessa tehdään työtä hyvien työolojen puolesta (Järvelin & Muuri 2010, 45). Hyvä suoriutuminen työelämässä edellyttää riittävää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Toimintakykyä koskevat vaatimukset voivat vaihdella huomattavasti esimerkiksi työn luonteesta riippuen. (Sainio ym. 2010, 60.) Työn raskavuus työntekijöiden kokemana ei kuitenkaan ole vähentynyt, vaikka ruumiillinen työ on vähentynyt. Työntekijät kokevat kiireen lisääntyneen ja vaikutusmahdollisuuksien vähentyneen, mikä vaikuttaa työn mielekkyyteen. (Järvelin & Muuri 2010, 46.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa saatiin sekä miehillä että naisilla samansuuntaisia tuloksia henkisen työn raskaudesta. Selkeästi huonommaksi työkykypisteensä luokittelivat miehet ja naiset, jotka tekivät henkisesti raskasta työtä, kuin miehet ja naiset, jotka tekivät ruumiillisesti raskasta työtä. Henkisesti raskasta työtä tekevillä on huonompi työkyky kuin ruumiillisesti raskasta työtä tekevillä. Samansuuntaiset tulokset on esitetty sosiaali- ja terveystieteen tutkimuksessa 2010. Henkisesti raskasta työtä tekevien työkykyyn tulee erityisesti kiinnittää huomiota.

Työikäisten julkisen terveydenhuollon käytön painopiste on siirtynyt terveyskeskuksista työterveyshuoltoon (Nguyen, Sauni, Koponen, Alha & Häkkinen 2012, 175). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan erityisesti naisilla työkyky vaikuttaa julkisten terveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden luottamukseen. Se miten palvelut saadaan vastaamaan tämän ryhmän tarpeita luo tulevaisuudelle haasteita. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, mitä eroja saadaan koulutusryhmien (korkeasti koulutetut vs. vähemmän koulutetut) välillä terveyspalveluiden käytössä. Käytetäänkö yksityisen sektorin palveluita enemmän korkeasti koulutettujen keskuudessa, vai onko tuo vain mielikuva, jonka julkisuus ja media ovat meille luoneet.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan masennusta sairastavat miehet luokittelivat työkykypisteensä selkeästi huonommaksi, kuin ne miehet, jotka eivät sairastaneet masennusta. Myös muut mielenterveyden ongelmat alentavat tulosten

mukaan selkeästi työkykyisyyttä. Naisilla masennus ja muut mielenterveyden ongelmat vaikuttavat samansuuntaisesti työkykyyn kuin miehillä. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa -tutkimuksessa todetaan, että mielenterveyshäiriöt ovat työssäkäyvillä melko yleisiä. Kuitenkin työttömiin verrattuna niitä on vähemmän. Matala tulotaso on mielenterveyden häiriöille altistava tekijä. Korkeat vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki työssä työtovereilta tai esimiehiltä olivat yhteydessä masennus- ja ahdistushäiriöihin. (Ahola ym. 2010, 16.) Näillä tekijöillä on vaikutusta alentavasti työntekijän työkykyyn.

Selän kulumavikaa, iskiasta tai muuta selkäsairautta sairastavat miehet ja naiset luokittelivat tässä opinnäytetyössä työkykypisteensä jonkin verran huonommaksi kuin he, joilla ei ollut vastaavaa sairautta. Selkeimmin tämä ero näkyi työkykypisteissä, kun työkyky luokiteltiin erinomaiseksi. Miehistä vain 10,6 prosenttia luokitteli työkykypisteensä erinomaiseksi ja naisista 24,5 prosenttia. Miehistä joilla ei ollut selkäsairautta, luokitteli työkykypisteensä erinomaiseksi 32,1 prosenttia ja naisista 47,4 prosenttia. Voidaankin todeta, että selän kulumaviolla, iskiaksella tai muulla selkäsairaudella on vaikutusta työkykyyn. Tähän voi vaikuttaa se, että yleensä miehet tekevät fyysisesti raskaampaa työtä kuin naiset, jolloin koetulla selkäsairaudella on suurempi merkitys miesten raportoimaan työkykyyn.

Opinnäytetyön tulosten mukaan nivelreumaa tai muuta niveltulehdusta sairastavilla miehillä oli jonkinlaisia eroja työkykypisteluluokituksessa. Nivelreumaa tai muuta niveltulehdusta sairastavista miehistä työkykypisteensä luokitteli huonoksi 14,8 prosenttia ja hyväksi 48,2 prosenttia. Vastaavasti niistä miehistä, jotka eivät sairastaneet nivelreumaa tai muuta niveltulehdusta, työkykypisteensä luokitteli huonoksi 7,5 prosenttia ja hyväksi 57,1 prosenttia. Naisista nivelreumaa tai muuta niveltulehdusta sairastavilla työkykypisteluluokittelu noudattaa hyvin pitkälti samaa linjaa kuin miesten luokittelat pisteet. Yli miljoonalla suomalaisella on pitkäaikainen TULE-sairaus ja lisäksi toinen miljoona kärsii tilapäisistä selkä- ja nivelpaivoista. Nämä vaivat paranevat aikanaan, mutta kuormittavat terveydenhuoltoa ja työelämää. (Heliövaara ym. 2010, 26.) Ikääntyvän työntekijän tuki- ja liikuntaelimistön hyvä terveys ja toimintakyky ovat tärkeä osa-alue työkyvyn ylläpitämiseksi.

Ikääntyvillä työntekijöillä on niin fyysisiä kuin psyykkisiä terveyttä uhkaavia tekijöitä. Voisiko työllä olla myönteisiä vaikutuksia terveyteen? Kaikenikäisille työntekijöille on tärkeää kokea tekevänsä mielekästä työtä. Työyhteisöillä on merkitystä, työtoverit voivat olla tärkeä voimavara ja tarjota psyykkistä tukea. Työt, joihin ei liity liiallista fyysistä eikä psyykkistä kuormitusta, ovat suojassa terveyden menetyksiltä. Terveyden kannalta edullisia vaikutuksia voidaan saada myös työterveyshuollon keinoin, tekemällä työpaikkaselvityksiä, joiden perusteella tarvittaessa muutetaan työtä ja työympäristöä. Työterveyshuollon olisi kyettävä kehittämään työtapoja ja ilmapiiriä, vaikka sen katsotaankin vielä kuuluvan työnantajan tehtäviin. Työterveyshuollon olisi tarvittaessa voitava keskustella avoimesti työnantajan kanssa korjaustarpeista. Aktiivista otetta työterveyshuolloilta tarvitaan myös silloin, kun tuetaan sairastuneen henkilön jatkamista työssä esimerkiksi osa-aikaisena työntekijänä. (Kauppinen, Aromaa & Koskinen 2010, 13.)

Tässä opinnäytetyössä sosiaali- ja sosioekonomisia tekijöitä tarkasteltaessa esiin nousi mielenkiintoinen mutta toisaalta ennakoitava tulos. Avioliitossa elävistä miehistä työkykypisteensä luokitteli huonoksi 8,5 prosenttia ja erinomaiseksi 27,6 prosenttia. Eronneista miehistä työkykypisteensä luokitteli huonoksi 13,3 prosenttia ja erinomaiseksi 14,9 prosenttia. Eronneisiin miehiin verrattuna avioliitossa elävillä oli parempi työkyky. Miehillä parisuhteella oli työkykyä tukeva vaikutus.

Avioliitossa elävistä naisista työkykypisteensä luokitteli huonoksi 6,2 prosenttia ja erinomaiseksi 42,6 prosenttia. Eronneista naisista työkykypisteensä luokitteli huonoksi 15,6 prosenttia ja erinomaiseksi 40,1 prosenttia. Voidaankin päätellä, että naisten työkykyyn parisuhteella ei ole niin suurta vaikutusta kuin miesten.

Elämänlaadulle ei ole olemassa vain yhtä hyväksyttyä määritelmää. Elämänlaadulla tarkoitetaan yksilön omaa käsitystä elämäntilanteestaan suhteessa hänen omaan arvomaailmaansa, tavoitteisiinsa, odotuksiinsa ja kulttuuriseen ympäristöön. Terveyteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan niitä alueita, joilla on yhteys terveyteen. Yleensä naiset arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin miehet, ja elämänlaatu heikkenee iän myötä. Elämänlaadun heikkeneminen alkaa jo

työiässä. (Saarni, Luoma, Koskinen & Vaarama 2012, 159–161.) Tässä opinnäytetyössä miehistä elämänlaatusa ja työkykypisteensä luokitteli huonoksi 44,9 prosenttia. Vastaava luku oli naisilla 53,6 prosenttia. Jos elämänlaatu koettiin huonoksi, sillä oli vaikutusta myös työkykyyn. Vai onko mahdollisesti niin, että elämänlaatusa huonoksi kokevat eivät jostain syystä ole tyytyväisiä myöskään työkykyynsä? Kumpi on siis syytä ja kumpi seurausta, huono työkyky vai huono elämänlaatu?

Tässä opinnäytetyössä tuli esille, että kun kotitalouden kaikki tulot otettiin huomioon, taloudellisesti hyvässä asemassa olevien työkyky oli selkeästi parempi kuin niiden, joilla oli taloudellisia vaikeuksia selvitä elämässään. Niistä miehistä, joilla oli taloudellisesti vaikeaa, työkykypisteet olivat huonot 17,0 prosentilla ja erinomaiset 9,2 prosentilla. Naisilla vastaavasti työkykypisteet oli huonot 25,9 prosentilla ja erinomaiset 18,2 prosentilla. Jos näitä lukuja vertaa niihin vastaajiin, joilla ei ollut hankaluutta tulla toimeen talouden puolesta, ero oli selkeä.

Miehistä yhdeksän vuotta päätoimisesti koulua käyneet tai opiskelleet olivat tyytymättömämpiä työkykyynsä kuin 13 vuotta tai enemmän päätoimisesti koulua käyneet tai opiskelleet. Naisilla tämä ero tuli esille vielä selkeämmin. Yhdeksän vuotta opiskelua on vain peruskoulun verran, ja 13 vuotta tai enemmän sisältää peruskoulun lisäksi lukion oppimäärän ja ammatillisen- tai ammattikorkeakoulututkinon. Matalammin koulutetut kokevat yleisemmin työkykyynsä heikentyneeksi kuin korkeasti koulutetut. Mitä koulutetumpi työntekijä on, sitä paremmaksi työkyky arvioidaan (Martelin ym. 2010, 44). Mitkä ovat ne keinot, joilla vähemmän koulutettujen ja heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien työkykyä lisätään ja merkit työkyvyn alenemisesta tunnistetaan varhain? Aikaisempien tutkimusten mukaan, kuten tässäkin opinnäytetyössä ja kaikissa sen osa-alueissa, on nähtävissä, että heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ja vähemmän koulutetummat yksilöt kokevat työkykyynsä heikentyneeksi.

Henkisesti raskasta työtä tekevien huonompi työkyky tuli tässäkin opinnäytetyössä esille. Meidän tulisi tunnistaa nämä henkisen paineen alla työskentelevät työntekijät ja ottaa heidät erityisen tarkkailun alaiseksi. Työnohjaus ja työtehtä-

vien tasapuolinen jakaminen voisivat olla keinoja purkaa henkisen työn kuormitusta. Hyvinvoiva työntekijä on yhtä kuin hyvä tulos, oli kyseessä mikä hyvänsä ammattiryhmä.

Ikääntyvien työikäisten työntekijöiden on todettu olevan fyysisesti vähemmän aktiivisia kuin muiden (Macey ym. 2007). Olemme pian siinä tilanteessa, että ikään-tyvän työvoiman tarve lisääntyy, ja nyt jo käydään keskustelua työurien pidentämisestä. Hyvä työkyky korostuu entisestään. Mikä on ihmisten oma vastuu työkyvyn ylläpitämisestä? Mitä työpaikoilla voitaisiin tehdä, että vapaa-ajalla tehtävät toimet työkyvyn ylläpitämiseksi olisi osa jokaisen arkipäivää?

Työkyvyn ylläpitämistä, siitä puhumista ja siihen puuttumisen kynnystä pitäisi saada madallettua. Työkyvyn ylläpitämisen ja siitä puhumisen tulisi olla osa jokapäiväistä toimintaa. Esimiehet ovat merkittävässä roolissa, millainen ilmapiiri keskustelulle luodaan. Keskustelun tulisi olla avointa ja kannustavaa, syyllistämisen ja pakottamisen sijaan. Miltä kuulostaisi työpaikka, jossa personal trainer olisi työpaikan käytettävissä? Alkuun työpaikalla arvioitaisiin työntekijöiden työkyvyn lähtötilanne. Henkilökohtainen ruokavalio- ja liikuntaohjaus suunniteltaisiin viikoittain. Seurannasta huolehdittaisiin ja työntekijöitä kannustettaisiin terveellisempään elämään. Työkyky varmasti lisääntyisi ja epäterveellisten elämäntapojen aiheuttamat sairaudet vähenisivät. Olisi tärkeää, että työkyky tuotaisiin osaksi jokapäiväistä keskustelua ja tekemistä työpaikoilla, kuin kerran vuodessa TYKY-päivän muodossa tietoisena.

Työn- ja työntekijöiden johtamisella on suuri merkitys työn ja terveyden kannalta. Hyvät yleiset toimintatavat, hyvä, läheinen ja inhimillinen johtaminen sekä hyvä esimiestyöskentely johtavat hyvään työtulokseen ja tukevat terveyttä. Myös työntekijöiden mielipiteet huomioidaan. Autoritäärinen johtaminen ja käskyttäminen aiheuttaa huonoja tuloksia ja voi vaarantaa työntekijän terveyden. Tällaista johtamista ja esimiestyöskentelyä ei saisi enää esiintyä. Sen aiheuttamat taloudelliset tappiot ovat suuret niin tuottavuuden kuin terveyden menetyksinä. Harvoin hyvät työolot ovat kalliita ratkaisuja, ja olisikin tärkeää huolehtia siitä, että työolot ja toimintatavat säilyisivät hyvinä myös taloudellisesti ankeina aikoina. Vaikeissa

tilanteissa niin julkisen kuin yksityisenkin sektorin tulee huolehtia työterveyshuollon kanssa, että muutokset toteutetaan loukkaamatta työntekijöitä. Jos toimintatapoja pystytään kehittämään, voidaan terveyttä tukea vaikeissakin tilanteissa. (Kauppinen ym. 2010, 13–14; Järvelin & Muuri 2010, 46–47.)

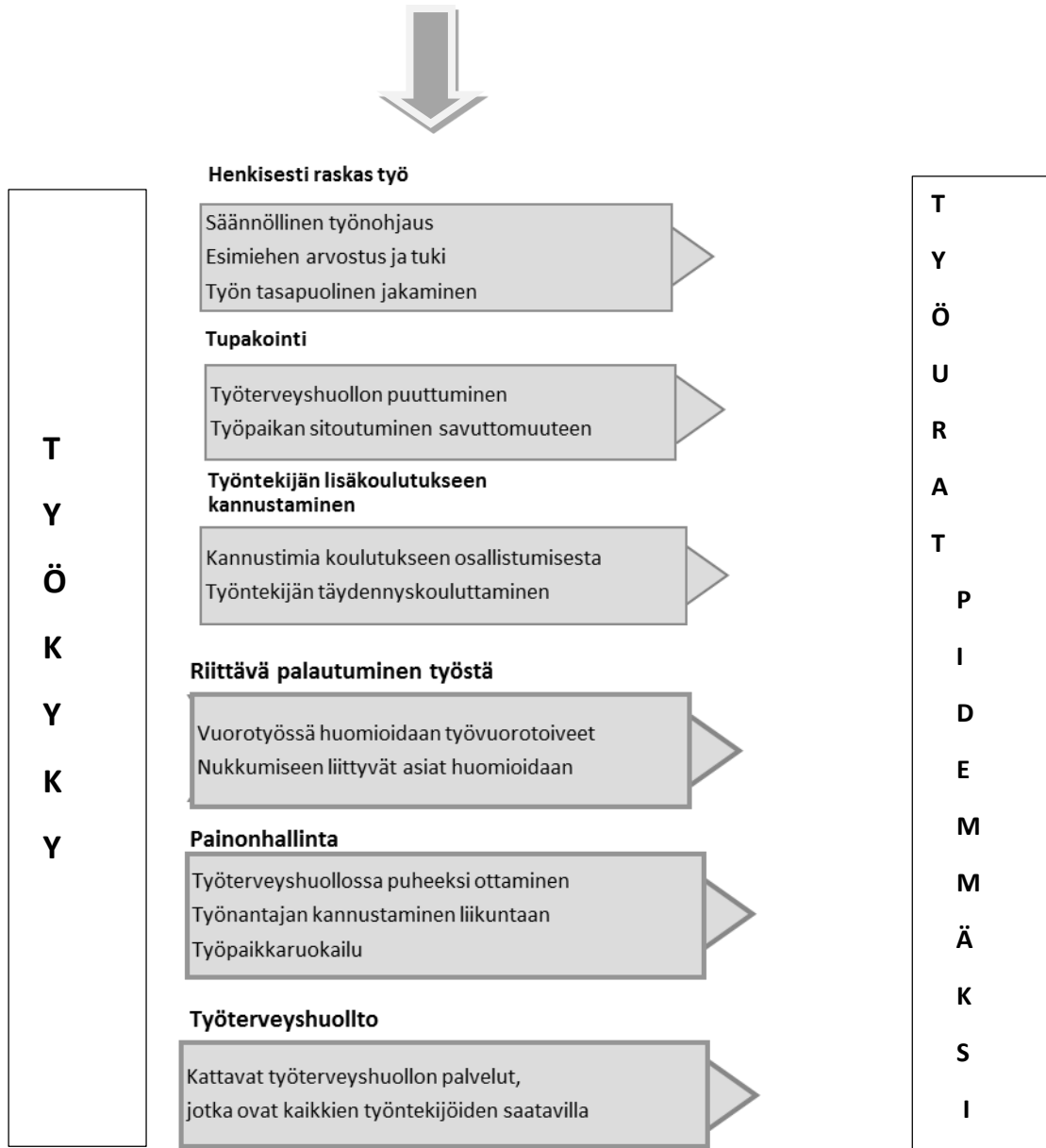
Työelämän joustoja olisi toivottavaa miettiä yhtä lailla masentuneelle kuin selkäkipuiselle. Työkyvyn ollessa uhattuna voisi työntekijä tehdä vaikka osittaista työtä, että työkyky palautuisi. On tärkeää, että työelämä on tasapainossa muun elämän kanssa. Työn ja terveyden välisellä yhteydellä saavutetaan myönteiset ja terveyttä tukevat vaikutukset.

Terveellisten elintapojen edistäminen ja tunnettujen riskitekijöiden vähentäminen ovat myös osa työterveyshuollon tehtäväkenttää. Työnantaja taas voi tukea terveyttä edistävää toimintaa mm. järjestämällä mahdollisuuden työpaikkaruokailuun, tarjoamalla liikuntaseteleitä ja hyväksymällä terveyttä hyödyntävän neuvonnan osaksi työaika. (Kauppinen ym. 2010, 13.)

Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella seuraaviin asioihin on hyvä kiinnittää huomiota työpaikoilla: Elintavoilla on edelleen suuri vaikutus koettuun työkykyyn. Avointa keskustelua elintavoista tulee lisätä työpaikoilla. Esimiehet tarvitsevat työkaluja ottaa esille elintapoihin liittyviä asioita esimerkiksi kehityskeskusteluissa. Yksi terveelliseen elintapoihin kannustava keino on työpaikkaruokailun järjestäminen. Tuki- ja liikuntaelimestön työkyvyn ylläpitämiseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi huolehtimalla työntekijän työergonomiasta sekä työnantajan virkistystoiminnan tuesta työntekijöille. Henkisesti raskasta työtä tekevät tarvitsevat enemmän tukea työlleen, esimerkiksi oman esimiehen tukea. Ulkopuolinen työnohjaus ja työtehtävien tasapuolinen jakaminen voisivat helpottaa työn henkistä kuormitusta. Muun muassa näillä toimenpiteillä voidaan vaikuttaa työntekijöiden työkykyyn niin, että työkyky säilyy ja työssä jaksetaan eläkeikään saakka työurien pidentyessä.

Seuraavassa kuviossa 7 esitetään keinoja työkyvyn ylläpitämiseen opinnäytetyön tulosten perusteella. Kuviossa olemme esittäneet, kuinka työkykyä parannetaan työurien pidentyessä.

Keinoja työkyvyn heikkenemisen tehokkaaseen ehkäisemiseen



Kuvio 7. Työkyky paremmaksi ja työurat pidemmäksi. (Huppunen-Vänskä & Tietäväinen 2015)

Monissa julkaisuissa ja sosiaalisessa mediassa on päivittäin mainoksia eritasoisista ja erilaisista tutkimuksista, joita on tehty elintavoista ja joissa kehoitetaan muuttamaan elintapoja terveellisempään suuntaan. Myös erilaiset työyhteisöihin suunnatut liikuntakampanjat motivoivat yhdessä liikkumaan ja parantavat samalla yhteishenkeä. Vaikka kilpailua ei voittaisikaan, terveellisempi ote elämään on saavutettu.

Jatkotutkimusaiheena olisi kiinnostavaa tutkia tarkemmin liikunnan merkitystä työkykyyn. Esimerkiksi niin, että kahden samanlaisen työyhteisön henkilökuntaa vertailtaisiin keskenään, kun toiselle työyhteisölle annettaisiin mahdollisuus liikkua kerran viikossa kahden tunnin ajan työajan puitteissa. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe nousi esille, kun syyskuussa 2015 julkaistiin vakuutusyhtiö Varman teettämä tutkimus alle 40-vuotiaiden alentuneesta työkyvystä. Sitä, miksi alle 40-vuotiaiden työkyky on alentunut, olisi mielenkiintoista tutkia ja selvittää esimerkiksi ATH-aineistoa käyttäen.

Työkykyyn vaikuttavista tekijöistä tulisi keskustella ja niihin vaikuttaviin tekijöihin puuttua työyhteisöissä aktiivisesti. Kaikkiin tekijöihin ei työntekijä itse, ei työyhteisö, eikä myöskään esimies tai työorganisaatio, voi vaikuttaa. Osaan tekijöistä kuitenkin voidaan vaikuttaa, parantamalla esimerkiksi työterveyshuollon palveluita tai nostamalla elintapojen vaikutukset työkykyyn työntekijöiden tietoisuuteen ja yleiseen avoimeen keskusteluun. Parhaimmassa tilanteessa työ on henkisen kasvun lähde ja huonoimmassa tilanteessa se on terveysriski.

”Meillä kaikilla on haasteena huomisen hyvinvointi”

Lähteet

- Ahola, K., Virtanen, M., Pirkola, S. & Suvisaari, J. 2010. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ahola, K. 2011. Tue työkykyä –käsikirja esimiestyöhön. Tampere: Tammerprint Oy.
- Airila, A. 2015. Work characteristics, personal resources and employee well-being: A longitudinal study among Finnish Firefighters. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153495/workchar.pdf?sequence=1> 16.5.2015.
- Anders, M., Breckenkamp, J., Blettner, M., Schlehofer, B. & Berg–Beckhoff, G. 2014. Association between socioeconomic factors and sleep quality in an urban population–based sample in Germany. European journal of public health. Volume 24. Number 6, December 2014. 968–973.
- Aro, T. 2004. Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tiainen, A.-I. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Joensuu: LaserMedia Oy.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. 2010. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Aromaa, A & Koskinen, S. (toim.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- ATH-terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. ATH-aineisto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/ath-aineisto> 8.12.2014
- ATH-terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. ATH tiiviisti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/ath-tiiviisti> 25.8.2015
- ATH-terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. ATH-tutkimukseen osallistuminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/mukaan-ath-tutkimukseen> 25.8.2015
- ATH-terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. Tutkimussuunnitelmat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/tutkimussuunnitelmat#Terveys-ja-hyvinvointi> 31.8.2015
- ATH-terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. Tausta ja tavoitteet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/tausta-ja-tavoitteet> 3.9.2015
- Bäckmand, H & Vuori, I. 2010. Yleinen ja kallis, mutta ehkäistävä kansanterveysongelma. Teoksessa Bäckmand, H & Vuori, I. (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimityö – opas TULE-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Yliopistopaino.

- Castren, S., Pakkanen, A-M. & Alho, H. 2015 Alkoholien ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito. *Lääkärilehti* 21. 22.5.2015. 1497–1501.
- Elintavat ja ravitsemus. Painonhallinta. 2014. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/painonhallinta> 13.9.2015
- Fogelholm, M. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö, terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf 23.2.2015
- Gould, R. & Ilmarinen, J. 2010. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Gould, R., Koskinen, S., Sainio, P., Blomgren, J., Kivekäs, J., Ilmarinen, J., Husman, P., & Seitsamo, J. 2012. Työkyky. Teoksessa *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. (toim.) Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print.
- Haapala, H. 2008. Terveyden edistämisen sisältö ja merkitys. Palvelujen tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä. Pro - radu-tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto.
- Hakkarainen, T., Londén, P. & Peltosalmi, J. 2015. Sosiaalibarometri 2015. Ajan kohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista sekä palvelujärjestelmän muutoksesta. Vaasa: FRAM.
- Hakulinen, T. & Savela, A. 2001. Terveyden edistämisen tulevaisuuden näkymiä- argumentoitu Delfoi-tutkimus. Joensuu: P-K AMK.
- Harkonmäki, K., Lahelma, E., Väänänen, J. & Rahkonen, O. 2006. Eläkeaikomukset ja varhaiseläkkeelle siirtyminen Helsingin kaupungin henkilöstönkeskuudessa. http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/06_09_05_harkonmaki.pdf 23.11.2014
- Hara, M. & Simonen, O. (toim.) 2013. Tupakkapolitiikan uusi aika. Savuton Suomi 2040 verkoston tupakkapolitiikan työryhmän ehdotukset. Ohjaus 20/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 20/2013. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Heikkilä-Tammi, K., Nuutinen, S., Bordi, L. & Manka, M-L. 2015. Eri-ikäisten työssä jatkamista ja työhyvinvointia tukevat esimiestyön käytännöt. *Hallinnon tutkimus* 2/2015. 143–161.
- Heikkinen, E. & Ilmarinen, J. 2001. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. *Duodecim* 2001; 117: 654.
- Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J., (toim.) *Suomalaisten terveys*. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.
- Helldän, A., Lallukka, T., Rahkonen, O. & Lahelma, E. 2011. Ruokatottumusten muutokset vanhuuseläkkeelle siirryttäessä. *Suomen Lääkärilehti* 3/2011. vsk 66. 153–158.
- Heliövaara, M., Kaila-Kangas, L. & Viikari-Juntura, E. 2010. Työ ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. 2010. (toim.) *Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Heloma, A., Helakorpi, S., Heliövaara, M. & Ruokolainen, O. 2012. Elintavat. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava Kirjapaino Oy.
- Husman, K., Haring, K., Kaukinen, K., Lagerstedt, R., Laine, A., Manninen, P., Mukala, K. & Sauni, A. 2010. Työterveyshuollon hyvä sairaanhoitokäytäntö–opas. www.ttl.fi/tyoterveyshuollon_hyva_sairaanhoitokaytanta_2010.pdf 19.8.2015
- Husman, P. 2014. Johtamisen kehittämisverkosto johtamistyön tukena. Työterveyshoitaja 2/2014. 9.
- Hyyppä, M. T. & Kronholm, E. 2005. Uni ja lepo. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisen Terveystieteiden Seuran. Helsinki: Oy Duodecim.
- Härkänen, T. & Koskinen, S. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. (toim.) Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print.
- Häggman-Laitila, A. 2014. Valtakunnallisista linjauksista selkäranka hoitotyön johtamiselle. ProTerveys vol 42 (5-6). 2014. 3,9.
- Häggman-Laitila, A. 2015. Henkilöstövoimavarojen johtamisella vaikuttavaa asiakas- ja potilastyötä. ProTerveys vol 43 (1). 2015. 3.
- Ilmarinen, J. 2005. Työoveri toista sukupolvea. Mertanen, V. (toim.) Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Ilmarinen, J. 2006. Pitkää työtä! Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ilmarinen, J. 2014. Mitä työkyky on? http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx 9.1.2015
- Isomäki, R. 2015. Sote-uudistuksen vaikea taival. Reuma 2/2015. 14.
- Isotalo, A., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2014. Terveystieteiden tutkimuksessa korostuu potilaan vapaus ja vastuu. Pro terveystieteet 4/2014. 41–42.
- Jabe, M. 2010. Voitko hyvin työssäsi? Opas alaiselle ja esimiehelle. Vantaa: Hansaprint.
- Juholin, E. 2015. Vastuullinen dialogi vahvistaa kollegialisuutta. Becker, E., Hahtela, N. & Ranta, I. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2015. Kollegialisuus hoitotyössä. Porvoo: Fioca Oy.
- Juuti, P. & Salmi, P. 2014. Tunteet ja työ. Uupumuksesta iloon. Juva: PS Kustannus.
- Järvelin, J. & Muuri, A. (toim.) 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2010:1. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kaarne, T. & Aalto, M. Alkoholi ja työelämä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009; 125(8). 905–911.
- Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2014. Terveystieteiden tutkimus suurissa kaupungeissa 2013 – ATH tutkimuksen tuloksia. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116073/URN_ISBN_978-952-302-207-2.pdf?sequence=1 9.10.2014
- Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Präärlä, R. & Sihto, M. 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kannisto, J. 2015. Eläkkeellesiirtymisikä vuonna 2014. Eläketurvakeskus. http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_499_304_2891_43/http%3B/content.etk.fi%3

B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/tiedotteet_uusi/kansisto_el%C3%A4kkeellesiirtymisik%C3%A4_2014_kuviot.pdf

9.5.2015

- Kansanterveyslaki (66/1972, muut.928/2005). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>
- Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C & Warpenius, K. 2013. Alkoholit Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. THL:n raportti 13/2013. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kauppinen, T., Seitsamon, J. & Ilmarinen, J. 2010. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kauppinen, T., Aromaa, A. & Koskinen, S. 2010. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kivelä, K., Kyngäs, H., Elo, S. & Kääriäinen, M. 2014. Terveystalouden vaikutukset aikuisten pitkäaikaissairaiden hyvinvointiin: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 2014, 26 (4). 262–274.
- Klavus, J. 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Helsinki: Yliopistopaino.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print.
- Kuusi, O., Rynnänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Teknologian arvioinnin peruseräraportti. Tulevaisuusvaliokunta: Eduskunta.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Laitinen, J., Perkiö-Mäkelä, M. & Virtanen, S. 2010. Elintavat. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J. & Viluksela, M. (toim.) Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Lallukka, T., Kronholm, E., Partonen, T. & Lundqvist, A. 2012. Uni. Teoksessa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print.
- Lahti-Koski, M. 2005. Lihavuus. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.
- Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulomuuttujana. Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lehtonen, H. 2008. Ikääntyneiden kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Haastattelututkimus kotona asuville Kuopiolaisille ikääntyneille. Pro gradu-tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto.

- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lundell, S., Tuominen, E., Hussi, T., Klemola, S., Lehto, E., Mäkinen, E., Oldenbourg, R., Saarelma-Thiel, T. & Ilmarinen, J. 2011. Ikävoimaa työhön. Turenki: Kirjapaino Jaarli Oy.
- Luoto, R. 2005. Sukupuolierot. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Manka, M-L. 2011. Työnilo. Helsinki: WSOYpro OY.
- Mackenbach, J. Should we aim to reduce relative or absolute inequalities in morality? European journal of public health. Volume 25. Number 2. April 2015. 185.
- Mackey, M., Maher, CG., Wong, T. & Collins, K. 2007. Study protocol: the effects of work-site exercise on the physical fitness and work-ability of older workers. BMC Musculoskelet Disord. Jan 31;8:9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1796542/> 18.5.2015
- Martelin, T., Sainio, P., Polvinen, A., Pensola, T., Koskinen, S. & Gould, R. 2010. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Martimo, K-P. 2010. Musculoskeletal disorders, disability and work. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Miettinen, M. 2014. Teknologiasta ratkaisuja alan ongelmiin. Premissi 1/2014. 3.
- Moisalo, V-P. 2011. Uusi HR. Arjen henkilöstöjohtamista. Kuopio: Suomen Graafiset Palvelut Oy.
- Murto, K. 2015. Sairauslomat vähenevät parhaiten ennaltaehkäisyllä.
<http://www.sttk.fi> 17.6.2015
- Mustajoki, P. 2015. Ruokaympäristön muutos selittää pääosan väestöjen lihomisesta. Duodecim 2015; 131.1345–1352.
- Mäkelä, J. & Timonen, L. 2015. (toim.) Moninaisuusosaaminen tulevaisuuden työyhteisöjen johtamisen työkaluna. Tulossa julkaisuun syksyllä 2015.
- Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2011. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Männistö, S., Lundqvist, A., Prättälä, R., Jääskeläinen, T., Roos, E., Similä, M. & Knekt, P. (toim.) 2012. Ruokatottumukset. Teoksessa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print.
- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1 13.5.2015
- Männistö, S., Laatikainen, T., Harald, K., Borodulin, K., Jousilahti, P., Kanerva, N., Peltonen, M. & Vartiainen, E. 2015. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. Suomen Lääkärilehti vol 70. no. 14–15. 969–975.
- Nguyen, L., Sauni, R., Koponen, P., Alha, P & Häkkinen, U. 2012. Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, M. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveiden ja

- hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Nummelin, T. 2008. Stressi haastaa työkyvyn. Varhainen puuttuminen esimiehen työkaluna. Juva: WSOY.
- Nummenmaa, L., Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Nupponen, R. 2005. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nyman, H. & Kiviniemi, M. 2015. Katsaus eläketurvaan vuonna 2014. Tampere: Juvenes Print.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyönmenetelmät. uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki; Sanoma Pro.
- Palosuo, H. 2004. Eriarvoisuus ja terveystaloudellinen: kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1236-2050; 2004:12.
- Partinen, M. 2009. Unesta terveyttä. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00112 3.4.2015
- Paunio, T. 2012. Uni auttaa kasvamaan, jaksamaan ja oppimaan. Suomen Lääkärilehti vol 67. no 40. 2788.
- Peltomaa, H. 2015. Stressi, palautuminen ja hyvinvointi. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Pensola, T., Rinne, H., Kankainen, H. & Roinen, S. 2008 Työikäiset ikääntyvät 55–69-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja kuntoutustarve. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 78/2008. Helsinki. Yliopistopaino.
- Perkiö-Mäkelä, M., Ahola, K. & Manninen, P. 2010. Sairastavuus, oireilu ja koettu terveys. 2010. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J. & Viluksela, M. (toim.). Työ ja terveys Suomessa. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Perkiö-Mäkelä, M & Hirvonen, M. 2013. Työ ja terveys-haastattelututkimus 2012. Teoksessa Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2012 Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Tampere: Tammerprint Oy.
- Pietilä, A-M. 2010. Terveystieteen edistäminen. Teoksessa Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. (toim.) Terveystieteen edistämisen eettinen perusta. Helsinki: WSOY.
- Pihl, S. & Aronen, A-M. 2015. Unentaidot. Löydä uni ilman lääkkeitä. Riika: Kustannus Oy Duodecim.
- Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksessa Lindgren, K-A. (toim) TULES-tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pölkki, T. & Häggman-Laitila, A. 2015. Hoitotyön johtamisen linjaukset- ja sote uudistus. Tutkiva Hoitotyö Vol. 13 (1). 2015. 3.
- Rantanen, J. 2005. Työelämä. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Raulio, S. & Roos, E. 2012. Työikäisen aterioiden väestöryhmäerot ja yhteys ruokavalion laatuun. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2010:49. 140–147.

- Rauramo, P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat. Viisi vaikuttavaa askelta. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Rimpelä, M. 2010. Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL. Helsinki: Yliopistopaino.
- Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Lallukka, T. 2004. Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public Health Nutrition* 2004. 7 (1). 53–61.
- Roos, E., Laaksonen, M., Rahkonen, O., Lahelma, E. & Lallukka, T. 2015. Weight change and sickness absence—a prospective study among middle-aged employees. *European journal of public health*. Volume 25. Number 2. April 2015. 263–267.
- Saarni, S., Luoma, M-L., Koskinen, S. & Vaarama, M. 2012. Elämänlaatu. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print.
- Sainio, P., Koskinen, S., Martelin, T. & Gould, R. 2010. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) *Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Schofield, D.J., Callander, E.J., Shrestha, R.N., Passey, M.E., Kelly, S.J. & Percival, R. 2015. Multiple chronic health conditions and their link with assets. *European journal of public health*. Volume 25. Number 2. April 2015. 285–289.
- Sievers, K. & Leppo, K. 1975. Väestön terveydentilan mittaaminen. Teoksessa Aer, J. (toim.) *Kansanterveystyön käsikirja*. 1975. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-27526.pdf 1.3.2015
- Suhonen, R. 2014. Terveyden edistämiseen ja palvelujärjestelmään kohdistuva hoitotieteellinen tutkimus Suomessa. *Hoitotiede* 26 (4). 237–238.
- Suni, J. & Rinne, M. 2011. Lanneselän ja niska-hartiaseudun vaivat. Teoksessa Fagelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. *Terveysliikunta*. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Stössel, U. 2008. Older workers and employment. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. Mar;51 (3):287-95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18369563> 18.5.2015
- Sydänmaanlakka, P. 2006. Älykäs itsensä johtaminen. Näkökulmia henkilökohtaiseen kasvuun. Jyväskylä: Talem Media Oy.
- Särkelä, R. 2013. Järjestöt ja kunta hyvinvointia edistämässä. Näkökulmia järjestö-kuntayhteistyöhön. Häkkinä, K. & Tourula, M. (toim.) Helsinki: Esa Print Oy.
- Terveydenhuoltolaki 0.12.2010/1326 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> 4.6.2015
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://stm.fi/julkaisu?pubid=10024/126187.31.10.2014>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009 tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Oy – Juvenes Print.

- Toiviainen, H. 2005. Potilasjärjestöt. Helsinki: Pekan Offset Oy.
https://www.ray.fi/sites/default/files/emmi_me-diabank/RAY_raportti_15_Potilasjarjestot.pdf 31.5.2015
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Tutkimukset ja asiantuntijatyö. Väestötutkimukset. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaesto-tutkimukset> 3.9.2015
- Työterveyshuoltolaki 1383/2001 12§. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2001/20011383?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6terveyshuoltolaki>
- Työturvallisuuslaki 738/2002. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki>
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisu C: 20. Turku: Painosalama Oy.
- Utriainen, K., Nikkilä, J. & Kyngäs, H. 2007. Ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvointi: grounded theory-tutkimus. Hoitotiede vol 19, no 6/-07. 314–325.
- Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S. 2010. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Varis, T. 2015. Alkoholi juomien kulutus 2014. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/> alkoholijuomien-kulutus 18.8.2015
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Gummerus Kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Vertio, H. 2010. Tavoitteena tupakoimaton Suomi – missä olemme vuonna 2030? Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL. Helsinki: Yliopistopaino.
- Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Viskari, S. 2009. Tieteellisen kirjoittamisen perusteet. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy–Juvenes Print.
- Vuori, I. 2005. Liikunta. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.
- Vuori, I. 2015. Elintapojen terveysvaikutukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 8/2015. 131 vuosikerta. 729–736.
- Väänänen, T. 2010. Maantiiliikenteen kuljettajien koettu työkyky, vireys ja uni. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- World Health Organization. Health Promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> 29.3.2015
- Ylinen, J. 2004. Treatment of chronic non-specific neck pain with emphasis on strength training. Loimaa. Loimaan kirjapaino Oy.

IKÄÄNTYVIEN TYÖNTEKIJÖIDEN PAREMPI TYÖKYKY TYÖURIEN PIDENTYESSÄ

Huppunen-Vänskä Marjo-Riikka, Tietäväinen Maija

Johdanto

Yhtenä näkökulmana moninaisuuteen ovat myös ikääntyvät työntekijät. Tässä artikkelissa ikääntyvällä työntekijällä tarkoitetaan 45–65-vuotiasta työntekijää. Työkyvyn parantamiseen 45–65-vuotiailla tarvitaan tutkittua tietoa työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Työelämän jatkuvat muutokset merkitsevät muutosta työtehtävissä ja työyhteisöissä (Airila 2015, 9; Ilmarinen 2005, 16). Jatkuvat muutokset merkitsevät sitä, ettei seestynyttä ja tasaista vaihetta jatku kovin pitkään. Omien voimavarojen muutokset ovat todellisuutta 45-vuotissyntymäpäivien jälkeen. Työntekijöiden voimavarat muuttuvat merkittävästi. Terveelliset elämäntavat auttavat jaksamaan paremmin työssä sekä vapaa-ajalla. (Ilmarinen 2005, 16–19.)

Työkyvyn monimuotoisuus tekee työkyvyn mittaamisen ja arvioinnin haasteelliseksi. Työkyvyn arvio voi perustua henkilön omaan käsitykseen, työnjohdon, terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen ammattilaisen tai muun asiantuntijaryhmän tekemään arviointiin. Työkykyä arviotaessa tarkastellaan erilaisista näkökulmista työkyvyn osa-alueita. (Gould & Ilmarinen 2010, 33.) Tähän opinnäytetyöhön työkykyyn vaikuttaviksi osa-alueiksi valittiin elintapojen-, palveluiden ja niiden tarpeiden, terveydentilan, sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus työkykyyn.

Opiskelemme tällä hetkellä Karelia-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen YAMK-tutkintoa. Opinnäytetyömme käsittelee 45–65-vuotiaiden työkykyä. Seuraavassa kuvaamme opinnäytetyömme keskeisiä sisältöjä.

Opinnäytetyön tausta

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) tavoitteena on ollut kehittää alueellista terveysseurantaa. Tässä opinnäytetyössä käytettiin Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) Pohjois-Karjalan aineistoa. Terveyden edistämisen professori Tiina Laatikainen on ottanut vastuun aineiston

säilyttämisestä ja hallinnoinnista ja yhdessä alueellisten toimijoiden kanssa toteuttaa aineiston analyysiä. Näitä tuotettavia tietoja käytetään maakunnan, seutukuntien ja kuntien terveys- ja hyvinvointityön tueksi. Karelia-AMK on mukana työssä ja voi hyödyntää Pohjois-Karjalan aineistoa opinnäytetöihin. (ATH-aineistotutkimussuunnitelmat.)

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineisto koostuu tiedoista, joiden avulla alueellinen terveysseuranta on pyritty tekemään mahdollisimman helpoksi ja tehokkaaksi. Tarkoitus on ollut kuvata eri terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueiden toteutumista. Opinnäytetyössämme selvitettiin tekijöitä, jotka ovat yhteydessä 45–65-vuotiaiden työkykyyn. Mitkä ovat niitä asioita, joihin pitäisi kiinnittää huomiota työyhteisöissä ja työterveyshuollossa ikääntyvien 45–65-vuotiaiden työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi.

Joka neljäs työkäinen suomalainen kokee työkykynsä heikentyneeksi, eli 863 000 suomalaista. (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskenniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen 2014). Työssä jatkamisen haasteet koskevat ikääntyvien työssä pysymisen ohella keski-ikäisten työhyvinvoinnin ja työuran tukemista. Työvoima tulee koostumaan tulevaisuudessa yhä enemmän eri-ikäisistä ja työkyvyltään erilaisista työntekijöistä. On keskeistä selvittää miten työssä jatkamista voitaisiin tukea. (Heikkilä-Tammi, Nuutinen, Bordi & Manka 2015, 143–144.)

Kuvio 1. Opinnäytetyössä käsiteltävien 45–65-vuotiaiden työkykyyn vaikuttavat tekijät

Opinnäytetyön keskeisimpiä tuloksia

Opinnäytetyön tulosten analyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin luokittelu työkykypisteistä, työkykypisteet luokiteltuna taulukossa 1. Työkykypisteitä ristiintaulukoitiin opinnäytetyöhön valittujen osa-alueiden kanssa, joita oli elintapojen-, palveluiden ja niiden tarpeiden-, terveydentilan-, sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutukset työkykyyn.

Taulukko 1. Työkykypisteet luokiteltuna.

Kaikki elintavat vaikuttavat joihinkin terveyden- ja työkyvyn osoittimiin. Tupakoimattomuus, terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta ja kohtuullinen alkoholin käyttö pienentävät riskiä ennenaikaiseen kuolemaan ja suurentavat tervettä vanhenemista. Yksilötasolla terveet elintavat pienentävät monia riskejä, väestötasolla vaikutukset kerääntyvät. Terveellisiä elintapoja tulee edistää ja sen toteuttamiseksi on lisättävä kiinnostusta ja mahdollisuuksia kohdentaa voimavaroja terveellisten elintapojen edistämiseen. Yksittäisten elintapojen vaikutukset eivät ole riittäviä herättääkseen tarvetta elintapojen muuttamiseen, mutta useiden elintapojen yhteisvaikutukset ovat suuria. (Vuori 2015, 729–736.)

Opinnäytetyön tuloksissa saatiin elintavoista, sekä muista valituista osa-alueista samansuuntaisia tuloksia, kuin aiemmissa tutkimuksissa esimerkiksi Vuori 2015, Järvelin & Muuri 2010 ja Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012. Useita tunteja viikossa kuntoliikuntaa harrastavilla miehillä ja naisilla oli erinomaiset työkykypisteet verrattuna heihin, jotka eivät kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa harrastaneet. Unella on todettu olevan merkitystä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin (Anders, Breckenkamp, Blettner, Schlehofer & Berg-Beckhoff 2014, 968–973). Niillä miehillä ja naisilla jotka nukkuivat lähes aina tarpeeksi, oli selkeästi paremmat työkykypisteet, kuin niillä, jotka ilmoittivat nukkuvansa harvoin hyvin. Kuntoliikunnalla ja unella on näiden tulosten mukaan selkeästi merkitystä ihmisen työkykyyn.

Sosiaali- ja terveystietomus 2010 mukaan energian liiallinen saanti ja siitä aiheutuva lihominen on yksi suomalaisten terveyttä eniten uhkaava tekijä. Työikäisistä miehistä 70 prosenttia ja naisista 50 prosenttia ovat vähintään lievästi lihavia, BMI 25 tai enemmän. (Järvelin & Muuri 2010, 29.) Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että miehet ja naiset, kenellä BMI on 30 tai yli, oli selkeästi huonommat työkykypisteet kuin niillä, kenellä BMI oli alle 30. Työkykypisteet erosivat selkeimmin osiossa, missä oli luokiteltu työkykypisteet erinomaiseksi.

Tupakointi on väestömme suurin yksittäinen terveysriski. Joka toinen tupakoitsija kuolee ennenaikaisesti tupakoinnista aiheutuviin sairauksiin. Eduskunnan vuonna 2010 säätämä tupakkalain tavoite tupakkatuotteiden käytön loppumisesta on perusteltavissa, väestön terveyden edistämisen ja taloudellisten seikkojen pohjalta. (Hara & Simonen

2013, 3.) Tupakoinnilla on selkeästi vaikutusta työkykyyn, se todetaan myös tässä opin-
näytetyössä. Työkykypisteensä luokitteli paremmaksi, sekä miehissä, että naisissa, tu-
pakoimattomat henkilöt.

Erikoista oli huomata, että työkykypisteensä paremmaksi luokittelivat ne 45–65-vuoti-
aat ketkä ilmoittivat käyttävänsä alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa, kuin ne ketkä eivät
käyttäneet alkoholia lainkaan. Tämä sama tulos oli huomattavissa, sekä naisilla, että
miehillä. THL:n raportissa 13/2013 Alkoholi Suomessa mukaan suomalaisten alkoholin
kulutus on viisinkertaistunut 50 vuodessa. Tämä perustuu kolmeen seikkaan: alkoholin-
kuluttajien määrä on lisääntynyt, alkoholin kuluttajat ovat alkaneet juoda yhä useam-
min ja alkoholin kuluttajat juovat isompia määriä kullakin juomiskerralla. (Karlsson, Ko-
tovirta, Tigerstedt & Warpenius 2013, 20.) Tämä selittää osaltaan tässäkin työssä
saadut tulokset. Toisaalta koetaanko alkoholin käytöllä olevan hyvinvointiin ja rentou-
tumiseen vaikuttavia tekijöitä, koska alkoholilla ei ollut työkykyä heikentäviä vaikutuk-
sia.

Opinnäytetyön tuloksissa miehillä ja naisilla saatiin samansuuntaisia tuloksia henkisen
työn raskaudesta. Selkeästi huonommaksi työkykypisteensä luokittelivat miehet ja nai-
set, jotka tekivät henkisesti raskasta työtä, kuin miehet ja naiset, jotka tekivät ruumiilli-
sesti raskasta työtä. Henkisen työn kuormittavuus oli tässä opinnäytetyössä tilastolli-
sesti merkittävä löydös.

Masennusta sairastavat miehet luokittelivat työkykypisteensä selkeästi huonommaksi
kuin ne miehet, ketkä eivät sairastaneet masennusta. Myös muut mielenterveyden on-
gelmat alentavat tulosten mukaan selkeästi työkykyisyyttä. Naisilla masennus ja muut
mielenterveyden ongelmat vaikuttavat samansuuntaisesti työkykyyn kuin miehillä.
Mielenterveyshäiriöt ovat työssäkäyvillä melko yleisiä.

Selän kulumavikaa, iskiasta tai muuta selkäsairautta sairastavat miehet ja naiset luokit-
telivat jonkin verran huonommaksi työkykypisteensä kuin he, kenellä ei ollut vastaavaa
sairautta. Selkeimmin tämä ero näkyy työkykypisteissä luokiteltaessa työkykyä erin-
omaiseksi. Koska selän kulumaviolla, iskiaksella tai muulla selkäsairaudella on vaiku-
tusta työkykyyn, ikääntyvän työntekijän tuki- ja liikuntaelimistön hyvä terveys ja toi-
mintakyky ovat yksi tärkeä osa-alue työkyvyn ylläpitämiseksi.

Mitä koulutetumpi työntekijä on, sitä paremmaksi työkyky arvioidaan. Vaikka monesti
työ on henkisesti raskaampaa, matalammin koulutetut kokevat yleisemmin työkykynsä

heikentyneeksi kuin korkeasti koulutetut. (Martelin, Sainio, Polvinen, Pensola, Koskinen & Gould 2010, 43–44.) Se todetaan myös tässä opinnäytetyössä. Miehistä yhdeksän vuotta päätoimisesti koulua käyneet tai opiskelleet olivat tyytymättömämpiä työkykynsä kuin 15 vuotta päätoimisesti koulua käyneet tai opiskelleet. Naisilla tämä ero oli näkyvillä vielä selkeämmin. Lisäksi taloudellisesti hyvässä asemassa olevien työkyky on selkeästi parempi, kuin niiden kenellä on taloudellisia vaikeuksia selvitä elämässään.

Työkyvyn tukeminen työurien pidentämiseksi

Keskimäärin odotettavissa oleva elinaika ja eläkkeellä oloaika ovat pidentyneet. Tämä lisää kiinnostusta työurien pidentämiseen. Työikäisen väestön määrän vähentyminen kasvattaa ikääntyvän työvoiman tarvetta. Työnantajien kiinnostus ikääntyvään työvoimaan on kasvanut. (Pensola, Rinne, Kankainen & Roinen 2008, 1–5, 13; Lehto 2004, 19.)

Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella seuraaviin asioihin on hyvä kiinnittää huomiota työpaikoilla. Elintavoilla on edelleen suuri vaikutus koettuun työkykyyn. Avointa keskustelua elintavoista tulee lisätä työpaikoilla. Esimiehet tarvitsevat työkaluja ottaa esille elintapoihin liittyviä asioita esimerkiksi kehityskeskusteluissa. Yksi terveelliseen elintapoihin kannustava keino on työpaikkaruokailun järjestäminen. Tuki- ja liikuntaelimestön työkyvyn ylläpitämiseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi huolehtimalla työntekijän työergonomiasta. Henkisesti raskasta työtä tekevät tarvitsevat enemmän tukea työlleen, esimerkiksi oman esimiehen tuki ja ulkopuolinen työnohjaus. Muun muassa näillä toimenpiteillä voidaan vaikuttaa työntekijöiden työkykyyn niin, että työkyky säilyy ja työssä jaksetaan eläkeikään saakka, työurien pidentyessä.

Varhainen puuttuminen ja työkyvyn heikkenemisen tehokas ehkäiseminen

kuvio2 tähän

Jos suomalaiset noudattaisivat terveellisiä elintapoja, suuri osa olisi nykyistä terveempiä ja toimintakykyisempiä, vanhenisi terveemmin ja elämänlaatu olisi parempi. Työssä jaksettaisiin paremmin ja pidempään. Elintavoilla on suora vaikutus työntekijän työkykyyn ja työssä pysymiseen työurien pidentyessä. Terveiden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä tulee tehostaa laatimalla elintapoja koskevia toimintamalleja. Terveiden- ja työterveyshuollon käytäntöjen tulisi kannustaa ja tukea yksittäisiä ihmisiä muuttamaan

elintapojaan terveellisempään suuntaan. Yhtä monia ja yhtä suuria vaikutuksia ei voida savuttaa muilla keinoilla. (Vuori 2015, 729–736.)

Lopuksi

Työkykyyn vaikuttavista tekijöistä tulisi keskustella ja niihin vaikuttaviin tekijöihin puuttua työyhteisöissä aktiivisesti. Kaikkiin tekijöihin ei työntekijä itse, ei työyhteisö, eikä myöskään esimies tai työorganisaatio, voi vaikuttaa. Osaan tekijöistä kuitenkin voidaan, parantamalla esimerkiksi työterveyshuollon palveluita tai nostamalla elintapojen vaikutukset työkykyyn työntekijöiden tietoisuuteen ja yleiseen avoimeen keskusteluun. Parhaimmassa tilanteessa työ on henkisen kasvun lähde ja huonoimmassa tilanteessa se on terveysriski.

Lähteet

Airila, A. 2015. Work characteristics, personal resources and employee well-being: A longitudinal study among Finnish Firefighters. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153495/workchar.pdf?sequence=1> 16.5.2015

Anders, M., Breckenkamp, J., Blettner, M., Schlehofer, B., Berg–Beckhoff, G. 2014. Association between socioeconomic factors and sleep quality in an urban population-based sample in Germany. European journal of public health. Volume 24. Number 6, December 2014. 968–973.

ATH-aineisto:

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/tutkimussuunnitelmat#Terveys-ja-hyvinvointi> 31.8.2015

Gould, R. & Ilmarinen, J. 2010. Teoksessa Aromaa, A., Koskinen, S. (toim.). Suomalaisen työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino

Hara, M. & Simonen, O. (toim.) 2013. Tupakkapolitiikan uusi aika. Savuton Suomi 2040 verkoston tupakkapolitiikan työryhmän ehdotukset. Oh-jaus 20/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

- Heikkilä-Tammi, K., Nuutinen, S., Bordi, L., Manka, M-L. 2015. Eri-ikäisten työssä jatkamista ja työhyvinvointia tukevat esimiestyön käytännöt. Hallinnon tutkimus 2/2015. 143–161.
- Ilmarinen, J. 2005. Työtoveri toista sukupolvea. Mertanen, V. (toim.) Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Järvelin, J. & Muuri, A. (toim.) 2010. Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2010:1. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2014. Terveys- ja hyvinvointierot suurissa kaupungeissa 2013 – ATH tutkimuksen tuloksia.
- Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C & Warpenius, K. 2013. Alkoholi Suomessa. Kulu- tus, haitat ja politiikkatoimet. THL:n raportti 13/2013. Tampere: Juvenes Print – Suo- men Yliopistopaino Oy.
- Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulostuottajana. Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S., Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Martelin, T., Sainio, P., Polvinen, A., Pensola, T., Koskinen, S., Gould, R. 2010. Teoksessa Aromaa, A., Koskinen, S. (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alka- essa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Pensola, T., Rinne, H., Kankainen, H., Roinen, S. Työikäiset ikääntyvät 55-69-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja kuntoutustarve. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 78/2008. Hel- sinki. Yliopistopaino.
- Vuori, I. 2015. Elintapojen terveysvaikutukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duode- cim. 8/2015. 131 vuosikerta. 729–736.



**IKÄÄNTYVIEN TYÖNTEKIJÖIDEN
TYÖKYKY PAREMMAKSI JA
TYÖURAT PIDEMMIKSI**

Marjo-Riikka Huppunen
Maija Tietäväinen

24.9.2015

TYÖKYVYN ARVIO

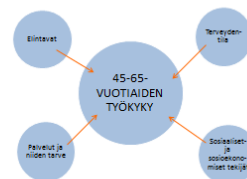
- Työkyvyn arvio voi olla työntekijän oma arvio, asiantuntijan tekemänä tai esimiehen arvio (Gould & Ilmarinen 2010)
- Joka neljäs suomalainen arvioi työkykynsä heikentyneeksi (Kaikkonen ym. 2014)
 - mielenkiinto mitä voitaisiin tehdä asialle
 - vastuu omasta työkyvystä

OPINNÄYTETYÖN TARKASTELELUN OSA-ALUEET

- **ELINTAVAT:**
liikunta, uni, ravitsemus, alkoholi ja tupakka
- **PALVELUT**
- **TERVEYDENTILA**
- **SOSIAALISET JA SOSIOEKONOMISET TEKIJÄT**

TARKOITUS

- Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää elintapojen, terveydentilan, palveluiden- ja niiden tarpeiden sekä sosiaalisten- ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutusta 45–65-vuotiaiden työkykyyn.
- Mitkä ovat niitä asioita, joihin pitäisi kiinnittää huomiota työyhteisöissä ja työterveyshuollossa ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi. (esimies näkökulma?)
- Koska, työvoima tulee koostumaan tulevaisuudessa yhä enemmän eri-ikäisistä ja työkyvyltään erilaisista työntekijöistä. On keskeistä selvittää miten työssä jatkamista voitaisiin tukea. (Reikkilä-Tammilä ym. 2016)



TAUSTAA, MIKSI IKÄÄNTYVÄT TYÖNTEKIJÄT?

- Työelämän jatkuvat muutokset, merkitsee jatkuvaa muutosta työtehtävissä
- Omien voimavarojen muutokset todellisuutta 45-vuotias syntymäpäivien jälkeen
- Muutokset seurausta elintavoista ja perimästä
MUTTA,
Terveelliset elämäntavat auttaa jaksamaan paremmin.
(Ilmarinen 2008)



HUOLESTUTTAVAA...

- Noin kolmasosa työssä käyvistä 45–50-vuotiaista kokee terveytensä huonoksi.
- Noin viidesosa arvioi työkykynsä keskinkertaiseksi tai huonoksi.
- Terveytensä puolesta runsas neljännes ei usko pystyvänsä työskentelemään eläkeikään saakka.
- Lähes kaksi-kolmasosa on ajatellut eläköityä terveydellisistä syistä jo ennen vanhuuseläkeikää. Usein 45 ikävuoden jälkeen terveydentila panee miettimään, jaksako työssä eläkeikään asti.

(Ilmarinen 2008, Ahola 2011, Eickmand & Vuori 2010)



VARHAINEN TUKEMINEN

- Vietämme työpaikoilla paljon ajastamme. Tästä johtuen monet ongelmat tulevat näkyviin työpaikoilla.
- Työpaikoilla on mahdollisuus puuttua sellaisiin merkkeihin, jotka kertovat avun tarpeesta.
- Varhaisella tuella ehkäisemme työkyvyttömyyden pitkittymistä.
- Varhainen puuttuminen ongelmiin vaatii osaamista esimieheltä, eikä ikävien asioiden puheeksi ottaminen ole helppoa.

(Ahola 2011, Nummelin 2008)



TAUSTAA, MIKSI IKÄÄNTYVÄT TYÖNTEKIJÄT?

- Työelämän jatkuvat muutokset, merkitsee jatkuvaa muutosta työtehtävissä
- Omien voimavarojen muutokset todellisuutta 45-vuotias syntymäpäivien jälkeen
- Muutokset seurausta elintavoista ja perimästä
MUTTA,
Terveelliset elämäntavat auttaa jaksamaan paremmin.

(Haarinen 2008)



MITÄ VOITAIHIN TEHDÄ ETTÄ TYÖKYKY SÄILYISI?

MITÄ VOIDAAN TEHDÄ?

- Suunnitelmallinen ja kattava ennaltaehkäisy, varhainen toteaminen ja hoito parantaisivat työkykyä.
- Varhainen tukeminen ja hoidon tiedetään vaikuttavan mahdollisuuksiin jatkaa työelämässä ja parantavan ihmisen työkykyä ja elämänlaatua.
- Tilanteissa, joissa työntekijän ongelma on työn ulkopuolella, merkitykselliseksi nousee esimiehen tuki sekä väliaikaisten joustojen mahdollisuus.
- Jokainen kohtaa työuransa aikana tällaisia tilanteita. Toisilla ne vaikuttavat työkykyyn enemmän, toisella vähemmän, eivätkä kaikki työntekijät näitä joustoja tarvitse.

(Abola 2011, Nummelin 2008, Rauramo 2008)

JATKUU

- Henkilöstön työkyvyn huomioiminen tulee olla organisaatioiden jatkuvaa toimintaa.
- Varhainen puuttuminen asioihin on konkreettinen tapa osoittaa välittämistä. (Abola 2011, Nummelin 2008, Rauramo 2008)
- Yksilöllinen suunnitelma/kuulostaa "pehmeältä", tässä yhteiskunnallisessa tilanteessa, mitä sitten voidaan tehdä, onko meillä vara tällaiseen toimintaan?



Hyvinvoivat työntekijät tekevät hyvää työntulosta.

Kannattaako panostaa?

THL-ATH

- Tässä opinnäytetyössä materiaalina on Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttama Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) Pohjois-Karjalan aineisto.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) tavoitteena on ollut kehittää alueellista terveysseurantaa.
- Maakuntaliitto on Pohjois-Karjalassa rahoittanut erillisen tiedonkeruun, ja pyrkii järjestämään resursseja aineiston analysointiin.
- Karelia AMK on mukana työssä ja voi hyödyntää Pohjois-Karjalan aineistoa opinnäytetöihin.
- Tässä opinnäytetyössä on työelämän ohjaajan ollut terveyden edistämisen professori Tiina Laatikainen Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta

AINEISTO

- kansallinen otoskoko on 150 000 henkilöä, josta tämän opinnäytetyön toteuttamishetkellä on toteutettu 95 000 henkilön otanta tiedonkeruulla.
- Tässä opinnäytetyössä on erillinen otanta Pohjois-Karjalasta, jonka otoskoko oli yhteensä 7980, ja joista 4126 vastasi kyselyyn. Lopullinen otoskoko opinnäytetyöhön oli 1609 vastaajaa ikäryhmästä 45-65-vuotiaat.
- THL toimitti valmiiksi kasatun tutkimusaineiston Pohjois-Karjalaisista vastaajista kesäkuussa 2015.



AINEISTON ANALYYSI

- Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla
- Työkykyä kuvaava asteikko muodostettiin työkyky pisteistä, 0–2p huono työkyky, 3–5p kohtalainen työkyky, 6–8p hyvä työkyky ja 9–10p erinomainen työkyky
- Tutkimuslomakkeista valittiin opinnäytetyön aiheeseen liittyvät kysymykset aihealueittain ja niitä ristiintaulukoitiin työkyky pisteiden kanssa

Tutkimuslomakkeen kysymykset	Työkyky				
	huono (0-2 p)	kohtalainen (3-5 p)	hyvä (6-8 p)	erinomainen (9-10 p)	Yhteensä
Käytännöllisyys	4 (11%)	11 (28%)	33 (81%)	24 (59%)	72 (100%)
Yhteistyö	4 (11%)	13 (32%)	41 (100%)	28 (69%)	86 (100%)

TULOKSIA AIEMPIEN TUTKIMUSTEN MUKAAN

- Kaikki elintavat vaikuttavat joihinkin terveyden- ja työkyvyn osoittimiin.
- Yksilötasolla terveet elintavat pienentävät monia riskejä, väestötasolla vaikutukset kertaantuvat.
- Terveellisiä elintapoja tulee edistää ja sen toteuttamiseksi on lisättävä kiinnostusta ja mahdollisuuksia kohdentaa voimavaroja terveellisten elintapojen edistämiseen.
- Yksittäisten elintapojen vaikutukset eivät ole riittäviä, mutta useiden elintapojen yhteisvaikutukset ovat suuria. (Vuori 2013)



TULOKSET

- Liikunnalla on selkeä merkitys työkykyyn
 - Työkyky pisteet olivat erinomaiset niillä vastaajilla, jotka harrastivat useita tunteja kuntoliikuntaa viikossa
- Unella on vaikutusta työntekijän työkykyyn
 - Niillä miehillä ja naisilla jotka nukkuivat lähes aina tarpeeksi, oli selkeästi paremmat työkyky pisteet, kuin niillä, jotka ilmoittivat nukkuvansa harvoin hyvin.
 - Unihäiriöillä on myös yhteys muihin epäterveellisiin elämäntapoihin.
- Työikäisistä miehistä 70 prosenttia ja naisista 50 prosenttia ovat vähintään lievästi lihavia, BMI 25 tai enemmän.



TULOKSET

- Yli miljoonalla suomalaisella on pitkäaikainen TULE-sairaus ja lisäksi toinen miljoona kärsii tilapäisistä selkä- ja nivelvaivoista. Nämä vaivat paranevat aikanaan, mutta kuormittavat terveydenhuoltoja ja työelämää. (Heliovaara ym. 2010)
- Selän kulumavikaa, iskiasta tai muuta selkäsairautta sairastavat miehet sekä naiset luokittelivat jonkin verran huonommaksi työkyky pisteensä kuin he, kenellä ei ollut vastaavaa sairautta.
- Matalammin koulutetut kokevat yleisemmin työkyky nsä heikentyneeksi kuin korkeasti koulutetut.
- Kaikissa osa-alueissa, mitkä tähän opinnäytetööhön otettiin mukaan, esille nousi niin aikaisempien tutkimusten mukaan, kuin tässäkin opinnäytetyössä, että heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ja vähemmän koulutetut kokevat työkyky nsä heikentyneeksi.



TULOKSET

- Tässä opinnäytetyössä miehet ja naiset, kenellä BMI on 30 tai yli, oli selkeästi huonommat työkyky pisteet kuin niillä kenellä BMI oli alle 30.
- Ylipainolla ja keskivartalolihavuudella on yhteys muihin sairauksiin jotka heikentävät työkykyä.



- Suomalaisten alkoholin kulutus on viisinkertaistunut 50 vuodessa: alkoholinkuluttajien määrä on lisääntynyt, alkoholin kuluttajat ovat alkaneet juoda yhä useammin ja alkoholin kuluttajat juovat isompia määriä kullakin juomiskerralla (Karlsson ym. 2013).
- Työkyky pisteensä paremmaksi luokittelivat ne 45–65-vuotiaat jotka ilmoittivat käyttävänsä alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa, kuin ne jotka eivät käyttäneet alkoholia lainkaan.



TULOKSET

- Tupakointi on väestömme suurin yksittäinen terveysriski ja tupakoinnilla on selkeästi vaikutusta työkykyyn. Työkyky pisteensä luokitteli paremmaksi, sekä miehissä että naisissa, tupakoimattomat henkilöt.
- Jos suomalaiset noudattaisivat terveellisiä elintapoja, suuri osa olisi nykyistä terveempiä ja toimintakykyisempiä ja työssä jaksettaisiin paremmin ja pidempään.
- Elintavoilla on suora vaikutus työntekijän työkykyyn ja työssä pysymiseen tyourien pidentessä.
- Terveyden- ja työterveyshuollon käytäntöjen tulisi kannustaa ja tukea yksittäisiä ihmisiä muuttamaan elintapojaan terveellisempään suuntaan. Yhtä monia ja yhtä suuria vaikutuksia ei voida saavuttaa muilla keinoilla.
- (Vuori 2015, Järvelin & Muuri 2010)



MITÄ VOITAIISIIN TEHDÄ?

MITÄ VOIDAAN TEHDÄ?

- Henkisesti raskasta työtä tekevien huonompi työkyky: tulisi tunnistaa henkisen paineen alla työskentelevät työntekijät ja ottaa heidät erityisen tarkkailun alaiseksi. Työnohjaus voisi olla yksi keino purkaa henkisen työn kuormitusta. Hyvinvoiva työntekijä on yhtä kuin hyvä tulos, oli kyseessä mikä hyvänsä ammattiryhmä.
- Työkykyyn ylläpitäminen, siitä puhuminen ja siihen puuttumisen kynnystä pitäisi saada madallettua ja siitä puhuminen tulisi olla osa jokapäiväistä toimintaa.
- Keskustelun tulisi olla avointa ja kannustavaa, syyllistämisen ja pakottamisen sijaan.
- Esimiestyössä ollaan merkittävässä roolissa millaisen ilmapiirin keskustelulle luomme.



TULOKSET

- Vastaajista selkeästi huonommaksi työkyky pisteensä luokittelivat miehet ja naiset, jotka tekivät henkisesti raskasta työtä, kuin he, jotka tekivät ruumiillisesti raskasta työtä.
- Henkisesti raskasta työtä tekevillä on huonompi työkyky, kuin ruumiillisesti raskasta työtä tekevillä. (tämä oli merkittävä tulos)
- Henkisesti raskasta työtä tekevien työkykyyn tulee erityisesti kiinnittää huomiota.
- Korkeat vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki työssä työtovereilta ja esimiehiltä olivat yhteydessä masennus- ja ahdistushäiriöihin. (Ahola ym. 2010).
- Masennusta sairastavat miehet ja naiset luokittelivat työkyky pisteensä selkeästi huonommaksi kuin he, jotka eivät sairastaneet masennusta.



MITÄ VOITAIISIIN TEHDÄ?

- Se miten työntekijöitä ja työtä johdetaan, on suuri merkitys työn ja terveyden kannalta.
- Hyvät yleiset toimintatavat, hyvä, läheinen ja inhimillinen johtaminen sekä hyvä esimiestyöskentely johtavat hyvään työtulokseen ja tukevat terveyttä.
- Harvoin hyvät työolot ovat kallista ratkaisuja ja olisikin tärkeää huolehtia siitä, että työolot ja toimintatavat säilyisivät hyvinä myös taloudellisesti ankeina aikoina.
- Työelämän joustoja: Työkykyyn ollessa uhattuna voisi työntekijä tehdä vaikka osittaista tyoaikaa, että työkyky palautuisi.
- Terveellisten elintapojen edistäminen ja tunnettujen riskitekijöiden vähentäminen ovat myös osa työterveyshuollon tehtäväkenttää.



TYÖNANTAJAN TUKI TERVEYTTÄ EDISTÄVÄÄN TOIMINTAAN:

- Järjestämällä mahdollisuuden työpaikkaruokailulle joka edistää terveellisin ruokailutottumuksin
- Liikuntaselvit/ työnantajan tukema virkistystoiminta
- Hyväksymällä terveyttä hyödyntävän neuvonnan osaksi työaika
- Avoimen keskustelun lisääminen
- Työergonomiasta ja työaika ergonomiasta huolehtiminen
- Henkisesti raskaskaan työn tekijöille enemmän tukea, esim. oman esimiehen tuki, ulkopuolinen työnohjaus, työtäteävien jakautuminen tasaisesti
- Työterveystuollon palvelut saatavilla
- Työyhteisöille suunnattuihin kampanjoihin osallistumisen tukeminen, esim. liikuntakampanjat
- Työyhteisön personal trainer
- Esimiestyöhön kiinnitettävä huomiota => työyhteisö terveyttä tukemassa



Varhainen puuttuminen ja työkyvyn heikkenemisen tehokas ehkäisy



AVOIMIA KYSYMYKSIÄ:

- Mikä on ihmisten omavastuu työkyvyn ylläpitämisestä. Mitä työpaikoilla voitaisiin tehdä, että vapaa-ajalla tehtävät toimet työkyvyn ylläpitämiseksi olisi osa jokaisen arkipäivää?
- Heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ja vähemmän koulutettujen työntekijöiden työkykyyn vaikuttaminen kaikilla osa-alueilla, keinoja? (kun tämä on tunnistettu, voiko tähän ryhmään kohdeta jokin toimen)

LÄHTEET:

Alala, K. 2011. Työ-terveys- ja -häiriöt -käsitteitä. Tampere: Tammen Kirjallisuus Oy.

Ekholm, H. & Vuori, I. 2010. Työssä ja kotiin, mutta ehkäistävää kansanterveyspolitiikkaa. Teoksessa Ekholm, H. & Vuori, I. (toim.) Työssä kotiin ja ikämuutokset - opas TUL:n osastokuntien, eläkkäiden ja kotien Eteläiselle Työterveyskeskukselle.

Orvola, H. & Ikonen, J. 2010. Työssä Aina, A. & Ekholm, H. (toim.) Sosiaalisen, työ- ja terveyspolitiikan 2000-luvun aikana. Työterveys ja hyvinvointi. Teos raportti 11/2010. Helsinki: Työterveyskeskus.

Hakola-Tuomi, K., Nieminen, S., Bunk, L. & Mäkelä, M.L. 2018. Huokauskeskus työssä jaksamista ja työhyvinvointia tukevat koulutus- ja ohjeistus- ja ohjauksen ohjelma. Teoksessa Aina, A. & Ekholm, H. (toim.) Työssä kotiin ja terveys 2000-luvun aikana. Työ- ja terveyspolitiikka 2010. Helsinki: Työterveyskeskus.

Ikonen, J. 2008. Työterveyskeskus -käsikirja. Mieliteko, V. (toim.) Tampere: Tammen Kirjallisuus Oy.

Järvelin, T. & Ilmarinen, A. (toim.) 2010. Sosiaalisen ja terveyspolitiikan 2010. Sosiaalisen ja terveyspolitiikan ohjelma 2010. Helsinki: Työterveyskeskus.

Hakola-Tuomi, K., Nieminen, S., Bunk, L., Vuori, I., Ekholm, H., Kuitunen, T., Kuitunen, T., Ahonen, J., Vuori, I. & Ekholm, H. 2018. Työ- ja terveyspolitiikan ohjelma. Tampere: Työ- ja terveyskeskus. <https://www.ttyk.fi/tyo-ja-terveyspolitiikan-ohjelma/> 9.10.2014

Ilmarinen, J., Ikonen, J. & Vuori, I. 2010. Sosiaalisen ja terveyspolitiikan 2010. Sosiaalisen ja terveyspolitiikan ohjelma 2010. Helsinki: Työterveyskeskus.

Ikonen, J. 2008. Työ- ja terveyspolitiikan 2010. Sosiaalisen ja terveyspolitiikan ohjelma 2010. Helsinki: Työterveyskeskus.

Kuusela, J. 2008. Työ- ja terveyspolitiikan 2010. Sosiaalisen ja terveyspolitiikan ohjelma 2010. Helsinki: Työterveyskeskus.

Vuori, I. 2018. Elämänterveystieteiden tutkimuskeskus. Lääketieteellinen tutkimuskeskus. Duodecim 8/2018: 151-152.

Opinnäytetyön prosessi. Huppunen-Vänskä & Tietäväinen 2015

